

**O PAPEL ASSISTENCIAL DE UMA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA NO CUIDADO/REABILITAÇÃO DO
PACIENTE PSQUIÁTRICO E AS (IM)POSSIBILIDADES
DE GESTÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA**

**THE ASSISTANCE ROLE OF A THERAPEUTIC
COMMUNITY IN THE CARE/ REHABILITATION OF THE
PSYCHIATRIC PATIENT AND THE (IM)POSSIBILITIES
OF HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT**

Thaís Conceição Azarias da Silva Feliciano¹

Davidson Passos Mendes²

Geraldo Fabiano de Souza Moraes³

¹ Bacharel em Biomedicina e Engenharia de Saúde e Segurança pela Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) — Campus Itabira.

² Doutor em Educação pela UFMG. Professor do Curso de Engenharia de Saúde e Segurança da Universidade Federal de Itajubá — Campus Itabira.

³ Doutor em Ciências da Reabilitação pela UFMG. Professor do Curso de Engenharia de Saúde e Segurança da Universidade Federal de Itajubá — Campus Itabira.

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

Resumo: O estudo tem por objetivo compreender a atividade de trabalho dos trabalhadores de uma Comunidade Terapêutica (CT) na assistência ao paciente, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para o desenvolvimento das ações da assistência, competência e a construção da saúde dos trabalhadores. A abordagem metodológica utilizada foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e Ergológica. Os resultados observados demonstraram a importância da experiência dos profissionais que atuam na CT analisada, devido à complexidade da assistência e do perfil de risco da população atendida. Também foi observado que o trabalho se efetiva na configuração coletiva, ancorado no trabalho em equipe, fundamental para a tomada de decisão e para a ação frente a imprevisibilidade e o risco de violência potencial ali presente.

Palavras-Chave: Comunidade Terapêutica; Gestão de Saúde e Segurança; Gestão do Risco.

Abstract: The objective of this study is to understand the work activity of the workers of a Therapeutic Community (TC) in patient care, revealing the difficulties encountered and the strategies built for the development of care actions, competence and the health construction of workers. The methodological approach used was based on the Ergonomic Work Analysis (EWA) and Ergological. The observed results demonstrated the importance of the experience of the professionals working in the analyzed TC, due to the complexity of the assistance and the risk profile of the population served. It was also observed that the work is effective in the collective configuration, anchored in teamwork, fundamental for decision-making and action in the face of unpredictability and the potential risk of violence present.

Keywords: Therapeutic Community; Health and Safety Management; Risk Management.

Resumen: El estudio tiene por objetivo comprender la actividad de trabajo de los trabajadores de una Comunidad Terapéutica (CT) en la asistencia al paciente, revelando las dificultades encontradas y las estrategias construidas para el desarrollo de las acciones de la asistencia, competencia y la construcción de la salud de los trabajadores. El enfoque metodológico utilizado fue basado en el Análisis Ergonómico del Trabajo (AET) y Ergológica. Los resultados observados

demonstraron la importancia de la experiencia de los profesionales que actúan en la CT analizada, debido a la complejidad de la asistencia y del perfil de riesgo de la población atendida. También fue observado que el trabajo se efectúa en la configuración colectiva, anclado en el trabajo en equipo, fundamental para la toma de decisión y la acción frente a la imprevisibilidad y el riesgo de violencia potencial allí presente.

Palabras Clave: Comunidad Terapéutica; Gestión de Salud y Seguridad; Gestión del riesgo.

1 INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas é uma prática antiga, sendo relatadas em diferentes culturas desde os tempos pré-históricos. Alguns povos faziam o uso dessas substâncias para fins terapêuticos; outros as usavam em ritos religiosos. Cada povo utilizava destas substâncias de acordo com sua cultura, época, conhecimentos, e até hoje tem seu consumo bastante evidente em algumas sociedades (SILVA, 2010).

Atualmente o uso de tais substâncias é tratado como uma questão de saúde pública, adquirindo uma importância cada vez maior, considerando seu custo social e consequências danosas para aqueles que convivem direta ou indiretamente com este problema. Os dependentes de álcool e drogas podem vir a desenvolver uma série de problemas, que abrangem o campo social, jurídico, clínico e psiquiátrico. O uso dessas substâncias acaba levando o dependente ou sua família à busca de serviços médicos em diferentes momentos: intoxicação, durante o uso habitual ou crônico, e nos períodos de desintoxicação (FHEMIG, 2013).

Um fato que foi considerado como um marco na história das substâncias psicoativas foi a caracterização da dependência química como um transtorno mental, o que permite, além de tratar os dependentes químicos, investir e tentar mitigar o pré-conceito e pré-julgamento que eles sofrem. A dependência química deve ser entendida como uma doença multicausal que carece de um trabalho multiprofissional, com intervenções que auxiliem na reinserção social e a recuperação do estado de saúde (SILVA, 2010).

No Brasil, a política de saúde mental segue os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão social e respeito pelos pacientes; os FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

dependentes de tais substâncias, de acordo com o modelo assistencial preconizado pelo SUS, são considerados pacientes com problemas psiquiátricos e recebem tratamento de acordo com as características da dependência. Durante a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o tempo prolongado de internação era muito criticado, assim como atendimento precário, além de reclamações referentes à segregação dos pacientes psiquiátricos (MENDES, 2010; SHIOKAWA, 2010).

Ao que se diz respeito ao modelo assistencial em saúde mental, o Ministério da Saúde (MS) visa reduzir progressivamente o tempo de internação psiquiátrica e hospitalar e, ao mesmo tempo, fortalecer a rede extra-hospitalar com ênfase em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes centros teriam um papel importante e estratégico para destituir o modelo hospitalocêntrico no tratamento de pessoas acometidas por problemas psiquiátricos, inclusive para dependência de álcool e drogas que é realizada no CAPSad (MENDES, 2010; SHIOKAWA, 2010).

Uma alternativa que auxiliou o SUS no atendimento a esse tipo de paciente foi a criação das Comunidades Terapêuticas (CT), que iniciaram suas atividades no final da década de 70 e tiveram seu papel reconhecido pelo Ministério da Saúde. A criação das CT (Comunidades Terapêuticas) surgiu como consequência da redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Um problema a ser levantado neste projeto é a capacidade da CT desenvolver suas atividades de forma efetiva preservando a saúde e segurança dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes, uma vez que o modelo de tratamento utilizado segue na contramão da reforma psiquiátrica realizada no Brasil, reforma esta que abominava a prática excludente e propunha um inscrição social do doente psiquiátrico.

Em tese, as CT apresentavam uma proposta de acabar com o asilamento dos pacientes, uma medida que excluía e segregava os mesmos, mas, na prática, as CT não modificaram o modelo asilar, sendo comparadas a hospícios privados, não trazendo uma efetiva transformação do modelo.

A finalidade deste estudo é demonstrar o papel assistencial das comunidades terapêuticas no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico, dependente químico, e sua relação com a rede assistencial em saúde mental e os constrangimentos desta atividade como (im)possibilidade de gestão da saúde e segurança no contexto analisado.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se iniciou em Setembro de 2015, no qual foi realizada uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema a ser estudado em bases de dados como *Scielo, Bireme, PubMED*, utilizando-se de palavras chave de busca como Reforma Psiquiátrica, Comunidades Terapêuticas, Abordagem do Risco, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Após a elaboração de uma base de dados, iniciou-se a escrita do projeto para submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa e visitas ao campo.

Trata-se de um estudo qualitativo com enfoque na ergonomia e ergologia. Como método de pesquisa foi aplicada a AET (GUÉRRIN, 2005). A Ergologia (SCHWARTZ, 2000) foi utilizada como ferramenta de análise dos resultados obtidos para o aprofundamento epistemológico, a fim de se obter os valores e saberes investidos na gestão da atividade de trabalho cotidiano no contexto em questão.

Inicialmente, buscou-se um entendimento do funcionamento geral do local estudado, bem como levantamento da população da pesquisa: foram feitas observações gerais e sistematizadas da rotina de trabalho da população envolvida, e todos os participantes da pesquisa receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em que se propunham participar voluntariamente da pesquisa. A amostra foi composta por cinco profissionais de uma comunidade terapêutica do interior de Minas Gerais, que atuam diretamente na assistência ao residente/paciente da instituição analisada.

Por meio de entrevistas aberta, semi estruturada e de auto-confrontação (simples e cruzada), os participantes falaram livremente sobre as condições gerais a serem estudadas. Concomitantemente, foram realizadas observações gerais e sistematizadas no intuito de identificar as variáveis do estudo.

Foram identificados os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre as possibilidades de gestão de saúde do/no trabalho no contexto produtivo analisado. Esses dados foram obtidos diretamente com os trabalhadores, e, a partir da validação dos achados com os mesmos, foram elaboradas proposições para adequação preventiva do sistema de produção analisado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), sob o parecer nº CAAE 55023716.7.0000.5559, de 15 de Junho de 2016.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

Inicialmente, destaca-se que o cerne da pesquisa é o papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e os constrangimentos desta atividade como (im)possibilidade de gestão da saúde e segurança.

Ademais, serão analisadas as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de uma dada comunidade terapêutica no que se refere à assistência ao interno, de modo à revelar as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para o desenvolvimento das ações assistenciais, de competência e construção da saúde dos trabalhadores, bem como analisar o papel da comunidade terapêutica na assistência aos pacientes.

3.1 Formas de Tratamento

São descritas diversas formas de tratamento para os dependentes de álcool e outras drogas. De acordo com Ribeiro (2004), há inúmeros ambientes para tratamento e alguns são mais conhecidos e tradicionais, como os grupos de auto-ajuda, rede primária de atendimento à saúde, comunidades terapêuticas, hospitais gerais, dentre outras.

Os métodos de assistência para os dependentes químicos foram elaborados ou adaptados: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros (RIBEIRO, 2003).

O momento em que se decide iniciar o tratamento influencia na escolha do método. Geralmente usuários de álcool com sintomas agudos de abstinência podem carecer de um ambiente ambulatorial não-intensivo, intensivo, hospital-dia (HD) ou até uma internação para desintoxicação. Após três semanas os sintomas de abstinência já não são mais o problema predominante e tratamentos menos intensivos e comunitários poderão ser estabelecidos (RIBEIRO, 2004). Já no caso dos usuários de cocaína é necessário um atendimento ambulatorial intensivo. Ao atender usuários de drogas injetáveis se deve destacar a prevenção das DST-AIDS, sendo a redução de danos a assistência indicada e bem-sucedida nestes casos. Qualquer ambulatório ou enfermaria de desintoxicação, que tenham como objetivo atender dependentes com transtornos psiquiátricos graves associados (depressão, esquizofrenia, pacientes com atitudes suicidas), necessita de um apoio logístico mais intensivo, abrangendo o número e a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos, quanto em termos de segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; RIBEIRO 2004). Desta maneira, é preciso reconhecer o serviço mais indicado para aquele

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

momento e saber combiná-lo a outros ambientes onde a sequência do tratamento se dará.

3.2 Clínica Estabelecida

O SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares na área do uso de drogas a partir de 2003, com o lançamento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004).

Mesmo com a assistência do SUS, algumas lacunas no atendimento existiam, diante desse déficit assistencial, alguns setores da sociedade civil formados por ações sociais, abrigos e instituições filantrópicas, começaram a oferecer apoio aos dependentes químicos e familiares, destacando-se as CT como instituições não governamentais que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência com os pacientes, que são tratados como residentes (ANVISA, 2011).

As CT foram criadas em 1979 com o objetivo de dar suporte em relação aos problemas oriundos da dependência de drogas; elas possuem um ambiente livre e uma forma de tratamento em que o paciente é o principal protagonista da cura; apresenta um sistema bem estruturado com regras claras, limites precisos e funções bem delimitadas, através de normas, horários e responsabilidades. Esta estrutura é para que o paciente se situe no tratamento (POZAS, 1996; SABINO, CAZENAVE; 2005).

Com relação à população atendida, as CT atendem apenas adultos; existem instituições voltadas para o atendimento de mulheres, adolescentes e moradores de rua. Mesmo assim, todas essas instituições apresentam princípios comuns, o que permite um estudo generalizado (SCADUTO, 2010; DE LEON, 2003).

O tratamento dura em torno de nove a 12 meses. Atualmente a maioria das CT mantêm os residentes por seis meses na instituição e após este período os mesmos podem sair para começar uma reintegração social, porém eles devem voltar para a CT, uma vez que todos devem cumprir o tempo total de tratamento (DE LEON, 2003).

De acordo com Pozas (1996), os objetivos das CT não estão focados somente nos resultados do tratamento, mas também nas consequências de uma reabilitação social envolvendo intervenção em outros locais fora da CT.

Dentro das comunidades, não existe classificação quanto às substâncias, ou seja, elas não são classificadas como leves, pesadas, estimulantes, depressoras ou alucinógenas porque não se considera o sintoma da dependência química através da substância utilizada, mas sim através da problemática humana que está por trás de tudo (FRACASSO, 2002).

Explica-se ainda que os efeitos causados pelas substâncias químicas não são ignorados; quando são necessários tratamentos de sintomas que as drogas causam nas pessoas, elas são encaminhadas aos serviços médicos especializados.

Com base na leitura de diversos estudos, a abordagem sociocultural é a predominante nas CT, uma vez que acredita-se que se uma pessoa que deseja verdadeiramente, pode parar de fazer o uso de qualquer substância química sem que isso acarrete algum problema físico sério, logo, não trata-se a abstinência com medicação como uma alternativa de aliviar o sofrimento, pois, de acordo com a doutrinação das CT, o medicamento impediria que o dependente entrasse em contato consigo mesmo, perpetuando o estado de dependência.

4 RESULTADOS/DISCUSSÃO

4.1 Comunidade Local

A CT onde a pesquisa foi realizada está localizada no interior de Minas Gerais, e trata-se de uma entidade filantrópica fundada em 1996, mantida por doações e convênios com o objetivo de trabalhar na recuperação de dependentes químicos.

Desde sua fundação, a CT estudada segue a metodologia do modelo de Minnesota para o tratamento de dependentes de diferentes substâncias psicotrópicas, que tem como proposta a integração de várias técnicas com os dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos (AA). É um modelo multidisciplinar, que utiliza de profissionais de diversas áreas, visando a integração das abordagens em um clima de humildade.

O conceito de dependência química deve ser entendido como um fenômeno biopsicossocial, com uma dinâmica essencialmente grupal na qual os residentes compartilham entre si suas histórias e dificuldades, aprendendo a identificar suas emoções, valores e atitudes que eram distorcidos pela droga (FREIRE, 2005).

Logo, os residentes tentam desenvolver um novo estilo de vida, livre das drogas. O essencial é que exista e se desenvolva um ambiente
FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

amoroso, de aceitação mútua para descobrirem que não estão sozinhos, que outras pessoas já passaram por sofrimentos semelhantes e hoje estão vivendo a vida de forma integral, com todas as suas dificuldades inerentes, sem drogas. Resumidamente, este seria o Modelo Minnesota, que pode ser adaptado a ambulatórios e a sistemas de internação (BURNS, 1992,1995 E 1998; ANDERSON,1981; HEILMAN, 1980; KURTZ,1979; SPICER,1993).

Na referida comunidade, os colaboradores trabalham até o quinto passo do proposto pelo AA, conforme pode ser observado no prefácio do livro:

Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos consistem em um grupo de princípios, espirituais em sua natureza que, se praticados como um modo de vida pode expulsar a obsessão pela bebida e permitir que o sofredor se torne íntegro, feliz e útil (BURNS, 1995).

A proposta geral da clínica é a Laboterapia, onde os residentes realizam atividades voltadas ao trabalho, mas com cunho terapêutico. Os principais objetivos desta prática são:

- Trabalhar e identificar os sentimentos como mágoa, frustração, perda, raiva, amor etc.;
- Auxiliar na valorização da família e das pessoas que faziam algumas tarefas por eles enquanto estavam no uso e abuso de substâncias psicoativas;
- Identificação e aperfeiçoamento de habilidades;
- Elevação da autoestima;
- Sentimento de utilidade;
- Produção com a visualização dos resultados;
- Aceitação de limites e regras;
- Disciplina;
- Percepção de responsabilidades, zelo e respeito com o próprio;
- Ajuda mútua, trabalho em grupo;
- Foco, concentração e atenção;
- Desenvolver noção e rotina de começo, meio e fim de uma atividade;
- Aprimoramento de conduta e caráter;
- Organização;
- Contribuição para a desintoxicação, reabilitação física, dentre outros.

De acordo com o regimento da CT, os residentes devem também seguir de forma integral as ordens estabelecidas, bem como horários e participação das atividades, para possível efetividade do tratamento e permanência na comunidade.

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

4.2 Os residentes

Os transtornos mentais estão entre as doenças crônicas de maior prevalência no Brasil. Dentre estes transtornos, destacam-se a depressão, a esquizofrenia, transtornos decorrentes do uso de substâncias químicas, epilepsia, Mal de Alzheimer, retardo mental e os distúrbios da infância e da adolescência (OMS, 2002).

No presente trabalho houve um foco para os pacientes que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias químicas e álcool, uma vez que a dependência do álcool está entre as 10 maiores causas de incapacitação no mundo, sendo a segunda causa de complicações neuropsiquiátricas. Dados da Organização Mundial de Saúde de 2003 dão conta que 3,2% das mortes em todo o mundo podem ser atribuídas ao álcool.

Alguns modelos para explicação e análise do abuso de substâncias psicoativas são propostos, sendo eles:

- Modelo Ético-Legal: O uso de drogas pode ser entendido como falta moral ou transgressão das regras sociais, exigindo sanções legais punitivas e regressivas para prevenção deste uso;
- Modelo Médico: O uso de substâncias psicoativas é visto como uma doença de caráter crônico, considerando-se a droga como um agente e a pessoa como "hospedeiro" (REZENDE, 2000), a intervenção neste caso visa a cura dessa doença, entendida com abstinência total;
- Modelo Psicossocial: De acordo com este modelo, o uso de substâncias é um comportamento aprendido, considerando o modelo de aprendizagem social, assim, a intervenção visa reestruturar o paciente cognitivamente, propondo novos padrões de interação consigo mesmo e com o ambiente;
- Modelo Sociocultural: Neste modelo, o contexto é baseado no indivíduo, em suas regras culturais, crenças e valores; ainda consideram-se fatores socioeconômicos como condição social e desemprego, assim a intervenção se volta para a promoção de condições de desenvolvimento social.

Assim como existem modelos para a caracterização dos pacientes, Milby (1988) propôs uma classificação para o tratamento desses diferentes perfis de dependência:

- Abordagem médico-farmacológica: objetiva a desintoxicação e tratamento das disfunções fisiológicas decorrentes do uso abusivo das

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

substâncias, podendo incluir tratamento clínico geral e medicamentoso;

- Abordagem psicossocial: nesta abordagem estão incluídas as psicoterapias, individuais ou em grupo, com enfoque teórico (cognitivo, comportamental, sistêmico) ou técnico (suporte, apoio ou aconselhamento);

- Abordagem sociocultural: incluem-se nesse modelo o tratamento das Comunidades Terapêuticas (CT) e de grupos de auto ajuda como os Alcoólicos Anônimos (AA);

- Intervenções baseadas em abordagens religiosas: incluem atuação de profissionais como médicos, psicólogos e assistentes sociais, e se concentram a intervenção em aspectos ligados à religião, como doutrinação e aconselhamento espiritual.

Neste trabalho, abordou-se especificamente o papel das CT no tratamento de usuários de substâncias psicoativas; alguns modelos coexistem na abordagem das mesmas, como a abordagem psicossocial, sociocultural e religiosa, mas observa-se a predominância da abordagem sociocultural.

No momento do estudo, a CT contava com uma população de 10 residentes; de acordo com os colaboradores, um número bem baixo devido ao corte de alguns convênios do governo. Geralmente os residentes são usuários de álcool e outras drogas, e existem casos de usuários de múltiplas drogas.

A entrada/internação na CT deve ser completamente voluntária, partindo do próprio pressuposto metodológico, onde o residente precisa reconhecer o vício e ter vontade de abandonar o mesmo.

Atualmente existem três portas de entrada de residentes na CT, a primeira e principal é o SUS, ou seja, o paciente que é direcionado para o tratamento diário no Centro de Atenção Psicossocial — CAPSad, e, após início de tratamento, apresenta a vontade da internação; logo este paciente é encaminhado para o processo de admissão na CT.

A segunda porta de entrada é um convênio chamado Aliança pela Vida, programa estruturado pelo Governo de Minas Gerais que tenta atuar com o combate a dependência química, considerando toda a complexidade da atenção a este tipo de paciente, família e profissionais. Em um sistema muito parecido com o direcionamento do CAPSad: o paciente é encaminhado para a CT, que apresenta vaga disponível para internação.

A terceira porta de entrada é a particular — que é a minoria dos casos na CT local —, e atualmente não conta com nenhum paciente através deste tipo de internação.

Existem ainda os residentes que são encaminhados por meio de mandado judicial. Neste caso, o residente deve estar de acordo com as normas por parte da CT, e, ao final do tratamento, a equipe de colaboradores oferece um parecer sobre qual caminho este residente deverá seguir, pois há casos onde eles provêm do sistema prisional no meio de sua pena para tratamento; então a equipe deve deliberar se ele retorna ao sistema prisional ou pode contar com redução de pena, ou mesmo sofrer penas alternativas.

A duração total do tratamento é de seis meses. Durante este período, no quarto e quinto mês, o residente tem o direito de passar oito dias em casa, período chamado de ressocialização.

Os colaboradores foram questionados acerca da questão da ressocialização, e manifestaram-se no seguinte sentido:

"É um momento complicado pelos seguintes aspectos: dentro do município acabamos por ter um certo controle. Se alguém vir um determinado residente num dado lugar, que é de má fama ou ponto de uso de drogas, este comportamento carece cuidados. Alguns residentes procuram grupos de ajuda e até mesmo grupos de oração fora da instituição e durante a visita acabam frequentando. Temos, ainda, a ficha de avaliação da família, mas acontecem alguns casos de recaídas, as vezes, tanto a família quanto o residente escondem, então não dá para ter total certeza do comportamento dele neste período de ressocialização." ¹

Entendendo a dependência química como uma doença biopsicossocial, pode-se perceber que os diversos modelos de tratamento apresentam suas dificuldades: no caso do tratamento em uma CT, a maior dificuldade é a falta de motivação para o tratamento, o que leva alguns residentes a apresentarem recaídas, que geralmente ocorrem nos períodos de ressocialização. Caso ocorra algum relato de recaída, é necessário uma análise e caso seja necessário, uma mudança de estratégia de tratamento por parte da equipe junto com o residente, como manifestado a seguir:

Cada caso será analisado, em razão da singularidade e especificidade de cada um. Determinada vez, ocorreu um caso aqui na instituição em que vetamos segunda visita de ressocialização do residente, considerando que não seria interessante e notamos uma certa fragilidade com o ciclo social e de convívio. Lado outro, não é tão efetivo você vetar uma visita, vez que não vai surtir efeito. Logo,

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

deve-se pensar em uma outra forma de estratégia, como por exemplo, o tratamento coletivo, todavia, muitas vezes se realizado de forma coletiva não dá tempo para atender todos residentes. Assim, a análise individualizada de cada caso, ainda é a melhor alternativa, porque o que para algum residente pode ser efetivo para outro já não pode ser.

Além disso, é praxe da instituição que somente após 30 dias de permanência o residente começa a ter direito a receber visitas dos familiares. Além do tratamento de longa duração, existe um tratamento de 45 dias que é oferecido a funcionários de empresas locais.

4.3 Variabilidades, Complexidade e Riscos

O conceito de risco possui três componentes básicos: o potencial de perdas e danos, a incerteza das perdas e danos e a relevância das perdas e danos; assim, o risco é conhecido como a probabilidade de danos multiplicada pela magnitude das consequências em função do tempo (GONDIM, 2010). Ainda assim, o conceito de risco não pode ser visto apenas como uma probabilidade matemática. De acordo com Areosa (2008), o risco é visto como uma vulnerabilidade na exposição a qualquer coisa (do individual e do coletivo), em que considera a obtenção de algumas perdas ou ganhos a partir de observações, valores, saberes e do contexto em que é produzido (MENDES, 2014).

Schwartz (2014) defende a existência de riscos antecipáveis, que são conhecidos como riscos profissionais, e a existência de uma dimensão enigmática, que reconfigura o agir humano no trabalho e conduz aos riscos do trabalho.

No contexto de atendimento a pacientes em geral, um risco evidente é o de violência. No Brasil, estudos demonstram que a violência no trabalho em saúde tem se tornado um problema de saúde pública, com impactos diretos sobre a saúde das populações trabalhadoras envolvidas. Estudos ainda dão conta que os profissionais que atendem pacientes psiquiátricos são os profissionais que mais sofrem violência profissional, perdendo apenas para carcereiros e policiais (MENDES, 2010). Este risco potencial de agressão se dá principalmente em momentos em que o paciente está em crise.

O atendimento a pacientes dependentes químicos apresenta um risco à integridade física tanto dos profissionais que realizam o atendimento quanto para os próprios pacientes, pois em diversos momentos, principalmente no momento do primeiro atendimento, ou em momentos de crise de abstinência, os pacientes apresentam um perfil agitado e/ou agressivo (MANTOVANI, et al, 2010).

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

Nos relatos dos colaboradores da CT em estudo, pode-se perceber uma antecipação do risco, no qual eles não recebem pacientes em crise de abstinência ou pacientes que ainda não receberam a devida prescrição médica para controle de possíveis crises, falta de sono, agitação etc. Vejamos:

"Em determinados casos faz-se necessária a intervenção medicamentosa, daí temos observado que os pacientes com um quadro psicótico em tratamento possuem a medicação de antipsicótico, aí cabe aos profissionais da instituição evitar as crises dentro da CT. Alguns pacientes vêm do CAPS encaminhados, porém em diagnóstico de psicose, logo já tem a medicação prescrita. O CAPS do município mantém o paciente no tratamento de permanência-dia e caso não esteja surtindo efeito ou ainda não seja satisfatório este tipo de tratamento, o paciente será encaminhado para internação, e então, já vem com a medicação toda prescrita. Porém, tem alguns casos que não sabemos como funciona; ao que nos parece o paciente pede pra ser internado e eles simplesmente encaminham para instituição, aí esses a gente tem dificuldade de identificar o histórico do paciente, a medicação que faz uso, ou não, se há quadro de psicose ou surtos, entre outros aspectos relevantes para o tratamento." ²

Por se tratar de uma CT, o tratamento é baseado no respeito mútuo e no seguimento de regras previamente impostas pela organização. Quando um residente comete algum ato falho em relação às regras prescritas, o mesmo recebe algum tipo de advertência, que geralmente é verbal; logo, pode ser entendida como uma contenção psíquica, na qual o residente precisa entender sua falha, admitir seu erro e mudar sua postura frente ao mesmo.

Em uma das visitas, um residente estava um pouco agitado e proferiu algumas palavras de ameaça a outro residente; então o educador, em relação ao fato, manifestou-se da seguinte maneira:

"Detectado que é algo sério faço a advertência imediata de modo verbal, caso seja recorrente será dada por escrito. O intuito é que a pessoa se conscientize, é terapêutico. Caso seja algo mais gravoso, haverá privação de algo, mas o cunho é, realmente, o terapêutico. É conscientizar mesmo, o residente que ele errou, e que ele deve reconhecer isso! Sempre apontar para ele o ato falho, qual regra foi violada e que não foi correto o que ele praticou. A pessoa deve construir essa consciência, tudo na nossa vida é construído." ³

Os profissionais relataram que geralmente a rotina com os residentes ocorre de forma tranquila, porém, alegaram que se sentem

desprotegidos e com medo de sofrer algum tipo de agressão por parte dos mesmos.

Em uma das visitas dois possíveis fatos causadores de *stress* estavam ocorrendo: um residente foi desligado da CT por subtrair pertences de outro residente; e, noutro caso, os profissionais estavam reunidos deliberando sobre o residente do sistema prisional que está na fase final do tratamento.

Através do relato pode-se perceber a preocupação dos profissionais em resguardar a integridade física deles próprios e deliberar acerca dessas situações críticas:

"As decisões aqui tomadas são muito sérias, complexas, geram grande impacto e não são nada fáceis, considerando que um determinado residente pode surtar e resolver agredir o profissional ou, até mesmo, depois em outro momento, fora da instituição, surtar e se vingar, porque essas pessoas são vingativas. E, a partir das experiências sofridas, tomamos decisão de deliberar tudo em conjunto, uma vez que, suponhamos, que um profissional que está indo embora e é surpreendido por um ex-residente (que acabou de ser desligado) ou que evadiu da instituição, que está na estrada esperando este profissional passar para lhe atacar. Antigamente era uma questão individual, hoje em dia é coletivo, então se tiver de matar, vai matar todo mundo. Eu queria dizer que eu me sinto seguro aqui, mas acho que isso precisa ir além. ".⁴

Outro fato, citado pelos profissionais, foi a não autorização para realizar revistas nos pertences dos residentes, principalmente no momento em que voltam das visitas de ressocialização. De acordo com eles, esta revista existia, mas houve uma inspeção do Governo do Estado e foram advertidos que este tipo de conduta só poderia ser realizada por profissionais da segurança pública, daí a prática da revista teve de ser extinta.

Em relato, estes profissionais apontaram que, por exemplo, seria plenamente possível um residente que retorna da visita de ressocialização, apresentar-se armado ou levar algum tipo de substância não permitida para dentro da comunidade. Vejamos:

"No que se refere à segurança nossa e dos demais, nós tivemos uma fiscalização do Estado, que inicialmente, versava sobre o convênio e eles, também, analisaram o nosso regimento interno e perceberam a questão da vistoria, que é a verificação dos pertences dos residentes (quando chegam, quando saem, quando voltam da rua) e a vistoria física. Os fiscais apontaram que não deveríamos fazer a vistoria, considerando que se trata de uma questão da segurança e cabe à

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

segurança pública desempenhar tal papel e não à saúde, ou seja, estávamos fazendo algo completamente errado. Atualmente, não mais fazemos, porém, os residentes assinam um termo afirmando que não estão de posse de droga ou arma ou tabaco, tampouco de tudo que não é permitido, entretanto não podemos conferir. Em contrário senso, a despeito do mandamento legal, quando fazíamos a vistoria ela nos ajudava muito, considerando que os educadores, por vezes, encontraram os chamados "chuxos" guardados nos pertences dos residentes (coisas que eles faziam na oficina com ponta de ferro); faca escondida debaixo da cama; fumo de rolo; dentre outras coisas. Como a fiscalização do Estado ocorre amplamente e é possível realizar, inclusive, o atendimento individual com o residente, não mais revistamos, por que corre o risco de indagarem se mudamos a conduta, não adianta querer burlar a situação, porque vão relatar tudo diante de uma visita (..) Isso pra gente, em relação a segurança é muito complicado, porque até a gente saber se aconteceu algo, já é tarde. " ⁵

Isso evidencia a presença de um constante risco psíquico por parte destes trabalhadores, que relataram o medo de sofrer algum tipo de violência externa decorrentes da recepção de residentes que, por sua vez, também sofriam algum tipo de ameaça antes de se internarem, fato que se torna mais complicado pelo motivo da comunidade se localizar distante da área central da cidade.

Ao observar os relatos, pode-se perceber o quão vulnerável os profissionais da CT em estudo se encontram, demonstrando também a participação do coletivo para amenizar os possíveis riscos que possam surgir, principalmente relacionados à violência e segurança.

4.4 As contradições da Rede

O Ministério da Saúde instituiu em 2004 uma política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, cujo cerne está na prevenção, promoção e proteção dos indivíduos dependentes de álcool e outras drogas e suas famílias. Este programa está centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistências e, dentro desta política, existe o controle de uso de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica (redução de danos) e a padronização de serviços de atenção à dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com base nessa proposta, os profissionais de atenção à saúde primária e secundária exercem um papel de extrema importância na promoção e prevenção de problemas de saúde: na atenção primária, o objetivo seria a prevenção, no caso, do uso de álcool e outras drogas; e

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

na atenção secundária atuaria na identificação precoce do problema com a adoção de medidas para acelerar e auxiliar no processo de recuperação (GELBKE; PADILHA, 2004).

De acordo com Ribeiro (2004), o Brasil não possui uma norma que regulamenta os níveis de atendimento nem o papel de cada profissional dentro do atendimento dos pacientes dependentes químicos, o que dificulta o encaminhamento dos pacientes que necessitam de atendimento especializado aos setores responsáveis. Muitas vezes, esta falta e/ou desencontro das informações leva a sobrecarga de setores que seriam responsáveis por apenas uma parte do tratamento.

O tema nos leva a outro embate, que seria a efetividade da rede de atenção comunitária e a redução dos leitos psiquiátricos de forma inadequada levando os pacientes a uma falta de assistência (MENDES, 2010).

No regulamento das CT, em geral e na CT estudada, três abordagens já citadas são observadas:

1. Abordagem psicossocial onde estão incluídas as psicoterapias, individuais ou em grupo, com enfoque teórico (cognitivo, comportamental, sistêmico) ou técnico (suporte, apoio ou aconselhamento);
2. Abordagem sociocultural com o tratamento que segue os princípios dos Alcoólicos Anônimos (AA); e
3. As intervenções baseadas em abordagens religiosas que incluem atuação de profissionais como médicos, psicólogos e assistentes sociais e se concentram a intervenção em aspectos ligados à religião, como doutrinação e aconselhamento espiritual.

A grande contradição é que, ao receber os pacientes encaminhados dos convênios do Governo Estadual ou os pacientes do CAPSad, o perfil do tratamento muda, pois os residentes continuam a receber o tratamento medicamentoso, para evitar as crises de abstinência e surtos psicóticos, dormir etc. Perfil de tratamento encontrado nos hospitais psiquiátricos ou até mesmo em outros locais da rede, como no próprio CAPS e postos de saúde.

4.5 Saberes, valores e atividade aflorados por meio da crônica da atividade

De acordo com Schwartz (2009), todo trabalho envolve as 'dramáticas do uso de si', uma vez que existe a presença de normas heterodeterminadas e as renormatizações realizadas pelos trabalhadores. O uso da palavra dramática não indica necessariamente sofrimento, mas

ele pode existir, sabemos ainda que o trabalho está sempre inserido na história (da espécie, da sociedade, do sujeito) e nela intervém de forma que tentar compreendê-lo supõe considerar as condições conceituais e históricas nas quais cada pessoa é confrontada.

A Ergologia busca encontrar em todas as atividades situadas as normas antecedentes, variabilidades, normas impostas e instauradas, promovendo um regime de produção de saberes sobre o humano, pois o encontro histórico entre os saberes científicos e práticos não pode ser antecipado, transformando-se em uma descoberta (HOLZ, 2013).

Então, percebe-se que o trabalho consiste em uma dimensão de 'encontros de encontros', onde a variabilidade técnica e humana está sempre presente, e as normas antecedentes não conseguem dar conta dos novos desafios que surgem no presente; cada trabalhador é, ao mesmo tempo, convocado e convoca-se a lidar em um vazio de normas (SCHWARTZ, 2009) que surge devido às variabilidades, tendo de criar novas normas para trabalhar, fazendo uso de si por si e em diversos momentos faz o uso de si pelos outros, demonstrando a dimensão social que implica em ser usado em diversas formas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Trabalhar é sempre gerir e todos os trabalhadores da saúde são gestores, já que todos criam normas para conseguir eficácia, e se essa gestão da variabilidade através da renormatização não fosse realizada cotidianamente, a situação dos serviços de saúde pública estaria ainda pior, pois é exatamente essa atividade dos trabalhadores da saúde pública que explica como ainda pessoas são curadas apesar das condições degradadas de saúde e segurança nos ambientes de trabalho que se encontram nesses serviços (FRANÇA; MUNIZ, 2011).

Os colaboradores manifestaram-se no seguinte sentido:

"Fazendo uma comparação com os demais setores da área de saúde, penso que o nosso tipo de assistência é o mais vulnerável. Nos hospitais tem um contingente humano maior e mais segurança, nas comunidades terapêuticas, geralmente, é o inverso. Ademais, se realmente todo paciente que estivesse aqui fosse com o perfil real de comunidade, seria o ideal, mas não é esta a realidade, daí coloca em risco todo o corpo de profissionais da instituição, bem como os demais residentes, e realizar essa triagem é muito difícil, considerando que não somos a porta de entrada. Quando nos vinculamos ao Governo, por meio dos convênios que são firmados, torna-se mais complicado, vez que a seleção é ampla. Se eu fosse o gestor da comunidade eu seria a porta de entrada, falaria, você vai, você não vai. Então a gente fica com aquelas amarrações." ⁶

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

Nesse debate de normas, encontramos um embate entre um mundo de valores, pois, há sempre uma relação com os valores pelos quais se escolhe uma norma para trabalhar e não outra. Este é um ponto complicado de se tratar porque no caso das normas muitas vezes encontram-se oposições entre elas, e no caso dos valores pode-se contemplar valores diferentes em uma mesma escolha (FRANÇA; MUNIZ, 2011).

Podemos perceber o embate entre normas e valores quando os profissionais ressaltam que:

"Em minha opinião, se eu tivesse uma comunidade terapêutica eu não me vincularia ao governo, porque a comunidade foi feita pra pessoa que está iniciando no mundo da dependência, não para a pessoa que está com a dependência agravada, aí ela já está desenvolvendo a psicose, aí temos de administrar medicamentos. Já ocorreram casos de voltarmos com o paciente, porque ele não tem perfil pra comunidade."

7

Após o levantamento de todas essas questões e diferenças entre a imersão dos sujeitos no mundo dos valores, Schwartz (2004) constrói uma resposta para a assistência comum aos pacientes, e essa assistência ocorre através das negociações de eficácias para construir a gestão coletiva de trabalho, e que a gestão não é responsabilidade do indivíduo, mas das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRPs). Elas que permitirão a construção das renormatizações de forma coletiva, construindo negociações e debates de modo que estas renormatizações não ocorram de forma individualista, em que cada um decide apenas por si, mas na sinergia da construção de um patrimônio histórico coletivo.

"(...) a gente tomou uma posição lá atrás de reunir pra decidir e não o profissional X quis desligar, porque já teve discussão, olha eu vou embora e vai ter alguém na estrada me esperando, o cara vai estar ali parado porque resolveu desligar ou evadiu e foi embora. Antigamente era uma questão individual, hoje em dia é coletivo, então se tiver de matar, vai matar todo mundo. Eu queria dizer que eu me sinto seguro aqui, mas acho que isso precisa ir além." 8

Segundo Echternacht (2008), os processos de construção das competências necessárias para a compreensão das relações saúde-trabalho₂ envolvem a confrontação entre os saberes formais e os saberes advindos da experiência. Na CT estudada, os colaboradores relataram que, com a redução do quadro de funcionários, as atividades se tornaram um pouco mais difíceis; ainda alegaram que, se em algum momento houver uma troca dos profissionais, provavelmente estes profissionais apresentariam dificuldades para executar as atividades:

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

"Mesmo com todas as dificuldades é a única opção e eu vejo que o que faz a comunidade são os profissionais, porque se tirarem as pessoas qualificadas daqui e colocarem pessoas sem qualificação, a experiência, a comunidade acaba." ⁹

E ainda, sobre a importância da experiência no setor, a profissional relatou sobre o quão perigosa pode ser a relação residente-profissional:

"A clareza do profissional pra trabalhar aqui é saber que eles são manipuladores e se você se deixar levar é eles que vão te tratar." ¹⁰

Logo, percebe-se que a atividade dos profissionais da CT estudada é cercada de riscos visíveis e invisíveis, e os profissionais se regulam o tempo todo a fim de evitar constrangimentos mais sérios, que seriam os casos de violência. A gestão antecipada do risco se mostra bastante presente e é de extrema importância para que executem suas atividades de forma tranquila e relativamente segura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto, nota-se que o papel da Comunidade Terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico está ligado não só na reabilitação deste paciente, mas também na ressocialização do sujeito.

As impossibilidades de gerir a saúde e segurança dos profissionais e atuar na assistência aos pacientes dependentes químicos dentro de uma CT surgem nas portas de entrada, pois, ao não ter controle das mesmas e na escolha do perfil do paciente os profissionais apresentam dificuldades para gerir a segurança do local e a segurança dos mesmos.

Os convênios existentes atualmente com as CT interferem de forma direta no perfil do tratamento, transformando-as em uma extensão dos hospitais psiquiátricos ou dos CAPSad.

Vale ressaltar ainda que não se produz segurança através da vigilância, problema relatado pelos profissionais e, sim, pela construção e consolidação de uma rede efetiva de menor complexidade, além de uma melhoria da clínica necessária para a assistência em saúde mental. Como os riscos da atividade são invisíveis, busca-se uma segurança gerida que irá produzir segurança a partir da valorização dos saberes locais e a conexão com a rede em suas diversas possibilidades de resolução e pontos de conexão.

A experiência dos profissionais que atuam na CT também foi evidenciada como fator importante durante a realização do estudo, pois,

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

por não saber o perfil do paciente ou a origem do mesmo, um profissional novato provavelmente não daria conta das possíveis variabilidades do local.

Um ponto importante a ser destacado foi o período da coleta de dados para o estudo, onde a CT contava com uma população de residentes muito baixa devido a cortes de convênios, e ao mesmo tempo uma população trabalhadora reduzida. Os próprios trabalhadores disseram que se o estudo fosse realizado em uma época onde o número de residentes fosse o dobro, por exemplo, talvez o número de variabilidades durante a rotina de trabalho seria bem maior, demonstrando uma dificuldade de gestão quando o número de residentes é maior.

Logo, seria interessante se outros grupos de estudo se propusessem a dar continuidade à pesquisa em um momento diferente, uma vez que existe a previsão da renovação do convênio com o Governo do Estado e a possibilidade da chegada de, no mínimo, 30 novos residentes na CT, o que provavelmente irá aumentar a carga de trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Resolução RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011). **Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.** Diário Oficial da União 2011; 1 jul.

ANDERSON, D. J. **Perspectives on Treatment:** The Minnesota Experience, Hazelden Foundation, 1981.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série E. Legislação de Saúde.

BURNS, J. **General Systems Theory and the Treatment of Chemical Dependency,** University Microfilm, Inc., University of Michigan, 1992.

BURNS, J. **O Caminho dos Doze Passos,** Eds. Loyola, 1995.

BURNS, J. **O Modelo Minnesota no Brasil,** apostila, 1998.

DE LEON, G. **A comunidade Terapêutica:** Teoria, Modelo e Método. São Paulo, Loyola, 2003. 479 p.

FRACASSO L. **Comunidade Terapêutica:** uma abordagem psicossocial. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Educação Física. 2008. Disponível
FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança.* R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

em: <http://www.fef.unicamp.br/biblioteca/Encontrointerdisciplinar/Texto_2_Laura.pdf>. Acesso em 1 de Novembro de 2015.

FRANCA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 201-221, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Junho de 2016.

GELBCKE, F.; SOUZA, M. I. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem** [en linea] 2004, 13 (abril-junho) : Disponível em : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7141321>>. Acesso em 12 de junho de 2016

GONDIM, G. **Do Conceito de Risco ao da Prevenção**: entre determinismos e incertezas. In: O território e o processo saúde-doença. Educação Profissional e Docência em Saúde. A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, 2008.

GÜÉRIN, F.; KERGUÉLEN, A.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2001

HEILMAN, R. O. **Dynamics of Drug Dependency**, Hazelden Foundation, 1980.
HOLZ, E. B. PESQUISA ERGOLÓGICA: Cientificidade, coerência, Paradigma e articulação conceitual. **Revista Gestão & Conexões Management and Connections Journal**. Vitória (ES), v. 2, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.13071/regec.2317-5087.2013.2.1.4447.210-230>>.

KURTZ, E. **Not God: A History of Alcoholics Anonymous**, Hazelden Foundation, 1979
Marcelo Ribeiro. Site Álcool e Drogas sem Distorção www.einstein.br/alcooledrogas / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. Acesso em 8 de junho de 2016

MS. Ministério da Saúde & Coordenação Nacional DST e Aids. **Manual de Redução de Danos** – saúde e cidadania. Brasília: MS – CN DST&Aids; 2002. [Série Manuais Nº 42].

MENDES, D. **O AGIR COMPETENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO**: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. Tese Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2014

MENDES, D. P. ; ECHTERNACHT, E. H. **Gestão do risco de violência em hospitais públicos psiquiátricos e as competências dos técnicos de enfermagem**. In: III Congresso Latino-Americano de Ergonomia/XVI Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2010, Rio de Janeiro. *Anais...*, 2010.

MILBY, J. B. **A Dependência de drogas e seu tratamento**. Trad. Silvio M. Carvalho. São Paulo, Pioneira EDUSP, 1988. 279 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estabelecendo um Diálogo sobre Riscos de Campos Eletromagnéticos**. Genebra: OMS, 2002.

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J.N.; MOTA, L. B.; VERAS, A. B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010. Disponível em:
FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 12 de Novembro 2015.

POZAS, J. E. M. (1996). **Comunidades terapêuticas en España**: evolución histórica, situación actual y perspectivas[on-line]. Disponível em: <<http://www.ianet.com/boletin/opinion.html>>. Acesso em 1 de Novembro de 2015.

REZENDE, M. M. **Modelo de Análise do Uso de Drogas e Intervenção Terapêutica**: Algumas Considerações. *Biociências* [online], v. 6 (1), 8 p., 2000. Disponível em <<http://site.unitau.br//prppg/publica/biocienc/downloads/modeloanalisedroga-N1-2000.pdf>>. Acesso em 1 de Novembro de 2015.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, supl. 1, p. 59-62, May 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516%2044462004000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de Junho de 2016.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol. (Campinas)** [online]. 2005, vol. 22, n. 2, pp. 167-174.

SCADUTO, A. A. **O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica**: estudo através da avaliação psicológica. Universidade de São Paulo, 2010.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Revista Trabalho e Educação**, jul-dez, n. 7, p. 38-46, 2000.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre atividade humana.1.ed. Niterói: *EdUFF*, 2010.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de hoje**, v. 49, n. 3, p. 259-274, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/viewFile/19102/12151>> Acesso em 10 de Junho de 2016.

SILVA, L. H. P.; BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; MANTOVANI, M. F.; MAFTUM, M.A. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, vol. 14, n. 3 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2015.

SPICER, J. **The Minnesota Model**, Hazelden Educational Materials, 1993.
TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

Notas:

- 1 Relato do Psicólogo.
- 2 Relato do psicólogo.
- 3 Relato do profissional Técnico Educador.
- 4 Relato do Profissional Administrativo.

FELICIANO, T. C. da S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. de S. *O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança*. R. Laborativa, v. 7, n. 1, p. 7-30, abr./2018.

- ⁵ Relato da Assistente Social.
- ⁶ Relato Profissional Técnico Educador.
- ⁷ Relato Profissional Técnico Educador.
- ⁸ Relato Profissional Técnico Administrativo.
- ⁹ Relato Profissional Técnico Educador.
- ¹⁰ Relato Assistente Social.

Artigo apresentado em: 28/09/2017
Aprovado em: 12/03/2018
Versão final apresentada em: 02/04/2018