

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

DANA RAISSA ROCHA MARTINS

**Vulnerabilidade Psicossocial e o papel da Economia Solidária: a  
história de vida de um convivente de um CAPS AD**

SÃO PAULO

2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

DANA RAISSA ROCHA MARTINS

# **Vulnerabilidade Psicossocial e o papel da Economia Solidária: a história de vida de um convivente de um CAPS AD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Profª Drª Maria Cecília de Moura

SÃO PAULO  
2019

## AGRADECIMENTOS

No meu primeiro ano na PUC, pensava no quinto ano como algo tão distante, que parecia que nunca iria chegar. Em alguns momentos sem perceber, em outros bastante ciente da passagem do tempo, os anos passaram e, quando menos esperava, já chegara aquele momento do qual todos falavam com um tanto de medo, ansiedade e uma pitadinha de satisfação e orgulho: o TCC. Mas, qual tema me interessava o suficiente para eu escrevesse sobre ele por um ano inteiro? Foram vários ensaios para chegar até aqui. Não foi uma jornada fácil, conciliar um curso semi-integral, os estágios obrigatórios, o estágio extracurricular, a vida e o TCC. Por isso, reservo aqui um espacinho para agradecer à todas/os aqueles que, de alguma forma, me ajudaram ao longo dessa jornada. Em especial:

À minha mãe, minha irmã, meus avós, minhas tias e tios, por tornarem possível que eu chegasse até aqui;

Ao Lucas, que teve paciência de ler todos os capítulos, mesmo sem entender uma coisa ou outra, e que me deu apoio nos meus pequenos surtos;

À minha orientadora, Cecília, que me acolheu quando as coisas estavam difíceis, que sempre esteve disponível e que não me deixou desistir em nenhuma das vezes em que eu disse que o faria, sempre mostrando que ainda era possível;

À Denise, Bia e Ricardo, que também sempre estiveram por perto, torcendo por mim;

À Fruta, Lara, Gabriela, Bia, Júlia, Aline, Lelê e Enrico, por serem os melhores amigos que eu poderia ter;

À minha bisa, *vó Ueidinha*, que agora tem divertido os anjinhos no céu com as suas histórias sempre impressionantes;

Ao Agnaldo, por possibilitar o meu primeiro contato com um grupo de economia solidária, pela atenção e disponibilidade;

À toda a equipe da COE, por todo o aprendizado e por todo o carinho;

À Sandra Bettoi que foi me ensinou a gostar de pesquisas;

Aos professores do Núcleo de Trabalho do 4º ano e do Núcleo de Vulnerabilidades do 5º ano, em especial à Garbin e ao Sodelli. Há um pouquinho do que aprendi com cada um ao longo dessas páginas.

## RESUMO

Diversos autores apontam para o papel fundamental do trabalho na constituição da identidade. No entanto, estudos que relacionam os processos de subjetivação envolvidos na relação entre pessoas com histórico de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e o trabalho são ainda insipientes. No presente trabalho, pretendeu-se explorar as experiências em economia solidária em saúde mental, a influência da mídia na formação da opinião pública sobre drogas e usuários, o proibicionismo que norteia as políticas públicas e o histórico das leis sobre drogas em nosso país. O objetivo foi apreender, através da narrativa da história de vida de um participante de um grupo de geração de renda, como o processo de identidade e estigma se dá a partir da experiência em Economia Solidária. A entrevista foi realizada com Mário, participante de um grupo de geração de renda de um CAPS AD, em uma Feira de Economia Solidária e Saúde Mental. Foi solicitado que Mário contasse a história de sua vida. A análise foi realizada com base na narrativa, evidenciando que a história de Mário é composta por movimentos de metamorfose, superação de personagens e descoberta de outros, de potencial de *ser-para-si* e de contradições. Foram abordadas dificuldades em relação ao trabalho e a importância do CAPS AD e do grupo de geração de renda para o enfrentamento dos estigmas e para a metamorfose de identidades. Concluiu-se que, embora toda a proposta de cuidado deva ser singular, estas devem ser embasadas nos direitos humanos, realizadas em território, priorizando autonomia e liberdade, para que os indivíduos possam ocupar espaços não segregados e verdadeiramente inclusivos. Para que todos os Mários possam poder, verdadeiramente *poder*, e para que saibam que podem.

Palavras-chave: economia solidária, identidade, CAPS AD, trabalho, estigma

2019

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>1.1. Drogas no Brasil: Vulnerabilidade e Estigma</b> .....	5
<b>1.2. Histórico das Leis e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil no século XXI</b> ..	14
<b>1.3. Da Reforma Psiquiátrica Italiana à Brasileira</b> .....	18
<b>1.4 Trabalho, Cooperativismo e Economia Solidária</b> .....	20
<b>1.5. Dos pressupostos teóricos</b> .....	23
<b>2. OBJETIVO</b> .....	25
<b>3. MÉTODO</b> .....	25
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
<b>APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	47

## 1. INTRODUÇÃO

Lopes (2016, p. 211), aponta que “as relações entre trabalho e consumo de substâncias psicoativas se constitui ainda como um terreno de pesquisa e ações incipientes”. Podem ser vistos estudos preocupados com os impactos do consumo abusivo de álcool e outras drogas à produção e à produtividade, sobre contabilização de prejuízos, acidentes de trabalho e agravos à saúde em decorrência do consumo abusivo de substâncias psicoativas, sobre os gastos e impactos negativos quanto ao ‘crescimento da economia’ e abordagens que destacam os aspectos clínicos e propostas de prevenção e tratamento na perspectiva de gestão de pessoas. No entanto, destaca o autor, fazem-se necessárias pesquisas que considerem “a subjetividade como produto vivo e processos de subjetivação ativos, dos quais podem fazer parte a relação do sujeito tanto com o trabalho quanto com diferentes padrões de uso de drogas.” (LOPES, p. 211).

O trabalho, inserido na lógica de produção capitalista, prevê a produção e a lucratividade acima de tudo e todos. Dessa forma, aponta Lopes,

(...) o lugar do usuário de drogas no trabalho é, no mínimo, de desassistência e dificuldades em tratar ampla e abertamente a questão do uso de substâncias. Na sociedade em geral, mas de forma ainda mais marcante nos ambientes de trabalho, os trabalhadores usuários de drogas não costumam encontrar terreno para expor e negociar questões subjetivas envolvendo trabalho e uso de drogas, o qual costuma representar, na prática, a antítese da noção de produtividade e funcionalidade. (LOPES, 2016, p. 214).

Assim, fica nítida a contradição entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e a permanência no mercado formal de trabalho, de modo que não é incomum que tal população esteja inserida no mercado informal, muitas vezes de forma autônoma, ou totalmente excluída de qualquer possibilidade de exercício de trabalho.

Em suas conclusões, Lopes (2016), aponta para a necessidade de articulação dos conhecimentos que se têm em relação ao lugar que o trabalho ocupa na formação de subjetividade dos sujeitos à atenção psicossocial e integral para usuários de álcool e outras drogas.

Nesse sentido, o cooperativismo, como uma experiência em economia solidária, tem muito a contribuir, não somente como forma de geração de renda, mas, principalmente

como uma experimentação de novas formas de se pensar as possibilidades de relações de trabalho e com o trabalho em si. Mascarenhas (2008) destaca o papel educativo dessa forma de organização de trabalho e o também seu caráter político, enquanto movimento social, modelador de uma identidade coletiva. Segundo a autora,

(...) a vivência cotidiana da autogestão, sendo um processo educativo contínuo a partir da prática, é fundamental para a partilha da identidade coletiva no nível interno das experiências, pois contribui para o fortalecimento do sentimento de pertencimento e a autoconfiança dos indivíduos envolvidos. (MASCARENHAS, 2008, p. 15)

Veronese (2005) ressalta o papel fundamental do trabalho na constituição do sujeito e aponta que o trabalho, na economia solidária, tem, como uma de suas propostas, a emancipação do trabalho e do sujeito-trabalhador, explorando, alienado e assujeitado, surgindo como “alternativa para os que acreditam num outro mundo possível (máxima do movimento Fórum Social Mundial), ou simplesmente precisam gerar renda em caráter emergencial.” (VERONESE, 2005, p. 62).

### **1.1. Drogas no Brasil: Vulnerabilidade e Estigma**

A Fundação Perseu Abramo lançou, em 2014, uma pesquisa que tinha como objetivo a aferição em relação às opiniões públicas dos brasileiros a respeito da temática das drogas, intitulada *Drogas: Percepções da Opinião Pública*. Um dos resultados encontrados foi de que 75% dos brasileiros se informa sobre as questões relativas às drogas por meio da TV, acreditando ser esta uma forma confiável de obtenção de informação.

Oberling e Pinto (2015), ressaltam o papel da mídia como perpetuadora de um discurso punitivista e estigmatizante em relação às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Segundo as autoras:

É comum observar a partir da abordagem de boa parte dos meios de comunicação uma associação aos seguintes processos: violência – criminalidade – tráfico e, do mesmo modo: usuário – carreira nas drogas – criminoso. Tais associações estão presentes no imaginário social construído por representações de diversos atores, entre os quais se destacam os meios de comunicação. Através de um processo de identificação, seleção e hierarquização do que deve ser exposto para o público leitor, contribuem para a reificação de um

imaginário social negativo e violento, associado ao uso de drogas. (OBERLING & PINTO, 2015, p. 165).

Este imaginário social negativo e violento associado ao uso de drogas fica evidente ao longo da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo. Com base do discurso midiático, inclusive dos “programas de orientação religiosa cristã na televisão, que realizam diretamente uma mensagem de culpabilização e demonização das drogas; como um instrumento do “demônio capaz de destruir vidas e lares”.” (p. 166), não chega a ser surpreendente que, quando estimuladas a fazer associações espontâneas com as drogas, as respostas envolveram associação à “imagem de destruição, ruína, decadência e degradação pessoal (15%), destruição e problemas familiares (14%), coisas ruins e erradas (12%) ou morte e coisas que matam, segundo 9% da população” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2014, p. 34).

Tais associações nos trazem questões a respeito do estigma social ao qual estão sujeitos os usuários de álcool e outras drogas. Silveira (2010), aponta que, para Goffman (1978), o estigma social seria

(...) uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando a tornar-se incapacitado para a aceitação social plena. O processo de estigmatização seria uma forma de categorização social através da qual se identifica de forma seletiva um atributo negativo considerado como “desviante da norma” e que, por si só, compromete a identidade social do portador por completo em uma situação de interação social (SILVEIRA, 2010, p. 23).

Há, neste processo, uma atribuição moral, que envolve a “responsabilização do indivíduo devido a uma fraqueza de caráter, nesse caso, o indivíduo é responsável tanto pelo aparecimento como pela solução de sua condição de saúde” (PALM, 2006, APUD SILVEIRA, 2010, P. 26).

No caso de usuários de álcool e outras drogas, aponta Silveira, fica claro que estes são vistos pela população em geral como mais responsáveis por seu problema, mais violentos e imprevisíveis que outros indivíduos afetados por outros transtornos mentais. São percebidos como violentos e capazes de provocar reações negativas, como a evitação e o distanciamento (ARGERMEYER, MATSCHINGER, 1997; LINK, PHELAN, BRESNAHAN, STUEVE, PESCOSOLIDO, 1999, apud SILVEIRA, 2010). A autora cita

também pesquisas realizadas com profissionais da saúde, que evidenciam a estigmatização também por parte destes, interferindo negativamente na possibilidade de um tratamento adequado (GOMIDE ET AL., 2010; RONZANI ET AL., 2009; SILVEIRA, MARTINS, RONZANI, 2009; SILVEIRA, 2010; SOARES ET AL., 2011, apud SILVEIRA, 2010).

Em relação ao impacto dessa estigmatização nos usuários, a autora aponta que esta leva à internalização do estigma, ou auto estigma, a partir do qual o próprio usuário passa a aplicar os estereótipos negativos à si mesmo, concordando com eles, “podendo gerar angústia, raiva, diminuição da autoestima ou auto reprovação o que pode acarretar perda de emprego, moradia injusta, diminuição da renda que causam o aumento da miséria etc.” (CORRIGAN, 1998, apud SILVEIRA, 2010, p. 33). Goffman (1981), aponta que é fato central que o estigmatizado, como membro da sociedade e da cultura, tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que aqueles a quem chama de ‘normais’, ou os que não tem estigmas, carregando os mesmos preconceitos estimulados pela mídia e sociedade, de modo que

(...) os padrões que ele [sujeito estigmatizado] incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros veem como seu defeito, levando-o inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser. A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não portador dele. (GOFFMAN, 1978, p. 17)

Dessa forma, a compreensão da função do estigma social e do autoestigma enquanto produtor de identidade não pode ser descartado em nossa análise.

A pesquisa (SILVEIRA, 2010) também mostrou que a maconha é a droga que vem primeiro à cabeça das pessoas (33%), seguida pelo crack (30%). As drogas mais conhecidas são o crack (55%), a maconha (53%), as bebidas alcólicas (53) e a cocaína (50%) e que somente 46% das pessoas reconhecem o cigarro como droga (p. 38). Em relação à periculosidade das drogas, o crack foi a droga citada como a mais perigosa.

...o crack se apresenta como um problema que vai além da droga: envolve saúde, violência, criminalidade, prostituição. a questão parece estar fora de controle. os governantes não estariam conseguindo dar

solução para este problema que se alastrou rapidamente pelo Brasil. e parece se diferenciar das demais drogas, em termos de aproximação com a dependência química e degradação por um lado, e por outro, por sua aproximação com o tráfico e o aliciamento para o crime organizado. (SILVEIRA, 2010, p. 42)

Nos grupos focais, houve uma fala destacada que citava suposta “epidemia do crack”. Porém, quando comparado à porcentagem da população que declarou já ter feito uso de crack (2%), não fica comprovada tal epidemia. Sobre isso, Boiteux (2015) cita dados levantados pela Fiocruz, em pesquisa realizada com usuários de crack em situação de vulnerabilidade (FIOCRUZ, 2013, apud BOITEUX, 2015, p. 154), que estima que a população que consome crack e similares regularmente é de aproximadamente 0,81% (idem). Os dados reais são contrastantes quando comparados ao imaginário popular de 32% das pessoas, que apontaram o crack como a droga mais consumida no Brasil (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2014, p. 37). Novamente, destaca-se a forte participação da mídia em produzir tal equívoco. Para Oberling e Pinto (2015, p. 168), foi por meio das reportagens feitas na chamada “Cracolândia” paulistana que a droga ficou tão conhecida no país. Em tais reportagens, afirmam as autoras,

(...) situações dramáticas de uso são captadas e veiculadas, onde aparecem imagens de pessoas sob os efeitos químicos da droga associado a situações de extrema pobreza, onde muitas vezes as condições físicas e de higiene são precárias. Esse tipo de reportagem engendra explicações de causa e efeito, entre crack-miséria-perda de controle/autonomia-violência. (OBERLING & PINTO, 2015, p. 168).

A prevalência de tais imagens midiáticas, para as autoras, é o que contribui para a consolidação do imaginário social sobre as chamadas “Cracolândias” “como espaços sem ordem social ou pública, pobres, “terras de zumbi”, lugares perigosos e mal frequentados.” (idem, p. 169)

Boiteux (2015), refere que a tese da epidemia, “sustentada por M. Nahas<sup>2</sup>, considera que o uso de drogas deve ser proibido por comparar a “toxicomania a uma doença contagiosa, que se propaga rapidamente.” (BOITEUX, 2015, p. 148), sendo esta, ao lado da “teoria da escalada”, que “defende que as drogas leves, como a maconha, conduziram diretamente às drogas pesadas, apontando para a existência de uma hierarquia entre

drogas pesadas e leves” (idem), duas das principais teorias utilizadas como base argumentativa, pseudocientífica, na tentativa de justificar a lógica punitivista do uso de drogas.

Em relação ao poder decisório para a criação de políticas e leis sobre drogas, 48,3% da população parece concordar, que o grupo que deveria ter mais peso seria o de profissionais da área da saúde, como médicos (57,3%) em primeiro lugar e psicólogos/os (27,6%) em segundo lugar. Sobre as práticas atuais, a maioria da população parece enxergar a prevenção ao uso abusivo de drogas o tratamento dado aos usuários e a repressão ao tráfico no Brasil ‘ruim’ ou ‘péssima’ (81%, 74% e 76%, respectivamente).

A respeito das propostas de intervenção, 64% da população defende que a melhor maneira de lidar com os usuários é o tratamento médico, 22% defendem que os usuários sejam presos e façam tratamento médico, 8% defendem que os consumidores de drogas ilegais sejam presos e 4% defendem que os usuários possam consumir drogas sem ser presos e sem ser obrigados a fazer tratamento. Sobre as propostas de tratamento, no entanto, as conversas nos grupos focais parecem apontar para uma visão de que a internação compulsória é a única solução. De acordo com os autores, se

Por um lado, acreditam que deve existir tratamento preventivo e tratamentos mais efetivos para quem usa drogas, de forma a reintegrá-lo na sociedade de maneira menos traumática. Por outro lado, não veem soluções, a não ser a internação, para quem já está viciado e não consegue tomar decisões por si. (idem, p. 54)

Por fim, no que diz respeito à liberação das drogas, 67% da população apontou que o consumo das drogas ‘aumentaria muito’ e 7% que ‘aumentaria um pouco’. No entanto, foi levantado que, mesmo se passassem a ser lícitas, 91% da população continuaria a não usar nenhuma droga, 6% continuaria usando drogas e somente 1% declarou que aumentaria o consumo de drogas.

Ainda em relação ao estigma negativo carregado pela população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, em pesquisa sobre *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*, realizada também pela Fundação Perseu Abramo, em 2008, foi perguntado quais pessoas os entrevistados não gostavam de ver ou encontrar. A resposta foi dada de maneira espontânea e 15% delas foram a respeito de pessoas ‘portadoras de vícios’. Em outra pergunta, estimulada e única, os entrevistados foram convidados a apontar o grau de aversão ou intolerância que sentiam em relação à grupos de pessoas, variando entre

‘repulsa/ódio’, ‘antipatia’, ‘indiferença’, ‘satisfação/alegria’ e ‘outras’. Sobre os usuários de drogas, 17% declararam sentir ‘repulsa/ódio’, 24% ‘antipatia’, 37% ‘indiferença’, 3% ‘satisfação/alegria’ e 14% ‘outras’.

Sobre a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo de 2014, Boiteux (2015) comenta:

Verificou-se que a opinião pública conservadora brasileira sobre o tema das drogas atribui efeitos simbólicos à lei penal na sua suposta capacidade de reduzir o consumo e proteger as pessoas dos “malefícios” da droga ao mesmo tempo em que parece desconhecer os reais efeitos da criminalização das drogas no aumento do consumo e na exclusão de populações vulneráveis no sistema carcerário brasileiro. (BOITEUX, 2015, p. 143)

Os resultados obtidos na pesquisa *Drogas: Percepções da Opinião Pública* corroboram com o observado pela autora, a respeito do impacto do modelo proibicionista que vem balizando todo o discurso em relação às drogas pelos últimos, pelo menos, cem anos. O discurso da guerra às drogas, refere a autora, é baseado no discurso proibicionista, que tem por estratégia a “imposição de controle penal sobre o uso e a venda de drogas rotuladas como ilícitas, por meio de um discurso moralista, baseado na alegada necessidade de proteção da saúde pública. Segundo Escohoado (1996), citado por Rodrigues (2008, p.91), o Proibicionismo “é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização”. A definição desperta interesse à medida que coloca tal perspectiva, hegemônica ainda em muitos países, como uma prática “moral e política”, em tese carente de embasamento científico e carente de dados estatísticos que comprovem a sua eficácia. Para Rodrigues (2008), o modelo proibicionista tem, na verdade, se mostrado ineficaz em seu objetivo principal de proibir a fabricação, a comercialização e o consumo das drogas ilícitas. Por meio de uma breve retrospectiva histórica, o autor aponta alguns movimentos importantes ocorridos ao longo dos séculos XIX e XX, que corroboraram com o fracasso da meta proibicionista, como as Guerras do Ópio, o encontro de Xangai, em 1909 e a Lei Seca estadunidense, em 1919. Sobre o encontro de Xangai, Rodrigues (idem, p. 93), destaca que, no texto final produzido no encontro, havia menção à algo que viria a ser “umas das características centrais do proibicionismo: a defesa do uso legal sob estrito

controle para uso médico, e a ilegalidade para qualquer outra forma de uso (recreativos, hedonistas etc.).”

No entanto, é a Lei Seca estadunidense, de 1919, que o autor classifica como a primeira lei proibicionista contemporânea. Para ele, sua aprovação significou a vitória de práticas “puritano-moralistas”, ligadas à movimentos religiosos, e de estratégias políticas de aumento do controle social por parte do Estado.

Atualmente, sabe-se que as drogas classificadas como ilícitas não foram extintas e que as leis proibicionistas ao redor do mundo, sustentadas pelas normas internacionais estabelecidas pela ONU, a partir da Convenção Única da ONU sobre Droga, de 1961 (idem, p. 98; BOITEUX, 2015, p. 145), geram a fortes aparatos de repressão e punição. Além disso, para Rodrigues, “as normas proibicionistas, antes de banir as drogas visadas, acabam por inventar o narcotráfico” (2008, p. 94).

Hoje, a principal corrente antagônica ao modelo proibicionista, que tem o absenteísmo como meta para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, é a redução de danos, que

(...) está inserida como uma estratégia de saúde que visa o tratamento das toxicomanias, a fim de oferecer aos alcoolistas e usuários de outras drogas, condições menos danosas à saúde, sem necessariamente interferir no consumo, visando a promoção da saúde, cidadania e direitos humanos, descartando a lógica exclusiva da abstinência e da internação (BRASIL, 2005).

De acordo com a IHRA (Associação Internacional de Redução de Danos) a Redução de Danos refere-se das políticas, programas e práticas que possuem o objetivo primário de reduzir as mais variadas consequências para a saúde, social e econômicas decorrentes do uso/abuso drogas lícitas e ilícitas, sem que, necessariamente, se reduza o seu consumo. (IHRA, 2010, apud RUFONE, XAVIER & GLÓRIA, 2019, p. 18).

A redução de danos se configura então como um modelo de cuidado humanizado, que, no contexto do uso de drogas, entende que a pessoa deve ser corresponsável pelo seu processo de tratamento e que os objetivos deste devem ser pautados na demanda específica de cada um, não pressupondo então a abstinência como único caminho possível. As práticas de redução de danos, segundo Santos et al. (2010), citado por Tisott (2015),

constituem-se como um objeto multidisciplinar, numa perspectiva social, ética, que considera os direitos humanos, o proibicionismo, as doenças transmissíveis, dentre outros. Para os autores, “a redução de danos permeia, além das abordagens individuais, as coletivas que envolvem a sociedade nas questões relacionadas ao uso de drogas.” (SANTOS et al., 2010, apud TISOTT et al, 2015, p. 86).

Estudos sobre redução de danos (TISOTT et al, 2015; MACIEL & VARGAS, 2015) apontam que a origem das práticas em redução de danos é datada de 1926, na Inglaterra

(...) e preconizava que os usuários em situação de dependência de opioides poderiam receber estas drogas sob a prescrição de um médico. Essas substâncias eram utilizadas no acompanhamento da síndrome de abstinência, em doses mínimas diárias e com fins terapêuticos, com o objetivo de minimizar sintomas danosos ao usuário, não havendo nessa conduta o fornecimento da droga com a finalidade de satisfação. (TISSOTT et al, 2015, p. 80)

No Brasil, as primeiras práticas em redução de danos datam de 1989, teve em Santos “quando um serviço começou a distribuir seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, devido ao fato de que 60% dos indivíduos infectados pelo vírus HIV eram usuários de drogas injetáveis” (SANTOS et al, 2012, apud MACIEL & VARGAS, 2015, p. 209). A ação foi interpretada como um incentivo ao uso de drogas e proibida pelo Ministério Público. Os autores também apontam ter sido apenas em 2002, mais de dez anos após as primeiras experiências de redução de danos no Brasil, que o Ministério da Saúde incorporou a redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e, em 2003, “confirmou a RD como eixo principal para lidar com a problemática das drogas dentro da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” (NARDI & RIGONI, 2009, apud MACIEL & VARGAS, 2015, p. 209).

De maneira sintética, atenção aos usuários de drogas pela lógica da redução de danos significa dispor de práticas de cuidado e fazer em saúde que prescindem da condição ou necessidade de abstinência. O uso de drogas é tido como contingente à vida do usuário e o objetivo passa a ser ampliar as possibilidades de trato inteligente da relação do sujeito com as drogas; o que poderia incluir, também, e considerando a especificidade de cada usuário, objetivos de abstinência. A diferença é que esta não figura como elemento imperativo a priori; tampouco é

sua ausência confundida com insucesso do modelo de atenção. (LOPES, 2016, p. 213).

Como apontado por Lopes (2016), é importante ressaltar que “a proposta de redução de danos não é oposta à abstinência; ela pode ser uma alternativa de reduzir prejuízos para algumas pessoas, mas é importante que essa conclusão seja do próprio usuário, junto com a equipe, e não algo imposto num projeto terapêutico” (MORAIS, 2008, apud TISOTT, 2015, p. 85). Tal estratégia “surge com uma proposta de observar e verificar o uso de drogas por um novo olhar, dentro de um panorama correlacional entre o indivíduo, droga e meio sociocultural.” (SANTOS & MIRANDA, 2016, apud RUFONE, XAVIER & GLÓRIA, 2019, p. 16) e os profissionais que trabalham com redução de danos consideram “as mais diversas formas de uso e de usuários, em que, o tipo de relação do sujeito com a substância é o mais importante dado, pois vai determinar se o uso é problemático ou não.” (idem, p. 19).

Estudos realizados para identificar as características sociodemográficas de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em tratamento (GUSMÃO et al, 2017; SANTOS, CARVALHO & MIRANDA, 2014; RIBEIRO et al, 2012; BALLARIN et al, 2011) apontam que: em relação ao sexo, das pesquisas citadas, uma não faz menção (RIBEIRO, 2012), outras duas tiveram amostragem 100% masculina (SILVEIRA, 2013; GUSMÃO et al, 2017) e as outras duas, com amostra mista, identificaram prevalência de indivíduos do sexo masculino, que compunham 82% da amostra (SANTOS, 2014) e 56,5% da amostra (BALLARIN, 2011). Gusmão et al (2017) refere que 46,5% dos usuários em tratamento entrevistados se identificaram como pardos/morenos e 11,1% como negros. Em todas as pesquisas houve prevalência de baixa escolaridade, indicada pelo Ensino Fundamental Incompleto: 29,2% (GUSMÃO, 2017), 51% (SANTOS, 2014), 68,8% (RIBEIRO, 2012), 33% (BALLARIN et al, 2011) e 56% (SILVEIRA, 2013). As pesquisas também mostraram que a droga mais utilizada, na maior parte dos casos, é o álcool. A média de idade, quando citada, variou entre 37,4 a 43 anos. Os entrevistados eram, em sua maioria, solteiros: 54,9% (GUSMÃO, 2017), 61% (SANTOS, 2014), 68,8% (RIBEIRO, 2012), 54,1% (BALLARIN et al, 2011) e 52% (SILVEIRA, 2013). Tais fatores parecerem apontar para prevalência de padrões de vulnerabilidade da população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Faz-se necessário então, um olhar mais cuidadoso para as políticas e leis referentes à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

## 1.2. Histórico das Leis e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil no século XXI

Em relação às leis e políticas públicas que tratam das possibilidades de atuação e cuidado para com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, destaca-se algumas, que entraram em vigor a partir do início do século XXI.

Primeiramente, a Lei 10.216 de 2001, marco da luta antimanicomial brasileira e da reforma psiquiátrica, que aponta para a necessidade de que a pessoa portadora de transtornos mentais seja tratada com humanidade e respeito, com objetivo de recuperar-se, e reinserir-se na família, no trabalho e na comunidade. A lei também define que o tratamento deve ser realizado preferencialmente em serviços comunitários, que a internação deve ser um recurso a ser considerado quando outros recursos tiverem falhado e, se necessária, deve ser realizada em instituições que não possuam características asilares, devendo contar com serviços de equipes multidisciplinares da área da saúde, assistência social e outros. A lei também define as três formas de internação possíveis, sendo: voluntária, involuntária e compulsória.

Em agosto de 2002, foi publicado o Decreto Presidencial nº 4.345, que instituiu a Política Nacional Antidrogas. Tal política teve por objetivo estabelecer objetivos, diretrizes e desenvolver estratégias para “prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.” (BRASIL, 2002). Como o nome sugere, a política teve caráter proibicionista, buscando “incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.” (idem). Alguns dos principais marcos da política, no entanto, foram: a menção à necessidade de diferenciação entre usuários, pessoas que fazem uso indevido e traficantes e o reconhecimento da estratégia de Redução de Danos como uma possibilidade de atuação.

Já em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.197, que teve por objetivo “Instituir, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A Portaria apontou quatro principais componentes para o programa: a atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família; os CAPS-AD, os ambulatórios e outros centros especializados extra-hospitalares; os hospitais gerais de referência; e a rede complementar aos serviços do SUS, de suporte social, por meio de grupos de ajuda mútua e outras entidades. A política também reafirma a lógica da redução de danos como estratégia de cuidado.

A *Lei de Drogas* foi sancionada em 2016, com o número 11.343. Essa lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Do texto, destaca-se a previsão de punições mais brandas àqueles que estiverem em posse de drogas para uso pessoal, distinguindo, em tese, usuários de traficantes. No entanto, as condições para estabelecer a distinção entre um e outro são subjetivas, estando então mais sujeitas a variáveis como a localização/bairro, a raça e as condições socioeconômicas do indivíduo, do que à quantidade de drogas que o sujeito portava, por exemplo. Na lei, coloca-se que:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.  
(BRASIL, 2006)

Posteriormente, em 2007, foi publicada a *Política Nacional sobre o Álcool*, por meio do Decreto 6.117/2007, que estabelece que sejam priorizadas ações de conscientização, prevenção e redução da demanda, pautadas pela lógica da redução de danos, “visando minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool” (BRASIL, 2007).

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria nº 1.190/2009. Tal política seguia as pautas já defendidas nas políticas anteriores, como a prevenção do uso abusivo, a promoção de saúde e o tratamento, focado na redução de danos. Propõe a ampliação do acesso às políticas do SUS voltadas à essa população, a diversificação das ações orientadas na lógica de prevenção, promoção de saúde, tratamento e redução de danos e a construção de respostas intersetoriais que consideram o ambiente sociocultural, os direitos humanos, e as particularidades do cuidado com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, visando o enfrentamento da vulnerabilidade, da exclusão social e do estigma. Aponta que os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados com dignidade e respeito, deve ter acesso a tratamentos eficazes e deve ter garantido o cuidado em rede, no território e de atenção de base comunitária. Coloca a redução de danos como norte ético de todos os serviços do SUS, por se tratar “de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). O Plano também previa a ampliação dos CAPS, em todas as suas modalidades, a implantação de leitos de atenção à saúde mental

em hospitais gerais, o fortalecimento das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nessa área, a qualificação da atenção, por meio de formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento, a articulação com a sociedade civil, participação social e articulação com políticas da área do desenvolvimento social, da educação, do esporte, da justiça, do trabalho, dos direitos humanos, dentre outras, o apoio às iniciativas de geração de renda e inclusão social por meio do trabalho e a implantação de Centros de Convivência.

No ano seguinte, a presidência da república apresenta o Decreto 7.179/2010, que, dentre outros, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O Decreto aponta questões semelhantes ao Plano lançado no ano anterior pelo Ministério da Saúde, destacando a participação da família e da comunidade, além de decretar o fortalecimento das ações de enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas, evidenciando a postura proibicionista da política.

Já em 2011, o Ministério da Saúde publica a Portaria Nº 3.088, com objetivo de instituir a “Rede de Atenção Psicossocial [RAPS] 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)”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A portaria segue as mesmas orientações da Portaria nº 1.190/2009, destacando o respeito aos direitos humanos, o combate aos estigmas e preconceitos, a garantia de acesso aos serviços, a diversificação das estratégias de cuidado, a atenção humanizada, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos e a priorização dos serviços de base territorial e comunitária. Destaca como serviços da RAPS as equipes de consultório de rua, as equipes dos serviços de atenção residencial de caráter transitório, os centros de convivência, as UBS e os CAPS. Menciona estratégias de desinstitucionalização como as Residências Terapêuticas, mas já aponta como pontos de atenção residencial de caráter transitório as Comunidades Terapêuticas. Destaca-se que, nesta Portaria, é dado ênfase nas iniciativas de geração de trabalho e renda, como empreendimentos solidários e cooperativas sociais como componente de reabilitação psicossocial por meio de inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho. É apontado que tais iniciativas devem articularem-se com as redes de saúde e economia solidária territoriais, visando a garantia da melhoria de condições concretas de vida, a ampliação da autonomia, a contratualidade e a inclusão social dos usuários da rede e de seus familiares.

Nota-se que, até esse momento, as políticas de drogas no Brasil, apesar do caráter proibicionista, possuíam coesão com as propostas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, sendo orientadas e pautadas na estratégia de redução de danos, na garantia dos direitos e direitos humanos, no cuidado territorial e comunitário etc. No entanto, nota-se também o crescimento das comunidades terapêuticas, que, apesar de rejeitadas pelo Conselho Federal de Psicologia como um estabelecimento de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017), conseguiram conquistar, ao longo dos anos, cada vez mais investimentos do poder público, como fica evidente nas políticas publicadas em 2017, das quais destacam-se: a Resolução CIT n.º 32/2017, que estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS, considerando os hospitais psiquiátricos como componentes da rede, cria os CAPS AD IV, que devem funcionar em regime de 24 horas por dia, prevê financiamento de pesquisas na área e o fortalecimento da parceria e do apoio intersectorial com as Comunidades Terapêuticas e a Portaria Interministerial n.º 2/2017, que institui um Comitê Interministerial entre os Ministérios do Estado da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho e coloca como ações prioritárias aqueles de cuidado e reinserção social, focando no “acolhimento residencial transitório” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2017), a ser realizado “por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas” (idem).

Em 2019, como que para consolidar um movimento que já vinha se articulando no âmbito das políticas públicas no âmbito de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde lança a Nota Técnica Nº 11/2019, que propõe trazer elucidações sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A partir da publicação da Nota, o Ministério da Saúde deixa de considerar “Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), ao que tudo indica, referindo-se aos CAPS, que já foram considerados como um serviços substitutivo dos hospitais psiquiátricos, de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Para o novo Ministério da Saúde, os hospitais psiquiátricos passam a fazer parte da Rede, assim como as comunidades terapêuticas, contrariando inclusive o disposto na lei 10.216/2001, no que se refere à impossibilidade de tratamento em serviços de caráter asilar. A Nota aponta como um equívoco o fechamento dos leitos psiquiátricos no Brasil e considera a Eletroconvulsoterapia como possibilidade de tratamento,

A nova Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas (PNAD), é publicada também em 2019, por meio do Decreto nº 9.761/2019. Nessa nova política, não são feitas menções às estratégias de redução de danos e à promoção e garantia de direitos e direitos humanos. A abstinência é tomada como a única estratégia de intervenção e tratamento, não considerando assim o protagonismo do sujeito em seu processo de cuidado. O investimento em Comunidades Terapêuticas é citado por cinco vezes ao longo do texto, enquanto as estratégias territoriais, como os CAPS, são citadas apenas uma vez. Menciona investimento em pesquisas, visando a inovação de métodos e programas para redução de demanda e oferta, enquanto que, na prática, o corte de verbas no âmbito do Ensino Superior Público realizado pelo Governo inviabiliza a pesquisa nacional, prevê aumento da repressão e não faz distinção entre o uso de álcool e outras drogas e o tráfico, criminalizando a ambos.

Diante deste cenário atual, então, resta dúvidas acerca da continuidade e ampliação de cuidado por meio das políticas públicas e todos os avanços conquistados se põe em risco. Equipamentos como os CAPS, os CECCOS, os Consultórios de Rua, os empreendimentos de Economia Solidária, que trabalham com a lógica da inclusão, da redução de danos, de direitos humanos, correm risco de serem ofuscados por aqueles que ignoram as individualidades de cada um, pautando-se em uma única possibilidade de tratamento para todos, como os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas.

### **1.3. Da Reforma Psiquiátrica Italiana à Brasileira**

A experiência do cooperativismo para usuários de serviços de saúde mental teve seus primórdios marcados na experiência da reforma psiquiátrica italiana, entre os anos 70 e 80, época marcada como um período de reivindicações e lutas políticas por todo o mundo. Dentre os movimentos no campo de saúde mental, destacamos aqui o Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, do qual fazia parte o psiquiatra Franco Basaglia. Basaglia foi figura central na luta pela reforma psiquiátrica italiana, de modo que a Lei que estabelece a reforma psiquiátrica na Itália, a Lei 180 de 1978, *que dispõe sobre controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios*, é conhecida também como Lei Basaglia.

A Psiquiatria Democrática de Basaglia defendia a desinstitucionalização, opondo-se à instituição asilar, “representativa das relações de poder perversas e nocivas que não permitiriam ao homem a garantia de sua igualdade nem a expressão de sua liberdade.” (Venâncio, 1993, p. 129). Venâncio afirma também que, opondo-se à ideia de que o médico tinha algum poder ou superioridade em relação aos internos, “(...) propunha-se um poder

idealizado como contribuição ativa, permanente e geral dos indivíduos com relação a si mesmos e à comunidade que formavam, um poder que em sua expressão limite estava representado na noção de autogestão.” (idem)

O objetivo era tornar o hospital um lugar para o tratamento efetivo e a reabilitação dos internos. Franco Basaglia voltou sua prática para a superação do aparato manicomial, não apenas no que diz respeito à estrutura física, mas também em relação ao “conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2008, p. 56, apud CEZAR E COELHO, 2017, p. 145).

Para Batista (2014, p. 399), a Lei Basaglia trouxe avanços ao integrar a chamada doença mental na legislação sanitária, retirando dela, de acordo com os adeptos da Psiquiatria Democrática, a condição de periculosidade particular. A Lei também definiu que o tratamento à população em sofrimento psíquico fosse obrigatório, e não a sua internação, possibilitando que o esse pudesse ocorrer em serviços no território, em vez de tratamento em hospitais. Foi determinada também a progressiva desativação dos hospitais psiquiátricos, eliminada a custódia da pessoa e de seus bens e readquirido o direito ao voto. Cezar e Coelho (2017), afirmam ainda que o trabalho proposto por Basaglia visou, além das pessoas em sofrimento psíquico, a conscientização da população em geral sobre a chamada doença mental e a transposição da luta antimanicomial como uma luta de todos.

De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME),

(...) com a aprovação da Lei 180, uma série de serviços e práticas foi criada para dar conta deste novo olhar sobre a loucura: Centros de Saúde Mental; Cooperativas de Trabalho; Residência para ex-egressos dos manicômios; Ações Culturais, entre outras ações que atendiam as necessidades de um sujeito em liberdade, na cidade, em sua vida cotidiana. (ABRASME, sem data)

No Brasil, a experiência italiana teve significativa nos movimentos sociais que reivindicavam a reforma psiquiátrica brasileira e na luta antimanicomial. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo, como parte de um movimento social de trabalhadores que atuavam no campo da saúde mental que denunciavam a situação

precária dos hospitais psiquiátricos brasileiros e reivindicavam a melhoria da assistência a essa população. Os CAPS surgiram então como um modelo de cuidado em saúde mental alternativo à institucionalização, tendo como objetivo fornecer

(...) um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12)

Esse trabalho é realizado por equipes multidisciplinares no território de onde vive o usuário, em ambiente aberto e acolhedor, através da realização de acompanhamento clínico e da reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, ao exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (idem, p. 13) e pela articulação com a rede de serviços, cuidados e suporte social no território.

Com a força do movimento da luta antimanicomial, e a potência do trabalho desenvolvido em experiências como nos CAPS, em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). A lei prioriza o tratamento para usuários de serviços de saúde mental em serviços comunitários, colocando a internação, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória) como secundária, sendo indicada somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (idem). Aponta também, como finalidade do tratamento, a reinserção social dos usuários em seu meio, e, no caso da necessidade de internações, veda que estas ocorram em instituições de caráter asilar, entendidas como instituições que não oferecem assistência integral aos usuários, como serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc.

#### **1.4 Trabalho, Cooperativismo e Economia Solidária**

Antunes (2007) e Mascarenhas (2008) afirmam que, no Brasil, a partir dos anos 1980, o processo de redemocratização combinou-se à uma crise econômica, com altos índices de desemprego. Na década seguinte, marcada pela *desertificação neoliberal*

(ANTUNES, 2007), o Consenso de Washington trouxe desregulamentações no mundo do trabalho e da produção. Antunes (idem) aponta que se nos anos de 1980 havia poucas empresas de terceirização de trabalhadores, empresas com esse perfil foram crescendo nas décadas seguintes, para atender à demanda por trabalhadores terceirizados, em regime temporários e informal. O autor conclui apontando que, “em plena era da *informatização* do trabalho do mundo *maquinal* e *digital*, estamos conhecendo a *época da informalização* do trabalho (...)” (p. 16).

Para Mascarenhas (2008), é neste cenário que começam a surgir as primeiras experiências baseadas na autogestão, que chamamos aqui de Economia Solidária. Melucci (1989), citado por Mascarenhas (2008), afirma que o conceito de economia solidária é um conceito em construção, o que possibilita “que diferentes experiências em andamento se identifiquem com seus valores e princípios, integrando-se ao movimento e contribuindo na construção desse conceito.” (Melucci, 1989, p. 56 apud Mascarenhas, 2008, p. 8),

Uma conceituação possível, apresentada por Mascarenhas, é a de Paul Singer (2000), segundo a qual

A economia solidária surge como modo de produção e distribuição alternativo ao capitalismo, criado e recriado periodicamente pelos que se encontram (ou temem ficar) marginalizados do mercado de trabalho. A economia solidária casa o princípio da unidade entre posse e uso dos meios de produção e distribuição [...] com o princípio da socialização dos meios [...]. (SINGER 2000, p.13, apud MASCARENHAS, 2008, p. 8)

Dentre estes que, ou se encontram, ou temem ficar marginalizados do mercado formal de trabalho, podemos destacar as pessoas em sofrimento psíquico, seja por transtornos mentais, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. O cooperativismo, enquanto forma de economia solidária, tem sido uma forma de integração dessas pessoas ao mundo do trabalho ao longo da história, a partir dos movimentos pela reforma psiquiátrica italiana e, posteriormente, a brasileira. Caracteriza-se, portanto, como um movimento de resistência e enfrentamento ao modelo capitalista vigente, na busca por novas formas de produção e de geração de renda.

A autora define a autogestão como um “processo em construção no qual o trabalho e a relação entre as pessoas devem resgatar seu dimensionamento humano, envolvendo

sujeitos que produzem e decidem” (VERARDO, 2005, p.123 apud MASCARENHAS, 2008, p. 10), de forma que os envolvidos na economia solidária possam experimentar “novas práticas culturais, que diferem da cultura disseminada pela lógica capitalista, e ao mesmo tempo buscam uma identificação com outros sujeitos que tenham práticas semelhantes. Aprendem assim uma nova maneira de trabalhar, de se relacionar com as pessoas e com o mundo.” (idem, p.10).

Assim, fica evidente a potencialidade emancipatória que as experiências em economia solidária têm para pessoas que, historicamente, sempre tiveram que carregar estigmas como um carimbo em suas identidades, como é o caso de usuários de álcool e outras drogas.

entender o sujeito dentro da concepção - e do projeto - de emancipação, significa, porém, pensá-lo e inscrevê-lo dentro de múltiplas possibilidades. O sujeito solidário, mas livre, precisa poder escolher, intersubjetivamente, dentro de seu contexto, a melhor forma de emancipar-se. (VERONESE, 2005, p. 63)

Podemos concluir então que a economia solidária constitui-se como uma forma de empoderamento e enfrentamento ao modelo de concorrência e lucratividade defendido pelo sistema capitalista.

A Lei 11.343 de 2006, que faz referência à Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários, afirma Lopes (2016) “(...) menciona o trabalho como elemento vital naquilo que classifica como “ressocialização” do usuário de drogas, assim como elege os espaços de trabalho como localidades para práticas e intervenções em prevenção ao abuso de drogas (...)”. (LOPES, 2016, p. 213).

Ressaltamos que somente o trabalho em condições dignas e de igualdade, como proposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, pode servir como um importante mecanismo terapêutico.

A Lei 10.216, de 2001, prevê, em seu artigo 2º como direitos da pessoa portadora de transtorno mental

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;  
 (...) (BRASIL, 2001)

Embora o movimento das cooperativas como forma de emancipação de ex internos de hospitais psiquiátricos na Itália tenha sido bem sucedido, parece ter havido, ao longo da história, uma distorção do conceito do trabalho como medida terapêutica, que culminou no que hoje é chamado de 'laborterapia' por profissionais, inclusive psicólogas/os, que trabalham em Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos no Brasil. A laborterapia aqui sinalizada é uma conduta dita terapêutica na qual os usuários desses serviços são obrigados a prestarem serviços não remunerados (ou mal remunerados) dentro da própria instituição, ou para instituições parceiras, como cuidar de hortas, banheiros, preparar comida, dentre outros. Sobre isso, na edição nº 182 do Jornal Psi do CRP/SP em matéria intitulada "Sem aval a trabalho forçado", há o entendimento, proferido pela Terapeuta Ocupacional Elizabeth Araújo Lima, de que

A laborterapia traz consigo um pouco de cada uma das características do trabalho nas instituições totais: disciplina, sujeição, coerção física e moral, combate à ociosidade e exploração da força de trabalho - se aproximando perigosamente do trabalho escravo ou dos trabalhos forçados e manutenção da instituição. (CRP SP, 2015, p. 08)

O cuidado em saúde mental integral, portanto, deve englobar o mundo do trabalho, numa perspectiva de ressignificação das formas de trabalho, do trabalho digno, do trabalho que constrói e empodera, como proposto pela economia solidária, ou segundo o entendimento que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) entende por trabalho decente.

### **1.5. Dos pressupostos teóricos**

Ciampa (2008) aponta para três categorias essenciais para o estudo do homem na perspectiva da Psicologia Social, sendo essas a identidade, a atividade e a consciência. Entrelaçadas entre si, interessa-nos no presente estudo, explorar o conceito de identidade metamorfose (idem) e de atividade, segundo definida por Vygotsky.

Ao nos narrar *A estória de Severino e a história de Severina*, Ciampa (2008), defende que a 'metamorfose humana' é questão central para a Psicologia Social. Postular a identidade humana enquanto metamorfose, implica, segundo o autor, em admitir que a identidade nunca poderá ser representada em sua totalidade. Assim, para ele, "para

entendermos a identidade, precisamos entender o próprio processo de produção da identidade” (Ciampa, 2008, p. 159).

Quem é Severina? Que personagem a representa? Todas e nenhuma. Porque ela é o movimento de concretização de si, que empiricamente se deu pelas personagens; mas, concretamente, ela não é nenhuma personagem (embora seja todas); cada uma destas é um momento do todo, do seu movimento, que é ela. Ela é sua metamorfose: começa quando é nascida, ou melhor, quando é concebida, gerada, e (pelo que sabemos) se completa com sua morte biológica, passando por um infindável processo de morte-e-vida, num movimento progressivo e regressivo ininterrupto entre aqueles dois extremos biológicos (CIAMPA, p. 228).

Pode-se afirmar, portanto, que a identidade, implica mortes-e-vidas, um processo de metamorfoses sucessivas que geram inúmeros personagens ao longo da vida do sujeito.

Segundo Zanella (2004), Vygotsky defendia uma perspectiva marxista em relação à atividade, a saber

(...) o trabalho é, para Marx, uma atividade que distingue o ser social do ser natural, isto é, define a especificidade do ser humano como um ser histórico, social e cultural, por possuir essas três características: a de ser uma atividade conscientemente dirigida por uma finalidade previamente estabelecida na consciência, a de ser uma atividade mediatizada pelos instrumentos e a de ser uma atividade que se materializa em um produto social, um produto que não é mais um objeto inteiramente natural, um produto que é uma objetivação da atividade e do pensamento do ser humano. (DUARTE, 2000, P. 208, APUD ZANELLA, 2004, P. 130)

Portanto, conclui Zanella, o trabalho constitui-se como uma atividade consciente, orientada por uma finalidade, mediada por instrumentos, e que tem como resultado a produção de cultura. O autor afirma que, no processo dessa produção, o ser humano objetivado, ao mesmo tempo que o subjetivo. Assim, “o resultado da atividade é tanto a produção de uma realidade humanizada quanto a humanização do sujeito que a empreende, em face da relação inexorável entre sujeito e sociedade” (idem, p. 131).

## 2. OBJETIVO

Investigar de que forma a experiência do grupo de geração de renda, como uma forma alternativa de produção material e de relação de trabalho, impacta na produção da identidade dos conviventes e no combate ao estigma social negativo por eles vivido.

## 3. MÉTODO

No presente trabalho, pretendeu-se analisar a narrativa da história de vida de um sujeito com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas e que participasse de um grupo de geração de renda, na perspectiva da economia solidária, articulada ao campo do cuidado integral à saúde, à luz dos conceitos de atividade, identidade e estigma.

A pesquisadora abordou expositores em uma Feira de Economia Solidária e Saúde Mental, informou sobre a pesquisa e seus objetivos e os convidou a participar da entrevista, garantindo a anonimidade dos dados colhidos. O sujeito entrevistado optou pela sua participação e seguiu a entrevistadora para uma sala privada, onde teria sigilo garantido. Em relação à caracterização do entrevistado, este era do sexo masculino, negro, de 26 anos, com histórico de uso abusivo de drogas. Foi realizada entrevista semi dirigida a partir do método de narrativas de história de vida, proposto por Ciampa (1987). Foi solicitado ao sujeito que contasse a história de sua vida e questões complementares se fizeram necessárias no decorrer da entrevista, que foi gravada e posteriormente transcrita integralmente. Foram realizadas leituras flutuantes, com base na Psicologia Sócio Histórica, buscando compreender os sentidos subjetivos do discurso do sujeito. A análise foi realizada com base na narrativa apresentada, considerando os elementos de fala que contribuíram para as metamorfoses de sua identidade ao longo de sua história, as falas que evidenciam as situações de vulnerabilidade, de estigmatização e o surgimento ou não da temática do campo do Trabalho e, em especial, do trabalho realizado no projeto de economia solidária. Na entrevista, portanto, procurou-se compreender a trajetória de vida do participante, as suas relações com o uso de álcool e/ou outras drogas, com o mundo do trabalho e com o grupo de geração de renda.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, da Plataforma Brasil, aprovado por meio do Parecer nº 3.104.864 e foi preenchido pelo entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), conforme estabelecido para pesquisas envolvendo seres humanos.

A entrevista a partir do método de narrativa de histórias de vida permite “captar aquilo que acontece na encruzilhada da vida individual e social” (Lima, 2014, p 19), Através do estudo de Ciampa (1987) sobre identidade e metamorfose através da narrativa de vida de Severina esse modelo de entrevista se difundiu como método de pesquisa em Psicologia Social Crítica. Lima ressalta que

Ciampa nos ensina que a narrativa de história de vida pode demonstrar como o homem se caracteriza, antes de tudo, por sua capacidade de superação das circunstâncias dadas, pela capacidade de criar projetos para si e que isso permite compreender se o resultado de suas ações promove uma realidade nova e provida de significação própria, em lugar de ser muito mais do simplesmente uma média (LIMA, 2014, p. 24).

Nesse sentido, esse método de entrevista, segundo Lima (2014), se apresenta como uma possibilidade para os sujeitos de apresentarem as suas identidades e acaba “por facilitar a compreensão dos processos de metamorfoses, cuja busca de reconhecimento do sujeito é somente alcançado quando ele consegue se expressar por meio de personagens”

Acredita-se, portanto, que a entrevista por meio de narrativas de histórias de vida pode nos oferecer um rico material para a análise das relações que pretendemos observar, em relação à possibilidade de metamorfose dos conviventes e de suas relações com a atividade do grupo de geração de renda.

Lima (2014, p. 30) refere que a narrativa reforça um compromisso ético-político do pesquisador em relação ao entrevistado, uma vez que o primeiro assume um papel de ‘testemunha’ do relato, da desigualdade, “do sofrimento, da mortificação ou das possibilidades de subversão e emancipação dos indivíduos” (idem). Dessa forma, continua, as entrevistas por narrativa de história de vida fazem aparecer as contradições singulares, articuladas ao universal dominante, as contradições entre os desejos individuais e as exigências do mercado. Nesse sentido, a preocupação deixa de ser com a generalização dos dados e passa a ser o aprofundamento deles, “a preocupação com a objetividade do empírico abre espaço para a subjetividade como processo histórico” (Lane, 1987, p. 10, apud Lima, 2014, p. 31).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, a autora teve a intenção de realizar entrevistas com três sujeitos. Foi feito contato com dois projetos que trabalham com grupos de geração de renda ou cooperativas, com base na economia solidária, mas não foi possível realizar as entrevistas nestes locais. O sujeito entrevistado, que aqui será chamado de Mário, foi convidado para entrevista durante uma feira de economia solidária, na qual o grupo de geração de renda do qual faz parte expunha o seu trabalho. Antes de iniciada a entrevista, Mário contou à autora que participava do grupo há cerca de quatro meses.

A questão disparadora foi *“me conte a história da sua vida, gostaria de saber quem você é”*.

*“O meu nome é Mário, eu tenho 26 anos, sou nascido em Pirituba e eu venho de uma família bem rígida né? tipo... e bem estruturada.”*

Ao ser perguntado sobre quem é, Mário inicia nos dizendo o seu nome. A importância do nome no processo de identidade do indivíduo fica evidente na obra de Ciampa (1987). Segundo o autor, a quem recorreremos ao longo de toda a análise da entrevista, o nome é algo que a princípio nos é dado e que por nós é interiorizado, até que se torna algo nosso, algo próprio do indivíduo, que nos identifica e com o qual nos identificamos. Ao longo da vida de uma pessoa, o nome se torna um símbolo de nós mesmos. Porém, defende o autor, o nome não é a identidade da pessoa, não é o que a define. É uma representação dela. Assim, dizer que Mário é Mário, não é suficiente para que ele apresente quem ele é. Portanto, continua a falar, indicando agora a sua idade, de que região e de que família vêm. Ciampa (idem, p. 134) refere que *“a identidade, que inicialmente assume a forma de um nome próprio, vai adotando outras formas de predicções, como papéis, especialmente.”*

Mário diz que tem 26 anos, nasceu em Pirituba e vem de uma família *“bem rígida (...) e bem estruturada”*. Por si só, tais informações não dizem muito sobre a sua identidade que se dá. O que podemos inferir, sobre um sujeito que tem 26 anos, que nasceu em determinada região de São Paulo, e que vem de uma família *“bem rígida”* e *“bem estruturada”*, são dados de uma identidade pressuposta, e, portanto, *dada*. Quem é a família de Mário, para além do que é dado, não sabemos. A família é o tempo todo referida apenas como tal, sem nem ao menos ter nome (ou sobrenome, para ele), que a diferencie de uma outra família qualquer. Mário, até agora, é *Mário Que-vem-de-uma-família-bem-rígida-e-estruturada*.

*“(...) eu tenho uma família estruturada, tipo eu poderia ser o que eu quisesse ser, mas eu optei por isso. (...)”*

*“Eu cresci, já te falei, eu cresci com uma estrutura familiar, tipo, nunca precisei fazer o que eu fiz, tipo roubar, vender droga, essas coisas, nunca precisei fazer isso (...)”*

*“(...)na minha vida não precisei trabalhar cedo, tenho casa própria, tenho família que me apoia, mas eu preferi fazer isso, praticar roubo, ser traficante, na minha cabeça era o que eu queria ser.”*

O que se sabe, é que, em nossa sociedade, convencionou-se chamar de uma família estruturada aquela que dispõe de condições materiais favoráveis – em oposição à família desestruturada, que, em outras palavras, quer dizer pobre. O adjetivo da rigidez pode ter sido dado para indicar uma família que vive de acordo com determinadas normas sociais, segundo as quais as drogas não são toleradas. Supõe-se então que Mário fala sobre as condições socioeconômicas de sua família de origem, e sobre a inadequação de seu personagem, enquanto não estruturado de acordo com as normas proibicionistas e estigmatizantes, talvez para enfatizar a contradição entre o *Mário Que-vem-de-uma-família-bem-rígida-e-estruturada* e outro personagem ao qual somos introduzidos posteriormente:

*“amizades e sensação de poder momentâneo me levaram aos caminhos, que eu digo caminhos tipo crime e drogas... né? E... já fiz muita coisa tipo já... já tinha envolvido com roubo, com golpe, com tráfico de drogas, tipo... e não é uma coisa legal né? A partir do... naquele momento você acha que você tem um poder né? Quando você tem... tá vivendo isso, tá naquele meio, é uma sensação de poder momentâneo, porque não se reflete para o resto da sociedade isso, é só naquele meio mínimo que você vive.”*

*“eu vendia droga, tipo todo mundo me procurava, eu era o cara, vamos se dizer assim. Sabe? Era mais por ego. Tanto que uns tempos atrás acabei até tendo uma recaída numa dessas, de me chamarem de novo pra mim ser gerente de um... de uma... de uma biqueira, eu meio que me iludi de novo né, dinheiro fácil, você entre aspas tem um respeito.”*

Se, em um primeiro momento, Mário nos apresenta um personagem *dado*, agora nos deparamos com informações sobre uma identidade que se *dá*. Aqui passamos a conhecer o *Mário Poderoso*, que, segundo nos conta o Mário narrador, em função de relações de

amizade e sensação de poder momentâneo, passa a roubar, praticar golpes e a usar e vender drogas.

Três conceitos, utilizados por Ciampa (1987), se fazem necessários neste momento: o conceito de atividade, definida, ao lado da identidade e da consciência, como categoria fundamental para o estudo dos homens, que se caracteriza pela ação do indivíduo, pelo seu fazer; o conceito de personagem, pela qual a atividade é *coisificada* e o conceito de ator, como aquele que exerce a atividade, “um eterno *dar-se*” (CIAMPA, 1987, p. 155). Para o autor, o ator “só existe como personagem” (idem).

Enquanto o *Mário Poderoso*, ator, está envolvido em sua atividade, o Mário narrador parece conservar uma postura crítica em relação ao personagem, por exemplo, quando diz que “não é uma coisa legal” e quando aponta que, embora haja a sensação de poder, este “não se reflete para o resto da sociedade”. Se o Mário, representando o papel de traficante é “o cara”, procurado por todos e respeitado em seu entorno social, ser traficante não é algo que oferece prestígio na sociedade mais ampla. Mário continua:

*“no começo eu só vendia, aí eu usava maconha. Pra mim tava tudo legal, aí foi no momento que eu comecei a ganhar mais dinheiro aí eu me envolvi com cocaína, comecei a vender cocaína, comecei a usar cocaína, que aí foi meu declínio, que eu comecei a... perder tudo na minha vida. Comecei a... perder oportunidades, perder pessoas...”*

*“dava muito certo, era muito fácil, vamos se dizer assim, ganhar dinheiro dessa forma, do que uma pessoa normal, estudar, fazer uma faculdade, trabalhar, naquela rotina diária... Daí é muito mais fácil você roubar, você traficar, você praticar golpe nas pessoas do que você trabalhar, entendeu? Mas só que... nesse meio... nesse meio... nesse caminho meu, eu me perdi na cocaína mesmo, foi isso que me afundou. Porque a gente sempre acha que não dá nada, que nem tem muitas pessoas que falam “um baseadinho não dá nada, não dá nada”, “um tiro de cocaína não dá nada, não dá nada”(...)”*

Devemos destacar aqui uma diferença importante: em sua relação com as drogas, Mário vive duas personagens distintas. Há o Mário que vende, ao qual chamamos de *Mário Poderoso* e há o Mário que usa drogas, que passa a ter destaque agora. Sobre a história do uso, Mário explica que começou usando maconha e, posteriormente, passou a usar cocaína, que, para ele, foi o momento em que “declinou”, “se perdeu” e “afundou”. Chamaremos esta personagem, com algum propósito, de *Mário Usuário-de-Drogas*. Mário

não nos diz se chegou a ter algum momento positivo em sua fase de uso. A referência que faz já é a partir de quando o uso que fazia das drogas passou a ser abusivo e prejudicial, interferindo na vida que tinha até então. Se a vida do *Mário Poderoso* era fácil, em comparação à vida de uma identidade pressuposta, da “pessoa normal”, que estuda, faz faculdade, trabalha, vivendo “aquela rotina diária”, a partir do momento em que Mário busca por mais dinheiro e poder ao envolver-se com a cocaína, ela parece ter deixado de ser. A representação dos papéis de *Mário Poderoso*, *Mário Usuário-de-Drogas* e *Mário Que-vem-de-uma-família-bem-rígida-e-estruturada* parecem não serem possíveis nesse momento. Ciampa (idem, p. 157) afirma que, “Enquanto atores, estamos sempre em busca de nossas personagens; quando novas não são possíveis, repetimos as mesmas; quando se tornam impossíveis tanto novas como velhas personagens, o ator caminha para a morte, simbólica ou biológica.”

Importante destacar que a identidade, enquanto metamorfose, como definida por Ciampa (idem), é um processo que envolve morte-e-vida. Identidade é movimento, mas, um movimento que não pressupõe uma linha reta, um sentido progressivo a ser seguido. A metamorfose, como desenvolvimento do concreto, é um círculo que volta sobre si mesmo e tem outros círculos na periferia, sendo ao mesmo tempo uma série de desenvolvimentos que giram sobre eles mesmos (CIAMPA, 1987, p. 198). Assim, não existe algo como uma linha de chegada a qual os indivíduos devem alcançar para atingir uma identidade ideal. A identidade continua se movimentando e continuamos buscando novos personagens até a nossa morte biológica, ou continuamos enfrentando o movimento natural da vida e re-pondo identidades pressupostas até o último momento.

*“(...) perdi o emprego, é... comecei a, começou a acontecer umas coisas em casa de pegar umas co... Pegar coisas em casa pra vender pra fazer o uso... foi aí que eu dei um basta na minha vida né, eu vi que não era aquele que eu queria para minha vida e procurei o CAPS.”*

*“eu já tava afundado mesmo assim na cocaína, tipo tava pegando coisas em casa para vender, tipo não passava a... trocava o dia pela noite, vendendo, ou roubando, ou usando, aí... chegou um basta que minha família falou para mim “você escolhe o que você quer, se você quiser continuar nessa vida, a gente sempre te apoiou, a gente tá aqui pra te ajudar. Mas se você quiser continuar nessa vida, você continua, mas longe daqui”.”*

*Mário-Poderoso*, assim como o *Mário Que-vem-de-uma-família-bem-rígida-e-estruturada* começam a entrar em declínio. Mário não sente mais o poder e não atende mais ao papel que lhe é dado enquanto *filho-de-uma-família-rígida-e-estruturada*. Experimenta uma morte simbólica. O ultimato da família, bem como outra situação, que não nos é contada nesse momento, mas depois, parecem contribuir para que Mário buscasse por uma nova personagem, ainda desconhecida por ele.

Quando falamos em morte, simbólica, pelo menos, faz-se importante destacar que “Se não há nada que não seja devir, a superação, no devir, não é aniquilamento, mas metamorfose: pressão morte-e-vida.” (CIAMPA, 1987, p. 151). Portanto, não se trata de aniquilar a personagem anterior, destruí-la completamente, para pôr uma nova em seu lugar. Trata-se de um movimento dialético, constante de morte-e-vida.

*“Eu procurei ajuda e aí me indicaram o CRATOD, lá na Luz, no centro, que é em relação a... a drogas, que na minha cabeça eu queria me internar né? Tipo meu caso, pra mim eu falei “não, não vou conseguir parar, eu quero me internar”. Aí... falaram que meu caso, porque fizeram um... tipo uma pesquisa comigo, perguntaram se... umas perguntas básicas né? Tipo se eu já... já... vendi meu corpo pra usar droga, se eu tinha alguma doença sexualmente transmissível, fizeram exame, viram que eu não tinha e falaram que meu caso não era para ir pro CRATOD, não era para ser internado. Era para mim fazer um acompanhamento no CAPS mais próximo da minha casa.”*

Há um outro aspecto da identidade do qual ainda não falamos. Para Ciampa (1987), “identidade é história” (p. 157) e, portanto, social. A identidade é, dialeticamente, produto e produtora do meio social, podendo re-produzir o social, ou transformá-lo. A questão da identidade, portanto, é uma questão política (CIAMPA, 1987, p. 127).

Mário parece aderir ao discurso mais socialmente difundido, que entende a internação como o melhor, ou o único caminho para seu tratamento. Procura o CRATOD, “Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas”, no centro de São Paulo, relativamente distante da região onde vive, conhecido como centro de referência em tratamento por meio de internações. Reproduz o imaginário social, promovido pelo discurso midiático, de que de outra forma, não conseguirá parar. Para irmos além, parece não ver outra opção possível que não a abstinência total. Uma discussão interessante poderia ser, talvez, o que pode ser considerado um “caso para ir pro CRATOD”, ou, melhor dizendo, um caso para internação. Também há de se pensar que há, se podemos colocar assim, dois grupos de sujeitos em jogo: aqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e

aqueles que não fazem. Os que não fazem, não sentiriam na pele as consequências de uma internação, em relação a violações de direitos humanos, isolamento social, impossibilidade de ir e vir, invasão de privacidade etc. Porém, chama a atenção que, no caso de Mário, tenha sido essa a primeira opção por ele escolhida. Podemos pensar, como mera suposição, que ele veja a internação como possibilidade, ou por acreditar que estas são consequências aceitáveis, se significarem que ele poderá melhorar ao passar por elas, ou por desconhecimento de como se dá o tratamento aos usuários em grande parte das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Seja qual for a razão, uma dessas ou outras ainda, que poderia ser objeto de um outro estudo, o fato é que Mário, talvez sem perceber, nos mostra como o discurso manicomial tem saído vencedor em nossa sociedade.

Vejamos como foi Mário nos conta sobre sua chegada ao CAPS AD:

*“Aí o CAPS, não vou dizer que o CAPS me fez parar, que isso ele não faz você parar, ele apenas te orienta, te dá um... uma direção né? Pra você ver o que você quer na sua vida e a partir do momento que você se desintoxica você começa a ter uma visão... uma visão mais ampla do mundo. Quando você tá naquele mundinho ali do seu bairro, dos seus amigos que fazem uso com você, você acha que tá tudo bem né? E o CAPS me... me ajudou para caramba.”*

*“Eu fui lá, aí lá tem... tem um acompanhamento diário intensivo né? Que é de segunda a sexta quando você entra lá, pra você mesmo... sair tipo dos gatilhos que te fazem a... a ter o uso. Que muitas vezes é amizade, muitas vezes é lugares que você frequenta... Que nem aonde que eu moro não é tão assim, mas... qualquer lugar em São Paulo tem uma biqueira aí. É meio que para te isolar disso sabe? Do uso de drogas, da companhia da droga, das pessoas que tem a droga... e lá eu fui fazendo encaminhamento de segunda a sexta, até eu desintoxiquei né? Aí eu... Como eu te falei, abre muito mais a cabeça do cara (...)”*

*“(...) lá não te faz parar. Se você entrar lá pensando que você vai parar por causa do CAPS, você não vai parar. É mais um instrumento para te incentivar e abrir a sua cabeça pra outras coisas, pra te incluir no mercado de trabalho de novo, na sociedade né? É pra isso que serve.”*

Mário traz questões importantes aqui. A primeira, em relação à proposta do serviço, é que “ele não faz você parar, ele apenas te orienta, te dá um... uma direção né?”. O relato então corrobora com o esperado de um serviço que busca dar ao sujeito subsídios, dando-

lhe autonomia para ser sujeito de sua própria história. Não cabe ao CAPS montar um projeto de vida para Mário. É ele quem deve construí-la. O Mário que começa a surgir aqui, procura afastar-se de tudo o que lhe remete ao “uso de drogas, da companhia da droga, das pessoas que tem a droga...”. Para ele, a partir da desintoxicação, que podemos entender como uma desintoxicação química, mas também social, passa a expandir o olhar para outras possibilidades em sua vida, a ter “uma visão mais ampla do mundo”.

*dentro do CAPS tem vários grupos né? várias oficinas né? E uma dessas é a de... De economia solidária né? Que é o nosso projeto que é uma oficina de arte terapia né? Que ali você desenvolve... que... o meu problema ainda eu tenho problemas com a justiça, pra mim arrumar um emprego já é muito mais difícil, milhões de brasileiros desempregados aí, pra mim é muito maior! E tem esse... esse projeto que é de inclusão né? De economia solidária e atualmente eu to nele tentando refazer minha vida sabe?*

Já no CAPS, Mário começa a se envolver em um grupo de economia solidária, composto por usuários do CAPS. Segundo ele, trata-se de um grupo de inclusão, por meio do qual pretende refazer a própria vida. Curioso observar que o Mário narrador usa o tempo presente, indicando que, mesmo com as mudanças que ocorram a partir da sua inserção no CAPS, o Mário do presente, aquele com quem conversei, considera a sua vida ainda *desfeita*. Mário fala sobre inclusão. Devemos refletir sobre que tipo de inclusão estamos falando, uma vez que é preciso reconhecer, além das possibilidades, também os limites de grupos de economia solidária ligados a um CAPS. Mas vamos deixar tal discussão para depois, quando tivermos mais elementos. Resta destacar aqui que um outro momento da história e da identidade de Mário nos é revelado, quase por acaso, e fora da cronologia correta. Mário nos conta que tem problemas com a justiça e, por isso, tem ainda mais dificuldades do que outros brasileiros para conseguir um emprego. Sobre essa história de seu passado, refere:

*“Nessa questão do uso, fui buscar droga com um cara... nessa que fui buscar droga com um cara, o cara foi e roubou uma mulher. E correu. E eu fiquei lá. Nessa que chegou a polícia, eu fui preso. Como... Como roubo né? Fui preso. Eu fiquei 3 meses preso, réu primário, eu saí. Aí, tudo fica mais difícil.”*

Agora teremos que retornar, por um momento, à história de Mário antes de chegar ao CAPS, para mantermos a ordem sob a qual sua história nos foi narrada. Mário já havia nos

contado que a prática de roubos fazia parte de sua realidade enquanto usuário de drogas. Agora sabemos também da história de quando foi preso, no lugar de outro, por um roubo de uma bolsa. Essas quatro linhas compõem tudo o que sabemos sobre os três meses que compuseram a história de *Mário Presidiário*. Porém, como diz o narrador, esses poucos meses no qual a atividade de Mário consistiu em estar preso, essa personagem de presidiário, que foi vivida por apenas três meses, não tem a permissão de morrer aos olhos da sociedade.

*“Pra uma pessoa que já tem a base escolar, tem uma faculdade, tá correndo atrás desde cedo já é difícil, imagina pro cara que não teve uma especialização no estudo, fez o ensino médio básico que é bem precário no nosso país né? Aí depois com uma ficha na polícia, fica bem mais difícil... Negro também, isso aí influencia também bastante...”*

*“Que eu achava que para mim ‘já era’, minha vida já era. Um negro, usuário de droga... que já foi preso, pra mim minha vida acabou.”*

Que força tem um estigma para fetichizar personagens! Mário já não está mais preso, mas não é livre. Para todos que souberem da sua história, ou para aqueles que tiverem acesso à sua ficha de antecedentes criminais, Mário será para sempre *Mário Presidiário*. Mário, que não usa mais drogas, também será sempre *Mário Usuário-de-drogas*. E Mário, além de duas personagens-mito, apresenta uma terceira: é negro. As consequências disso, para a sociedade, são alvo de diversos trabalhos acadêmicos. Fato é que, em nossa sociedade racista, Mário traz na pele um estigma do qual nunca poderá se livrar e o qual nunca poderá esconder. Mário: negro, drogado e ex-presidiário. Qual o espaço reservado a ele em nossa sociedade? Como estabelecer e concretizar um projeto de vida nessas condições? Cada um desses estigmas carrega uma identidade pressuposta. Há algo esperado da conduta de uma pessoa que carrega cada uma dessas marcas, como um carimbo social. Sobre isso, fala Ciampa (1987):

Dado o caráter formalmente atemporal atribuído à minha identidade pressuposta (que é sucessivamente re-posta), fica oculto o verdadeiro caráter (substancialmente temporal) de minha identidade (como uma sucessão do que estou sendo). Toda aparência é de estabilidade, ausência de movimento e de transformação: o ser estático, a identidade-mito, comandada pelo fetiche de uma

personagem, com a qual nos identificamos (e somos identificados) e que nos coisifica. (p. 178)

Clampa (idem) explica que o fetichismo da personagem torna quase impossível que o indivíduo possa *ser-para-si*. A identidade de Mário como negro, drogado e *com passagem* torna-se estática. Ainda que Mário não use mais drogas, não esteja mais preso (a sociedade não faz distinção do crime cometido), e, ainda que ser negro não devesse significar absolutamente nada por si só, tais marcas se tornam permanentes e ocultam a natureza da identidade como metamorfose, uma vez que não permitem a superação das personagens, não permite o que Clampa (idem, p. 151) chama de “*pressão morte-e-vida*”.

Pergunto para Mário por que considera difícil a reinserção no mercado de trabalho. Ele responde:

*“É difícil, porque primeiro, como eu te falei, eu vendia droga, eu roubava. Então, eu terminei meu ensino médio, eu não fiz um curso... Eu tenho 26 anos. Eu não quis fazer um curso, não pensei nos caminhos que todo jovem... tem que fazer e é o melhor pro jovem, não. Pra mim tava cômodo vender drogas, roubar. Eu tinha meu dinheiro, eu tinha muito mais dinheiro do que eu tenho hoje, achava que eu era feliz... E no meio disso tudo, aconteceu que...”*

*“(...) o mercado de trabalho não tá preparado para receber pessoas que... que usam... esses usuários de droga. Querendo ou não a gente vê... se o cara souber do seu passado, do seu histórico, você já não é contratado.”*

No meio disso tudo, Mário foi preso. Mário, hoje, parece ter lucidez sobre o papel que era esperado que ele cumprisse; quais são os caminhos que o jovem, ele jovem, todo jovem, deveria percorrer, o que é melhor para o jovem. Em especial, nos fala sobre o papel que era esperado para aquele *Mário Que-vem-de-uma-família-bem-rígida-e-bem-estruturada*. Por outro lado, traz um outro dado de realidade: o Mário, enquanto traficante, *“tinha muito mais dinheiro do que eu tenho hoje”*. Não cairemos no risco de romantizar o tráfico de drogas. As consequências psicossociais, especialmente para os pequenos vendedores, como Mário, podem ser estas mesmas narradas aqui. Porém, diante da competitividade de uma sociedade capitalista cada vez mais especializada, de um mercado de trabalho cada vez mais saturado, o tráfico pode parecer, na história de um jovem como Mário, como uma oportunidade de conseguir dinheiro sem necessitar recorrer à penosidade do ingresso no mercado formal de trabalho.

Agora, voltemos ao Mário que vem se apresentando após a sua chegada no CAPS. Inicialmente, Mário participava das atividades do CAPS todos os dias, porque queria *desintoxicar-se* de tudo o que tinha relação com as drogas. Uma das atividades da qual participava era o grupo de economia solidária. Fizemos um hiato para conversamos sobre o mercado de trabalho, e as suas dificuldades de inserir-se nele. A partir do que Mário nos disse, questionei em nossa análise como seria possível estabelecer e concretizar um projeto de vida nessas condições. É o próprio Mário quem começa a nos responder.

*“(...) Mas com ajuda do CAPS eu sinto que eu tô conseguindo me inserir de novo no mercado de trabalho, eu tô fazendo cursinho para prestar um vestibular, quem sabe fazer uma faculdade no futuro... Isso aí foi tudo no CAPS que eu tive essa abertura, esse novo mundo se abrindo para mim lá. Que eu achava que para mim ‘já era’, minha vida já era. Um negro, usuário de droga... que já foi preso, pra mim minha vida acabou. Minha única saída é o que? Vou continuar né? antes de tá na... Vou continuar né? Entre aspas, eu já tô na merda... já, vou continuar. Mas lá não, lá eu consegui ter uma nova visão do que o mundo né? Mostraram que eu posso.”*

Ser-para-si. Movimento de vida. Conhecemos agora o *Mário Que-Sabe-Que-Pode*. O que Mário nos mostra é que, apesar dos estigmas que carrega, e que sabe que carrega, tem para si um projeto de vida, um projeto de futuro, tão diferente do que Mário tinha em sua fase de uso mais intensa:

*“(...) um cara que tá sobre o uso de... o efeito de droga, o uso de droga, ele é um cara doente, ele não pensa pra frente, ele não pensa em viver, ele não pensa em trabalhar, em ter uma família. Ele pensa em conseguir o próximo pino pra ele cheirar e aí a vida dele se torna isso, sabe? E... hoje eu já tô bem melhor, to tranquilo, já...”*

Naquele momento, o *projeto de vida* de Mário, diz ele, não via o amanhã. Hoje, continua ele:

*“Meu acompanhamento lá já diminuiu, ‘que a partir do momento que você tem uma evolução, eles “diminui” o seu intensivo né? Eu tô lá de terças e quintas e participo desse grupo que é de geração de renda... que é muito instrutivo (...)”*

O Mário de hoje não frequenta mais o CAPS diariamente. De posse de si e de seu projeto de vida, busca formas de concretizá-lo. Um desses caminhos, ele conta, é por

meio do grupo de economia solidária do qual participa. Outros, realiza fora do CAPS, como o cursinho que frequenta com a intenção de prestar vestibular. Sobre o cursinho ele não fala com detalhes. O grupo de geração de renda aparece em alguns momentos, algumas vezes de forma espontânea, uma vez de forma estimulada:

*“(...) E tem esse... esse projeto que é de inclusão né? De economia solidária e atualmente eu to nele tentando refazer minha vida sabe? Tipo, família eu tenho, estrutura eu tenho, mas ‘pro’ mundo eu sou um cara queimado vamos se dizer assim, pelo fato de eu ter passagem, tem um histórico na minha vida, eu sou um cara queimado, então eu tô tentando me reinserir no... Como é que eu vou te dizer? Me reinserir na sociedade de novo né? Ter um emprego, constituir uma família, essas coisas que todo mundo faz, mas eu me desviei um pouco desse caminho.”*

“Um cara queimado” é como ele se refere às marcas em sua identidade, às suas identidades-mito. Também, se Mário já tinha nos indicado uma vida *desfeita*, a qual deseja refazer, agora nos diz que, de alguma forma, sente-se excluído da sociedade, para a qual deseja voltar, ou *reinserir-se*. Suas ambições de reinserção, no entanto, aparecem para nós de forma genérica, com sugestões *dadas*, de um personagem também pressuposto: “*Ter um emprego, constituir uma família, essas coisas que todo mundo faz, mas eu me desviei um pouco desse caminho.*” Essa perspectiva, de desvio de caminho, nos resgata a ideia de que Mário, como já destacado antes (vide cap. 1.1 desta obra), assim como a sociedade carrega estigmas, Mário, como membro da sociedade, também deve ter estes mesmos estigmas internalizados. Silveira (2010), chama isso de auto estigma. Não é apenas aqui que esse estigma internalizado aparece. Já foi destacado antes, quando falamos sobre a mentalidade proibicionista, sobre a busca por internação, mas, talvez apareça mais explicitamente no trecho no qual Mário diz que “*um cara que tá sobre o uso de... o efeito de droga, o uso de droga, ele é um cara doente*”. Quando diz “um cara”, fala não só dele, mas de todos aqueles que fazem uso da droga. Para ele, esse cara genérico, “*é um cara doente*”.

Peço que ele me explique como funciona o grupo de geração de renda. Ele responde:

*“(...) esse grupo de geração de renda é formado por usuários né? Tem uma oficinaira, que é a nossa mentora, lá... ela ensina a gente fazer... capas de caderno, é... marcadores de página, essas coisas, pra... nós também preparar né? Te ensinar também, vai que o mercado de trabalho também não tá prep... ‘Que o mercado de*

*trabalho não tá preparado para receber pessoas que... que usam... esses usuários de droga. Querendo ou não a gente vê... se o cara souber do seu passado, do seu histórico, você já não é contratado. Então as pessoas já te “ensina” uma profissão lá dentro sabe? Um artesanato, que é uma profissão e por meio de artesanato tem as nossas feiras né? Que é a feira... de economia solidária, as redinhas que tem dos CAPS, tem os CAPS da região e a gente se une e organiza essas feiras pra vender o produto e isso é revertido para os próprios usuários lá dentro.*

*Autora: Como é pra você participar?*

*Mário: Pra mim é uma terapia também, porque eu não tinha muita... Não... foco e concentração de sentar, começar uma coisa e terminar. Isso aí tá me ajudando também.*

Agora, retomemos ao tema da inclusão, palavra usada por Mário por duas vezes para definir o grupo do qual participa. Vemos, nitidamente, que há inclusão por meio do trabalho. Mário aprende uma profissão, agora ele faz artesanato e, por meio do artesanato, ele tem a possibilidade de participar de feiras (como essa na qual eu o conheci), nas quais ele tem a possibilidade de expor e vender o seu trabalho, sendo o lucro convertido para os participantes do grupo, e nas quais, também, tem a possibilidade de interagir com participantes de outros grupos de geração de renda formados por usuários de outros CAPS. Quando pergunto como é para ele participar do grupo, ele traz uma informação que não tem relação nem com vantagens financeiras, nem com a inclusão social, das quais ele já havia falado, embora brevemente sobre a reversão dos lucros para os usuários, sem menção à valores, por exemplo. Mário diz que o grupo é, também, *terapêutico*. Ele agora tem aprendido a sentar-se, começar uma coisa e termina-la. Uma outra manifestação, talvez, dessa identidade do *Mário Que-Sabe-Que-Pode*.

A potência desse grupo para Mário, e talvez possamos arriscar, de outros grupos de economia solidária para outras pessoas parece evidente. No entanto, há de se pensar que há particularidades, positivas e negativas, em um grupo de geração de renda por meio de economia solidária situado em um CAPS. Uma vantagem pode ser a relativa facilidade de acesso ao grupo, uma vez que um CAPS não é um

serviço de alta exigência na rede de serviços de saúde. Embora haja critérios para definir quem deve ser atendido em um CAPS, ou que pode ser atendido em uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo, a ideia é que os CAPS funcionem como um serviço de portas abertas para a comunidade, embora, na prática, fique restrita a determinados nichos. Uma outra vantagem, que pode ser discutido se é ou não uma vantagem, é que não exige do usuário do CAPS que se desloque para um outro local para participar, facilitando, uma adesão inicial ao grupo. Outras vantagens são as já citadas por Mário, como uma certa inclusão conversão dos lucros aos participantes e ser um espaço terapêutico. Porém, o que se quer discutir neste parágrafo são os limites da inclusão.

Se pensarmos em um dos princípios da economia solidária e do cooperativismo, trazido por Mascarenhas (2008), da autogestão, podemos pensar que, na prática, em um grupo de economia solidária situado em um CAPS, tal princípio pode ser prejudicado. Isso porque a autogestão pode confrontar-se com limites institucionais do serviço, ou ser visto apenas como mais uma oficina prevista no projeto terapêutica singular do usuário do serviço, retirando, talvez um pouco, seu caráter de auto-gestão, que permite a emancipação do participante. O grupo de Mário conta com umaicineira, *mentora*, que ensina os participantes a confeccionarem o artesanato. Dependendo de como é conduzido, o grupo pode ser mais ou menos autogerido pelos participantes. Outra questão: um grupo situado em um CAPS AD, conta apenas com participantes com o perfil mínimo de um usuário de um CAPS AD. Assim, em um primeiro momento, a inclusão social fica restrita apenas a pessoas com estigmas e histórias de vida minimamente semelhantes. As feiras podem funcionar como uma abertura para o contato com pessoas com perfis diferentes, porém, o ideal seria que não fossem restritas somente aos projetos de economia solidária dos CAPS, mas sim abertos para qualquer grupo de economia solidária.

Um grupo de geração de renda composto por todo *tipo* de pessoas, com todos os tipos de estigma, ou não. Onde pessoas ditas “normais”, se misturam e compartilham o espaço, as histórias, os recursos e os conhecimentos com pessoas estigmatizadas, com pessoas vulneráveis. Esse é o ideal de inclusão. Nas palavras de Maria Cecília Galletti, em palestra apresentada para alunas/os do curso de

Psicologia, do Núcleo de Vulnerabilidades da PUC/SP (2019), “inclusão social se faz na diversidade” (informação verbal).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, pudemos discutir sobre influência da mídia na formação da opinião pública sobre drogas e sobre pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, sobre a cultura punitivista e proibicionista que norteia as políticas públicas voltadas à essa população em vulnerabilidade psíquica e social. Ainda foi discutido o histórico das leis sobre drogas em nosso país, sobre a reforma psiquiátrica que trouxe propostas de modelos de tratamento humanos, em território, que respeitem a singularidade dos sujeitos, como os CAPS e os CECCOs, sobre economia solidária e o seu potencial emancipatório e sobre estigma, identidade e atividade. A história de vida de Mário aqui analisada veio ao encontro de todas essas temáticas, confirmando algumas teses levantadas, em relação, por exemplo, à potencialidade do cuidado ofertado pelos CAPS e da participação em grupos de economia solidária.

Vimos que a história de Mário é composta por movimentos de metamorfose, de superação de alguns personagens e da descoberta de outras, de potencial de *ser-para-si*. Mas há contradição: se, por um lado, Mário cria para si um projeto de vida, indicando a superação de sua identidade enquanto traficante e usuário de drogas, por outro, tem consciência de que carregará consigo, talvez para sempre, as marcas sociais destas identidades-mito. Também, ao mesmo tempo em que consegue enxergar atualmente em si a potencialidade, para além dos estigmas, a maneira como se refere às suas personagens supracitadas parece nos revelar que ele, como a sociedade carrega uma imagem negativa sobre a figura do traficante e do usuário de drogas.

Em relação ao grupo de geração de renda, por ser um grupo formado no próprio CAPS AD frequentado por Mário, fica difícil discutir com maior precisão qual a contribuição do grupo em si, para além das outras coisas que acontecem no CAPS, para as metamorfoses de identidade de Mário. Mas entende-se que isso não é verdadeiramente necessário, uma vez que as transformações na identidade não se dão exatamente por razão de um ou outro fenômeno, mas sim por uma conjunção de causas e fatores.

Em relação aos empreendimentos de economia solidária, no entanto, há de se considerar que, embora surjam como uma possibilidade efetiva de trabalho para pessoas que são excluídas do mercado formal, tais grupos não fornecem aos participantes as mesmas garantias e direitos previstas para o trabalho formal, de modo que podem ser considerados uma forma de precarização do trabalho. Ideal seria se, todas e todos, independentemente de condições dadas, pudessem ter acesso a todos os direitos previstos aos cidadãos, incluindo boas condições de trabalho decente e registrado, acesso à saúde, educação, habitação, assistência social e segurança.

Algumas questões ficam, para serem respondidas em outros trabalhos, como, a de que se por meio de uma perspectiva antimanicomial, se entende que a internação, por curto período e em leitos de hospitais gerais, deve ser utilizada como último recurso. Afinal, o que sustenta e o que pode ser classificado como um *caso para internação*, em especial, em internações de longo período (há comunidades terapêuticas que tem tempo de internação mínima de três, seis ou até doze meses), em instituições de caráter asilar. Também, o que faz um usuário de álcool e/ou outras drogas buscar por internação em locais como estes?

Por fim, o que se quis trazer aqui, para além de dados estatísticos e quantitativos, foi a experiência singular de um sujeito emblemático, com uma história de vida por um lado única, por outro de alguma forma representativa de um grupo social em vulnerabilidade. Conhecendo Mário, podemos conhecer outros tantos Mários, e pensar que, embora toda a proposta de cuidado tenha de ser singular, baseada nas potencialidades e dificuldades de cada sujeito, parece certo que a base de todas essas propostas deve ser um tratamento em consonância com os direitos humanos, no território e com garantia do ir e vir, para que o sujeito tenha a liberdade e a oportunidade de buscar por outros serviços e atividades que possam contribuir com o seu processo e para que possam ocupar espaços não segregados e verdadeiramente inclusivos. Para que todos os Mários possam poder, verdadeiramente *poder*, e para que saibam que podem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, Ricardo. Dimensões da precarização do trabalho. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v.17, n. spe, p. 5-20, jun. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **Os 35 anos (e a atualidade) da Lei Basaglia**. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/mensagem/view2?q=ODQ3MyUyQzY1JTJDMdTJhZTg0Yjc3NjExYWYyZjk3MDY1NWY1ZWNmYTI5YzE=>
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; MIRANDA, Iara Monteiro de Miranda; CARVALHO, Carolina Magaldi de. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas; 20(3-4), p. 59-67, maio/ago., 2011. Disponível em: < <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/581>>. Acesso em 02 de junho de 2019.
- BATISTA, Micheline D. Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, Abril de 2014, p. 391-404. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/1669>
- BRASIL. **Decreto Presidencial nº 4345**, Brasília: 2002. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html>>
- BRASIL. **Lei nº 10.216**, Brasília: 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>
- BRASIL. **Lei nº 11.434**. Brasília: 2006. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>
- 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** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
- BRASIL. **Lei nº 11.343**, Brasília: 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>

BRASIL. **Decreto nº 6.117/07**, Brasília: 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em 02 de junho de 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.761/19**, Brasília: 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em 02 de junho de 2019.

BOITEUX, Luciana. Opinião pública, política de drogas e repressão penal: uma visão crítica. In: BOKANY, Vilma. (org.). **Drogas no Brasil: Entre a Saúde e a Justiça – Proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 143-158.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A Estória do Severino e a História da Severina: um ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 2000. 123p. (Original publicado em 1983).

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Jornal Psi nº 182**, de Fevereiro/Março/Abril de 2015. 29p. Disponível em <[http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/182/frames/psi\\_182.pdf](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/182/frames/psi_182.pdf)>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional da/o Psicólogo/a**. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Para CFP, comunidades terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde**. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-apoia-retirada-das-comunidades-terapeuticas-como-estabelecimentos-de-saude/>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz) **Estimativa do Número de Usuários de Crack e/ou similares nas Capitais do País**. (Mimeo), 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Estudos e Opinião Pública. **Drogas: Percepções da Opinião Pública**. Produzida pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo, em conjunto com a Fundação Rosa Luxemburgo. São Paulo: FPA, 2014. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/drogas-licitas-e-ilicitas-no-brasil-proximidades-e-opinioes/>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Estudos e Opinião Pública. **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil**. Produzida pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo, em conjunto com a Fundação Rosa Luxemburgo. São Paulo: FPA, 2008. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/diversidade-sexual-e-homofobia-no-brasil/>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 2.ed., 1978. 158p.

GUSMÃO, Priscila de Paula et al. Perfil epidemiológico de uma população de usuários de drogas de Anápolis, Goiás. **RESU – Revista Educação em Saúde**. Anápolis: v. 5 n. 1, p. 28-37, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2017v5i1.p28-37> > Acesso em: 02 de junho de 2019.

LIMA, Aluísio Ferreira. História oral e narrativas de história de vida: a vida dos outros como material de pesquisa. In: Lima, Aluísio Ferreira; Lara Júnior, Nadir (Org.) **Metodologias de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014. P. 13-34.

LOPES, Fábio José Orsini. Drogas e trabalho: considerações sobre atenção a trabalhadores usuários de drogas. **Cad. psicol. soc. trab.** São Paulo: v. 19, n. 2, p. 209-220, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172016000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172016000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MACIEL, Marjorie Ester Dias; VARGAS, Djyane de. Redução De Danos: Uma Alternativa Ao Fracasso No Combate Às Drogas. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 20(1), p. 207-210, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37728>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MASCARENHAS, Thais Silva. Cultura, política e educação no movimento de economia solidária. **Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação - ANPED** -. 31ª reunião. GT-03: Movimentos Sociais e Educação, 2008.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Portaria Interministerial nº 02**, Brasília: 2017. Disponível em: < [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090/do1-2017-12-22-portaria-interministerial-n-2-de-21-de-dezembro-de-2017-1286086-1286086](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090/do1-2017-12-22-portaria-interministerial-n-2-de-21-de-dezembro-de-2017-1286086-1286086)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental No Sus: Os Centros De Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004. Disponível em: < [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.197**, Brasília: 2004. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190**, Brasília: 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088**, Brasília: 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica nº 11**, Brasília: 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

OBERLING, Alessandra Fontana e PINTO, Nalayne Mendonça. Reflexões sobre as representações da mídia no debate de drogas. In: BOKANY, Vilma. (org.). **Drogas no Brasil: Entre a Saúde e a Justiça – Proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 159 – p. 176.

RIBEIRO, Itajaciara Ferreira et al. **Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba**. João Pessoa, Brasil. Rev. Cien. Saude Nov. Esp. 2012; 10(2): p. 47-60.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: Labate, B. C. et al. (orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-103.

RUFONE, Laís; XAVIER, Vinícius Pereira Pinto; GLÓRIA, Matheus Eije. O Programa de Redução de Danos e a Dependência Química: Uma análise da Literatura. **Revista Amazônia: Science & Health**. Gurupi: Vol. 7, Nº 1, 2019. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1786>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; CARVALHO, Simone Regina de Carvalho; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória: v. 16(1), p. 105-111, jan-mar, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/8497>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

SILVEIRA, Camila da et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]: vol.18, n.7, pp.2001-2006, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700015>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

SILVEIRA, Pollyanna Santos. **Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora**. 2010. 99 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

TISOTT, Zaira Letícia et al. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul: v. 13, no 43, jan./mar. 2015, p. 79-89. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2730/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730/pdf)>. Acesso em 02 de junho de 2019.

VENANCIO, Ana Teresa. A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria· Do Alienismo à "Nova Psiquiatria". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 3. Número 2, 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/1993.v3n2/117-136>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho. Possibilidades solidárias e emancipatórias do trabalho: campo fértil para a prática da psicologia social crítica. **Psicol. Soc.**, Ago 2005, vol.17, no.2, p. 58-69.

ZANELLA, Andréa Vieira. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá: v. 9, n. 1, p. 127-135, 2004

## APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou Participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada *Vulnerabilidade Psicossocial e o papel da Economia Solidária: a história de vida de um convivente de um CAPS AD*, desenvolvida por Dana Raíssa Rocha Martins, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (11) 98508-0042 ou e-mail danarmartins@gmail.com.

Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Maria Cecília de Moura, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (11) 99217-8424 ou e-mail ceciliamoura@pucsp.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é apreender, através da narrativa de histórias de vida de convivente de um CAPS AD, como o processo de identidade se dá a partir da experiência do trabalho cooperativo por eles realizado.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista de narrativa de história de vida, que será gravada e transcrita e observação, a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_