

Projeto Psicossocial de Orientação

Projeto que institui o Programa Itinerante de Medidas Protetivas e Educativas, com a finalidade de:

I – Aumentar o alcance dos serviços interdisciplinares necessários ao amparo, tratamento, formação e colocação social ou profissional das pessoas dependentes de drogas e das crianças e adolescentes vulneráveis às drogas e à exploração sexual, inclusive quando os beneficiários forem encaminhados por autoridades do Poder Judiciário ou do Ministério Público no exercício de suas atribuições, sem prejuízo de atendimentos avulsos de outras pessoas que necessitam de orientação;

II - aprimorar a formação dos psicólogos, pedagogos, profissionais da área de serviço social, de terapia ocupacional e de enfermagem, e proporcionar maior experiência no campo da prática durante o processo de formação desses profissionais;

III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das Escolas de Governo, incluídas as Escolas Judiciais e das instituições de educação superior, na implementação e supervisão acadêmica das atividades de especialização desempenhadas pelos profissionais acima especificados, sempre que pertinente com integração de alunos da Residência em Área Profissional da Saúde (Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005);

IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais das diversas regiões do Brasil;

V - aperfeiçoar psicólogos, pedagogos, profissionais da área de serviço social, de terapia ocupacional e de enfermagem para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na difusão dos CRAS, CREAS, CAPS, CAPS-AD, CAPS-Si, Consultório na Rua, UAA, UAI e CTs.

2. Desnecessário explicitar nesta proposta dados sobre drogas ou prostituição infantil no Brasil. Eles são de conhecimento de grande parte da população e das autoridades que tratam das questões relacionadas aos temas.

3. Dentre os sistemas de tratamento para o crack está o ambulatorial, para dependentes que não apresentam risco à própria vida ou de outros. O objetivo do tratamento, normalmente realizado nos poucos CAPS AD existentes no País (cujo corpo técnico previsto em tese engloba médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, educadores e

terapeutas ocupacionais), é o restabelecimento das condições de saúde e a reinserção social do usuário. Dentre os tratamentos ambulatoriais está o não intensivo, com três sessões mensais, e que assim pode ser desenvolvido por meio de atendimentos itinerantes permanentes.

3.1 As técnicas de tratamento incluem o tratamento psicoterápico (que motiva o dependente a repensar sua relação com a droga, suas relações familiares e sociais), com a utilização de técnicas psicanalíticas ou cognitivo-comportamentais, com sessões individuais ou em grupos, que podem envolver companheiros, parentes ou amigos, havendo até mesmo hipóteses que autorizam a sua utilização por computador e totens de atendimento (terapia a distância ainda em caráter experimental, mas que pode trazer grande capilaridade ao atendimento – Resolução CFP n. 012/2005 e 011/2012) e a Auto Ajuda (que tem por base o compartilhamento de experiências e pode incluir a terapia comunitária, coordenada por terapeutas especializados em encontros do dependente com pessoas da comunidade, de forma a facilitar a partilha de vivências, superações e soluções para os problemas do cotidiano).

4. Sequer 10% dos 5.570 municípios brasileiros contam com Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, CAPS AD 24 horas, Comunidades Terapêuticas, Centro POP ou Centros Regionais de Referência. Alguns desses serviços, aliás, não estão implementados em sequer 1% dos municípios brasileiros.

5. Medidas já previstas na Lei de Drogas (a exemplo da audiência de advertência ou da aplicação de medida de comparecimento a programa ou curso educativo previstos nos artigos 28, I e III da Lei n. 11.343/2006) e no ECA (a exemplo das medidas de inclusão em programas de auxílio e orientação – art. 101 da Lei n. 8.069/1990), simplesmente deixam de ser aplicadas por grande número de juízes em decorrência da inexistência de rede capaz de prestar os serviços respectivos. Por outro lado, conforme estabelece o parágrafo único, inciso III, do artigo 100 da Lei n. 8.069/1990, dentre os princípios que regem a aplicação das medidas específicas de proteção às crianças e adolescentes está a responsabilidade primária e solidária do Poder Público, em suas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

6. A presente proposta visa permitir que sejam implementadas medidas concretas para o enfrentamento dos problemas, com o envolvimento, dentre outros, dos Ministérios da Casa Civil, Saúde (que já desenvolve programas de Residência Multiprofissional em Saúde), Educação, Desenvolvimento Social,

Justiça e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (com observância inclusive dos trabalhos já realizados a partir do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – PNVESCA), além de facilitar a integração do Poder Judiciário e do Ministério Público aos trabalhos.

7. As ações concretas serão executadas por meio de equipes itinerantes de atendimento permanente, formada por profissionais que participarão do projeto por meio de mecanismos de aperfeiçoamento profissional (especialização), e deverão, simultaneamente: a) garantir a imediata aplicação de medidas protetivas e educativas já previstas no ECA (Lei n. 8.069/1990), na Lei de Drogas (Lei n. 11.343/2006), na lei n. 9.099/1995 (JECRIM), na Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e em outras normas; b) dar atendimento aos encaminhamentos realizados pelo Poder Judiciário, Ministério Público, municipalidade e entidades da sociedade civil organizada, sem prejuízo de atuação de ofício e atendimentos avulsos quando situações concretas assim recomendarem; c) estimular e orientar a implementação de redes de auxílio (a exemplo do CRAS e do CAPS) em diversas localidades do País, mediante reuniões periódicas dos integrantes das equipes itinerantes com representantes do Poder Público e da sociedade civil dos municípios visitados e; d) prestar serviços psicossociais e de orientação coletiva, individual e familiar em regiões que não contam com estrutura capaz de atender as demandas psicossociais e são carentes de redes comunitárias

8. A consolidação do serviço itinerante permanente exige que os atendimentos sejam periódicos, ou seja, que a equipe multidisciplinar retorne em cada local atendido ao menos três vezes por mês, todos os meses do ano, de forma a gerar a certeza de que se trata de um trabalho contínuo e não de uma ação isolada. Cada uma das oitocentas equipes cuja criação se propõe pode atuar, em média, em até cinco municípios por semana, com três atendimentos mensais em cada uma das 4.000 (quatro mil) localidades atendidas.

9. O aperfeiçoamento dos profissionais participantes do projeto se dará por meio de mecanismos de integração ensino-serviço, com a participação em cursos de especialização que além das atividades de ensino e pesquisa contemplarão serviços concretos que priorizarão o atendimento da população, a difusão do conhecimento e a formação de redes comunitárias.

9.1 Os cursos serão oferecidos por meio das Escolas de Governo (Resolução 07/2011 do CNE), aqui incluídas as Escolas Judiciais previstas na Resolução 159 do CNJ e a própria SENAD (Secretaria Nacional Sobre Drogas, ou por instituições de ensino superior que integrem o Programa, independentemente de prévio credenciamento junto ao MEC.

9.2 Será concedida a cada um dos profissionais participantes das ações de aperfeiçoamento uma bolsa formação com valor mensal estimado de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), que poderá ser paga pelo prazo de 36 meses, prorrogáveis por mais 36 meses. As bolsas seguirão os mesmos critérios de reajuste do Programa Mais Médicos.

10. As atividades desempenhadas no âmbito do Programa Itinerante de Medidas Protetivas e Educativas não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

11. A adesão e seleção dos profissionais interessados no projeto se darão periodicamente, mediante a publicação de edital de chamamento público. As inscrições serão efetivadas via internet e no seu ato cada profissional vai indicar seis perfis de municípios participantes do Projeto, de maneira similar ao que se vê no edital n. 49 de 2013 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, relativo ao Programa Mais Médicos.

12. Um dos profissionais de cada equipe ficará responsável pelo contato prévio com cada uma das comunidades que serão atendidas, e assim auxiliará na preparação do local para atendimento das pessoas e convidará representantes da sociedade local para reuniões de esclarecimento e motivação sobre o programa.

13. As reuniões comunitárias prévias servirão também para a elaboração de diagnóstico socioterritorial e esclarecimentos básicos sobre os diversos problemas enfrentados pelas populações atendidas. E para o ato deverão ser convidados profissionais locais das áreas de educação e saúde, além das lideranças governamentais, comunitárias e religiosas.

14. A apresentação dos trabalhos para as autoridades policiais, magistrados, membros do Ministério Público e servidores do Poder Judiciário e do Ministério Público se dará por meio de cursos semipresenciais (módulo presencial e módulo a distância) de aperfeiçoamento, realizados pelas Escolas Judiciais e da Magistratura, sem prejuízo da atuação direta da SENAD.

Ricardo Cunha Chimenti
Fone 11982315075