

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**Reinserção social: um desafio para o avanço da reforma
psiquiátrica**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Juliane Heinrich

Santa Maria, RS, Brasil

2012

Reinserção social: um desafio para o avanço da reforma psiquiátrica

Juliane Heinrich

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde Mental**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**Reinserção social: um desafio para o avanço da reforma
psiquiátrica**

Elaborado por

Juliane Heinrich

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE SAÚDE MENTAL**

Comissão Examinadora:

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Francisco Nilton Gomes de Oliveira, Dro. (UFSM)

Dani Laura Peruzzolo, Mes. (UFSM)

Fábio Becker Pires, Mes. (UFSM)

Santa Maria, 22 de março de 2012.

Reinserção social: um desafio para o avanço da reforma psiquiátrica¹

Social reintegration: a challenge for progress the psychiatric reform

Juliane Heinrich

Terapeuta Ocupacional. Residente da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade (GP – PEFAS0 Endereço: Rua Senador Cassiano, nº 691, Bairro Dores, CEP – 97050-680 Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: juheirich@hotmail.com

Marlene Gomes Terra

Enfermeira. Orientadora. Docente Doutora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem e do PRMISPS da UFSM. Pesquisadora do GP – PEFAS da UFSM.

Francisco Nilton Gomes de Oliveira

Terapeuta Ocupacional. Co-orientador. Docente Doutor da Graduação em Terapia Ocupacional e do PRMISPS da UFSM.

Fábio Becker Pires

Psicólogo Mestre do Hospital Universitário de Santa Maria. Co-orientador. Tutor e Preceptor do PRMISPS da UFSM. Membro do GP – PEFAS da UFSM.

Resumo

Este estudo tem como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais de saúde acerca das ações em saúde mental dentro da perspectiva da reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas da Unidade Estratégia de Saúde da Família São José do município de Santa Maria do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa se caracteriza numa abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, realizada com os profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde e demais profissionais da Unidade). Os dados foram coletados por meio do grupo focal, gravado, em 2011, e foram submetidos à análise de conteúdo. Desta forma, emergiu-se a categoria da reinserção social com as respectivas subcategorias (conhecimento como fator de capacitação do profissional de saúde, exclusão e reinserção social do sujeito e produção do trabalho como fonte de reabilitação psicossocial). Os resultados mostraram que os profissionais têm pouca compreensão no que diz respeito às

¹Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) oriunda do Projeto de Pesquisa Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: percepção de uma equipe de estratégia de saúde da família, apresentado em março de 2012.

ações estratégicas necessárias para a reinserção social desses indivíduos, bem como não se acham capacitadas suficientemente para abordar temas sobre o assunto em questão, nos núcleos comunitários. Concluimos que há necessidade de se propor maiores esclarecimentos, de modo que o termo ‘reinserção social’ possa ser vinculado às rotinas cotidianas e ações profissionais como estratégias de intervenção para a reinserção social do indivíduo usuário de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Saúde mental; Usuários de drogas; Reinserção social; Estratégias de intervenção

Abstract

The purpose of this abstract is to know the health professionals understanding about actions in health mental area, in perspective of social reintegration of drugs and alcohol users in “São José Family Strategic Unity”, situated in the municipality of Santa Maria, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. This research is characterised by the qualitative, descriptive and exploratory approach, and it was conducted with health professionals (community health agents and others professionals of the Unity). The data was collected by the focus group, recorded in 2011, and were analysed from the thematic content. This way, the social reintegration emerged with the respective sub-categories (knowledge as the factor of health professional capacity, exclusion, social reintegration of the individual, social integration and production with labour as source of psychosocial rehabilitation). The results have shown that the professionals have little understanding about necessary strategic actions to social reintegration of these individuals, as well they think they’re not sufficiently able to address the issue in the *community nucleus*. **Therefore, we conclude that** there is a need of proposing further clarifications, so that the expression “social reintegration” can be linked to daily routines and professionals actions as intervention strategy to social rehabilitation of drugs and alcohol users.

Keywords: Mental Health; Drug Users;

Introdução

A atual Política de Saúde Mental, proposta pelo Ministério da Saúde, assumiu como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial que seja capaz de atender as pessoas em sofrimento psíquico, bem como às que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, como forma de promover a reintegração social e cidadania. Essa deliberação de um novo modelo de assistência tem sua base nas propostas da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica busca a consolidação de uma rede de assistência focada em princípios e práticas psicossociais. Apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, de modo que se possam privilegiar novos espaços que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos (Prandoni; Padilha; Spricigo *apud* Souza e col., 2007).

Conforme Moreno (*apud* Silva et al., 2004, p.148), a política de Saúde mental, que vem sendo implantada a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, como já se fez referência acima, orienta as ações de saúde de modo a preservar a subjetividade da pessoa, sua história de vida e suas relações interpessoais. Propõe que a atenção e o cuidado estejam voltados a serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam às necessidades individuais e coletivas.

Silva et al., (2004) vai além do exposto quando refere que abordar o campo da Saúde Mental no PSF, por exemplo, de modo resolutivo e propositivo, de forma que venha a contribuir no sentido da integralidade em saúde, significa considerar a subjetividade tanto no processo de trabalho, quanto na prática de atenção.

De acordo com Campos (*apud* Silva et al., 2004, p.149), contemplar a subjetividade no pensar clínico também é um dos fatores que promovem a integralidade da atenção.

Neste contexto, a Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência a esses usuários precisa ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Além disso, a atenção aos usuários será contemplada pela atuação integrada da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde, Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Souza e col., 2007).

Para tanto a compreensão das ações estratégicas de reinserção social dos indivíduos usuários de álcool e outras drogas é fator primordial para alavancar uma série de procedimentos de cuidado e atenção em saúde mental, que necessita estar ao alcance de todos como forma de promoção da saúde dos indivíduos na sociedade.

A possibilidade de reinserção social destes indivíduos requer a implementação de políticas públicas que garantam e consolidem a criação de programas articulados com setores de trabalho e ou centros de capacitação profissional, bem como adequada qualificação dos profissionais que direta ou indiretamente trabalham com esses indivíduos e familiares, como alternativas de enfrentamento da miséria e exclusão social, visando os processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania.

Com base nesse entendimento, acreditamos que somente será possível contextualizar temas que abordem a organização dos serviços de saúde que integrem as ações de promoção de assistência à saúde mental, se considera alguns elementos como essenciais para uma prática em saúde pautada pelo SUS, tais como flexibilidade, vínculo com a equipe, abertura às necessidades apresentadas pelos usuários e respeito às suas diferenças como indivíduo ou grupos (Campos, 1992).

Entretanto, há necessidade de se desenvolver estudos cujo foco esteja fundamentado na ampliação e qualificação de uma diversidade de serviços intersetoriais disponíveis, com acompanhamento terapêutico que contemple os usuários de álcool e outras drogas, de acordo com os princípios do SUS.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de investigarmos a compreensão que os profissionais de saúde têm sobre reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, gerando, assim, a seguinte questão norteadora: qual a percepção que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família São José do município de Santa Maria do estado do Rio Grande do Sul tem acerca das ações estratégicas de reinserção social do usuário de álcool e outras drogas?

Portanto, para que se possa responder a esta questão, foi definido como objetivo do presente estudo, conhecer a compreensão que os profissionais de saúde da Equipe de Estratégia de Saúde da Família São José do município de Santa Maria, de modo que se possa efetivar a ‘reinserção social’ dos usuários de álcool e outras drogas desta comunidade.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Esta se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos sujeitos do estudo, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos próprios sujeitos (Turato, 2003). Além disto, o fenômeno estudado é complexo e de natureza social, envolvendo o entendimento do contexto social e cultural (Minayo, 2006). O grupo focal foi eleito, como técnica de coleta de dados, por permitir aos pesquisadores explorar a partir de um foco ou tema específico com determinado grupo os quais discutem vários aspectos sobre o mesmo (Víctora, Knauth; Hassen, 2000; Westphal, Bógus, Faria, 1996).

A pesquisa foi desenvolvida junto aos profissionais de saúde (sete agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem) da Unidade Estratégia de Saúde da Família São José do município de Santa Maria do estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos sujeitos foi de caráter intencional, tendo como critérios de inclusão na pesquisa: ser profissional da equipe de saúde da Unidade Estratégia de Saúde da

Família São José, não estar em licença para tratamento de saúde no período da coleta de dados.

Os sujeitos foram previamente contatados visando agendar o local, data e hora para a realização do grupo focal o qual se realizou no Salão da Igreja da comunidade São José. O dia para a realização dos encontros foi acordado com a enfermeira da unidade conforme a disponibilidade dos demais profissionais desta, sendo que o grupo focal aconteceu somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados entre os meses de outubro a dezembro de 2011. Foram realizados três grupos com 10 participantes os quais foram identificados em seus depoimentos pela letra 'P' (P1, P2, P3,...), por ser a letra inicial de profissional de saúde da ESF seguido de um número que não necessariamente seja a ordem de sua participação no grupo focal visando assegurar o sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa.

O encerramento amostral aconteceu por saturação teórica, por entender que as informações fornecidas por novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que foram coletados. Cada grupo durou cerca de 1 hora e trinta minutos o que se justificou por ser um período suficiente para que não acontecesse a fadiga entre os participantes (Debus, 1997).

Cada grupo focal foi gravado o que possibilitou, logo após a transcrição dos depoimentos, a análise dos dados coletados que teve início durante o período de coleta e estendeu-se até o mês dezembro de 2011. Após a transcrição de cada grupo focal foi realizada a organização dos achados. Por tratar-se de uma busca qualitativa, adotou-se o referencial da Análise de Conteúdo para apreciação do material levantado.

Esta metodologia propõe três etapas para análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação (Minayo, 2006).

O protocolo do projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sob N° 0241.0.243.000-11, com intuito de assegurar os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Sendo assim, iniciou-se a coleta de dados somente após a tramitação legal de todos os requisitos exigidos.

Resultados e Discussão

Diante da realidade estudada, questiona-se o preparo dos profissionais da área da saúde, em especial as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para lidar com casos que envolvem o uso abusivo de drogas. Assim, torna-se imprescindível às equipes

multiprofissionais de saúde, perceberem os aspectos psicossociais que envolvem os usuários de álcool e outras drogas.

Frente à importância dessa temática nas relações sociais e de saúde pública, bem como nosso vínculo ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM (PRMISPS/UFSM-RS), Linha de Cuidado Saúde Mental; envolvidas no cotidiano do trabalho nos serviços da psiquiatria do HUSM, em especial o campo do Serviço de Recuperação em Dependência Química (SERDEQUIM) e Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria, surgiu o interesse pelo tema.

Neste contexto, o trabalho em equipe multiprofissional está alicerçado na necessidade de desenvolver nos profissionais competências para atuarem de modo integral, potencializar a integração intra e intersetorial no hospital articulado com uma rede de suporte social por meio da construção de redes/ linhas de cuidado, respeitando a regionalização e hierarquização dos serviços, no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico (UFSM, 2009).

Para tanto, foi escolhida como cenário de pesquisa a ESF São José, visto que é uma unidade na qual o PRMISPS está inserido. Dessa forma, esperamos que os resultados obtidos nesta pesquisa possam gerar reflexões dos mesmos sobre a questão das drogas, possibilitando um olhar diferenciado no que tange as relações entre profissionais e usuários. Além disto, a sua compreensão sobre a temática e a implicação desta nos serviços ressaltará a possibilidade de se buscar estratégias de trabalho em saúde que englobem as questões de saúde, direitos e cidadania dos sujeitos envolvidos como forma de ir ao encontro do preconizado nas políticas públicas dirigidas a usuários de drogas.

Os dados foram coletados por meio do grupo focal, gravado em 2011, e foram submetidos à análise de conteúdo. Desta forma, emergiu-se a categoria da reinserção social com as respectivas subcategorias (conhecimento como fator de capacitação do profissional de saúde, exclusão e reinserção social do sujeito e produção do trabalho como fonte de reabilitação psicossocial), que se apresenta a seguir.

Reinserção social

Nos grupos focais figurou entre os participantes que há necessidade de maior qualificação do profissional de saúde, especificamente no que se referem aos agentes comunitárias de saúde. Posto isto, observou-se no conteúdo analisado, que os participantes demonstraram desconhecimento sobre o que é reinserção social, bem como a falta de entendimento no que diz respeito, às ações estratégicas sobre a reinserção social destes indivíduos na sociedade e como proceder diante de tais situações como “promotoras da saúde” em seus cotidianos profissionais.

Conhecimentos como fator de capacitação do profissional de saúde

A importância de capacitar os profissionais que lidam no cotidiano com usuários de drogas e seus familiares se deve ao fato de que os profissionais não estão totalmente preparados para tratar tais situações rotineiras no seu cotidiano de trabalho, conforme os depoimentos de P3 e P4.

[...] eu como agente de saúde mais perdida ainda, não tem aquilo ali pra orienta... tem poucas coisas pra ti conseguir colocar ele de novo na sociedade. Isso aí, o que que acontece? Ele não consegue trabalho. Ele não consegue uma coisa pra fazer. (P3)

A gente desvia o assunto. Sei lá, por não saber lidar, achar muito complicado, nem toca, nem acha que é dever nosso. Eu pelo menos, me coloco bem assim, a eu acho que não é meu dever. Eu acho que é dever lá do CRAS, do CAPS. (P4)

Observamos que os participantes não se sentem preparados para orientar esses indivíduos à efetivação da reinserção social. Isto é, expressam total falta de conhecimento que possam conduzi-las à construção do saber. Não há orientação e tampouco recursos práticos que os levem à concretização de ações estratégicas de reinserção social. Com base no exposto, podemos dizer que “não sofremos de um vazio (...) existe uma imensa curiosidade, uma necessidade, um desejo de saber (...) sofremos sim, pela estreiteza de canais, por sua insuficiência” (Foucault *apud* Assmann, 2004, p.187). Isto é, não estamos sofrendo de um vazio, mas de meios inadequados para pensar sobre tudo o que está acontecendo, principalmente, no que tange à qualificação de nossos profissionais, à correta e devida preparação para que ele possa contribuir efetivamente com a promoção da saúde desta coletividade.

Os agentes comunitários de saúde, como membros integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF), atuam como mediadores entre a equipe e as necessidades da comunidade (Brasil, 1997).

A ESF assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (Pacheco; Moretto; Tagliari, 2003).

Assim, fica evidente a importância da aquisição do conhecimento e a real necessidade de propormos uma educação continuada, de modo que esta possa contribuir para suprir os anseios desses profissionais.

Convém lembrar que qualquer instituição de ensino, como também uma Unidade de Saúde é um centro onde sua principal meta é o ensinar/orientar/prevenir e o aprender constante.

Assim, todo profissional que se diz responsável e comprometido com as mudanças que se almeja em saúde, necessita condenar a transmissão mecânica dos conteúdos e trabalhar para a construção da autonomia. Portanto, o que é essencial compreender aqui é que as abordagens terapêuticas incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto sócio-emocional dos indivíduos envolvidos.

A exclusão e reinserção social do sujeito

Esse processo de exclusão e reinserção social diz respeito ao ser humano como condição de sujeito capaz da construção e da projeção de sua existência social. Sendo assim, quando tentamos identificar teias e redes sociais que promovam a vida e a reinserção social, é importante ter presente a concepção de que elas devem ser resgatadas em um confronto direto entre o humano e o real vivido no seu cotidiano (Kern, Bellini, 2006, p. 85). O que está exemplificado nos depoimentos de P3, P4 e P5:

[...] discrimina, discrimina, daí ele não consegue. Daí o que acontece? Ele volta pro primeiro degrauzinho, ou abaixo dele [...] continua no submundo, dele não te, porque ele não vai estudar, com certeza que ele não vai fazer um ensino médio, muito menos um fundamental se ele não tem. Ele não chega lá. Ai, ele fica quando mal aprende o nome dele. Quando vê volta pro submundo de novo. (P3)

[...] a sociedade exclui. (P4)

[...] então eu acho assim essa reinserção social é bem importante, mas além do apoio da família teria que ter no caso uma maior compreensão da sociedade com isso também, não é simplesmente chega e rotula. Ah! Ele é um drogado. Independente de ser um drogado, a gente deveria dar um suporte, tentar ajudar (P5).

De fato, “a lógica da exclusão se enraizou nas instituições do mundo de hoje. E quando se repudia qualquer recaída em ilusões estatizantes ou adesão a vanguardas iluminadas, sobra o árduo desafio de criar instâncias públicas que amparem e incentivem conversões individuais e consensos solidários” (Assmann, 2001, p.25).

Nesse sentido, pensar na produção de saúde mental significa propor intervenções integrais organizadas de acordo com a cultura e, portanto, com o contexto socioeconômico e político de cada comunidade, visando também, às necessidades humanas de forma individual e coletiva. Significa conhecer de forma profunda as características da comunidade, seus problemas, o que os determinam e atuar, de forma intersetorial, sobre eles, de modo a

promover qualidade de vida e a tão sonhada reinserção social desses sujeitos. (Silva et al., 2004)

Salientamos que há necessidade de propor ações estratégicas que se voltem à promoção da saúde de modo que possam contribuir para a mudança da cultura da comunidade e assim, reduzir a discriminação e a indiferença com essa população. Segundo Assmann (2001), os seres humanos não são naturalmente tão solidários quanto parecem supor os sonhos de uma sociedade justa e fraternal. Entretanto, isso não quer dizer que os humanos são naturalmente perversos ou anti-solidários, embora certas tradições culturais tenham chegado perto dessa visão radicalmente negativa. Hoje, não faltam os que depositam esperanças acerca do que se pode esperar dos seres humanos no convívio social.

No que se refere ao acolhimento necessário desses indivíduos, há que se ter em mãos ações estratégicas específicas direcionadas ao acolhimento desses sujeitos. Isto é, estabelecer a importância que precisa ser dada às questões direcionada à sua verdadeira reinserção social. Não basta que se proceda somente com as devidas técnicas de ‘cura’ ou ‘reabilitação’, pois o processo terapêutico se constitui numa série de procedimentos que vão além deste simples fator. É necessário que se construa uma rede solidária como forma de acolhimento para com essa população.

As pessoas, com ou sem saúde, têm necessidades humanas básicas a serem atendidas. A maioria é de ordem biológica, mais concreta e ligada à sobrevivência humana (Figueiredo, 2005). O usuário, como todo ser humano, é um sujeito complexo, um universo de diferentes representações inserido numa cultura, que tem sua singularidade, sua forma peculiar de vida. Precisamos cuidar do sujeito de uma forma interativa e ética, contextualizando-se com a dimensão social. A abordagem da saúde mental contribui para essa intersubjetividade. (Teixeira, 2005).

No caso específico desta população, em termos de constituição psicológica, é notório que uma pessoa que sofre frustrações sucessivas, abandono ou percebe sua exclusão do meio, tende a ter perturbações emocionais (Figueiredo, 2005).

Na particularidade desta pesquisa, observamos que as participantes são unânimes em afirmar que a aceitação e ou reinserção destes indivíduos necessita começar pela família, pois o preconceito e a exclusão, muitas vezes, também tem início no próprio convívio familiar.

[...] após um acompanhamento tem que tentar reinserir ele na vida considerada normal ... no convívio familiar ... É vital! A família é o primeiro elo, é o primeiro eixo que tem que estar de braços abertos. (P1)

De fato, notamos que no depoimento de P1 tem claro a importância do contexto familiar como meio de resgatar, acolher, (re)inserir, trazer de volta, para o seu meio este indivíduo. Por outro lado, percebemos também que a própria família tem preconceitos, rotula e exclui como se pode verificar nos depoimentos de P2 e P5:

[...] até na própria família ... é por que ai fica rotulado e os próprios parentes mesmo, às vezes, tem preconceitos. (P2)

[...] a própria família, às vezes, não dá suporte necessário. Já é tachado! Você tá nessa vida porque quer (P5)

Além da família, os profissionais de saúde necessitam ficar atentos, pois a exclusão perpassa pela forma de aceitação e ajuda mútua entre seus pares. Desta forma, surge a necessidade do profissional de saúde “se aliar à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas” (Machado; Mocinho, 2003, p.162).

Salientamos que o exercício de uma nova prática de assistência em saúde mental, é preconizado de forma democrática e participativa, transformando os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento. Todavia para que se exerça essa nova prática é necessário pensar a questão da saúde na sua interface com a inclusão e com o trabalho como possibilitador de um reconhecimento social.

Esta prática somente será eficaz, se associada à criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde (Costa Neto, 2000). No depoimento de P4 observamos que o trabalho de saúde mental na comunidade, visa à reinserção destes indivíduos, a partir do melhoramento ou a manutenção da saúde da população (Saraceno, 1994).

[...] a inserção eu tava olhando aqui não é só no mercado de trabalho, é a reinserção nas relações delas, não só no trabalho, no empírico a gente faz isso, mesmo sem querer a gente faz isso, a gente orienta, dá opiniões, mais por esse lado. (P4)

O profissional de saúde mental necessita investir nas potencialidades da família valendo-se da rede de apoio disponível na sua comunidade (serviços de saúde mental, rede básica de saúde, grupos de socialização, associações de familiares e de usuários de álcool e outras drogas). Isto porque, “as famílias demonstram dificuldades em lidar com a noção de doença mental, ou seja, pedem esclarecimentos sobre a mesma e orientações sobre o relacionamento no domicílio” (Oliveira; Colvero *apud* Machado; Mocinho, 2003, p.162).

De fato, sabemos que a reabilitação psicossocial representa um conjunto de programas e serviços que foram desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos de saúde mental, bem como de álcool e outras drogas.

A reabilitação psicossocial está pautada “numa ética de solidariedade” que gere nos indivíduos com limitações, “os afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (Pitta *apud* Machado; Mocinho, 2003, p.163).

Sendo assim, reabilitar com vistas à reinserção social do indivíduo, pode ser entendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com a finalidade de ampliar sua autonomia. Entendemos esta como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Somos mais autônomos quanto mais independentes de tanto mais coisas conseguirmos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Kinoshita, 1996).

Produção do trabalho como fonte de reabilitação psicossocial

O principal fator motivador ao profissional é a possibilidade de alcançar os resultados que o conduzam à recompensa, como reconhecimento e prestígio. Nesse sentido, a produção do trabalho emerge como fator determinante para a reinserção social do sujeito.

Entretanto, de acordo com Pires (*apud* Leopardi, 1999), no que tange aos processos de trabalho em saúde, há que se considerar a complexidade dos problemas em saúde que exige conhecimentos profundos em cada área, cujo entendimento da totalidade só será possível a partir de um inter-relacionamento entre as diversas áreas e suas respectivas profissões.

Os depoimentos que apresentamos a seguir, apontam para a possibilidade de criação de oficinas terapêuticas profissionalizantes como sugestão para se desenvolver ações de reinserção social. Além disso, mostramos sua importância para o contexto e o papel do CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

Neste contexto, observamos que as depoentes P1, P3 e P4 sinalizam que existe possibilidade de se pensar em reinserção social a partir da constituição de redes de parcerias como forma de qualificar esta população. Consequentemente, acreditamos que a partir daí, poderemos pensar em geração de renda para fomentar a possibilidade de reinserção destes indivíduos, pois, o estímulo que acompanha essa proposta vai servir de base para a recuperação da auto-estima e autoconfiança, e consequentemente autonomia

[...] no caso tem os CAPS, mas é com acompanhamento de recuperação, eles fazem as oficinas, mas não é nada assim ... profissionalizante, pra ele se reintegrar. (P1)

[...] eu acho que deveria ser mais concreta tipo, no cimento, ensina fazer placa, eu a minha idéia, fazer placas.... (P3).

[...]acho que o segredo ta ai faze parceria em tudo, não só no CRAS, como na unidade, quanto na vida pessoal da gente, a gente tem que faze parceria pra pode dar certo, se não, não tem, não anda...(P4)

No Brasil, os CAPS têm a possibilidade de aliar ações de cuidado clínico a programas de reabilitação psicossocial, conjuntamente com outros programas e serviços de atenção à saúde mental existentes, pois seus objetivos são, além de oferecer cuidados clínicos, como também fomentar a reinserção social desses sujeitos pelo acesso ao trabalho e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida .

Os CAPS têm enfrentado dificuldades concernentes à reabilitação psicossocial por ainda centralizarem as ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais, e, em menor proporção, nas práticas de reinserção social (Leão e Barros, 2011). De fato, este contexto está presente nos depoimentos das profissionais de saúde e essa percepção se faz clara nos seguintes depoimentos:

[...] o que estimula uma pessoa? É o capital. Ah! Está dando certo, eu vou investir mais... (P5).

[...] Que a geração de renda produz renda e estimula a auto-estima... (P2)

[...]melhora a estima da pessoa muito e, e vê que a família ta podendo se, se sustentada, naquela... (P3)

Segundo o relato das depoentes, observamos que além da possibilidade de fomentar a reinserção social através das oficinas profissionalizantes ou de geração de renda, também se extrai a positividade e se estimular a auto-estima e motivação do sujeito pela inclusão pelo trabalho, como processo de mudança do modelo meramente assistencial.

Para tanto, há que se trabalhar e trilhar caminhos em comunhão com outros setores, órgãos governamentais, entre outros. Isto é, a conquista de novas posturas de modo que esse processo não seja tomado apenas como meio de descobrir somente as motivações psíquicas do indivíduo, mas pelas suas potencialidades como incremento da atividade produtiva.

Conforme Costa (2005, p.08), “é preciso construir condições objetivas, por meio de políticas públicas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade às necessidades dos usuários”, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de reinserção

social, de modo que se possa possibilitar o bem-estar, auto-estima e efetiva inclusão social desse grupo populacional.

Considerações finais

O estudo proposto teve como objetivo refletir e, ao mesmo tempo, direcionar o olhar para onde desejamos intervir. Isto é, ter claro a compreensão dos profissionais de saúde acerca das ações em saúde mental dentro da perspectiva da reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas da Unidade Estratégia de Saúde da Família São José do município de Santa Maria do estado do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido, percebemos que estes profissionais necessitam de maiores esclarecimentos e/ou orientações sobre o tema que tratamos aqui. Isto porque, analisando os relatos notamos que a discussão, mesmo fundamentada na promoção da saúde, bem-estar, cuidado e autocuidado, carece de ações estratégicas especificamente de intervenção que possibilite e leve o sujeito à reinserção social.

Percebemos também, que muitos esforços estão sendo desenvolvidos pelos profissionais de saúde desta comunidade com vistas a alcançar e mobilizar seus membros, e cuja finalidade é motivar as pessoas a modificar, melhorar e adotar comportamentos compartilhados que os levem a uma qualidade de vida satisfatória.

Entretanto, notamos também, que para a efetivação dessas ações, há necessidade de se propor maiores esclarecimentos a estes profissionais, assim como à comunidade onde estão inseridos, de modo que o termo 'reinserção social' possa ser vinculado às rotinas cotidianas e ações profissionais como estratégias de intervenção para a reinserção social do indivíduo usuário de álcool e outras drogas. Também há necessidade de se trilhar e/ou oferecer caminhos que levem o sujeito à verdadeira reinserção social, ou seja, buscar procedimentos estratégicos efetivos como base para a construção de um novo estilo de vida saudável, que o confortem, contribuam para a sua autonomia e o tornem apto para zelar pelo seu próprio bem-estar.

Nesse sentido, este estudo contribui para possíveis incrementos na rede de atenção à saúde mental (usuários de álcool e outras drogas) no município de Santa Maria- RS e 4ª CRS, pois está fundamentado e embasado em fatos reais apontados como fator preponderante para uma efetiva qualidade dos serviços em saúde mental do SUS.

Referências

ASSMANN, H. *Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 17-34.

_____. *Curiosidade e prazer de aprender: o papel da curiosidade na aprendizagem significativa*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886/GM de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família. Brasília, dez. 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Política de saúde mental*. Jun, 2005. Disponível em: <http://acompanhamentoterapeutico.com/2009/06/23/politica-nacional-de-saude-mental>. Acessado em 30/01/2012.

DEBUS, M. **Manual para excelência e la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. *Práticas de Enfermagem: Fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. São Caetanos do Sul/SP: Yendis Editora, 2005.

KERN, F; BELLINI M.I.B. *Redes e Vulnerabilidades: o olho do furacão*. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol.20. N.02. Jul/Dez. 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Comunicação Saúde Educação* v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011 139

MACHADO, A.P.C.; MOCINHO, R.R. *Saúde Mental: um desafio no Programa Saúde da Família*. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol.17. N.02. Jul/Dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

PACHECO, M.; MORETTO, E.F.S.; TAGLIARI, M.H. *O cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde no Programa Saúde da Família de um município de médio porte do RS*. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol.17. N.02. Jul/Dez. 2003.

PIRES, D. *A estrutura objetiva do trabalho em saúde*. In: LEOPARDI. M.T. (Org.) *O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed. Papa-Livros, 1999.

SARACENO, B. *Manual de Saúde Mental*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

TEIXEIRA, E.R. *Saúde mental e enfermagem psiquiátrica*. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. *Práticas de Enfermagem: Fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. São Caetanos do Sul/SP: Yendis Editora, 2005.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SILVA, P.L. et al. *A interface Saúde Mental e Atenção Básica*. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol.18. N.01. Jan/Jun. 2004.

SOUZA, J. e col. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *R. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>. Acessado em 30/01/2012.

VÍCTORA, G.C; KNAUTH, R.D; HASSEN, M. de N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

