



Processos, eixos e estruturas do tratamento  
comunitário

Eixo Práticas



Portal de formação a distância  
**sujeitos, contextos e drogas**

[aberta.senad.gov.br](http://aberta.senad.gov.br)

## APRESENTAÇÃO

---

Uma comunidade que sabe integrar implementa algumas ações que procuram construir e favorecer a inclusão das pessoas nas comunidades, bem como tenta conter os processos de exclusão e desintegração. Neste módulo, estas atividades e ações estão reunidas em cinco eixos do Tratamento Comunitário (Prevenção - Organização, Assistência básica - Redução de danos, Educação - reabilitação, Terapia médica e psicológica, Ocupação e Trabalho). Além disso, são apresentadas suas estruturas (onde estas atividades são implementadas), o significado que os eixos têm nos processos de integração e a sua articulação com a vida cotidiana das comunidades.

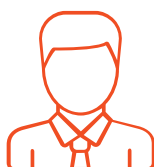
## AUTORIA

---



### Raquel Barros

Graduada e mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo, fundadora da Associação Lua Nova e empreendedora social da Ashoka, Fundação Schwab. Membro honorário da Womanity (Woman Changemaker), gestora da RAISSS (Rede Americana de Intervenção em Situações de Sofrimento Social), diretora do Instituto Empodera e consultora do Colombo Plan (ASIA/USA), da Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Governo de Argentina), da Junta Nacional de Drogas do Uruguai e da Secretaria de Segurança Multidimensional (CICAD/OEA).



### Efrem Milanese

<http://lattes.cnpq.br/6225165226834453>

Graduado em Psicologia pela Universidade Paris-Sorbonne (Paris V - René Descartes), especializado em Dipendenze Patologiche (Dependências Patológicas) pela Universidade de Pádua, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Paris-Sorbonne (Paris V - René Descartes). Trabalha na área da redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, integração social) e consultor de programas e políticas em alguns países da América Latina, Ásia e Europa.

## SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA

---

Márcio tem 57 anos, é alcoolista, portador de cardiopatia crônica e outras doenças. Sempre que ele tem uma recaída, acaba indo parar na rua, e daí não quer saber da sua família, tampouco de terapias, médicos, psicólogos, hospitais e clínicas.

A equipe do CAPS AD ficou sabendo do caso dele por meio de outros usuários. Durante semanas, os membros dessa equipe o procuraram em vão. Foram até o local onde Márcio e seus amigos costumavam se reunir para consumir drogas, falaram com eles, os quais disseram que não sabiam nada dele.

Foram, então, à casa da ex-esposa de Márcio, que de imediato os comunicou que estava separada dele há 10 anos. Ela os informou que morava com um filho e dois netos, e que os filhos já não podiam mais ajudar o pai, pois fizeram isso muitas vezes, e tudo sempre foi inútil. A equipe falou de sua preocupação com o estado de saúde do Márcio, porém a ex-esposa afirmou que é mais fácil ela morrer antes dele, e não era para a equipe se preocupar. Ela não culpa os filhos por não o procurar, pois Márcio nunca havia sido um pai presente, e insistiu que Márcio deveria continuar morando sozinho ou então ir para uma clínica, mas jamais voltar a morar com a família. Ressaltou, ainda, que ele não tem amigos e nenhum familiar disposto a cuidar dele, e também que Márcio é muito mentiroso e enganador, por isso consegue se virar na rua.

Logo após a visita, um dos amigos de Márcio informou à equipe que o tinha visto caído na rua alguns dias antes, e que um pessoal da igreja tinha tentado ajudá-lo, mas ele não quis saber de nada disso. Os profissionais foram então até o local, na esperança de encontrá-lo, mas não obtiveram sucesso na busca.

Um tempo depois, eles foram até o comércio local, onde uma servidora do CAPS AD falou que tinha visto Márcio caminhando por lá. Procuraram por todo o território, mas não o encontraram. A equipe achou que o caso estava perdido e que seria muito difícil contactá-lo, e mais difícil ainda seria encontrar alguma saída para sua situação, pois os vínculos familiares estavam muito estremeceados.

Antes de iniciar a leitura do módulo, convidamos você a realizar o teste do termômetro para saber qual a sua situação de proximidade em relação ao Tratamento Comunitário (TC), a partir da história de Márcio. Nas questões abaixo, assinalando se: discorda totalmente, discorda, neutro, concorda, ou concorda totalmente.

1) A equipe do CAPS AD tem que seguir procurando o Márcio, os seus amigos e sua família.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo totalmente

2) A equipe do CAPS AD tem que procurar também outras instituições, estabelecendo sinergias entre elas para que as necessidades do Marcio sejam satisfeitas.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo totalmente

3) Se Márcio quer morar na rua, é porque ele acha que não há outras possibilidades.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo totalmente

4) A prioridade é que ele recupere os seus amigos e as pessoas da comunidade que são importantes para ele.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo totalmente

5) O Márcio tem se isolado totalmente na comunidade, só as instituições podem ajudá-lo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo totalmente

RESULTADO:

Se você ficou longe da filosofia do TC, alguns processos poderão parecer pouco familiares, mas serão uma ponte para se aproximar mais do tema. Se você ficou perto, alguns processos o motivarão a transformar a proposta e adaptá-la ao seu contexto de vida e trabalho. Na sequência, você encontra mais informações a respeito desse tema.

## PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

### FUNDAMENTOS DO TRATAMENTO COMUNITÁRIO

---

O Tratamento Comunitário fundamenta-se na prática de cinco macro ações, ou eixos, as quais se comunicam através das ações de vinculação entre si e entre todos os elementos do sistema.

**Figura 1:** Mapa do Tratamento Comunitário na prática em qual fundamenta suas cinco ações. **Fonte:** NUTE - UFSC (2016).

## Prevenção e Organização

Márcio tem muitas necessidades: uma moradia mais segura, comida, higiene, cura médica, segurança, ajuda psicológica, amigos, a possibilidade de consumir álcool de maneira mais segura. Parece que ele não quer nada disso, e o fato de uma pessoa que tem necessidades não querer ser ajudada é um desafio para uma comunidade que sabe integrar. Quando o parceiro olha para as instituições, ele tem dificuldade em perceber a ajuda oferecida por elas como necessária. Ao mesmo tempo, quando as instituições olham para ele, só veem suas limitações, e não seus recursos. Uma comunidade que sabe integrar faz isso porque tem consciência dos seus recursos. As instituições presentes nas comunidades são importantes, mas impotentes se a comunidade não participa.

O ponto de partida para refletir as atividades do Tratamento Comunitário consiste em entender que, se numa comunidade há exclusão grave, consumo de drogas, tráfico, exploração sexual etc., isso acontece também porque na comunidade existe uma **rede de líderes de opinião** que, intencionalmente, ignora essa situação, permitindo que ela aconteça ou que a promove e lucra com isso. Nesse caso, tem-se, então, o chamado dispositivo de produção de exclusão. Isso quer dizer que o Márcio não está na rua somente porque ele quer. E, se assim fosse, é importante conhecer os processos comunitários (não somente familiares) que o fizeram querer isso.

### Saiba mais

A construção da rede de líderes de opinião (em particular os não formais) é uma das tarefas principais da construção de um dispositivo comunitário. Para saber mais informações sobre esses atores comunitários, leia o módulo **Integração dos recursos (dispositivo) de uma comunidade que sabe integrar** (<http://aberta.senad.gov.br/modulos/capa/integracao-dos-recursos-dispositivo-de-uma-comunidade-que-sabe-integrar>).

Da mesma maneira que existem dispositivos que produzem a exclusão e promovem o consumo de drogas, a exploração sexual, a vida na rua etc., podem existir dispositivos que retenham os seus efeitos nocivos, que retardem os processos de exclusão, construam processos de inclusão e melhorem as condições de vida das pessoas.

Assim, o desafio estratégico do Tratamento Comunitário e do seu primeiro eixo incide justamente sobre o **sistema** que produz a exclusão e sobre seus atores (redes de líderes de opinião). Logo, o eixo Prevenção e Organização reúne todas as ações necessárias para produzir os **dispositivos comunitários** (isto é, os dispositivos do Tratamento Comunitário).

## Glossário

“Um sistema pode ser definido como uma entidade organizada de relações entre elementos, ações, indivíduos.” (CASTIGLIONI; CORRADINI, 2003, p. 130). Isso significa que, no interior de um sistema, se um dos elementos que o compõem mudar, todos os outros também mudam, porque todos estão, de alguma maneira, relacionados. No caso das redes, esse conceito pode ser facilmente compreendido. Se, em uma rede formada por dez amigos, dois deles têm um conflito grave, isso produz uma mudança em todas as relações dessa rede, e não só nas relações entre os dois “amigos” que têm um conflito. (MILANESE, 2016).

## Saiba mais

No módulo a **Integração dos recursos (dispositivo) de uma comunidade que sabe integrar** (<http://aberta.senad.gov.br/modulos/capa/integracao-dos-recursos-dispositivo-de-uma-comunidade-que-sabe-integrar>), são exploradas questões sobre os dispositivos comunitários e suas características. O conteúdo apresentado nesse módulo é o objeto do primeiro eixo do Tratamento Comunitário.

A construção do dispositivo comunitário tem como finalidade viabilizar, construir ou fortalecer a participação comunitária.

Uma comunidade que sabe integrar e que tem esse dispositivo articulado à equipe do CAPS AD não precisa de três semanas para encontrar o Márcio, o qual todos conhecem, muitos sabem onde ele fica, mas ninguém diz onde ele está. Sem uma articulação forte com dispositivos comunitários, a equipe do CAPS AD poderia seguir procurando por Márcio durante meses sem encontrá-lo e, quando o encontrasse, ele provavelmente responderia que não quer nenhuma ajuda.

## Assistência básica - redução de danos

Você sabia que o próprio Márcio pode mudar a sua condição de extrema exclusão? Ótima notícia, não é verdade? Mas, para isso acontecer, é preciso que ele queira participar do processo, pois nada pode acontecer sem a sua cooperação. É verdade, também, que ele não pode fazer isso sozinho, e a contribuição das instituições é importante, mas não suficiente. Se os processos de exclusão promovidos por uma comunidade não mudam, as atividades das instituições em processos de cima para baixo (quando, por exemplo, os programas, ideias, políticas vêm das instituições do Estado ou de organismos institucionais e “baixam” até as comunidades locais) podem ter resultados, mas não têm impacto. Para isso, são necessários processos de baixo para cima (das comunidades até as instituições).

Quando uma pessoa, um grupo ou uma comunidade se encontra em uma condição de vulnerabilidade extrema e próxima à exclusão radical da vida social, é necessário trabalhar para que sejam satisfeitas as necessidades básicas desses sujeitos; ou seja, restituir direitos, promovendo a “dignidade da pessoa”. Isso permite melhorar as condições de vida das pessoas e que elas possam ter tempo para pensar estratégias para organizar suas vidas.

Pensar é fundamental para produzir mudanças, e não somente adaptação.

**A assistência básica e a redução de danos** (<http://dev.nute.ufsc.br/modulos/capa/a-reducao-de-danos-no-cuidado-ao-usuario-de-drogas>) são focadas nos direitos fundamentais das pessoas, dos grupos e das comunidades em situação de exclusão grave. Na área de drogas, adotam-se serviços e processos que visam implementar ações sociais focadas, a fim de diminuir o impacto e as consequências do sofrimento social, como ações para reduzir o impacto da pobreza, a falta de educação, fortalecer a legalidade e justiça e melhorar as condições de trabalho, moradia, alimentação, higiene, apoio relacional, apoio na área de saúde.

O Tratamento Comunitário é caracterizado pelo fato de que essas ações são pensadas, planejadas e implementadas por meio da constituição das redes nas quais estão inclusos os atores (beneficiários diretos), que são considerados “parceiros” dessas ações.

## Educação - reabilitação

---

O ponto central do eixo das atividades educativas e de reabilitação é o fato de que a restituição de direitos é importante, mas não é suficiente. Precisa-se conhecer esses direitos, respeitá-los e fazer uma apropriação consciente de tais direitos. Márcio tem direito de satisfazer as suas necessidades, a sua família de ser ajudada e a comunidade onde ele mora de melhorar as suas condições de vida. Assim, a comunidade tem o dever de não excluir Márcio e sua família do sistema, assim como a família de Márcio também não deve excluí-lo de suas vidas.

Reconhecer o dever de não excluir se traduz em fazer algo para incluir e integrar.

Pode-se, então, entender que a ajuda prática na emergência (assistência básica e redução de danos - um dos eixos), sem uma abordagem educativa, pode fazer com que a pessoa, os grupos e as comunidades sigam permanecendo em uma condição de alta vulnerabilidade, fortalecendo sua dependência e passividade. O “coração” do eixo educação e reabilitação no TC é a **consciência crítica de direitos e deveres**. Trata-se de melhorar o conhecimento e as competências da comunidade e das pessoas vinculadas com as formas de sofrimento social em aspectos fundamentais da vida comunitária: legalidade, droga, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool.

O ponto essencial do eixo Educação-reabilitação é passar da prevenção à promoção.

Esse eixo é necessário para que as formas de assistência básica e redução de danos não virem assistencialismo, produzindo novas formas de dependência e injustiça (como o tratamento obrigatório em caso de dependência de drogas). As ações e os processos nessa área incluem: processos educativos não formais (por meio do trabalho de rua a nível individual ou grupal), ou formais (cursos, oficinas, seminários etc.), que têm por fim a alfabetização, a educação digital, a recuperação do ciclo escolar, a melhoria das competências relacionais (competências sociais), das competências no trabalho (competências ocupacionais) e nas áreas indicadas no objetivo.

Os temas centrais nesse eixo são:

- Os direitos humanos, a sensibilização de gênero, as relações com os recursos comunitários (formais e não formais, institucionais e do setor privado).
- A mediação dos conflitos comunitários e a diminuição dos impactos dos processos de exclusão.
- As atividades culturais (cinema, teatro, fotografia, literatura, poesia, dança, música, pintura) e recreativas (jogos e esportes) são dois elementos centrais da metodologia de trabalho.

## Terapia médica e psicológica

---

Márcio tem doenças graves que precisam de cuidados médicos, mas ele insiste em não querer se tratar no modo convencional, isto é, ir a uma unidade de saúde ou a um hospital. Tal atitude demonstra que ele precisa também de apoio e acompanhamento psicológico. O álcool é um analgésico ruim, mas é um analgésico. Podem existir outros analgésicos que são menos ruins (cura médica), mas eles curam apenas aquilo que fica no corpo, não o que fica nas relações, nos contextos de vida cotidiana. Mas Márcio não quer ir ao psicólogo no CAPS AD.

As condições de exclusão grave associadas ao consumo de drogas (e vice-versa) podem produzir consequências nocivas (prejudiciais) ao corpo (infecções, hepatite, desnutrição grave etc.). O trabalho com as pessoas que sofrem essas condições se desenvolve por meio da prática médica e psicoterapêutica conhecida (a nível individual, familiar, de grupo e de redes) em contextos formais, quando possível, e sobretudo em contextos (dispositivos) não formais (ruas, centros de baixo limiar, famílias, lares, etc.). Assim, as atividades nesse eixo se interconectam às atividades de assistência básica e redução de danos e às atividades de educação-reabilitação. Nesse sentido, a cura médica e psicológica é uma tarefa de toda a equipe e de toda a **rede operacional** (<http://aberta.senad.gov.br/modulos/capa/integracao-dos-recursos-dispositivo-de-uma-comunidade-que-sabe-integrar>).

O elemento inovador nesse eixo é a implementação de ações médicas e psicoterapêuticas em dispositivos não formais (ruas, lares, etc.). A participação das redes que constituem o dispositivo do TC é fundamental.

## Ocupação e trabalho

---

Trabalhar e ter uma ocupação foi uma das formas mais integradoras produzidas pela cultura e pela vida social. Por isso, essa dimensão é um dos eixos da abordagem do TC. Os pontos-chaves desse eixo são: a construção da dignidade e autonomia dos sujeitos; a melhoria das competências e das condições de trabalho da comunidade; e a criação de redes vinculadas com situação de sofrimento social (legalidade, droga, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool etc.).

### Pense nisso...

Márcio tem 57 anos. Se os processos de ajuda contribuem em fechá-lo em um estereótipo de assistido, como ele pode contribuir para a vida da sua comunidade e ter dignidade plena? Como ele pode assumir os seus direitos e os seus deveres?

A autonomia das pessoas é fortemente enriquecida pela sua capacidade em providenciar suas necessidades de maneira lícita.

## PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

### ESTRUTURAS DO TRATAMENTO COMUNITÁRIO

---



Entendemos por estruturas do Tratamento Comunitário os dispositivos: materiais, logísticos e relacionais; nos quais acontecem o tratamento em si e o trabalho concretamente/cotidianamente da comunidade. Essas estruturas podem ser pensadas e entendidas também usando dois conceitos: limiar e complexidade.

Limiar é um conceito que representa o conjunto de elementos e fatores que facilitam ou dificultam o acesso a um serviço ou a uma forma de ajuda. A complexidade é um conceito que considera que qualquer fenômeno (por exemplo o fato de Márcio morar na rua) é o resultado de muitos processos e da participação de muitos atores com funções diferentes. Dessa maneira, Márcio só é um aspecto dessa "complexidade", e a consequência é que ele pode mudar a sua situação, mas não pode fazer isso sozinho: precisa de outros atores para que algumas características desse contexto complexo mudem, por exemplo, o limiar dos serviços.

O mapa abaixo ilustra, no dia a dia do trabalho com a comunidade, os elementos estruturais (o SET ou o dispositivo material) do Tratamento Comunitário. O conceito central dessa abordagem é que tudo que existe na comunidade pode ser utilizado como dispositivo para o Tratamento Comunitário. A partir dessa perspectiva, a comunidade possui muitos recursos.



**Figura 2:** Mapa que ilustra os elementos estruturais do Tratamento Comunitário. **Fonte:** NUTE - UFSC (2016).

## OS TERRITÓRIOS COMUNITÁRIOS

Os territórios correspondem a: ruas, parques, terrenos de jogos, garagens, prédios abandonados etc. Nesses espaços públicos acontecem os primeiros contatos e nascem as primeiras alianças entre os parceiros, as quais produzem redes que irão constituir o dispositivo do tratamento comunitário.

Márcio mora na rua e é ali que se deve implementar o Tratamento Comunitário. Os amigos de Márcio têm construído um lugar no qual eles podem consumir drogas em segurança, um recurso para eles e para a comunidade. Assim, se Márcio ainda vive é porque, nessa comunidade, há recursos e capacidade de respostas, sendo uma delas o dispositivo de baixo limiar que os seus amigos têm construído. Porém, o fato de Márcio ainda morar na rua demonstra que esses recursos ou as respostas não são suficientes, e ele precisa de outros elementos para mudar essa realidade.

## OS SERVIÇOS NATURAIS

Os restaurantes, as lanchonetes, as praças de alimentação, os postos de gasolina, todos os comércios estabelecidos (formais ou não formais), são serviços “naturais das comunidades”. Esses serviços constituem a estrutura ativa de uma comunidade: oferecem trabalho, ocupação, dinheiro, comida, relações e, às vezes, segurança; além de participarem dos processos de exclusão grave e dos processos de inclusão e integração.

## OS RECURSOS DOS ATORES PRIVADOS

---

Quantas moradias há na comunidade onde o Márcio poderia dormir e ter um banheiro para não urinar na rua? Quantas moradias há na comunidade onde os membros da equipe do CAPS AD poderiam ter reuniões com outros atores comunitários, sensibilizá-los, construir relações, redes etc.? A comunidade está cheia de recursos privados que podem ser utilizados, restituindo à comunidade o seu protagonismo, sem criar estruturas artificiais antes que sejam necessárias.

## OS CENTROS DE BAIXO LIMAR E BAIXA COMPLEXIDADE

---

O limiar é como a soleira duma porta: indica a passagem do exterior ao interior e vice-versa. A soleira pode ser alta quando se quer dificultar o acesso, ou baixa quando se quer favorecê-lo. Se falarmos de serviços de saúde de baixo limiar, significa que os parceiros não precisam pedir uma consulta, respeitar um horário ou regras particulares, podendo acessar os serviços quando precisarem. Baixa complexidade significa que o serviço ou o centro não precisa de muitos perfis profissionais e protocolos de trabalho ou equipamentos diferenciados que precisam de competências especializadas.

O local onde os consumidores de drogas, amigos do Márcio, se reúnem para consumir em segurança é, de fato, um centro de baixo limiar (podem acessar quando eles precisam) e de baixa complexidade (não precisam de competências especializadas para fazer aquilo que precisam fazer) produzido pela comunidade. Esse “centro” não existe só porque os consumidores fizeram com que existisse, se os líderes da comunidade tivessem evitado a formação desse centro os consumidores teriam que procurar outras formas para consumir. O desafio da equipe do CAPS AD e da comunidade é construir um processo para que esse “centro” não seja um lugar de exclusão, mas um recurso no processo de **inclusão**.

### Glossário

O elemento semântico central da palavra “inclusão” é encerrar, clausurar. O contrário dessa palavra é excluir: encerrar fora. A “inclusão social”, na prática, pode operar como uma “clausura” real (uma prisão) ou simbólica (como o estigma, por exemplo), que são utilizadas como modalidades de “cura”. Por outro lado, essas mesmas formas de “inclusão” implicam uma “exclusão”: as pessoas incluídas na prisão, em lugares de tratamentos forçados são, por esse ato de inclusão, excluídas de sua família, de sua comunidade etc. Por isso mesmo, o significado dessa palavra depende muito do contexto em que é utilizada, exigindo uma reflexão crítica sobre seu uso.

## OS CENTROS DE BAIXO LIMAR E MEDIANA COMPLEXIDADE

---

Márcio precisa de formas de ajuda de atenção imediata (baixo limiar de acesso), mas também necessita de diferentes atores, com diferentes recursos, que atuem simultaneamente (alta ou mediana complexidade). Teoricamente, um centro POP e/ou um CRAS deveriam ter essas características. Uma rede de recursos comunitários e/ou uma rede operativa têm essas características.

## OS CENTROS DE BAIXO LIMAR E ALTA COMPLEXIDADE

---

A procura de um trabalho, intervenções em condições de grave risco psicológico (suicídio, violência contra crianças, contra mulheres ou idosos etc.), tráfico de drogas, ações médicas e a gestão de uma república precisam de estruturas nas quais atuem pessoas ou instituições com competências diferentes e, às vezes, em rivalidade. Harmonizar a necessidade de atenção imediata (baixo limiar) e alta complexidade é um dos mais importantes desafios do tratamento comunitário.

# PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

## COMPONENTES TRANSVERSAIS DO TRATAMENTO COMUNITÁRIO

---

O TC tem dois componentes transversais: as ações de vinculação e o sistema estratégico de tratamento (SET). As ações de vinculação tem como finalidade criar relações entre os atores do tratamento (podem ser atividades lúdicas, educativas, festas, a simples participação na vida cotidiana da comunidade etc.). O sistema estratégico do tratamento é uma ferramenta composta de nove processos de trabalho que tem que ser implementados diretamente com a comunidade como um todo. São transversais porque se encontram presentes em todos os eixos e porque têm a comunidade como sujeito de tratamento. É por isso que o tratamento comunitário é comunitário.

### AÇÕES DE VINCULAÇÃO

---

Aparentemente, Márcio não tem vínculo com ninguém e ninguém tem vínculo com ele. Os atores que poderiam ajudá-lo não estão vinculados entre si, apesar do trabalho da equipe do CAPS AD. As ações de vinculação procuram construir relações com o parceiro, com os seus amigos, entre os recursos da comunidade, com os recursos dos dispositivos de cima para baixo e de baixo para cima. Aquilo que faz a equipe do CAPS AD, ao procurar Márcio, sua família, seus amigos etc., é uma ação de vinculação. Eles estão construindo um dispositivo mesmo sem saber que estão fazendo isso. É esse trabalho que vai produzir mudanças estáveis.

Mudança estável não significa que Márcio deixará definitivamente de consumir álcool. Significa que existirá na comunidade uma rede que vai ter a capacidade de responder rapidamente a essa situação para reduzir o impacto negativo no usuário, na sua família e na comunidade. Qualquer ação dos cinco eixos do tratamento comunitário pode ser utilizada como ação de vinculação: este é o poder estratégico dos cinco eixos do TC.

### A COMUNIDADE DE TRATAMENTO - SET

---

Se Márcio pode passar meses deitado na rua, isso significa que toda a comunidade o aceita, portanto toda a comunidade precisa de ajuda. Por isso, no Tratamento Comunitário, a comunidade também é sujeito e ator. As experiências dos grupos que construíram o TC produziram o sistema estratégico de tratamento (SET), sendo um sistema não fechado e composto de nove microprocessos. Dessa maneira, viu-se que existem alguns temas que são prioritários quando se trabalha com comunidades em condições de alta vulnerabilidade.

A comunidade é sujeito e ator do Tratamento Comunitário. Na prática, isso não significa que se trabalha com todas as pessoas da comunidade. O sujeito-ator do TC são as redes que constroem a comunidade.

## **( 1 ) Identificação da comunidade por parte de seus líderes de opinião**



Os líderes de opinião de uma comunidade (formais e não formais) são sua coluna vertebral, sua estrutura subjacente. São eles que determinam processos, estabelecem relações e reforçam ou promovem estilos de vida, valores e hábitos. Por isso, a construção e a elaboração conjunta da representação social da comunidade produzida por seus líderes de opinião é um exercício cognitivo (diagnóstico) e relacional (criação de interconexões), que favorece os conhecimentos da comunidade e de seus atores, e permite modificar (neste sentido, pode-se falar de tratamento de rede) as relações na rede de líderes dessa comunidade. Simultaneamente se constrói o dispositivo, modificam-se as relações, produz-se conhecimento. A equipe do CAPS AD que trata de conhecer a comunidade com seu trabalho nas ruas encontra pessoas que falam com ela, alguns deles são líderes de opinião importantes: a ex-esposa de Márcio, o coordenador do CAPS AD, o líder do grupo de usuários etc. Cada um determina processos, exerce a sua influência, sendo recurso ou obstáculo para mudar a condição de Márcio.

## **( 2 ) Estudo dos projetos desenvolvidos ou em fase de implementação**



A história dos atores, dos resultados, as lições aprendidas por meio das experiências espontâneas, não formais, formais e institucionais que trataram de melhorar as condições de vida da comunidade são fundamentais para aprender com o passado, para fortalecer as práticas que deram resultados, mudar o que é necessário e inovar para o futuro.

## **( 3 ) Análise das boas práticas e dos fracassos dos projetos**



Entender os motivos dos fracassos dos projetos e das ações - e como estas se articulam com as dinâmicas de poder dentro das comunidades, com as resistências, com a força da persistência e com a rejeição da mudança - é fundamental para facilitar a participação ativa de todos na construção e na implementação das ações. As respostas na comunidade de Márcio têm limites que produzem fracassos e impactos favoráveis para ele e toda a comunidade.

## **( 4 ) Breve história da comunidade**



As comunidades são como as pessoas, têm histórias, que, em parte, condicionam e determinam seu presente e seu futuro. Conhecer essas histórias é importante para conhecer as raízes dos atores comunitários, as origens dos processos da construção da comunidade, das suas representações sociais, dos seus mitos e ritos e da sua vida política.

## **( 5 ) Elementos sociológicos (antropológicos e etnográficos)**



Trata-se aqui de todo o acervo de conhecimento formal da comunidade: sobre seu território e suas características, os serviços existentes e faltantes, as características demográficas, a arquitetura urbana etc. Ao lado disso, encontram-se resultados de estudos antropológicos e etnográficos, ou seja, o estudo da cultura comunitária e das formas nas quais essa cultura se manifesta.

## **( 6 ) Identificação dos temas geradores**



O ponto central para esta etapa é responder às seguintes perguntas: de que falam as pessoas? Quais são os conteúdos dos diálogos e discursos da vida comunitária: os desejos, as preocupações, as queixas, as propostas, os comentários e as ideias, os rumores e as suas dinâmicas?

Os temas geradores são subdivididos de dois tipos: os espontâneos, propostos diretamente pelo atores comunitários; e os induzidos, aqueles que são propostos pela equipe e/ou a rede operativa. O trabalho com temas geradores tem uma finalidade cognitiva: o saber; e uma finalidade de transformação: modificar a linguagem, as modalidades representativas e expressivas e, por consequência, modificar relações.

## **( 7 ) Elementos e estratégias de ancoragem e objetivação**



Modificar as representações sociais é o objeto central da prevenção (em seu sentido clássico), da educação/reabilitação e da cura psicológica no âmbito do tratamento comunitário (eixos 1, 3 e 4). Ancoragem e objetivação são os dois processos que favorecem a construção e, por consequência, a mudança das representações sociais. Sua modificação é necessária, sobretudo, porque as representações sociais são causa/consequência de exclusão e podem ser também de inclusão.

## ( 8 ) Mitos e formas rituais



Os temas geradores fundamentais em uma comunidade (nascimento e morte, saúde e doença, força, violência, poder, dinheiro, justiça, conflito, droga, álcool, pobreza, rua, *gangs* etc.) têm seus mitos (com seus personagens e seus modelos exemplares) e seus ritos. Esses mitos e ritos formam grande parte do pensamento e da vida cotidiana das comunidades (se pensarmos no mito da gang e nos rituais que todos em uma comunidade têm que respeitar). Entender esses mitos e ritos permite criar consciência, modificar representações sociais, criar novos mitos e formas rituais e modificar as estruturas relacionais.

## ( 9 ) Identificação dos conflitos de base dentro da comunidade



Um conflito pode ser entendido como um processo no qual dois ou mais atores se encontram em oposição mútua ou são incompatíveis. Dito de outra maneira, conflito é um processo de construção de oposições e incompatibilidades. Entender a lógica dos conflitos, de como estes persistem, mudam, se reproduzem ou encontram respostas é fundamental. Segundo os iniciadores do trabalho de redes, os conflitos são a fonte das dinâmicas comunitárias, que permitem mudanças às vezes catastróficas, às vezes construtivas.

# PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

## ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS DE UMA COMUNIDADE QUE SABE INTEGRAR

---

Essas boas práticas ajudam a entender o que uma comunidade que sabe integrar faz ou pode fazer todos os dias. Uma comunidade em alta vulnerabilidade não é um depósito de problemas, é um território no qual há problemas e recursos, limites e respostas. O ponto de partida é reconhecer limites e capacidade de respostas dos atores que as pensam e atuam nessas comunidades.

As atividades do tratamento comunitário têm que responder às necessidades reais dos moradores da comunidade, de todos eles, não só dos parceiros em alta exclusão. Márcio precisa de assistência básica, de terapia médica e psicológica e de educação e reabilitação; a sua família, de fortalecimento e esperança; a comunidade, de organização.

Uma comunidade que sabe integrar precisa se organizar, para isso é importante saber como está constituído o sistema que produz vulnerabilidade e exclusão, como e com quem se pode produzir um dispositivo para a integração social.

As instituições que trabalham nas comunidades têm que aprender a trabalhar com as comunidades. Isso significa: aprender com elas, acompanhar processos, usar o poder e a legitimidade das instituições para fortalecer o protagonismo da comunidade (as redes de líderes de opinião, de recursos comunitários).

Às vezes, os atores comunitários são vítimas das representações sociais que eles mesmos contribuem em produzir. Mudar as representações sociais ajuda a mudar atitudes e relações. No Tratamento Comunitário, destacam-se, ao mesmo tempo, a eficácia das ações (a sua capacidade de produzir um resultado concreto e em curto prazo) e o seu potencial estratégico: vincular pessoas, construir redes, criar alianças e fortalecer o dispositivo de integração.

# PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

## Síntese Reflexiva

As várias experiências do Tratamento Comunitário trazem lições simples e claras. Conforme vemos na história apresentada na seção da Boa Prática, as instituições, os serviços e os profissionais são poderosos e necessários, mas, se a comunidade não participa, esse poder é impotente e as competências inúteis. A aliança entre as competências e o poder das comunidades e das instituições é o sentido profundo do SET e dos Eixos do Tratamento Comunitário.

Nesse contexto, considerando os conhecimentos aprendidos ao longo do módulo, convidamos você a ler o relato descrito na Prática Potencializadora (link abaixo) e, a partir dela, refletir sobre algumas questões.

**Quais lições você considera que a história de Márcio nos mostra? Com base nos conteúdos desse módulo, quais os elementos centrais do tratamento comunitário que aparecem na história narrada?**

Práticas Potencializadoras (pagina-07.html)

## PROCESSOS, EIXOS E ESTRUTURAS DE UMA COMUNIDADE QUE INTEGRA

### PRÁTICAS POTENCIALIZADORAS

Apresentamos, aqui, a história completa do caso do Márcio, que é considerada, do ponto de vista de uma comunidade que sabe integrar e do tratamento comunitário, uma boa prática que ilustra como o TC acontece na realidade.

*Márcio tem 57 anos. É alcoolista, portador de cardiopatia crônica, tem diabetes, hipertensão arterial e gota, uma doença reumatológica que acomete as articulações, causando muita dor. Na última recaída, Márcio ficou por mais de dois meses na rua. Foram feitas tentativas de buscá-lo para almoçar no CAPS AD, mas ele se recusou. A equipe ficou muito preocupada com seu estado de saúde e com medo de ele vir a óbito.*

*A equipe ficou sabendo, por meio de outros pacientes, que Márcio estava ficando em uma praça, junto a outros usuários de bebidas alcoólicas. Fomos até lá e, ao chegar, não o vimos. Contudo, tinham várias pessoas que faziam uso com ele no local. Entre eles reconheci o Antônio, um homem de meia idade que já tínhamos conversado outra vez que havíamos ido atrás do Márcio. Ele me reconheceu e se lembrou de que já tínhamos ido procurar Márcio naquele espaço. Antonio afirmou que Márcio não estava lá e que não sabia onde ele estava naquele momento. Disse que o viu dias antes caído na rua, e que um pessoal de uma igreja tentou ajudá-lo, mas ele não aceitou. Enfatizou também que ele não estava muito bem. Conversamos um pouco e nos despedimos. Depois desse dia, fomos mais seis vezes a pontos diferentes atrás de Márcio. Toda vez que alguém falava que tinha visto ele em algum lugar, íamos, mas não o encontrávamos.*

*Após essa tentativa, fomos à casa da ex-esposa de Márcio. A casa nos surpreendeu pela organização, limpeza e por ser uma casa com conforto. Não imaginávamos que uma pessoa que estava na rua tinha uma casa como aquela. Ao iniciar a conversa, ela deixou claro que era ex-esposa e estava separada há 10 anos. Informou que mora na casa com um filho e dois netos. Mas, quando Márcio vai para o hospital e tem alta, geralmente retorna para a casa dela ou para a casa do filho. Nessas ocasiões, Márcio permanece em um quarto extra ou na área dos fundos. Quando fica nesta área é por escolha própria, pois afirma que tem suas manias de ficar fumando, andando e, por isso, não gosta de ficar dentro de casa.*

*Afirmou que não queria mais que Márcio retornasse para casa. Com dois anos de casamento, ela percebeu que ele tinha problemas com bebidas, mas achava que ele ia melhorar e continuava tentando. Assim, o tempo passou e ele nunca melhorou, foi piorando. Atualmente, ela tem raiva das pequenas coisas que ele faz, tudo nele a irrita, como a forma dele transitar em casa e as implicâncias dele com o barulho das crianças.*

*Relatou que atualmente os dois filhos não têm vínculos afetivos com Márcio e que, se ele precisar de ajuda ou de uma cesta básica, eles ajudam, mas não têm vínculo. Ela diz não culpar os filhos, pois ele nunca foi um pai presente. Afirma que tudo que tem foi ela que conseguiu com muito esforço e sem nenhuma ajuda do ex-marido.*

*Questionamos sobre os pais e irmãos do Márcio. Ela afirmou que há pouco tempo a mãe dele havia morrido e, por isso, ela foi à rua avisá-lo e dispor-se a levá-lo ao velório e enterro, mas, segundo a ex-esposa, ele não deu importância e permaneceu bebendo "pitchula". Que ele tem vários irmãos [...]. Ela foi categórica ao afirmar que ele não pode mais ajudar, pois está desempregado e com a esposa grávida. Disse não ter o*

telefone e nem endereço desse filho.

A ex-esposa insistiu que Márcio tem que morar sozinho ou ir para uma clínica, mas jamais voltar a morar com a família. Disse também que Márcio não tem amigos e nenhum familiar por ele. Além disso, acrescentou que ele é muito mentiroso e enganador, por isso consegue se virar na rua.

Quando falamos sobre nossa preocupação com o estado de saúde de Márcio, ela afirmou que é mais fácil ela morrer primeiro que ele e não era para nos preocuparmos.

Logo após a visita, fomos novamente ao local onde Márcio costumava ficar para ver se o encontrávamos. Lá estavam vários usuários, menos ele. Fomos ao comércio local, onde uma servidora do CAPSAD falou que o tinha visto. Rodamos todo esse território e não o encontramos. Voltamos desanimadas para o CAPSAD achando que o caso estava perdido. Achemos que seria muito difícil achá-lo e mais difícil ainda encontrar alguma saída para sua situação, pois os vínculos familiares estavam muito estremecidos.

Mandamos mensagem para as supervisoras, falando que não o encontramos e que não tínhamos dados para discutir na supervisão. Mesmo assim, as supervisoras mantiveram o encontro e depois nos surpreendemos muito com a riqueza da leitura que elas fizeram.

As supervisoras nos mostraram que ainda estávamos com o “olhar tradicional”, percebendo só o paciente e as faltas dele. Tínhamos que olhar para a rede. Surpreendeu-me quando a supervisora ressaltou que se Márcio tem muitos problemas de saúde, é alcoolista, idoso e está sobrevivendo todo esse tempo na rua, ele deve ter uma rede. Elas disseram ainda: “Vocês não precisam encontrar o Márcio para tratá-lo, se concentrem na rede dele.”. Saímos da supervisão com outro olhar sobre o caso e com um planejamento dos próximos passos. Contudo, trabalhar na vida real é lidar com imprevistos e não com planejamentos e, assim, a vida real novamente nos confrontou.

Quando retornamos ao CAPS AD, uma funcionária nos informou que viu Márcio perto da casa dela. Fomos, com ela, ao local que fica em frente a uma igreja evangélica. Chegando lá, encontramos Márcio deitado no chão, sobre um papelão e ao lado de um edredom, com umas vasilhas de comida e água.

Sentamo-nos próximos e começamos a conversar. Ele afirmou que não está mais ficando no local onde ficava, com os usuários de álcool, porque resolveu ficar abstinente. Márcio disse que ficou sabendo que a equipe do CAPS estava há mais de 20 dias atrás dele e assim percebeu que tinha amigos, não estava sozinho. Afirmou ainda que estava frequentando a igreja e fez um culto nessa igreja. No dia do culto em que ele deu seu testemunho de vida, todos ficaram emocionados com suas palavras e ele criou vínculos com as pessoas de lá.

No meio da conversa, chegou a Sr.<sup>a</sup> Dona, uma mulher comunicativa, que frequenta a igreja. Falou que estava disposta a ajudá-lo e insistiu no fato de que todos da igreja gostariam muito que ele fosse internado para que assim pudessem ajudá-lo. Contudo, Márcio foi enfático ao afirmar que não queria ir para abrigos, comunidades terapêuticas e nem voltar a conviver com a família.

Conhecemos também a Tati, uma mulher que o Marcos (esposo da ex-esposa do Márcio) identificou como lésbica e que tem ajudado muito o Márcio com alimentação, roupas e edredom. Conhecemos também uma outra pessoa que afirmou ser vizinha da ex-esposa. Nesse mesmo momento, começamos a ter uma ideia e construir a rede subjetiva do Márcio. Juntos, todos perceberam que já estavam ajudando Márcio, cada um a seu modo e que isso poderia ser feito de modo mais eficiente, sem, entretanto, interná-lo. Tudo parecia encaminhado, mas, no dia seguinte, a Sr.<sup>a</sup> Dona foi ao CAPS acompanhada por sua filha adolescente. Ela afirmou que Márcio não se levantou durante todo o dia, queixando-se de dores fortes, e até então ele não havia se alimentado. A vizinhança, de fato, estava preocupada com a situação de Márcio. Conversamos com a chefe de enfermagem da unidade, e ela falou para orientarmos Dona a chamar o SAMU, pois, devido à greve na saúde, não tínhamos médico na unidade. Sr.<sup>a</sup> Dona ficou visivelmente chateada com nossa resposta e saiu. Ela esperava que tivéssemos um médico de plantão e agíssemos imediatamente. Essa era a nossa vontade também, mas infelizmente não conseguimos.

Dona entrou em contato com o SAMU, no entanto, Márcio recusou o atendimento. Entramos em contato com os agentes de saúde para questionar se algum médico se dispunha a ir. Tais agentes estavam trabalhando com uma médica cubana, a qual se prontificou a ir no outro dia pela manhã, pois como era final do dia, não seria possível realizar o trabalho naquele momento.

No outro dia, a médica foi ao local e o atendeu em um quiosque, localizado em frente ao local onde Márcio estava dormindo. Quando a médica chegou ao local, foi um grande “acontecimento”, todas as pessoas que o apoiavam estavam presentes e vieram conferir se realmente a médica iria ao encontro dele, fora de um ambiente hospitalar e em um momento de greve na Saúde. A médica o atendeu e, de forma afetuosa, conversou com Márcio sobre a importância dele ter um ponto de apoio para alimentação e administração de remédios. Após o atendimento da médica, ficou acordado que a Sr.<sup>a</sup> Dona iria ajudá-lo a recuperar seus documentos para ele voltar a ter acesso à aposentadoria e os vizinhos iriam ajudá-lo, buscando uma kitnet para alugar. Enquanto isso, Márcio iria continuar tomando banho e lavando suas roupas no quiosque e a Sr.<sup>a</sup> Dona iria administrar seus remédios. Ele também retornaria ao CAPS AD para passar o dia e fazer as refeições de acordo com sua dieta.

## REFERÊNCIAS

---

Textos

BURKHART, G. **Report on selective prevention in the European Union and Norway**. Lisbon: EMCDDA, 2004. Disponível em: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2865\\_EN\\_Selective%20prevention%20in%20the%20EU.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2865_EN_Selective%20prevention%20in%20the%20EU.pdf) (http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\_2865\_EN\_Selective%20prevention%20in%20the%20EU.pdf)>. Acesso em: 9 set. 2016.

DA SILVA, E. A.; DE MOURA, G. Y.; KOPP, Z. D. **Vulnerabilidades, resiliência, redes**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

GIRARD, R. **La violence et le sacré**. Paris: Grasset, 1972.

GIRARD, R.; LEFORT, G. **Des choses cachées depuis la fondation du monde**. Paris: Grasset, 1978.

HUCKER, N. **The Autobiography of J. L. Moreno (Abridged)**. The north West Psychodrama Association: Lulu Prints, 2011.

MACHIN, J.; VELASCO, M. E. **ECO2 Un modelo para la incidencia en políticas Públicas?** Estudio de caso de la REMOISS. Ciudad de México: CAFAC, 2010.

MILANESE, E. **Tratamento comunitário**: Manual de trabalho Iº. São Paulo: Instituto Empodera, SENAD, 2012.

\_\_\_\_\_. **Tratamento comunitário**: Manual de trabalho Iº. 3. ed. São Paulo: Instituto Empodera, Brasília: SENAD; FEPECS, 2016.

\_\_\_\_\_. **Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave**. Manual de trabajo para el operador. México: Plaza y Valdés, 2009.

\_\_\_\_\_. **Tratamento Comunitário teorias e conceitos**: glossário crítico Eco2. São Paulo: Instituto Empodera, Brasília, SENAD, FEPECS, 2016.

MILANESE, E.; MERLO, R.; LAFFAY, B. **Prevención y cura de la farmacodependencia**: una propuesta comunitaria. México: Plaza y Valdés, 2001.

MILANESE, E., MERLO R.; LAFFAY, B. **Revención y tratamiento de las farmacodependencias**: un acercamiento desde la "normalidad" y la vida cotidiana de las comunidades. Ciudad de México, México: Conferencia no publicada, jun. 1999.

SUDBRACK, M. F. Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. In: MACEDO, R. (Org.). **Família e comunidade**. Rio de Janeiro: Coletâneas da ANPEPP, n. 2, 1996.

\_\_\_\_\_. M. F. Abordagem comunitária e redes sociais. In: CARVALHO, D. M.; SUDBRAC, M. F.; SILVA, M. **Crianças e adolescentes em situação de rua e consumo de drogas**. 1. ed. Brasília: Plano Editora, 2004. v. 1. p. 13-16.

SUDBRACK, M. F.; PEREIRA, S. E. Avaliação das redes sociais de adolescentes em situação de risco. In: SUDBRACK, M. F.; CONCEIÇÃO, E.; SEIDI; SILVA, M. **Adolescentes e drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano Editora, 2003. v. 1. p. 167-19.

SLUSKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for Action**: Effectiveness of Community-Based Outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva: World Health Organization, 2004.



WIEBEL, W. Combining ethnographic and epidemiological methods in targeted AIDS interventions: the Chicago model. In: BATTJES, R.; PICKENS, R. **Needles sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives**. Washington D.C.: United States National Institute on Drug Abuse Research Monograph 80, 1988. p. 137-150.

