Marcelo Magalhães
Stela Oliveira

MÃES E FILHOS DO CRACK
SISTEMA INSTITUCIONAL INTEGRADO PARA DIGITALIZAÇÃO DE DADOS E ARTICULAÇÃO EM REDE

RIO DE JANEIRO
JUNHO DE 2018

MÃES E FILHOS DO CRACK
SISTEMA INSTITUCIONAL INTEGRADO PARA DIGITALIZAÇÃO DE DADOS E ARTICULAÇÃO EM REDE

Marcelo Magalhães
Stela Oliveira

PROJETO FINAL SUBMETIDO AO CORPO DOCENTE DO CURSO MASTER ON BUSINESS AND KNOWLEDGE MANAGEMENT, COPPE, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GESTÃO DO CONHECIMENTO E INTELIGÊNCIA EMPRESARIAL.

Aprovado por:

_____
Marcos do Couto Bezerra Cavalcanti, D.Sc.

_____
Marconi Ponte Pereira, Esp.

_____
André Belo, Esp.

_____
Parecerista: Luiza Zamagna, Esp.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL.
JUNHO DE 2018

OLIVEIRA, Stela da Silva de, MAGALHÃES, Marcelo da Cunha,

MÃES E FIHOS DO CRACK – Sistema Institucional Integrado Para Digitalização de Dados e Articulação em Rede / OLIVEIRA,S.S.; MAGALHÃES, M.C..

Rio de Janeiro. UFRJ/COPPE,2018.

54 p, il; 29,7 cm
Orientadores: Andre Bello
Marconi Ponte Pereira
Monografia (especialização) – UFRJ / COPPE / Curso de Especialização MBA em Gestão do Conhecimento e Inteligência Empresarial. CRIE, 2018
Referencias Bibliográficas: p.47

1. Dependência Química 2. Assistência e Saúde Mental 3. Digitalização de Dados e Articulação em Rede

I. Cavalcanti, Marcos do Couto Bezerra et al. II. Universidade Federal do Estado

OS NINGUÉNS

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida,

fodidos e mal pagos:

Que não são embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não tem cultura, têm folclore.

Que não têm cara, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas

policiais da imprensa local.

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata."

(Eduardo Galeano)

RESUMO

O presente estudo visa analisar a assistência à Mulher Gestante em situação de vulnerabilidade devido ao uso de drogas e situação de rua, o acolhimento judicial e separação de seus bebês, bem como a articulação dos órgãos responsáveis por dar-lhes apoio. Além disso, os atendimentos disponibilizados para Atenção Primária à Saúde, a fim de conter os agravos biopsicossociais e o encaminhamento destas mulheres e seus filhos para casas de apoio que possam contribuir para sua proteção e reinserção plena na sociedade. Nosso objetivo foi analisar em campo o processo de atendimento das Maternidades, do Serviço de Assistência Social, a atuação do MP, do Conselho Tutelar e das Varas de Infância e Juventude. Para tanto**,** foram utilizadas ferramentas de *Design Thinking* como Mapa de *Steakhoders e* Safari que é uma atividade investigativa e exploratória em que entrevistas contextuais foram realizadas pelos pesquisadores com o intuito de avaliar e compilar informações adquiridas durante a imersão nos campos de estudo. A presente pesquisa evidenciou que os diferentes serviços necessitam de meios eficazes que promovam a sua comunicação em rede a fim de possibilitar a existência do perfil e histórico de vida detalhado da parturiente e seu bebê. Essas informações são imprescindíveis para que a tomada de decisão por parte dos órgãos que detêm a tutela destes indivíduos seja mais justa e adequada a cada caso concreto. Para a fundamentação teórica abordaram-se conceitos basilares sobre dependência química, assistencialismo social, políticas públicas e o binômio mãe e filho.

Palavras chave: Dependência química, Crack, Família, Assistência Social, Articulação em rede, Digitalização de dados, Acolhimento humanizado.

ABSTRACT

This study aims to analyze the assistance to pregnant women who are in situation of vulnerability due to substance abuse and living in the streets – legal aid and their babies' care –, as well as the articulation of the organizations which are responsible for that support. The paper focus on which primary health care services are available for them to contain the biopsychosocial problems and the referral of these women and their children to support homes that can contribute to their protection and full reintegration into society. Our objective is to analyze, with fieldwork, the processes of maternity services care, the social assistance service, the performance of the Public Prosecutor's Office, Guardianship Council and the Infancy and Youth Courts. To do so, we used Design Thinking tools, such as *stakeholders* map and Safari – an exploratory and investigative activity where contextual interviews were carried out to evaluate and compile information acquired during immersion in the fieldwork. The research shows that the different services need effective means to enhance their communication network, so as to allow the existence of the profile and detailed life records of the woman and her child. This information is essential so that the decision-making entities which are in in charge of these individuals are more fair and adequate for each specific case. For the theoretical basis, basic concepts about chemical dependency, social assistance, public policies and the binomial mother-child were discussed.

Key words: Chemical dependency, Crack, Family, Social work, Networking, Data digitization, Humanized shelter.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **02**

MÉTODOS DE COLETA DE DADOS **03**

MAPA DE *STAKEHOLDERS* **03**

MAPEAMENTO DO CICLO DA MULHER GESTANTE EM VULNERABILIDADE DEVIDO A SITUAÇÃO DE RUA E DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA **07**

MATERNIDADES **09**

FLUXO PSICOLOGIA DA MATERNIDADE E ASSISTÊNCIA A PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICA. **10**

ACOLHIMENTO **10**

CASOS CONCRETOS **13**

ASSISTÊNCIA. **17**

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PACIENTE USUÁRIA DE DROGAS **18**

ENCAMINHAMENTOS **20**

O QUE É POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS **27**

FORUM PERMANENTE SOBRE MATERNIDADE, DROGAS E CONVIVÊNCIA FAMILIAR **34**

CASAS DE ACOLHIMENTO PARA MULHERES GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE **39**

MP RJ E A IMPLEMENTAÇÃO DO MCA. **41**

PERDA DO PÁTRIO PODER **42**

SOLUÇÃO MACRO DIAGNÓSTICO **46**

SISTEMA INSTITUCIONAL INTEGRADO PARA DIGITALIZAÇÃO DE DADOS E ARTICULAÇÃO EM REDE **50**

CONSIDERAÇÕES FINAIS. **56**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **57**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: Mapa de *Stakeholders* **03**
FIGURA 02: Discriminação básica da atuação dos *Stakeholders* **05**
FIGURA 03: Mapeamento do ciclo da mulher **07**
FIGURA 04: Fluxograma de acolhimento no CASMCA **10**
FIGURA 05: Ficha de atendimento psicológico..... **12**
FIGURA 06: Fluxograma de assistência no CASMCA **17**
FIGURA 07: Fluxograma de Atendimento Psicológico a PC UD-AD CASMCA **18**
FIGURA 08: Fluxograma de Encaminhamentos **20**
FIGURA 09: Lista de Bairros e Áreas de Planejamento no Estado do Rio de Janeiro **23**
FIGURA 10: Mapa das Áreas de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro **24**
FIGURA 11: Endereços e telefones dos CAPSad operantes por área de planejamento **25**
FIGURA 12: Distribuição das CTs por região geográfica e estados da Federação **31**
FIGURA 13: Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar **34**
FIGURA 14: Autores expondo as diretrizes e o objetivo deste TCC **36**
FIGURA 15: Mapeamento de parte das Casas de Acolhimento da Cidade do Rio de Janeiro .. **40**
FIGURA 16: Evolução de parte das Ações Judiciais apresentadas as Casas de Acolhiment**o** .. **41**
FIGURA 17: Evolução dos Motivos de Acolhimentos de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro **45**
FIGURA 18: Ilustração do diagnóstico apresentado **46**
FIGURA 19: Ilustração dos debates e reuniões realizadas pela equipe multiprofissional de assistência e saúde **47**
FIGURA 20: Sistema Institucional Integrado e Articulação em Rede **50**
FIGURA 21: Tela inicial de acesso ao sistema e do aplicativo com acesso pelo celular **55**
FIGURA 22: Tela inicial de cadastro da paciente no sistema integrado, tanto pelo computador quanto pelo celular **55**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ADPF	Ação de Destituição do Pátrio Poder
AP's	Áreas de Planejamento
CAO	Centro de Atendimento Organizado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Especializado para Tratamento de Álcool e Drogas
CASMCA	Centro de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
CF	Clínica da Família
CNR	Consultórios na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
CTs	Comunidades Terapêuticas
ETIJ	Equipe Técnica de Infância e Juventude
FEBRACT	Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
MCA	Módulo Criança e Adolescente
MP	Ministério Público
NA	Narcóticos Anônimos
PC UD-AD	Paciente Usuária de Álcool e Drogas
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Politicas Sobre Drogas
SPAs	Substâncias Psicoativas
UI	Unidade Intensiva
VI	Vara de Infância

INTRODUÇÃO

O presente estudo visa analisar a assistência à Mulher Gestante em situação de vulnerabilidade devido ao uso de drogas e situação de rua, o acolhimento judicial e separação de seus bebês, bem como a articulação dos órgãos responsáveis por dar-lhes apoio. Além disso, os atendimentos disponibilizados para Atenção Primária à Saúde, a fim de conter os agravos biopsicossociais e o encaminhamento destas mulheres e seus filhos para casas de apoio que possam contribuir para sua proteção e reinserção plena na sociedade.

Sem a proteção devida, crianças e jovens destas famílias têm seus sonhos e perspectivas comprometidos. O uso prejudicial de drogas, nesse contexto, é mais um fator que se associa ao conjunto de precariedades e contribui para a fragilização da vida. É um cenário de alta complexidade que exige da sociedade, dos gestores públicos e dos trabalhadores que atuam nas políticas sociais uma grande competência política e técnica para entender a realidade em toda a sua complexidade e eleger as formas mais apropriadas de atenção e cuidado.

Não existem, porém, dados específicos que indiquem o número de grávidas nessa situação, mas tendo em vista que as mulheres são a maioria da população e que pessoas em situações vulneráveis possuem menos acesso a educação sexual e métodos anticoncepcionais, esse grupo social se mostra numericamente relevante.

A maior dificuldade de oferecer pré-natal para essas mulheres é o fato delas terem uma vida itinerante atrás das drogas. Elas mudam muito de lugar. Existe uma dificuldade de fazer o primeiro enfrentamento: o de cuidar da saúde dela e do bebê que está em seu ventre.

A ideia de criar um local exclusivo para atendimento a estes indivíduos nasceu do aumento do número de bebês de mulheres usuárias de drogas, enviados para abrigos municipais.

MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

Em um primeiro momento os autores pretendiam focar a pesquisa deste TCC nos filhos de dependentes químicos que vivem em situação de vulnerabilidade vagando pelas ruas com seus genitores. Mas depois perceberam que deveriam focar na mulher primeiro. Focar naquela pessoa que normalmente inicia àquele ciclo de vulnerabilidade da criança. Ao iniciarem a pesquisa em campo verificaram que há uma rede de amparo a estas pessoas, e coletaram evidências que os profissionais da assistência e saúde não possuem meios tecnológicos eficazes que lhes proporcionem comunicação em rede de forma eficiente. Que há forças de vários locais atuando de forma distinta em prol desta causa, promovendo o bem estar na medida do possível para estas pessoas que não tem condições de caminhar de forma adequada por si só. Perceberam ainda que não há um processo unificado de junção destas forças de assistencialismo e saúde.

Os pesquisadores tiveram acesso a vários *steakeholders* que ilustraram a situação vivenciada por estes indivíduos e suas próprias ações e desafios. Assim sendo, segue abaixo a figura que ilustra os autores envolvidos neste processo e as dores de cada um.

FIGURA 01: Mapa de *Stakeholders*. Fonte: Criação própria dos autores

Um deles foi o MP RJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, através do contato com a Dra. Alynne Giannini, promotora de justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e Subcoordenadora do CAO das promotorias de Infância e Juventude, que nos deu um ótimo apoio indicando diretrizes e temas que envolvem esta pesquisa, sobretudo no que tange os direitos das crianças e adolescentes tutelados pelo órgão a qual faz parte. O MP é a instituição responsável por fiscalizar seus direitos estão sendo preservados. Eles possuem um Sistema que detém todas as informações dos adolescentes e crianças acolhidos no estado do Rio de Janeiro. Tal plataforma é denominada MCA – Módulo Criança e Adolescente.

Já o promotor José Antônio Ocampo Bernardez informou que várias casas de amparo a estas pessoas foram fechadas devido à cortes de verbas das prefeituras do Estado do Rio de Janeiro. Que 80% das casas acolhedoras no Estado do Rio de Janeiro foram desativadas, principalmente as que possuem verbas repassadas pela prefeitura. Como exemplo para esta afirmação os autores indicam a leitura da seguinte notícia: https://www.osaogoncalo.com.br/geral/28119/estado-fecha-clinicas-de-recuperacao-e-dependentes-quimicos-pedem-socorro.

Outro contato que foi de grande valia para iniciar esta pesquisa foi a missionária Diva Cláudia de Oliveira que atua com suporte religioso a estas pessoas. A missionária indicou aos autores que o número de crianças em "cracolândias" é baixo, pois estas são acolhidas pelas famílias ou por conhecidos de seus genitores ou ainda pelos órgãos públicos responsáveis por lei a tutelar os direitos da criança e do adolescente, tais como o Conselho Tutelar e o MP. Mas ressaltou que que muitas mulheres grávidas estão nestes locais. Que não há um local para estas mulheres irem com seus bebês e terem assistência e diminuir os danos causados por esta situação.

A promotora Alyne Giannini indicou ainda o FORUM MATERNIDADES E CONVIVENCIA FAMILIAR, composto por assistentes sociais, psicólogas, defensoras públicas, médicas, diretoras de abrigos, membros da equipe técnica da Infância e Juventude do Ministério Público, etc. Os autores participaram de uma das reuniões deste fórum e puderam observar que todos estes "membros" relataram a precariedade da comunicação em rede e da coleta dos dados dos indivíduos tutelados, pois quando amparam crianças que foram encaminhadas pelas maternidades ou consultórios na rua, verificam que as causas que as

levaram para lá estão delineadas de forma incompleta, insuficientes ou não correspondem a realidade. Indicaram que o motivo exposto na guia de acolhimento emitido pela Vara da Infância e Juventude, por exemplo, pode indicar que o indivíduo foi internado por conta de violência, mas na verdade o problema que ocasionou sua ida para este local foi a utilização de drogas por parte da mãe, e por estes se encontrarem em situação de rua. Segundo estes atores, quando a situação de acolhimento não é delineada corretamente estes profissionais não conseguem resolver determinadas situações de forma célere ou dar o atendimento correto a fim de sanar o problema vivido por estas pessoas.

Existem pouquíssimas casas de acolhimento para mães juntamente com seus bebês. Sua capacidade é definida por lei, onde o maior número de pessoas amparadas por vez corresponde a 20, e estas mulheres podem ficar internas por até 2 anos. Nestes locais elas recebem o tratamento de equipe multiprofissional, composta por assistentes sociais, psicólogos, médicos e voluntários. Estas Casas de Acolhimento podem ser privadas ou mantidas pelo governo. As que são privadas precisam afiliar-se a ONGS para receber verbas do governo, mas todas são sujeitas a ter suas instalações fiscalizadas pelo Ministério Público e Defensoria Pública e Conselho Tutelar.

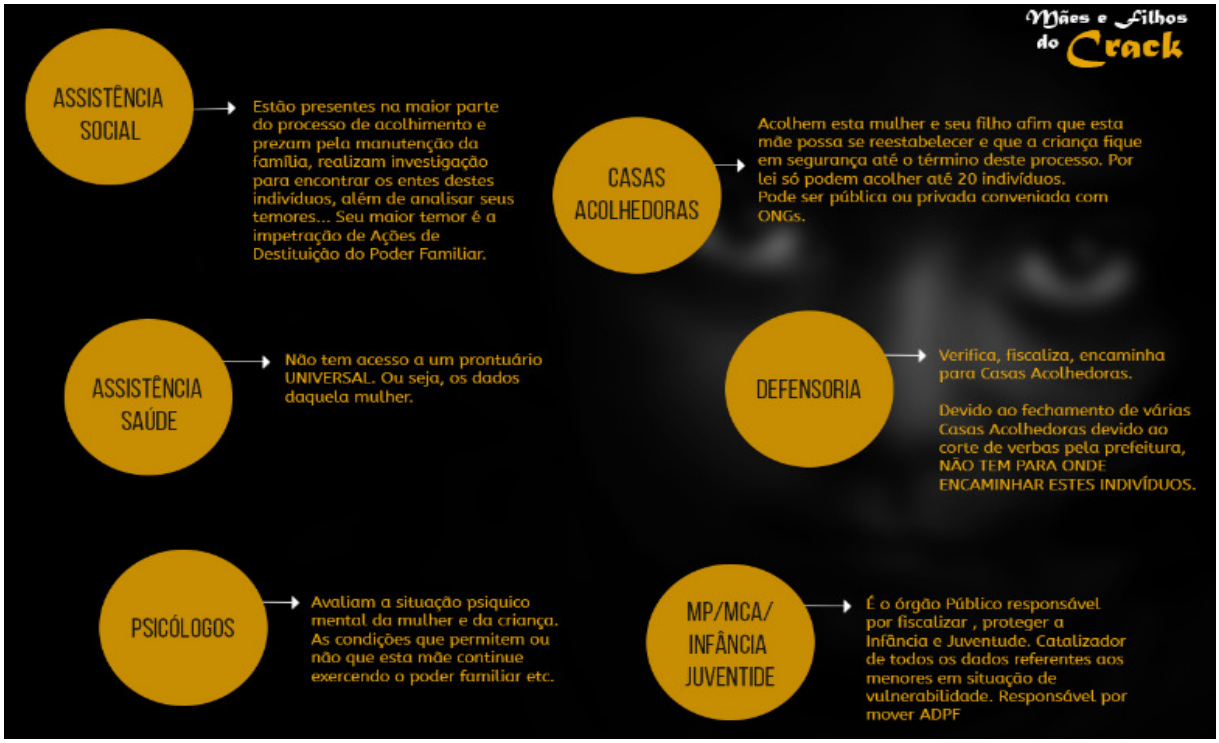


FIGURA 02: Discriminação básica da atuação dos *Stakeholders*. Fonte: Criação própria dos autores

Conforme relatado pela diretora do abrigo Casa Ana Carolina, a convivência da mãe com o filho é muito importante, mesmo sendo esta uma dependente químico, pois esta qualidade não lhe tira muitas das vezes o fato desta ser uma boa mãe. Ocorre que vem percebendo que a guarda destas mães tem sido retirada por conta das informações que são registradas no ato de apreensão de menores em situação de rua, pois é dado ênfase apenas o uso de entorpecente. Os dados não são esmiuçados a fim de determinar que há outra solução que não a de retirada do pátrio poder daquela mulher.

Por conta destes relatos, vislumbrou-se que se houvesse um meio de recolher fielmente os dados destas mulheres, onde seu perfil e histórico fossem cadastrados, assim como feito pelo MP com o MCA – Módulo da Criança e Adolescente, as manobras realizadas pelas equipes de assistência e saúde seriam mais acertadas, pois saberiam onde esta mulher mora, onde estão seus familiares, vizinhos, quem as conhece, para que desta forma as equipes de assistência e saúde tivessem um norte a fim de encaminhar estas crianças para o seio de suas famílias, já que não há local terapêutico a fim desta ser encaminhada juntamente com sua mãe.

MAPEAMENTO DO CICLO DA MULHER GESTANTE EM VULNERABILIDADE DEVIDO A SITUAÇÃO DE RUA E DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

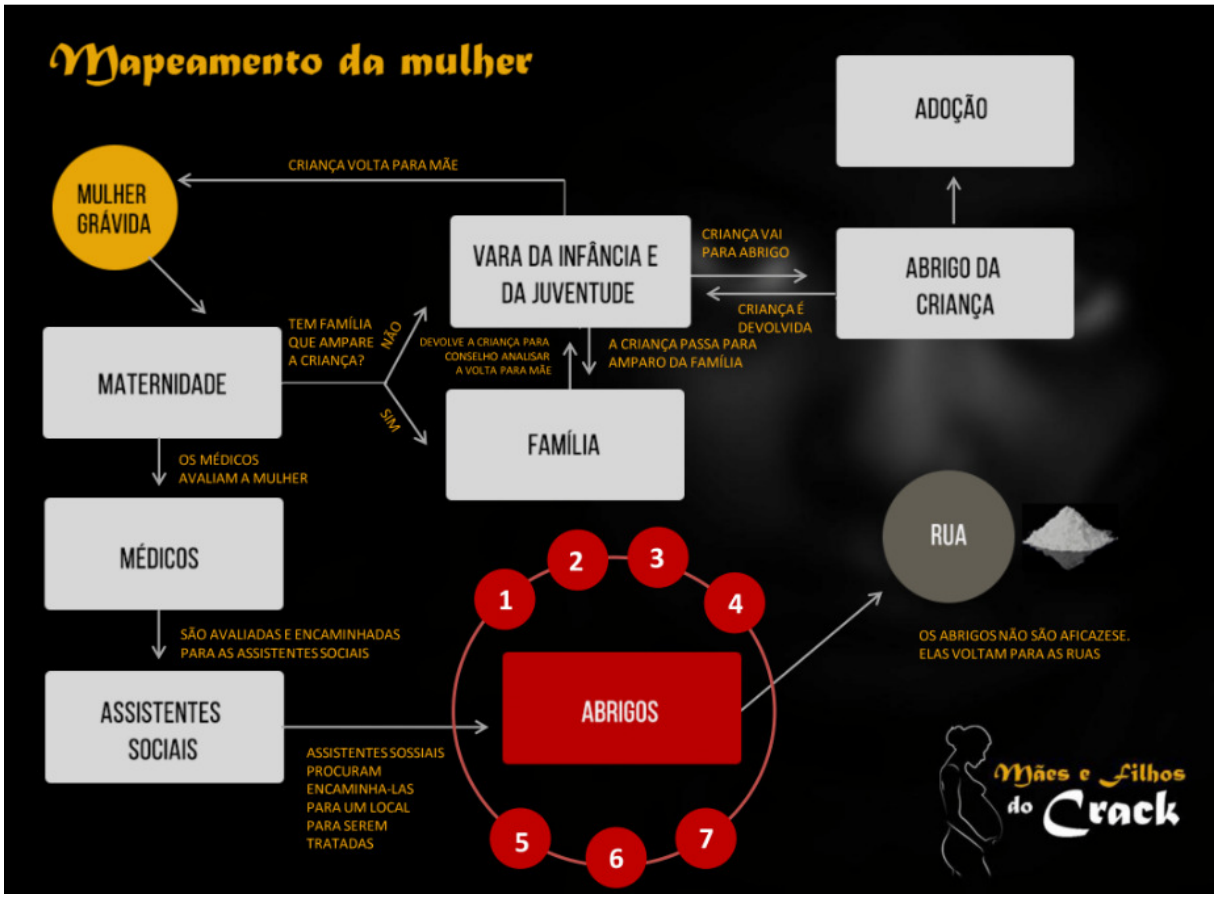


FIGURA 03: Mapeamento do ciclo da mulher. Fonte: Criação própria dos autores

Conforme exposto pelo promotor José Antônio Ocampo Bernardez, não há falta por parte da defensoria pública e do MP, mas sim da prefeitura que não executa corretamente a atividade assistencial, quando não disponibiliza centros de acolhimento capacitados para atender este tipo de demanda.

Um dos *insights* que os autores tiveram foi proporcionar a criação de uma nova estrutura de apoio a Casas de Acolhimento e mapear o processo destas instituições afim de fomentar de forma eficaz a tomada de decisões de todos os atores envolvidos no processo de resolução destes conflitos.

A assistente social, Roberta Gusmão destaca que os dados registrados no ato do acolhimento feito pelo CT – Conselho Tutelar, CNR – Consultórios na Rua ou Equipes Técnicas do Ministério Público, que quando são encaminhadas para estas instituições de apoio

os dados de cada criança e das mães não são devidamente colhidos. Então até mesmo dados relacionados a saúde, doenças preexistentes, a reincidência naquela situação, se esta mulher tem mais de um filho, se estes dados pudessem ser colhidos anteriormente, em todos os lugares por onde esta mulher passou, em vários outros setores, seria mais fácil avaliar a situação destes indivíduos. O *insight* tido neste momento foi registrar os dados destes acolhidos, bem como fotografia, nomes de conhecidos, endereços, contatos, etc.

Uma observação feita por todos os atores elencados acima foi a necessidade do registro com fotografia destas pessoas. Eles entendem ser de extrema relevância realizar tal registro devido ao fato desta mulher que hoje foi acolhida no Centro da cidade, em outra ocasião foi acolhida em Campo Grande, e futuramente pode vir a voltar para as ruas e ter novamente filhos nesta situação. Ou seja, todo o mapeamento do histórico dela não foi feito. Baseado nestes fatos, os pesquisadores vislumbraram que o restabelecimento desta criança ao convívio com sua família extensiva, que são seus parentes. Como encontrar estes parentes sem estes dados? Se houvesse uma plataforma com estes dados, esta reinserção da criança seria feita de pronto. É mister lembrar que esta mulher quase sempre ainda está sobre o efeito de drogas, o que dificulta o recolhimento de informações por parte da equipe de atendimento primário. Ela não possui documentos, pode vir a informar o endereço e nome de parentes errado. Enfim, o cadastro destas pessoas não é feito. Não existem meios eletrônicos por exemplo, que definam o perfil ou dados básicos destas pessoas.

Neste momento convém narrar a atuação de um dos *steakeholders* mais importantes no processo de acolhimento destas parturientes e seus bebês. São as maternidades.

Para concretização deste projeto os autores valeram-se de pesquisas em campo, onde tiveram acesso aos procedimentos realizados por vários *stakeholders.* Estes fundamentaram as informações constantes neste projeto. Um dos *stakeholders* fundamentais para dar diretrizes a este projeto foram as maternidades. Sobretudo o setor de assistência e psicologia, responsáveis por dar a estas mulheres atendimento primário quando ingressam nestas instituições.

MATERNIDADES

Quando uma mulher grávida em situação de vulnerabilidade, usuária de drogas e moradora de rua dá a luz nestas condições, normalmente é amparada pelas equipes de consultório na rua, bombeiros, policiais militares, etc. Estes se encarregam de leva-la para as maternidades públicas, para que possa ter atendimento assistencial. Neste momento vários exames serão realizados, tais como se já realizou ou não o pré-natal, captação de dados cadastrais, etc.

Na maternidade estes atendimentos são feitos por uma equipe multidisciplinar, onde ao iniciar o pré-natal deve ser constatado por esta equipe que trata-se de paciente usuária de drogas, aplicando-se neste caso tratamento e acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Devido ao vício, a gestante que inicia o pré-natal pode vir a interrompê-lo, dificultando assim ainda mais a prestação de serviço por parte dos profissionais de saúde, que fazem de tudo para preservar a vida do bebê, bem como a integridade física e psicológica da parturiente. Sem a efetivação deste acompanhamento o risco de haver complicações se potencializa.

Além dos cuidados descritos a cima, estas gestantes tem atendimento de Assistência Social, equipe responsável por localizar sua família e recolher a documentação para interna-la. Normalmente estas pacientes chegam às maternidades sem documentos, sozinhas e não possuem vínculo com sua família. Caso estas tenham perdido seus documentos o Conselho tutelar será acionado para proporcionar-lhes nova via.

FLUXO PSICOLOGIA DA MATERNIDADE E ASSISTÊNCIA A PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICA.

Nos fluxogramas que veremos a seguir, visualizaremos o processo de atendimento estabelecido pela equipe de psicologia e assistência do Hospital Federal de Bonsucesso, situado na cidade do Rio de Janeiro. Este processo é realizado especificamente no CASMCA - Centro de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente onde o mesmo não é digitalizado e não faz parte de um protocolo imposto a estas unidades de atendimento.

Assim sendo segue abaixo o fluxograma de atendimento nesta unidade.

1ºACOLHIMENTO

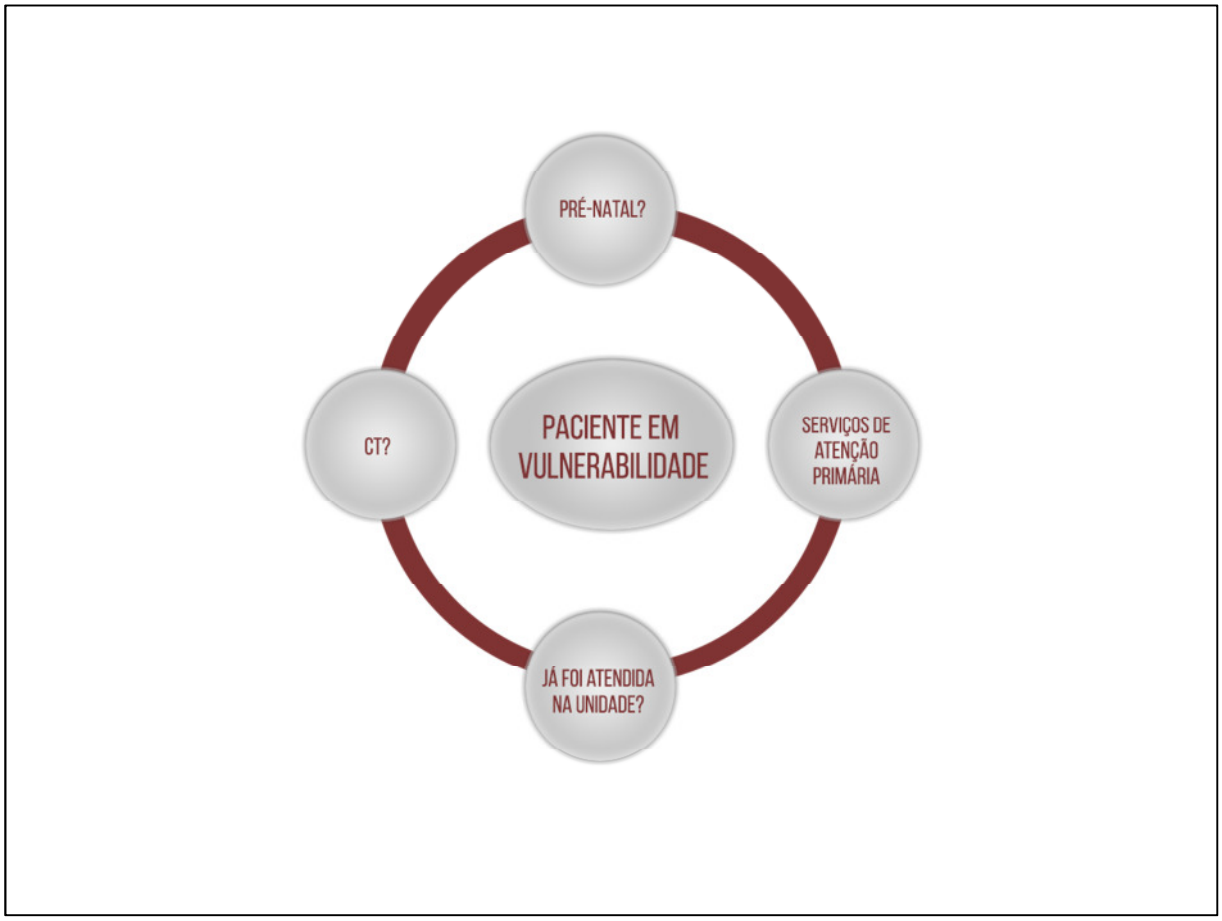


Figura 04: Fluxograma de acolhimento no CASMCA. Fonte Equipe de Psicologia e assistência do Hospital Geral de Bonsucesso.

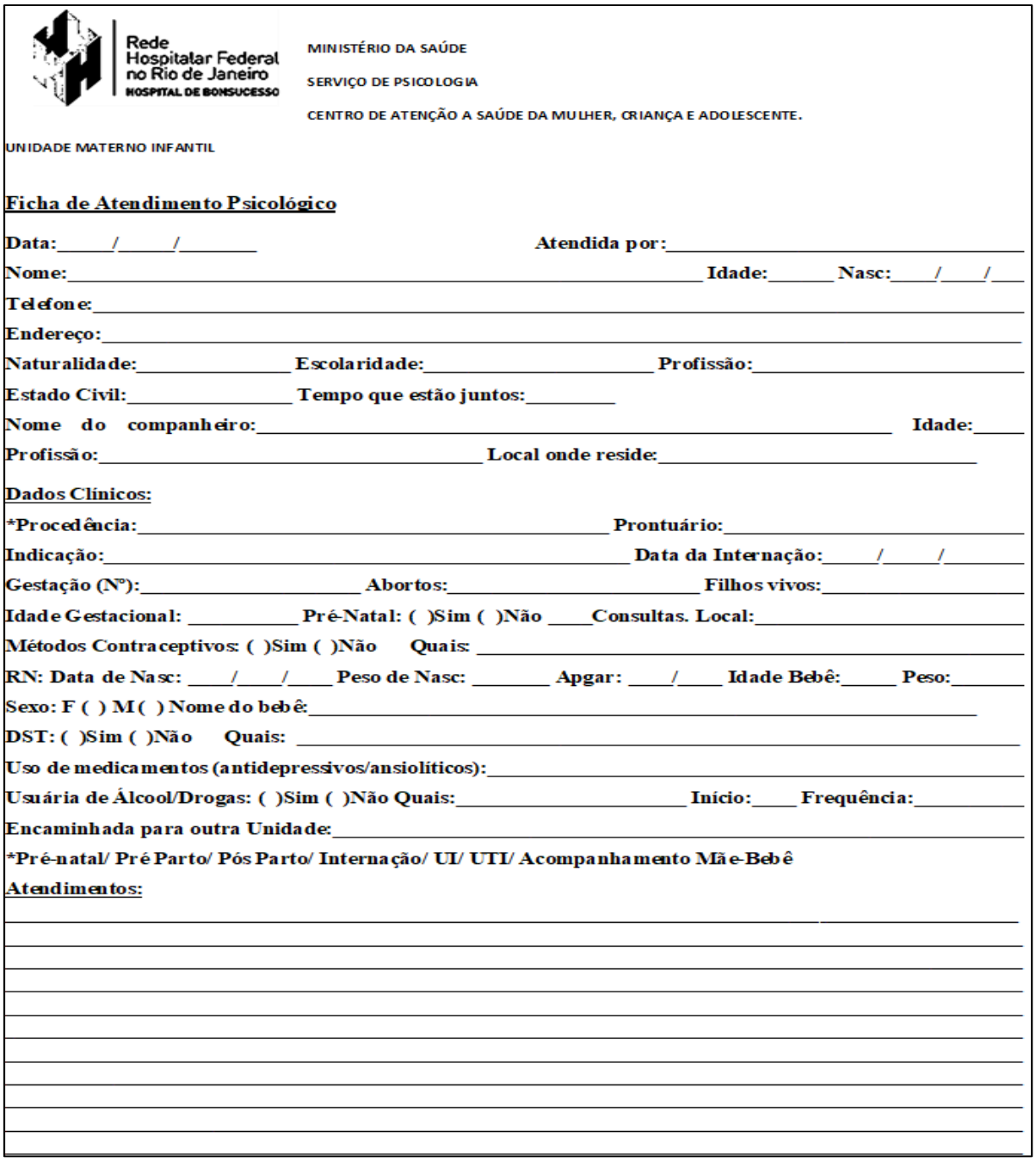
Neste primeiro momento a equipe multiprofissional busca saber quem é a paciente em vulnerabilidade. Quais são seus pré requisitos. Se esta já fez algum pré-natal, se já realizou

alguma consulta ou teve contato com alguma equipe de saúde e atenção primária que cuidou ou cuidasse desta neste período. Saber se ela está inserida na rede, pois em muitos casos recepcionados por esta equipe, a paciente em vulnerabilidade não foi à Clínica da Família fazer o pré-natal, mas pode ser que a equipe de Consultório na Rua de outra área a conheça e detém informações sobre ela..

No Serviço de Atenção Primária verifica-se por onde a paciente passou, pois dependendo de como esta chega a unidade hospitalar a equipe de atendimento não sabe nada sobre ela. Investiga-se tudo que ela fez até aquele momento. Este trabalho fica mais complexo se ela perdeu por exemplo o cartão de pré natal que serve para dar um norte neste casos.

Para o atendimento feito na própria unidade a equipe de psicologia dispõe de uma ficha cadastral de pacientes. São pessoas aptas e instruídas a guardar fisionomias, nomes, apelidos, etc. Mas se esta equipe for destituída ou for remanejada daquele local, provavelmente as informações sobre estes indivíduos serão perdidas, caso a nova equipe não tenha acesso a estas fichas ou contato com os profissionais substituídos. Vislumbra-se ser temeroso, por exemplo, se pegar fogo no hospital, pois estes dados se perderão. É preocupante ainda se a nova equipe não souber procurar as fichas que contém as informações sobre todas as pacientes que por ali passaram.

Para ilustrar o relato acima, segue abaixo a cópia da FICHA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO utilizada para “cadastrar” estas pacientes.



Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro
HOSPITAL DE BONSUCESSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

CENTRO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE.

UNIDADE MATERNO INFANTIL

Ficha de Atendimento Psicológico

Data:_____/_____/_____ **Atendida por:**_____

Nome:_____ **Idade:**_____ **Nasc:**____/____/___

Telefone:_____

Endereço:_____

Naturalidade:_____ **Escolaridade:**_____ **Profissão:**_____

Estado Civil:_____ **Tempo que estão juntos:**_____

Nome do companheiro:_____ **Idade:**_____

Profissão:_____ **Local onde reside:**_____

Dados Clínicos:

***Procedência:**_____ **Prontuário:**_____

Indicação:_____ **Data da Internação:**_____/_____/_____

Gestação (Nº):_____ **Abortos:**_____ **Filhos vivos:**_____

Idade Gestacional: _____ **Pré-Natal: ( )Sim ( )Não** ____**Consultas. Local:**_____

Métodos Contraceptivos: ( )Sim ( )Não Quais: _____

RN: Data de Nasc: ____/____/____ **Peso de Nasc:** _____ **Apgar:** ____/____ **Idade Bebê:**_____ **Peso:**_____

Sexo: F ( ) M( ) Nome do bebê:_____

DST: ( )Sim ( )Não Quais: _____

Uso de medicamentos (antidepressivos/ansiolíticos):_____

Usuária de Álcool/Drogas: ( )Sim ( )Não Quais:_____ **Início:**____ **Frequência:**_____

Encaminhada para outra Unidade:_____

***Pré-natal/ Pré Parto/ Pós Parto/ Internação/ UI/ UTI/ Acompanhamento Mãe-Bebê**

Atendimentos:

FIGURA 05: Ficha de atendimento psicológico. Fonte CASMCA - Centro de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Fonte: Hospital Geral de Bonsucesso.

Conforme indicado por uma das psicólogas atuantes nesta equipe, trata-se do único documento que contém o perfil mais detalhado destas pacientes.

Outro ponto a ser analisado é saber se esta mulher já teve acompanhamento feito pelo Conselho Tutelar, pois na maioria das vezes estes fatos em suas vidas se repetem. Elas não são parturientes de primeira viagem. Muitas tem vários filhos nesta situação. Tem-se como

exemplo, uma mãe que já teve quatro filhos, portanto quatro acompanhamentos diferentes, onde a conselheira(o) do CT entende ser esta completyamente incapaz de cuidar de uma criança. A impressão que se tem é que esta mulher é vista com desconfiança por alguns profissionais devido a seu histórico.

Segundo a psicóloga Luiza Carolina Zamagna, a equipe multifuncional do referido hospital entende que cada mulher é diferente em cada momento. Que cada filho faz com que os desdobramentos sejam diferentes, sendo assim, a equipe tenta intervir, tentando fazer prevalecer a vontade daquela mulher.

Cabe neste momento explicitarmos fragmentos clínicos relatados durante a pesquisa de campo na Maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso. Frisamos ainda que os nomes das pacientes foram preservados, constando neste trabalho de conclusão de curso, nomes fictícios.

CASOS CONCRETOS

Caso Ana:

Ana é uma moça de dezenove anos, é usuária de crack e relata que quando se internou não usava drogas há poucos dias. Durante o nosso primeiro contato, ela teve dificuldade, desinteresse ou impossibilidade em estabelecer contato visual, mostrou-se dispersa e por vezes confusa, possivelmente comprometida pelo abuso de drogas. Disse-nos que morava com cinco irmãs e o seu pai, porém seu discurso foi impreciso. Relatou ter feito pré-natal por duas vezes no posto de saúde da comunidade e que possui bom relacionamento com suas irmãs e principalmente com a irmã mais velha, citada: Joana. Ana esteve separada de Mariana, sua bebê nos primeiros dias de vida dela. Ana poderia ter tuberculose e ficou em uma área de isolamento respiratório de nossa Maternidade.

Em um segundo atendimento, a suspeita de tuberculose foi descartada, assim, acompanhamos a puérpera até a UI Neonatal para que ela pudesse estar com a bebê, pois se colocava disposta e desejosa inclusive de amamentar. Porém ainda não estava prescrito o aleitamento no seio materno. Mesmo assim, incentivei Ana a trocar as fraldas da bebê Mariana, este foi o momento onde a paciente pode se empenhar nos cuidados básicos de sua filha pela primeira vez.

Dando continuidade a assistência psicológica, na manhã seguinte fomos ver a paciente. Ela se mostrou transferida com a equipe de psicologia nos convocando a ir à UI Neonatal com ela ver a bebê, mais de uma vez ao dia. Pudemos observar que a consciência da puérpera se reestabeleceu, equiparando-se talvez ao grande investimento dirigido a Mariana. Nesse mesmo atendimento, Ana se mostrou animada, se relacionou de forma mais contundente com a equipe e se comunicou melhor com todos. Foi estimulada a conversar com a bebê promovendo uma maior interação na relação das duas. Demonstrou interesse e satisfação em amamentar Mariana, todavia o bebê já havia sido alimentado pela equipe de enfermagem. Contudo ela pegou um pouco no seio materno, como se esse a interessasse e fosse relevante para ela. Ana proferiu palavras otimistas sobre o futuro do aleitamento e decidiu permanecer na Unidade com a bebê no colo, para ter mais um momento com ela, e estabelecendo assim, uma ligação afetiva neste tempo na Maternidade. A dieta de Mariana foi feita exclusivamente no seio materno desde então.

Com frequência diária, a paciente nos procurava em busca de uma escuta. Verbalizava constantemente que desejaria que sua bebê ficasse com ela no Alojamento Conjunto (enfermaria onde mãe e bebê ficam juntos), e que ela ministrasse os cuidados dela de uma maneira mais autônoma. Ana assentiu a nossa sugestão de encaminhá-la para um CAPS-ad, um Centro de Atenção Psicossocial Especializado para Tratamento de Álcool e Drogas.

Em outro dia fizemos um atendimento com uma das irmãs de Ana, a senhora Maria, onde esta pode afirmar que irá ajudá-la para além do período do puerpério. Ambas estavam cientes e de acordo de que a Sra. Maria iria se candidatar como guardiã temporária de Mariana frente as instâncias judiciais. Foi marcado um dia pelo juiz que acompanhava o caso, para que a Sra. Maria pudesse pensar se seria mesmo a guardiã, e para que ela retornasse com uma resposta positiva ou não. Neste dia marcado, a Sra. Maria não compareceu a Vara da Infância. Fato este que culminou na decisão de abrigar judicialmente a bebê de Ana.

A assistente social que trabalha conosco no hospital verbalizou: “meus recursos acabaram, a decisão está dada”, e não havia mais nada que a profissional pudesse fazer. Eu, como a psicóloga que acompanhava o caso desde o início, decidi junto a equipe me posicionar frente as psicólogas que estavam trabalhando com o juiz. Nasceu então um novo significante para o nosso trabalho. Percebemos que por nossos *“recursos”* serem *“diferentes”*, conseguíamos buscar desfechos distintos. No dia seguinte ao marcado, a Sra. Maria compareceu a Vara da Infância, alegou que não teve dinheiro de passagem para se locomover

e ir ao dia marcado, e através de nossa intervenção, a porta da sala do juiz não foi fechada em sua presença. Ana levou sua bebê para casa com a ajuda temporária de sua irmã

Então, inicialmente é feito o acolhimento, para identificar-se de onde aquela mulher veio e como ela chegou até ali. Em um segundo momento parte-se para a assistência. Nesta fase do processo convoca-se o serviço de saúde que já atendia. Se ela é moradora de rua e o consultório na rua de Manguinhos por exemplo a atendia eles entram em contato com um de seus responsáveis que vão até a unidade conversar com ela. Então há um aviso a atenção primária indicando seu paradeiro e informando que esta mulher está bem.

Outro caso interessante a fim de ilustrar a passagem destas mulheres pela rede de assistência e saúde é o de Camila, conforme exposto abaixo.

Caso Camila

Esta foi uma puérpera usuária de cocaína, segundo o seu prontuário institucional, que teve duas internações prévias na Maternidade em que trabalho, ela nunca tinha sido atendida por mim. Quando seus dois últimos filhos nasceram, e ela foi acompanhada tanto pela psicologia, quanto pelo serviço social. São cinco filhos ao todo. A guarda dos outros filhos está com parentes próximos, nenhum deles mora com ela.

O pai desta bebê é o mesmo pai de seus dois últimos bebês, ele está preso. Relata morar sozinha de aluguel, se mantém financeiramente através de outra casa que possui e está alugada no momento. Camila não fez pré-natal, ela e sua filha estão tomando antibiótico, pois deram entrada nesta unidade com sífilis, a paciente aderiu ao tratamento, e aos nossos atendimentos.

Camila se sentia angustiada, se sentia perseguida e insegura dentro da Instituição. Neste primeiro contato que tivemos com ela, a mesma nos disse que “queria ir embora”, “deixo ela na UI não tem problema”. Ela queria ir a sua casa para pegar cópias e dar entrada em seus documentos, como se esta solução fosse ser a melhor forma de lidar com a questão.

Pontuamos que desta maneira ela passaria mais tempo longe de Marcela, sua filha, se fosse para casa enquanto a criança ainda ficaria no hospital tomando remédios. E que

enquanto estivesse internada, o Serviço Social se ocuparia de providenciar a documentação para ela, ao mesmo tempo em que ela maternaria sua filha. Camila acatou nossa intervenção.

Manteve-se nesta Maternidade se posicionando de maneira calma e transferida analiticamente com a equipe de psicologia. Tinha "medo" de "perder" essa criança para a justiça, pois: "já ama muito ela". Perguntamos se ela não amava os outros filhos e ela respondeu que essa bebê é diferente, "quero criá-la". Marcela tem sido amamentada exclusivamente em seio materno, ganhando peso de maneira consideravelmente crescente.

Demos continuidade aos atendimentos diários com a puérpera, que ficou muito receptiva a equipe. Informava que não usava drogas há três anos. Oferecemos a possibilidade de ela ser encaminhada ao CAPS-ad de sua área, e a paciente nos devolveu que não precisava de ajuda, pois "já tinha parado sozinha". Ela foi atendida concomitantemente pelo Serviço Social e seus documentos foram providenciados.

O caso de uma ex-usuária de drogas com o histórico de filiação perdida podia se complicar a frente de um juiz, se Camila não tivesse a chance de se colocar sobre a sua situação atual, neste momento, para esta criança.

O Conselho Tutelar é um órgão protetivo que acompanha crianças e adolescentes, e decide sobre a aplicação de medidas protetivas para cada caso. Tem a função de tomar providências em casos de ameaças ou violação dos direitos da criança e do adolescente. Foi criado com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), e é um dos órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. É responsabilidade das prefeituras das cidades. Cinco conselheiros escolhidos pela comunidade formam tal Conselho. O caso de Camila foi encaminhado ao Conselho Tutelar, devido ao fato da paciente estar com a vida mais organizada e demonstra que é capaz e tem muito desejo de manter aquela criança com ela. Pedimos um atendimento do órgão enquanto Camila e Marcela estavam em nossa unidade hospitalar, não sendo atendidos. Sabemos que o Conselho Tutelar não tem funcionários suficientes, nem tempo para colher todas as suas demandas. Decidimos então levar a paciente até o Conselho Tutelar de sua região, para que seu caso não precisasse ser levado a Vara da Infância, a última instância. Fomos atendidos em caráter emergencial. Camila levou Marcela para casa com a documentação correta e a certeza de ser acompanhada devidamente pelos órgãos competentes de seu Estado.

2ºASSISTÊNCIA

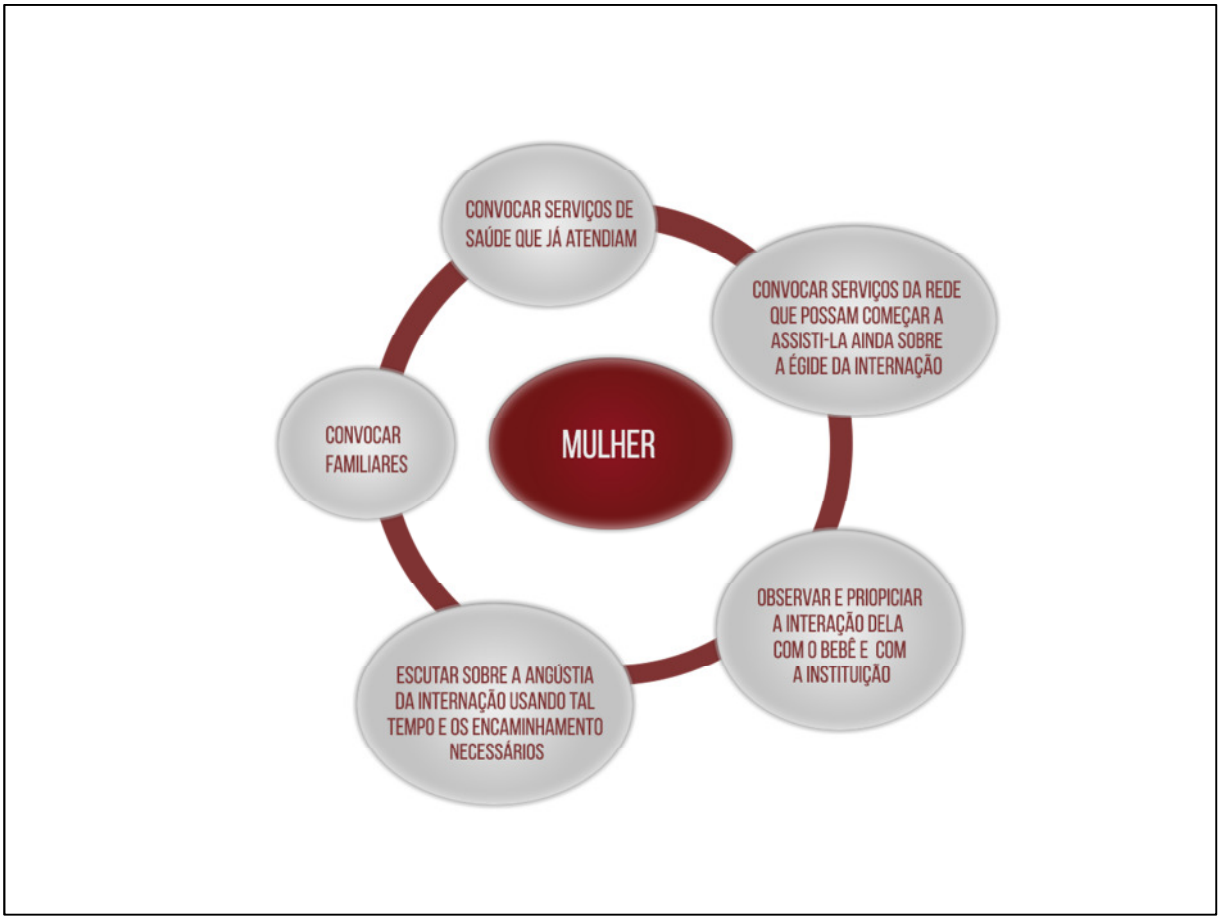


FIGURA 06: Fluxograma de assistência no CASMCA. Fonte: Equipe de Psicologia e assistência do Hospital Geral de Bonsucesso.

CONVOCAR SERVIÇOS DA REDE QUE POSSAM COMEÇAR A ASSISTÍ-LA AINDA SOBRE A ÉGIDE DA INTERNAÇÃO.

A equipe de consultório na rua, por exemplo, pode já ter lhe dado atendimento, mas esta mulher nunca foi até o CAPSAD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, por não ter interesse ou condições de comparecer a este centro de assistência. Assim sendo, a equipe de assistência da maternidade entra em contato com o CAPSAD para que estes possam vir até a maternidade atender a paciente enquanto ela se encontra internada.

OBSERVAR E PROPICIAR A INTERAÇÃO DELA COM O BEBÊ E COM A INSTITUIÇÃO

A paciente é observada e um relatório sobre esta será emitido, para que estes profissionais possam delinear seu perfil.

CONVOCAR FAMILIARES

Percebemos que a equipe só consegue contatar os familiares desta mulher se os serviços de saúde forem descobertos pela equipe do CASMCA – Centro de Saúde a Mulher e da Criança. Às vezes a equipe de primeiro atendimento descobre que existe uma vizinha que pode lhes dar informações sobre aquela pessoa, e assim chegar até seus familiares.

ESCUTAR SOBRE A ANGÚSTIA DA INTERNAÇÃO USANDO ESTE TEMPO PARA FAZER OS ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS

Nesta etapa é realizado o acompanhamento psicológico da mulher. A utilização da REDE é fundamental para realizar o processo de encaminhamento. Segundo relatos de integrantes desta equipe, antigamente era mais difícil fazer rede e encaminhamentos.

(3) Atendimento Psicológico a Paciente Usuária de Drogas - PC UD-AD

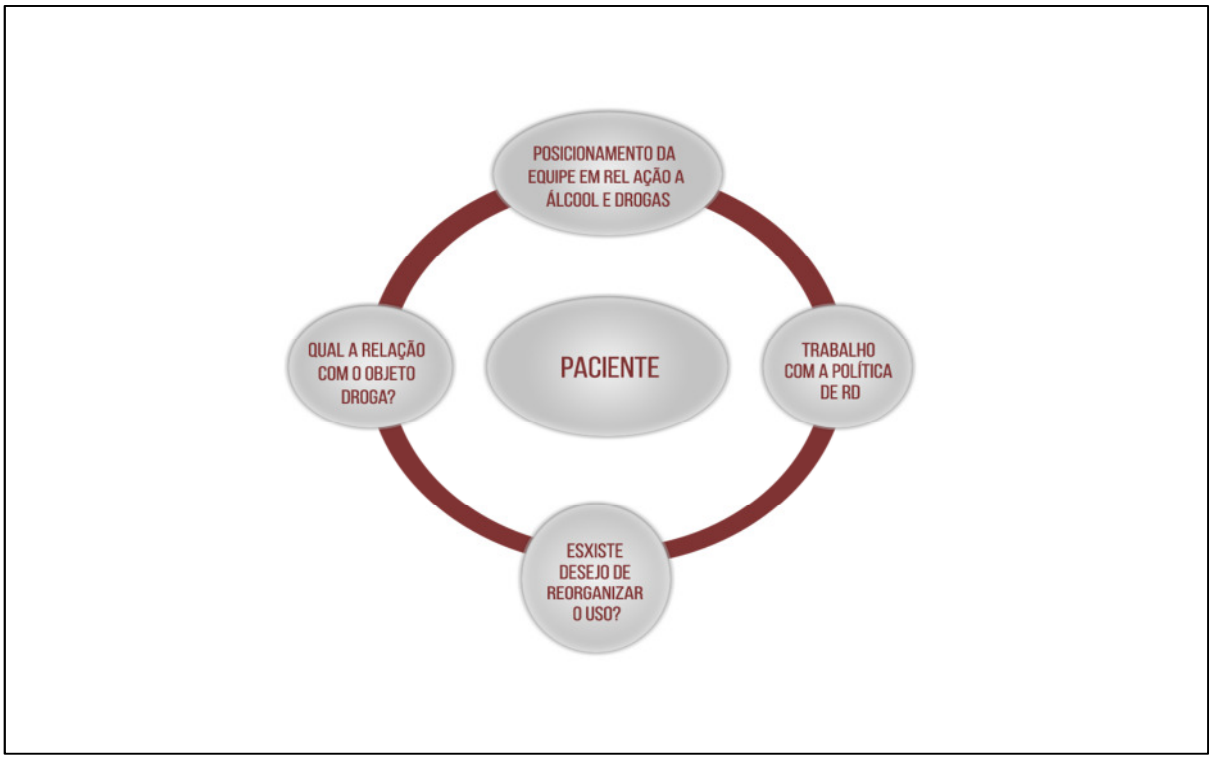


FIGURA 07: Fluxograma de Atendimento Psicológico a PC UD-AD CASMCA. Fonte: Equipe de Psicologia e assistência do Hospital Geral de Bonsucesso.

Realiza-se neste momento o atendimento psicológico a usuária de álcool e drogas. É bem específico. Neste momento deve-se entender qual que é o posicionamento da equipe em relação ao álcool e drogas.

Segundo a psicóloga Luiza Zamagna, enquanto esta paciente está internada há necessidade de trabalhar com a equipe também, pois há por parte dos membros da equipe, muita resistência a esta paciente que é muito difícil na maioria das vezes, por esta ser "cracuda", "cheradora". Então há todo um trabalho realizado com esta equipe a fim de dirimir estes conflitos internos.

Outra questão definida neste momento é a política de encaminhamento a ser utilizada para esta paciente. No CASMCA, há preferência pela Política de Redução de Danos em detrimento da Política de Abstinência. Mas, sobretudo, a vontade da paciente é respeitada, pois as especialistas apontam que qualquer tratamento só surtirá efeito de a paciente estiver de acordo com este, ou se seu perfil estiver alinhado com o tipo de política aplicada.

Com o fito de embasar o mencionado acima, mais adiante os pesquisadores estabelecerão a diferença entre a Política de Redução de Danos e a Metodologia da Abstinência, aplicada nas Comunidades Terapêuticas. Além da explanação da Resolução do Conselho Federal de Psicologia acerca do perfil das Comunidades Terapêuticas existentes em nossa sociedade.

(4) Encaminhamentos

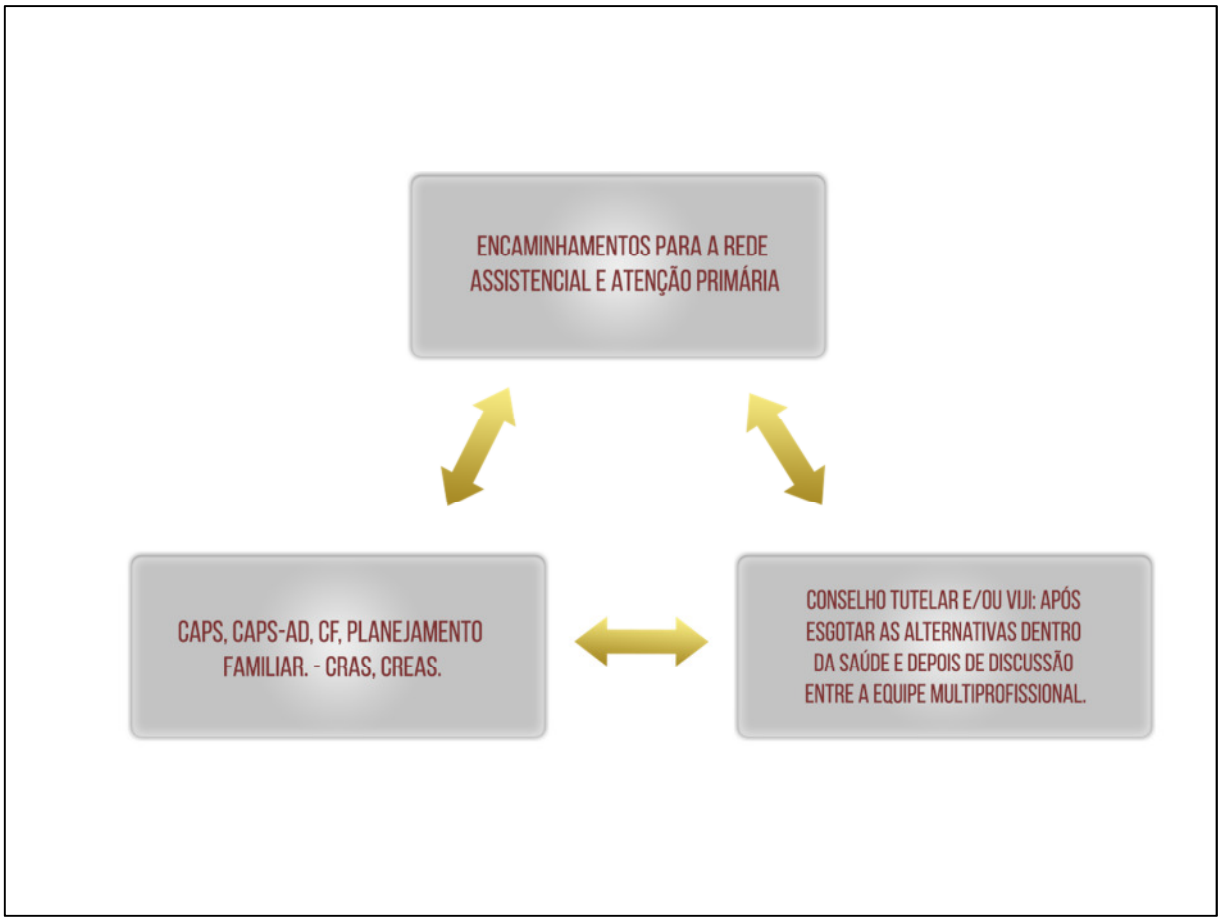


FIGURA 08: Fluxograma de Encaminhamentos. Fonte: Equipe de Psicologia e assistência do Hospital Geral de Bonsucesso.

Neste último passo do atendimento verifica-se para qual local a paciente deve ser encaminhada. O perfil dela será avaliado de acordo com as informações recolhidas ao longo de sua estadia na maternidade. Assim sendo, a rede assistencial e de atenção primária podem ser acionadas: CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CF (Clínica da Família), etc. Mas, se possuir residência fixa ou familiares que possam lhe dar amparo, sua alta será concedida juntamente com seu bebê.

Caso as condições de segurança para a criança não sejam constatadas, o Conselho Tutelar e/ou as Varas de Infância e Juventude serão acionados. Este processo será realizado depois da análise do histórico desta mulher, discussão entre a equipe multiprofissional e esgotamento de todas as alternativas dentro da saúde. Nestes casos é de suma importância a

dedicação e responsabilidade por parte dos profissionais envolvidos, pois a separação de uma mãe de seu filho deve ser feita em último caso, visando o bem estar dos dois e evitando-se consequências traumáticas.

Em uma das visitas a Maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso, os autores deste projeto presenciaram o atendimento a uma paciente que havia acabado de dar à luz. Roberta, 24 anos, veio de Belo Horizonte para o Rio de Janeiro para fugir das agressões praticadas por seu namorado, traficante daquele lugar. Ela já tem um filho que é criado por seu pai que também mora em Belo Horizonte. A decisão de vir para o Rio de Janeiro foi tomada quando seu ex companheiro foi preso, e do cárcere ordenou que Roberta fosse surrada. Fato este que se concretizou, deixando sequelas irreparáveis na vítima. Não podia contar com a ajuda do pai, pois o mesmo era contra este tipo de envolvimento afetivo. Aqui no Rio de Janeiro possui um apartamento alugado que é sua única fonte de renda e reside na Vila da Penha juntamente com sua avó materna. Sua mãe mora em Sepetiba, mas não nutrem contato amistoso.

Diante estes fatos, a psicóloga que estava realizando seu atendimento foi verificar para qual local a mesma devia ser encaminhada, a fim de ter o acompanhamento assistencial adequado, para desta forma concluir o processo de atendimento exposto nos fluxogramas anteriormente.

A psicóloga lembrou que uma outra profissional da rede havia comentado sobre uma Casa Acolhedora bem estruturada, e que seu perfil adequava-se a ela. Ligou para o CAPS onde ela atuava para obter endereço e telefone deste lugar, mas ela não estava presente. Por este motivo não pode concluir o encaminhamento para o local mais adequado a paciente. Assim sendo, pesquisou qual CAPSad era mais próxima a residência de Roberta a fim de concluir seu encaminhamento.

Para isso acessou o site da prefeitura do Rio de Janeiro que disponibiliza o mapeamento das áreas de planejamento da cidade denominado esta pesquisa como acesso de REDE CAPS RJ, onde cada bairro equivale a um código na área de planejamento. Tais códigos determinam quais CAPSad são responsáveis por atender os moradores daquele local por conta da proximidade de suas residências. Para ter acesso a estas informações foi preciso checar a lista de bairros e áreas de planejamento (AP'S) (Fonte: Instituto Pereira Passos), bem

como o mapa da cidade do Rio de Janeiro dividido por regiões administrativas setoriais e verificar quais códigos correspondem ao bairro onde Roberta mora. Neste caso, Vila da Penha. Desta forma obteve resposta sobre qual Centro de Atendimento Psicossocial é o mais próximo a residência de sua paciente.

Depois de realizar estes procedimentos, um último acesso deve ser feito no site da prefeitura, onde os endereços de cada CAPSad estão elencados indicando o código da área de planejamento correspondente aos bairros dos cidadãos aos quais devem prestar atendimento.

A título de ilustrar todo o processo exposto acima, segue abaixo as figuras ilustrativas, da Lista de Bairros e suas áreas de planejamento, o mapa das áreas de planejamento e por fim a relação dos endereços dos CAPSad, expostos no Site: http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps.

LISTA DE BAIRROS E ÁREAS DE PLANEJAMENTO (AP'S)

Fonte: Instituto Pereira Passos

ANEXO 8 - Bairros (em ordem alfabética) e Área de Planejamento (AP)	
Bairro	**AP**
Abolição	3
Acari	3
Água Santa	3
Alto Da Boa Vista	2
Anchieta	3
Andaraí	2
Anil	4
Bancários	3
Bangu	5
Barra Da Tijuca	4
Barra De Guaratiba	5
Barros Filho	3
Benfica	1
Bento Ribeiro	3
Bonsucesso	3
Botafogo	2
Brás De Pina	3
Cachambi	3
Cacuia	3
Caju	1
Camorim	4
Campinho	3
Campo Dos Afonsos	5
Campo Grande	5
Parada De Lucas	3
Parque Anchieta	3
Parque Colúmbia	3
Pavuna	3
Pechincha	4
Pedra De Guaratiba	5
Penha	3
Penha Circular	3
Piedade	3

FIGURA 09: Lista de Bairros e Áreas de Planejamento no Estado do Rio de Janeiro. Alterada pelos autores. Fonte: Instituto Pereira Passos

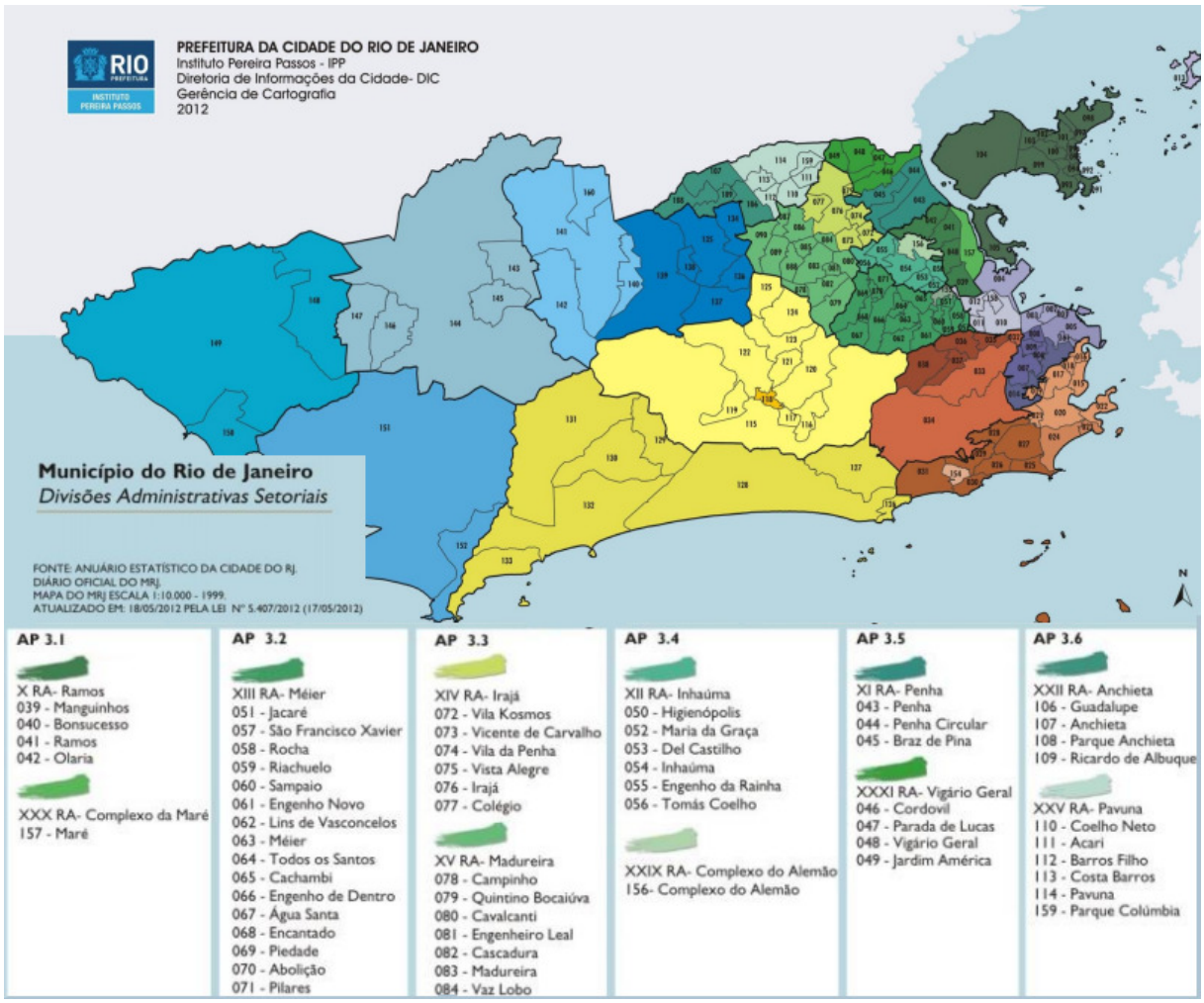


FIGURA 10: Mapa das Áreas de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro. Imagem alterada pelos autores. Alteração: Os autores suprimiram algumas áreas de planejamento afim de visualizar-se a área de planejamento 3.33. Fonte: Instituto Pereira Passos

Com base nas informações expostas nestas duas últimas figuras, conclui-se que a área de planejamento a qual Roberta pertence é a de código 3. De forma mais específica ainda, de acordo com o Mapa de Divisão Administrativa Setorial, sua "zona" de atendimento é a 3.3, por englobar o bairro de Vila da Penha, onde mora a paciente.

Assim sendo, concluiu-se que o CAPSad indicado para a paciente em questão é o CAPSad III Paulo Portela, situado no bairro de Madureira. Este polo é responsável por prestar atendimento aos moradores dos bairros de Madureira e adjacências, conforme indica a próxima figura.

O número de acessos realizados pela profissional em questão em diversos sites, além do contato por telefone a fim de descobrir o endereço da Casa de Acolhimento mais interessante para a paciente, levou os autores a crer que a existência de um "nicho" com todas estas informações disponíveis ou cruzadas facilitaria o processo de encaminhamento de pacientes para os centros de assistência. O atendimento seria célere e eficaz.

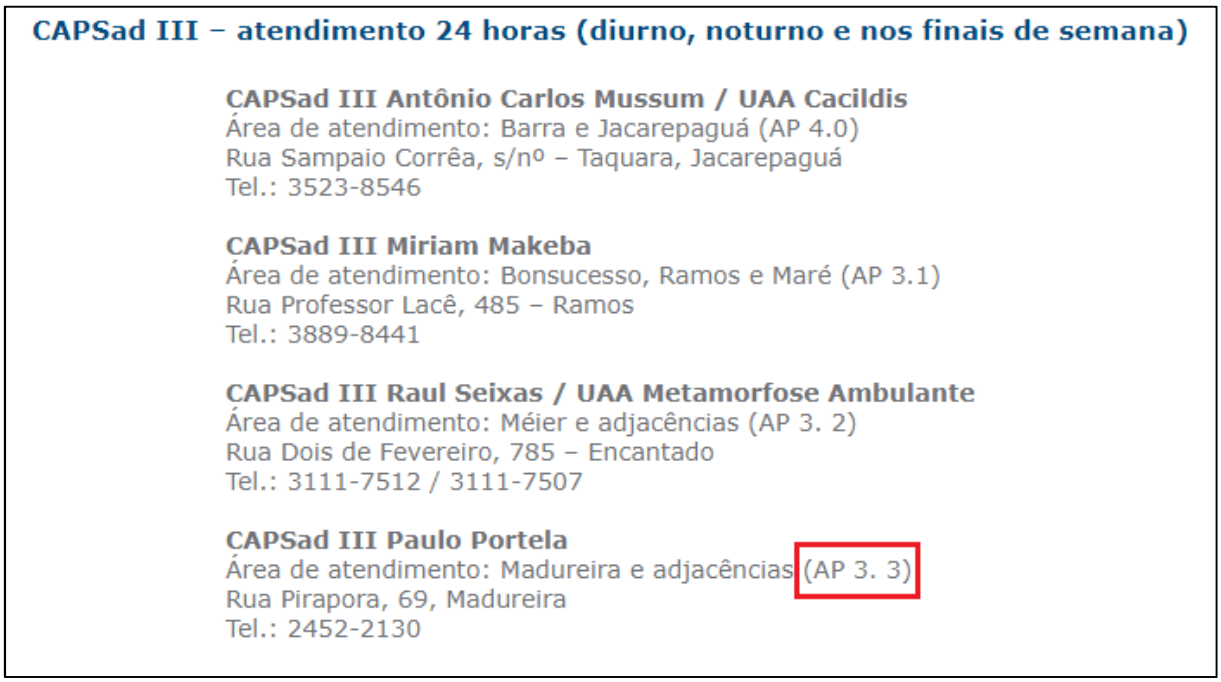


FIGURA 11: Endereços e telefones dos CAPSad operantes por área de planejamento. Imagem alterada pelos autores. Fonte: Site da prefeitura do Estado do Rio de Janeiro

Finalizado este processo investigatório, a psicóloga finalizou o encaminhamento da paciente para o referido CAPSad. Foi ressaltado pela mesma que o documento de encaminhamento funciona como um salvo conduto, mas esta paciente poderia dirigir-se sozinha para esta unidade procurando atendimento assistencial. Esta prática autônoma não é proibida, porém o encaminhamento por parte dos profissionais de saúde ou assistência facilita o trâmite de recepção. Há um vínculo que trás benefícios para o atendimento.

Conforme relatado anteriormente, a ficha de atendimento psicológico da paciente será preenchida e arquivada pela psicóloga, sendo o único documento que contém as informações, histórico desta paciente. Foi observado ainda que de fato não há qualquer tipo de digitalização destes dados.

A psicóloga alertou ainda, que neste caso não há necessidade de comunicar o Conselho Tutelar ou a Vara de Infância e Juventude, visto não ter constatado perigo eminente para o bebê, pois a paciente possui endereço fixo, há uma rede de apoio, familiar disponível para auxiliá-la, etc. Porém, seu acompanhamento continuará sendo feito por esta, mesmo que à distância.

Os autores indagaram se os psicólogos ou assistentes sociais sofrem algum tipo de sanção, caso não comuniquem as instâncias do Sistema de Garantia de Direitos alguma situação de risco para o bebê e obtiveram como resposta, a valência da autonomia profissional. A ética, o sigilo do paciente e, sobretudo a avaliação feita por estes profissionais no que diz respeito ao caso em tela, os exime de responsabilizações futuras. Tudo dentro dos limites razoáveis de conduta profissional.

O QUE É POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS E O QUE SÃO AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS?

Resumidamente, trata-se de duas formas distintas de tratar indivíduos usuários de drogas. Neste caso, mulheres em situação de vulnerabilidade em decorrência do uso de substancias psicoativas, tais como o crack.

O que são comunidades terapêuticas?

A SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas), órgão promovido pelo governo federal, financia desde 2011, vagas em comunidades terapêuticas (CTs) para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). No ano de 2014, o referido órgão solicitou ao IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada a elaboração de pesquisa sobre este tipo de entidades, promovendo assim, dados que contribuíssem para o aprimoramento dos processos de avaliação do repasse de verbas governamentais para estas instituições.

Assim sendo, em março de 2017 o IPEA expediu a Nota Técnica número 21, que trás informações relevantes sobre o modelo de assistência aplicado pelas Comunidades Terapêuticas. IPEA, 2017.

Conforme disposto na referida nota técnica, as Comunidades Terapêuticas são polos de assistência a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas/drogas disponíveis em nossa sociedade. Estas entidades são criadas a partir de iniciativas privadas e são organizadas em casas coletivas de forma temporária, local onde pessoas com perfil de usuários de drogas, ficam internas nestes locais, por tempo determinado e de forma isolada, pois suas relações sociais são interrompidas durante o tratamento. Estes indivíduos ficam focados em renunciar de forma definitiva o uso de entorpecentes, aderindo assim a novo estilo de vida, embasados na política de abstinência de substâncias psicoativas.

No decorrer do período de internação estes indivíduos são submetidos a rotinas disciplinadas, compostas por atividades laborais, terapias psicológicas, práticas religiosas e/ou espirituais, reuniões de grupos de ajuda recíproca, tudo isso conforme recursos humanos e financeiros disponíveis pela entidade.

Este modelo foca em três pilares, trabalho, disciplina e espiritualidade, além da atuação de equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais e práticas espirituais.

A laborterapia (trabalho),consiste na realização de tarefas de manutenção da própria comunidade, bem como a realização de atividades de produção e geração de renda para a própria casa. Desta forma, espera-se que o interno adquira autocontrole, autodisciplina como formas de benefício para ele próprio, renegando assim a postura que adotava quando consumia substâncias psicoativas. Vislumbrando-se com a realização destas práticas sua ressocialização e sucesso pessoal.

A prática da fé, elencada aqui como o fator espiritual, é um pilar de suma importância a ser aplicado durante o tratamento destes indivíduos. Ela é exercitada independentemente do apoio de organizações religiosas ou igrejas. Tais práticas levam os indivíduos a conectar-se com seres ou instâncias superiores, visando acalentar seus corações, sanar suas dores, apaziguar seus sofrimentos e contribuir de forma positiva para seu discernimento mental e moral.

A pesquisa feita pelo IPEA evidenciou que na maioria das Comunidades Terapêuticas, a prática da espiritualidade apoia-se em doutrinas religiosas, sobretudo na Tradição Cristã. Até mesmo entidades que não estão vinculadas a igrejas e organizações religiosas, escoram-se nos ensinamentos espirituais como fonte de energia para auxiliar os internos na superação do vício em entorpecentes.

A convivência entre pessoas que passam pelos mesmos problemas e transtornos também são incentivados nas CT. O convívio entre pares juntamente com as rotinas e práticas terapêuticas aplicadas pela instituição são fundamentais para lograr êxito no processo de cura das pessoas ali internadas. Entende-se que o compartilhamento de experiências individuais e das dores sofridas por conta desta dependência somam aprendizados, servindo como parâmetros a fim de não incidirem novamente no uso de drogas, pois ao perceberem o sucesso de seus companheiros nesta empreitadas, suas práticas e atitudes serão copiadas. Os casos de sucesso serão vistos como estímulo pelos demais, demonstrando desta forma que o Modelo de Abstinência é viável e confiável.

Outra questão interessante é a prática de hierarquização dos residentes de acordo com as graduações estabelecidas com base nas metas de reabilitação atingidas por cada um. Desta forma, ex internos ou internos mais antigos podem vir a credencia-se como monitores e coordenadores dos novos residentes, exercendo funções vigilância e suporte sobre estes.

Sob a ótica de DE LENON, 2014, O pano de fundo deste modelo constitui-se por representações específicas sobre a chamada adicção, e sobre a pessoa dos adictos. Do que se pode depreender da bibliografia, assim como da fala de dirigentes e profissionais das CTs, as pessoas que fazem uso problemático de drogas teriam características cognitivas e comportamentais inadequadas ao "bem viver", tais como "carências de percepção" e de "compreensão da realidade", assim como "deficiências de julgamento", "pouca autoestima", "intolerância aos incômodos", "irresponsabilidade perante si e os outros", entre outros atributos.

A obra de DE LENON, 2014 é voltada à difusão do modelo de cuidado das CTs. O autor é psiquiatra americano, com vasta experiência na chamada clínica das adicções. As edições brasileiras deste livro, e sua divulgação, têm sido apoiadas pela Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

Vale notar que tais juízos se enquadram nos paradigmas tradicionais de entendimento da problemática do uso de drogas, a saber, o paradigma moral e o paradigma médico-psicológico. Pelo paradigma moral, a adicção a drogas está relacionada a comportamentos antissociais, de indivíduos desajustados e moralmente fracos. Pelo lado médico, a adicção ganhou o estatuto de doença – herdada ou contraída pelo uso excessivo de substâncias –, designada como dependência química. Identificada como transtorno mental, tal doença vem sendo tratada segundo protocolos análogos aos aplicados às pessoas diagnosticadas com este transtorno (psicóticos e neuróticos graves), entre os quais figuram a aplicação de psicofármacos e a reclusão em clínicas e hospitais.

Ficou registrado pelo IPEA que esta pesquisa não objetivou discutir o conceito de adicção a drogas, nem travar o debate entre os paradigmas que orientam as diversas abordagens terapêuticas neste campo. Apesar disso, ficou evidenciado que este é um debate inconcluso, posto que nenhum modelo de compreensão do fenômeno foi capaz de produzir

uma terapêutica de alta resolutividade. Segundo Alarcon (2008), as taxas médias internacionais de reabilitação de adictos, por quaisquer abordagens terapêuticas, não ultrapassam a 30%, conforme dados constantes na NOTA TÉCNICA número 9, também do referido instituto.

De acordo com a Nota Técnica número 21, IPEA, 2017, o fator isolamento físico e social destes sujeitos é indispensável para lograrem êxito em sua empreitada, conforme citado abaixo:

> Percebendo os indivíduos adictos como, a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CTs pretendem tanto tratar dos sintomas decorrentes do uso problemático de SPAs, como também operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si. Para tanto, um dos principais instrumentos mobilizados nestes programas é o isolamento físico e social destes sujeitos, marcado pela internação longa e, durante a sua vigência, pela circunscrição de telefonemas e visitas, bem como pela interdição sexual. Estas medidas buscariam estabelecer uma ruptura espacial e temporal para os sujeitos internados, criando as bases para a efetivação da rotina interna às CTs. Pode-se dizer, assim, que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um "grupo de pares" e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de "novos sujeitos", preconizado pelo modelo das CTs.

Há controvérsia quanto a origem deste tipo de instituição, pois alguns autores como OBID, 2010, indicam que esta foi criada no século XIX, por conta da organização religiosa Oxford, na Inglaterra, buscando o renascimento espiritual da humanidade, ao promover reuniões regulares entre seus seguidores. De acordo com o referido autor houve o desdobramento desta organização, fato este que originou mais dois grupos de ajuda mútua, os Alcóolicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), iniciado em 1935 nos Estados Unidos.

Outros autores como DAMAS, 2013, apontam que o termo comunidade terapêutica teria sido consagrado por Maxwell Jones, psiquiatra inglês que estabeleceu, nos anos 1950, um modelo de atenção à saúde mental dos soldados acometidos por transtornos decorrentes de sua participação na Segunda Grande Guerra. A CT de Jones colocava-se como alternativa aos

tratamentos psiquiátricos tradicionais – considerados segregadores, violentos e ineficazes –, propondo inovações, como: relações horizontais entre pacientes e profissionais do cuidado; participação ativa dos pacientes nas decisões inerentes aos processos terapêuticos; realização de atividades laborativas e educativas, como parte destes processos; e convivência e interlocução entre pares – ou seja, o conjunto de pacientes internados – como forma de propiciar apoio mútuo no enfrentamento do sofrimento individual.

As práticas adotadas nas Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil, de fato adotaram os fundamentos explanados até aqui, tais como a implementação do trabalho e convivência entre indivíduos com as mesmas características. Porém, o modelo implementado no Brasil adquiriu características inovadoras, pois agregou fundamentos religiosos a posturas adotadas pelo setor médico psiquiátrico além de levar em conta o fator moral.

A pesquisa feita pelo IPEA indica ainda que, com base no cadastro de 2 mil CTs, organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da UFRGS, observa-se que há CTs instaladas em todo o país; mas que estão concentradas principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste. No Sudeste elas estão concentradas em São Paulo (420) e Minas Gerais (com 275), enquanto, para o Rio de Janeiro, aparecem apenas 75 unidades. Na região Sul, o estado com a maior população de CTs é o Rio Grande do Sul (com 234), seguido do Paraná (156) e de Santa Catarina (120).

Distribuição das CTs por regiões geográficas e estados da Federação

REGIÃO / ESTADO	N	%
Sudeste	812	41,77
Minas Gerais	275	13,33
Espírito Santo	42	2,22
Rio de Janeiro	75	3,95
São Paulo	420	22,26
Sul	510	25,57
Paraná	156	7,58
Santa Catarina	120	6,01
Rio Grande do Sul	234	11,97
Centro-Oeste	172	8,23
Mato Grosso do Sul	22	0,92
Mato Grosso	58	2,98
Goiás	51	2,17
Distrito Federal	41	2,17
BRASIL	1.963	100

FIGURA 12: Distribuição das CTs por região geográfica e estados da Federação. Fonte: Centro de Pesquisa em Alcool e Outras Drogas; Hospital das Clínicas de Porto Alegre;

Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia/UFRGS e Cadstro das Comunidades Terapêuticas

O que é Política de Redução de Danos?

Entende-se como promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

A redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas.

Com enfoque na mulher, as pesquisas sobre redução de danos evidenciaram diferentes movimentos de RD pelas mulheres, ou seja, de diferentes meios de RD e proteção contra risco ou vulnerabilidade (BRASIL, 2003). Ocorre a redução da quantidade de substância psicoativa consumida pelo usuários, ou então a substituição destas por medicamentos.

Conforme indicado pela psicóloga Luiza Zamagna, as pessoas nesta situação devem ser encaradas de forma distinta. O mesmo método não pode ser aplicado para todos de forma homogênea. Cada caso é um caso. As residências terapêuticas (abstinência) não são para todos. Os pacientes devem ser enxergados de forma individual. Alguns necessitam de medicamento para controlar as crises causadas pela falta do uso de drogas. Com base nisso, a melhor opção seria a Política de Redução de Danos, onde medicamentos são administrados para este paciente, afim de tornar sua recuperação menos dolorosa e traumática.

A preocupação dos profissionais da área de assistência e saúde é a imposição de uma metodologia, que por muitas vezes fere direitos constitucionais dos usuários de drogas. O aconselhamento destas equipes é sempre perguntar para o usuário de drogas, na medida do possível, para onde ele quer ir. Em qual ambiente ele se sente melhor. Entendem que muitas pessoas nesta situação tem autonomia o suficiente para dizer para onde quer ir. Se para uma casa com tendências de tratamento com base em ideologias religiosas ou Comunidades Terapêuticas ou para uma clínica optante pela Redução de Danos. “Não é porque está em uma

“cracolândia” que esta pessoa é um zumbi, sem direito a escolhas”, comenta a referida psicóloga. Estas pessoas tem direitos e suas vontades também devem ser respeitadas.

Temem que no próximo ano a prática de internações compulsórias sejam corriqueiras, visto o posicionamento mais recente da SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. .

O Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2016 veiculou uma resolução sobre as residências terapêuticas, onde apurou indícios de que práticas que ferem a dignidade da pessoa humana estavam sendo cometidas. Algumas entidades criticam o modelo e dizem que ele consolida a reclusão. Já outras avaliam ser necessário o controle de instituições já existentes. Com isso a habilitação é necessária. Para Ana Sandra – Vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia a integração das comunidades terapêuticas entra em confronto com o que foi conquistado nos últimos anos no sentido de evitar isolamento de pacientes. Ela também denuncia maus tratos em alguns lugares e graves violações contra os direitos humanos. Algumas denúncias foram feitas e auditorias foram aplicadas em algumas residências terapêuticas.

FORUM PERMANENTE SOBRE MATERNIDADE, DROGAS E CONVIVÊNCIA FAMILIAR

Um dos graves problemas desta cidade, a situação de jovens gestantes e mães em situação de rua ou fazendo uso abusivo de drogas reuniu profissionais de saúde das maternidades municipais do Rio de Janeiro, de outras unidades de saúde e de assistência social, instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (Ministério Público, Varas de Infância, Juventude e Idoso, Defensoria Pública), Universidades e Organizações da sociedade civil em um grupo de debates, que se chamou Oficina sobre jovens mães e gestantes usuárias de drogas, ativo desde 2013 e hoje denominado *Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar*.

FIGURA 13: Foto realizada em 22/02/2018. Reunião mensal do Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar. Fonte: Acervo próprio dos autores

A visão fragmentada e equivocada da sociedade em relação ao uso de drogas indica na maioria das vezes, que os filhos das mulheres usuárias de drogas não devem permanecer com suas mães. O Sistema de Justiça e as políticas sociais públicas, no entanto, embasados no aparato legal nacional e internacional tanto em relação aos direitos da criança quanto aos da mulher, têm o dever de viabilizar um sistema protetivo que assegure serviços e direitos às

mães e crianças que se encontram em situação de extrema pobreza e de fragilidades face ao uso abusivo de drogas.

Tendo como referências marcos legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, o Marco Legal da Primeira Infância, a Nota Técnica N. 001 do Ministério da Saúde/SAS e SGEP/2015, a Nota Técnica MS e SUAS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, os debates motivaram a discussão sobre serviços intersetoriais e de trabalho em rede como forma de proteger mulheres e bebês preservando a convivência com a família nuclear e/ou extensa.

A grande preocupação sempre foi encontrar mecanismos e estratégias coletivas que ultrapassem a imediata judicialização da questão social.

Nos debates identificou-se a ausência de serviços que respondessem à complexidade da realidade dessas mulheres e a necessidade de sensibilizar gestores públicos para inovar na atenção a esse público. Nesta direção foi elaborado pela SMASDH em parceria com a SMS o projeto ELOOS, que recebeu financiamento do Ministério da Justiça/SENAD. Trata-se de um projeto pioneiro, com metodologia inovadora e uma proposta de trabalho em rede.

FIGURA 14: Foto realizada em 22/02/2018. Reunião mensal do Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar. Autores expondo as diretrizes e o objetivo deste TCC. Fonte: Acervo próprio dos autores

Para implementar este projeto foi firmado, em junho de 2016, um convênio entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e a ONG Viva Rio, selecionada através de edital específico.

A primeira parcela do convênio foi paga à organização executora em novembro de 2016, o que viabilizou ações iniciais como a locação do imóvel e obras de adaptação, aquisição de móveis e equipamentos, a seleção, contratação e capacitação da equipe. O espaço foi aberto às mulheres no início de maio, ocorrendo a inauguração oficial no dia 17 de maio de 2017.

O prazo inicial de vigência do convênio de 24 meses, foi reduzido para 12 meses mediante um Termo Aditivo, encerrando o convênio em 06 de junho de 2017, sem ter ocorrido um segundo repasse de recursos. Ainda assim, a ONG Viva Rio e a equipe mantiveram o trabalho até o início de setembro. Devido ao impasse quanto ao prazo de vigência do convênio e o início dos atendimentos ao público alguns procedimentos entre as partes estavam em curso para a prorrogação do convênio.

A ausência de repasse de recursos para o projeto acabou por inviabilizar o pagamento de salários, a aquisição de alimentos e outros materiais e o pagamento do aluguel do imóvel e dos serviços de luz e água. Tendo ocorrido o corte de energia, foi determinado e se realizou a transferência em 01 /09/2017 de 7 mulheres, sendo uma gestante, 3 crianças e 6 bebês para um abrigo municipal de famílias, causando severos danos na vida dessas mulheres e das suas crianças e a quebra de confiança na relação que se estabelecera entre a equipe do projeto ELOOS e as usuárias.

Até a data atual não houve manifestação oficial do poder executivo municipal no tocante à prorrogação do convênio e continuidade do projeto.

A tramitação é um entrave importante para um projeto legitimado pelo governo federal e que se mostrou merecedor do aporte de recursos da SENAD, tendo recebido o apoio do Ministério da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social e da Secretaria de Políticas para as Mulheres na época da sua formulação.

Vislumbra-se que este projeto, baseado nos princípios dos direitos humanos, nasceu como um espaço de apoio e residência provisória para gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas. Seu objetivo é assegurar o direito à maternidade e apoiar essas mulheres antes, durante e após o parto seja qual for sua decisão quanto a ficar ou não com seus filhos.

Percebe-se também, que espaços como este são um centro de produção de conhecimento acerca dessas mulheres e seus filhos, qualificando a rede para atender melhor às gestantes em situação de rua e que fazem uso abusivo de drogas. Visa potencializar as chances de reinserção comunitária, possibilitar trajetórias de vida dignas para a mãe e o bebê,

estimular o desenvolvimento de autonomia e romper com o ciclo de vitimização e tutela das mulheres.

Cabe ressaltar que, no curto período de execução do projeto, um intenso trabalho foi desenvolvido com a rede de serviços da saúde, da assistência social e com o Sistema de Garantia de Direitos e foi empreendido pela equipe de profissionais um grande esforço de aproximação e sensibilização das mulheres nas cenas de uso para adesão ao projeto.

Importante ressaltar que o acolhimento das mulheres foi feito através de convites e acordos pactuados caso a caso, entre a rede sócio assistencial e a mulher. Ou seja, o acolhimento foi, em todos os casos, um ato de adesão voluntária aonde a mulher reconhecia a necessidade de apoio, mas lhe era assegurado que esse apoio não eliminava sua autonomia e seu potencial para fazer opções quanto aos rumos da própria vida e de seus filhos.

Ao transferir o acolhimento para outra unidade esse pacto inicial foi rompido, pois se tratava de outra metodologia de trabalho. Algumas mulheres optaram por não ir para a outra unidade de acolhimento e seguiram para a casa da família - sem que esse processo estivesse maturado por elas e por seus familiares - ou mesmo retornaram para a cena de uso de drogas.

O potencial do projeto, reconhecido por unanimidade pelos participantes do *Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar*, está sendo desperdiçado a partir da interrupção abrupta do serviço em setembro último.

Diante de toda a expectativa e investimento financeiro e técnico em torno deste projeto, o *Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar* apelou à Prefeitura do Rio de Janeiro por providências imediatas para o restabelecimento do serviço do ESPAÇO ELOOS, garantindo a continuidade do projeto da forma como ele foi proposto e definido.

Dada a importância do projeto para a Cidade do Rio de Janeiro, projeto pioneiro que conseguiu articular duas políticas sociais fundamentais (saúde e assistência social), como resposta a uma demanda social complexa, que mobiliza o poder executivo e judiciário e outros atores, a equipe idealizadora deste projeto aguarda que a Prefeitura agilize o processo de retomada do serviço.

CASAS DE ACOLHIMENTO PARA MULHERES GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Frisa-se que é neste momento inclusive esta mulher tem real possibilidade de ser encaminhada para um processo de acompanhamento, onde poderá se reestruturar e obter apoio necessário para sua reinserção social e familiar.

Sem a efetivação deste acompanhamento em um espaço terapêutico exclusivo para estas mulheres e seus bebês, as chances de insucesso para seu pleno restabelecimento se potencializa.

Vislumbra-se ainda que a existência de espaços como este seja o ideal para traçar o perfil desta mulher e amadurecer os dados de seu histórico, visto que o acompanhamento da equipe multiprofissional resultaria na captação destes registros de forma mais tranquila, pois teriam no máximo dois anos para acompanha-la. Neste período esta mulher conviveria com seu filho, estreitaria os laços entre mãe e filho.

Ao pesquisar suscintamente o perfil das casas acolhedoras ativas no Estado do Rio de Janeiro, visualiza-se que não há Espaços específicos para acolhimento de mãe e filho, a não ser que esta mãe seja menor de idade, pois há obrigatoriedade por lei que assim seja feito. É o caso da Casa de Acolhimento Frida Kahlo.

Diante alguma situações que foram evidenciadas durante as pesquisas em campo, os autores são levados a crer que estes centros de acolhimento seriam potenciais catalizadores de "bem feitores". Imaginando ser possível, através do mapeamento do perfil desta mulher, restar evidenciada suas qualidades profissionais, por exemplo. E este poderia ser um elo entre esta mulher e empresas interessadas em dar oportunidades para indivíduos com este histórico de vida. Poderiam ainda encaminhá-las para projetos sociais afins. Seus perfis podem ser compatíveis com a necessidade destes centros de oportunidade de emprego.

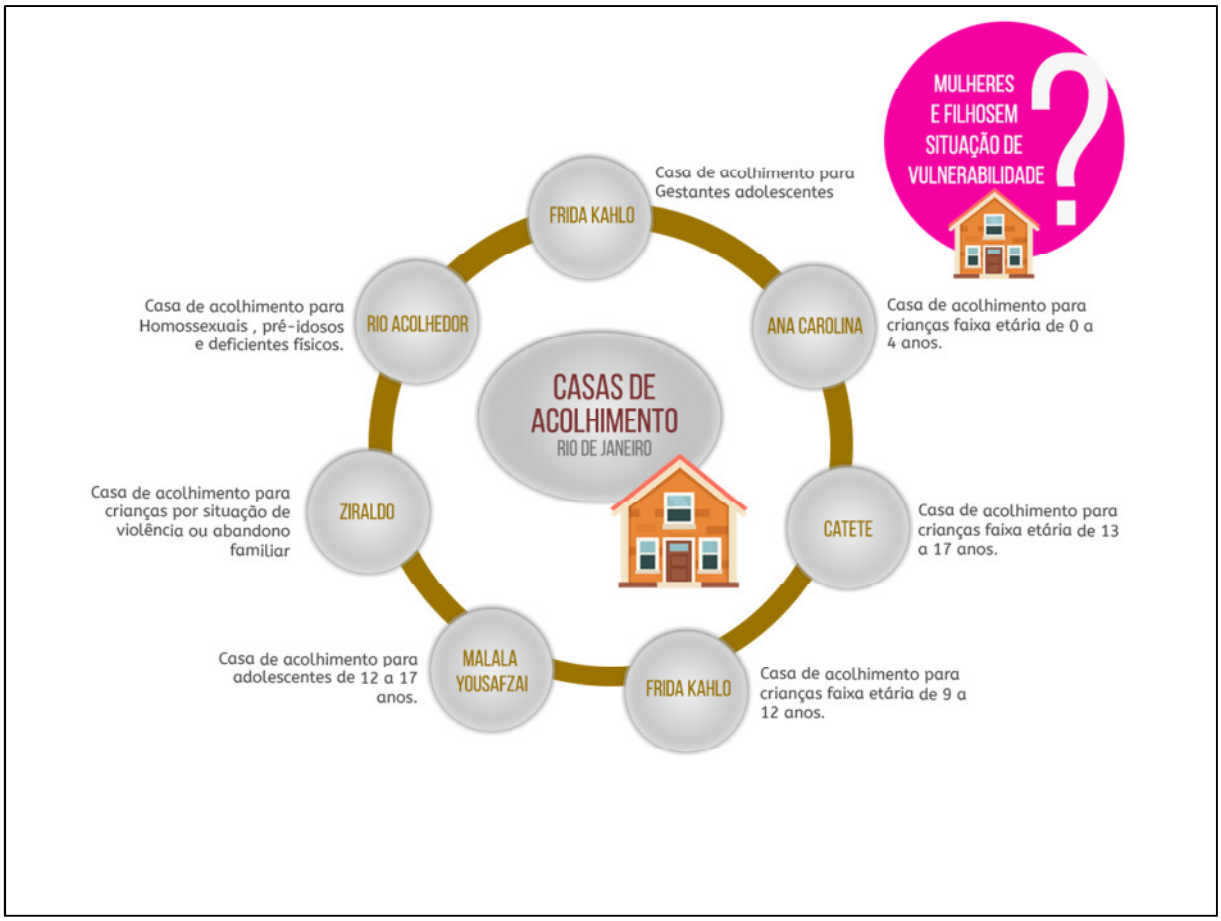


FIGURA 15: Mapeamento de parte das Casas de Acolhimento da Cidade do Rio de Janeiro. Fonte: Criação própria

Mas o ELO mais importante a ser restabelecido ou fortalecido neste lugar, neste período de acolhimento, é o elo de mãe e filho. É a preservação da família. A preservação da maternidade e este vínculo tão fundamental para nossa existência.

Estas mulheres precisam de um incentivo para abandonar o vício em drogas, e a relação aqui protegida é motivadora para que este objetivo seja atingido.

Ressaltamos novamente que espaços como este são um centro de produção de conhecimento acerca dessas mulheres e seus filhos, qualificando a rede para atender melhor às gestantes em situação de rua e que fazem uso abusivo de drogas. Visa potencializar as chances de reinserção comunitária, possibilitar trajetórias de vida dignas para a mãe e o bebê, estimular o desenvolvimento de autonomia e romper com o ciclo de vitimização e tutela das mulheres.

MPRJ - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - Implementação do MCA - Módulo Criança e Adolescente.

Conforme exposto anteriormente existe o mapeamento de dados da criança, visto sua obrigatoriedade por lei, pois quando estas são acolhidas é expedida a guia de acolhimento preenchida pela Vara de Infância e Juventude e apresentada a direção da Casa Acolhedora no ato da internação, explica Julia Alvarenga, integrante da Equipe Técnica do MP – CAO Infância e Juventude. Além disso, o MP RJ detalha o perfil de cada criança acolhida em seu Sistema MCA, gerando informações detalhadas sobre estes. Uma das informações mais interessantes que este sistema disponibiliza são os motivos do acolhimento da criança. Com base nestes dados, os autores deste projeto puderam definir o número de ADPFs – Ações de Destituição do Pátrio Poder, quanto foram acolhidos devido ao uso de entorpecentes por parte de seus genitores.

MCA Módulo Criança e Adolescente

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Quadro evolutivo do desligamento das crianças e adolescentes.

Evolução das ações judiciais apresentadas para as c/a.

Tipo de Ação Judicial	s/nº	< 2011	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total por Ação
Ação de Adoção	7	1022	295	219	178	182	169	120	80	**2272**
Ação de Destituição do Poder Familiar	244	3199	725	745	665	716	681	695	513	**8183**
Ação de Destituição do Poder Familiar c/c Ação de Adoção	1	220	68	112	120	110	85	72	21	**809**

FIGURA 16: Evolução de parte das Ações Judiciais apresentadas as Casas de Acolhimento. Fonte: Adaptação 20ª Censo – Módulo MCA – MP RJ

PERDA DO PÁTRIO PODER

A maternidade ou instituição que realiza o parto da mulher nestas condições deve comunicar a situação de ameaça ou de violação de direitos em que se encontra a criança para a Vara da Infância e da Juventude ou para o Conselho Tutelar. O índice alto de perda do pátrio poder por parte de mulheres com estas características leva os autores crerem que nestes casos, mesmo não se configurando a ameaça ou situação de violação de direitos, às mães nesta condição tem perdido a guarda de seus filhos.

Ou seja, esta regra parece atingir mais as mulheres pobres, pois sua recuperação não é vislumbrada devido a sua situação econômica, de saúde e de falta de moradia. Esta não tem a chance de se recuperar do vício para desta forma manter a guarda dos filhos.

A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelecem para a criança e o adolescente o direito à convivência familiar. Por isso, as situações de acolhimento – institucional ou familiar, embora possam ser necessárias para algumas crianças diante de certas circunstâncias, devem ocorrer somente como o último recurso na sua proteção, visto que implicam em privação desse direito.

> CF – art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (...).
>
> ECA – art. 19: Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

A lei exige que as medidas de acolhimento sejam usadas como exceção e não como regra (critério da excepcionalidade), no atendimento a crianças e adolescentes. Mesmo assim, quando o acolhimento efetivamente é necessário e termina por ser aplicado, no momento em que a criança ou o adolescente ingressa na instituição, os operadores da rede de proteção envolvidos já devem articular em conjunto sua estratégia de desligamento, visto que a lei também determina que o acolhimento seja temporário (critério da provisoriedade).

> ECA – art. 101, § 1º: O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

Os envolvidos com a medida (Conselho Tutelar, Instituição de Acolhimento, etc.) são corresponsáveis por garantir que o desligamento da instituição ocorra o mais rapidamente possível, preservando-se a segurança socioafetiva da criança e do adolescente através do restabelecimento do gozo do direito à convivência familiar.

Nesse cenário o MCA nasce com o objetivo de criar um cadastro on-line contendo dados dos programas de acolhimento de cada criança ou adolescente acolhido no Estado do Rio de Janeiro.

O MCA permite a integração em rede, através da Internet, de todos esses órgãos e entidades de proteção envolvidos com a medida de acolhimento, tais como as Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude, os Juízos de Direito da Infância e da Juventude, os Conselhos Tutelares, as instituições de acolhimento, entre outros.

Somente os atores da rede de proteção à criança e ao adolescente, diretamente envolvidos com os programas de acolhimentos, podem acessar o MCA em razão do sigilo das informações cadastradas. São eles:

- Programas Acolhimento: Institucional ou Familiar;
- As Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude;
- Os Juízos de Direito da Infância e da Juventude;
- A Comissão Estadual Judiciária de Adoção;
- Os Conselhos Tutelares;
- Os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente;
- Outros integrantes da rede de proteção, a critério do órgão Gestor do MCA.

Por isso, todos os órgãos e entidades mencionados podem acessar o MCA, para consultar e/ou alimentar informações de crianças e adolescentes, além de registrar a sua

própria atuação nos casos atendidos. Assim, todos os corresponsáveis pela medida de acolhimento operam, cada um dentro da sua função, permanecendo conectados uns aos outros e ao próprio caso através do MCA, o que viabiliza uma melhor articulação entre os operadores da rede de proteção.

Na prática, isso significa que, em cada formulário de criança ou adolescente acolhido do MCA, poderá haver o registro tanto das informações pessoais deste quanto das informações relativas à atuação do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Poder Judiciário em cada caso, otimizando o fluxo de informações entre todos os órgão e entidades envolvidos.

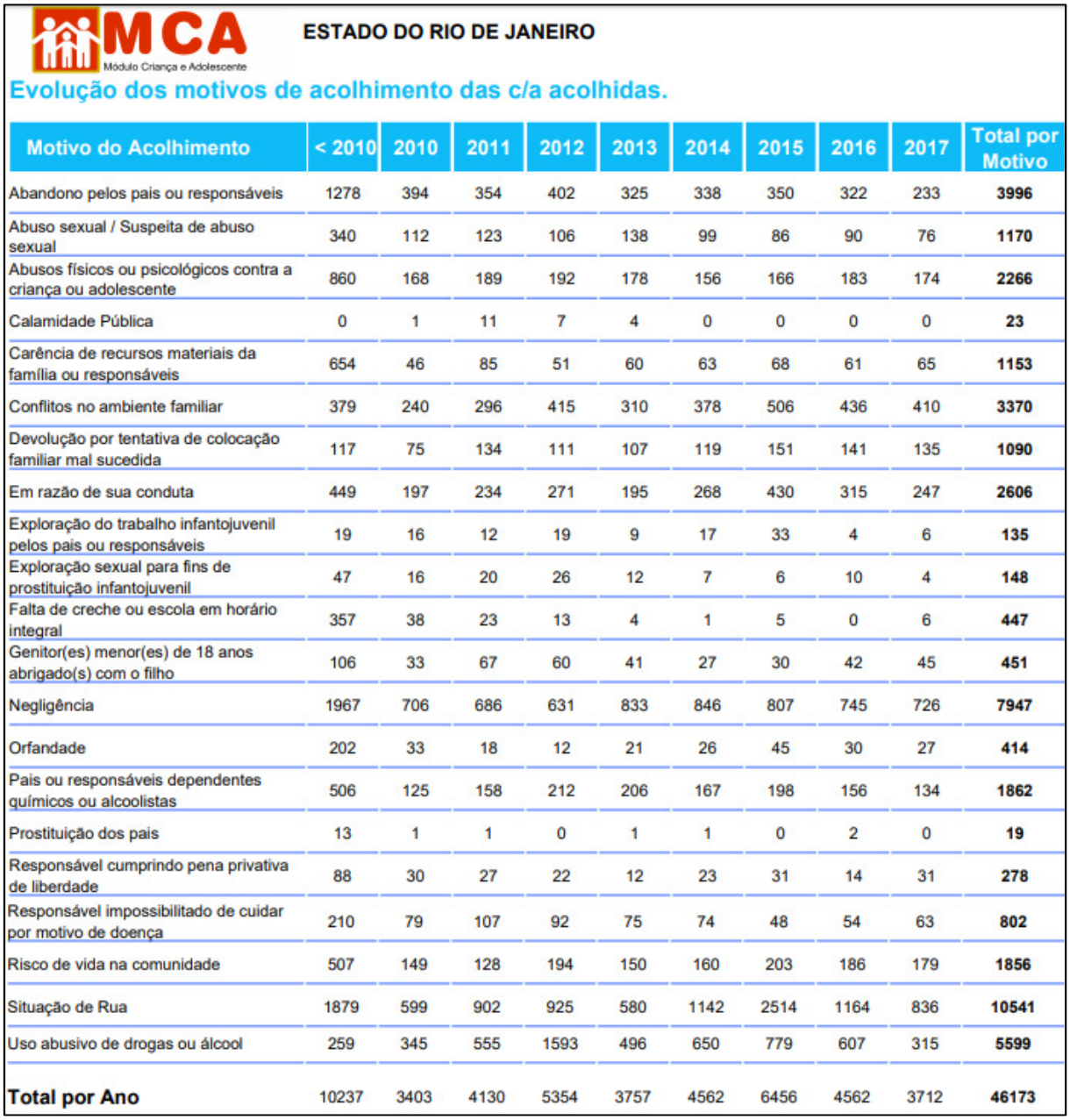
O MCA procura reproduzir no seu ambiente a função que cada um desses operadores exerce na rede de proteção, proporcionando melhores condições para que cada um possa desempenhar com mais eficiência seu papel. Há vários perfis de acesso ao sistema, tanto para consulta como para inserção ou alteração dos dados cadastrados, adequados à função exercida por aquele determinado usuário na rede protetiva.

O acesso ao MCA se faz através da página http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/MCA na Internet, sendo que os usuários são previamente habilitados, recebendo uma senha de uso pessoal e intransferível que permite o uso do sistema compatível com o seu perfil.

O MCA é um sistema destinado a atender todos os órgãos da rede de proteção da criança e do adolescente envolvidos com as medidas de acolhimento, que podem trabalhar integrados online pela busca do direito à convivência familiar.

Segue abaixo um dos quadros demonstrativos deste sistema, para que possamos visualizar os motivos de acolhimento das crianças e adolescentes que vivem em abrigos e como a digitalização de dados e a organização de perfis contribui de forma significativa para tomadas de decisões por parte do MP, Conselho Tutelar e Vara de Infância e Juventude.

Vislumbra-se abaixo informações sobre o 20º Censo da População Infanto-juvenil acolhida no Estado do Rio de Janeiro, cujos resultados foram obtidos através dos dados do Módulo Criança e Adolescente (MCA) constantes no sistema até 30/12/2017.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Evolução dos motivos de acolhimento das c/a acolhidas.

Motivo do Acolhimento	< 2010	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total por Motivo
Abandono pelos pais ou responsáveis	1278	394	354	402	325	338	350	322	233	**3996**
Abuso sexual / Suspeita de abuso sexual	340	112	123	106	138	99	86	90	76	**1170**
Abusos físicos ou psicológicos contra a criança ou adolescente	860	168	189	192	178	156	166	183	174	**2266**
Calamidade Pública	0	1	11	7	4	0	0	0	0	**23**
Carência de recursos materiais da família ou responsáveis	654	46	85	51	60	63	68	61	65	**1153**
Conflitos no ambiente familiar	379	240	296	415	310	378	506	436	410	**3370**
Devolução por tentativa de colocação familiar mal sucedida	117	75	134	111	107	119	151	141	135	**1090**
Em razão de sua conduta	449	197	234	271	195	268	430	315	247	**2606**
Exploração do trabalho infantojuvenil pelos pais ou responsáveis	19	16	12	19	9	17	33	4	6	**135**
Exploração sexual para fins de prostituição infantojuvenil	47	16	20	26	12	7	6	10	4	**148**
Falta de creche ou escola em horário integral	357	38	23	13	4	1	5	0	6	**447**
Genitor(es) menor(es) de 18 anos abrigado(s) com o filho	106	33	67	60	41	27	30	42	45	**451**
Negligência	1967	706	686	631	833	846	807	745	726	**7947**
Orfandade	202	33	18	12	21	26	45	30	27	**414**
Pais ou responsáveis dependentes químicos ou alcoolistas	506	125	158	212	206	167	198	156	134	**1862**
Prostituição dos pais	13	1	1	0	1	1	0	2	0	**19**
Responsável cumprindo pena privativa de liberdade	88	30	27	22	12	23	31	14	31	**278**
Responsável impossibilitado de cuidar por motivo de doença	210	79	107	92	75	74	48	54	63	**802**
Risco de vida na comunidade	507	149	128	194	150	160	203	186	179	**1856**
Situação de Rua	1879	599	902	925	580	1142	2514	1164	836	**10541**
Uso abusivo de drogas ou álcool	259	345	555	1593	496	650	779	607	315	**5599**
Total por Ano	10237	3403	4130	5354	3757	4562	6456	4562	3712	**46173**

FIGURA 17: Evolução DOS Motivos de Acolhimentos de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro. Fonte: Adaptação 20ª Censo – Módulo MCA – MP RJ

SOLUÇÃO MACRO

A tecnologia e inovação tem possibilitado a criação de inúmeras ferramentas tecnológicas, tais como aplicativos, sistemas, plataformas, etc. Estão gerando novos recursos, mudando a forma de nos relacionarmos. Estes avanços tecnológicos tem nos estimulado a pensar em soluções inovadoras e sustentáveis para dirimir problemas e conflitos de nosso cotidiano. A inteligência tecnológica vem fomentando a criatividade humana, contribuindo assim de forma positiva para a sociedade.

DIAGNÓSTICO - SISTEMA INTEGRADO – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Nós identificamos que a causa do problema é a falta de digitalização de um processo de entrada de dados no primeiro atendimento quando as mães que são viciadas chegam na maternidade ou são atendidas nas ruas pelas equipes de assistência primária, além de não haver comunicação em rede, onde o compartilhamento destas informações seria realizado por estes atores.

FIGURA 18: Ilustração do diagnóstico apresentado. Fonte: Criação própria

Um sistema bem estruturado, no qual será permitido que outras pessoas autorizadas consultem estas informações e melhorem seus processos. Fizemos investigações dentro do cenário da assistência e saúde participando de reuniões, fóruns e entrevistas com membros e nossos *stakeholders*. As informações dos pacientes são recolhidas de forma individualizada, sem respeitar protocolos ou sem ser agrupadas em um mesmo "local" e por este motivo simplesmente não se comunicam muitas das vezes. Não se falam entre si. Tais informações muitas vezes são perdidas ou são de difícil acesso e por isso não trafegam entre os atores deste processo a fim de melhorar seus próprios procedimentos.

FIGURA 19: Ilustração dos debates e reuniões realizadas pela equipe multiprofissional de assistência e saúde. Fonte: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/index.php?p=212238

Então dentro deste cenário nos propusemos a desenvolver um sistema no qual as equipes de atenção primária e saúde reunissem todas as informações coletadas em seus atendimentos distintos. Investigamos um dos primeiros pontos de contato assistencial dessas mães, as maternidades, onde recebem amparo da equipe multiprofissional de assistência e saúde, onde é orientada para os próximos passos para sua recuperação.

Ao pesquisar uma maternidade pública identificamos e observamos que o cadastro feito hoje é muito precário e não são colhidos dados completos que são extremamente importantes para definir o perfil e histórico essas mães. Em algumas maternidades são utilizados uma planilha em Excel onde as informações são armazenadas e não há saída ou compartilhamento destes dados a fim de que os mesmos sejam utilizados por outros atores envolvidos no processo de apoio a estes indivíduos.

Assim sendo, idealizamos um Sistema que atende as necessidades das assistentes sociais, dos psicólogos, médicos, dos abrigos e de cada um dos Órgão responsáveis por tutelar direitos e garantias de mãe e filho. Pelo menos nas maternidades estes cadastros devem ser feitos com mais calma, fim de traçar o perfil mais detalhado desta mulher e seu bebê.
O sistema será desenvolvido para que possa ser acessado de qualquer lugar e será alimentado pelos serviços de território, assistência e saúde, que são os atores mais próximos a estas pessoas no momento de desespero e vulnerabilidade.

As fichas clínicas e requisições de exames serão padronizados, evitando inconsistências de cadastros entre outros problemas que podem vir a surgir caso cada maternidade venha a utilizar metodologia diferente da implementada para registrar informações das pacientes. Outros documentos, inclusive imagens podem ser facilmente anexados ao prontuário, tornando mais fácil a busca por qualquer informação relacionada a um mesmo paciente.

Nosso Sistema permitirá acesso imediato ao histórico de atendimento para qualquer maternidade, abrigo ou profissional de saúde que estejam devidamente cadastrados neste. Cada profissional ou instituição acessará com seus dados de login e senha, de modo que toda atividade fique registrada no banco de dados do sistema. Desse modo, fica mais fácil fazer consultas posteriores para diversos fins.

Visando preservar o sigilo profissional e demais garantias dos pacientes, os prontuários em nuvem serão protegidos por ferramentas de segurança como criptografia e certificados digitais que permitirão a assinatura digital do prontuário.

Será disponibilizada opção de cruzamento de variáveis dos prontuários que permitirá a possibilidade dos usuários visualizarem hipóteses ou acontecimentos inéditos vivenciados pelos pacientes. Tais dados serão facilmente expedidos em relatórios extraídos do sistema.

Conforme ilustramos anteriormente, quando a paciente em questão der entrada na maternidade, será aberto um prontuário eletrônico, no qual todas informações possíveis serão coletadas. Em atenção especial ao que a mulher sob o efeito de drogas informa. Estes casos são mais delicados e exigem maios concentração por parte da equipe de assistência e saúde. Cada frase “balbuciada” por esta mulher é de extrema relevância, pois construirá uma diretriz para investigações futuras.

SISTEMA INSTITUCIONAL INTEGRADO PARA DIGITALIZAÇÃO DE DADOS E ARTICULAÇÃO EM REDE

FIGURA 20: Sistema Institucional Integrado e Articulação em Rede. Fonte: Criação própria

AS ENTRADAS INICIAIS DO PACIENTE SÃO:

Atendida por: _____

Nome ou Apelido: _____

Idade: _____

Endereço:_____

Bairro: _____

Naturalidade / Escolaridade/ Profissão: _____

Estado Civil / Tempo que estão Juntos: _____

Profissão: _____

Local onde Reside:_____

Telefone de contato:_____

E-mail:_____

DADOS CLÍNICOS

*Procedência / Prontuário: _____

Indicação _____

Data da Internação: _____/_____/_____

Gestação (Nº) _____ Abortos: _____ Filhos Vivos: _____

Idade Gestacional _____ Pré-Natal (sim) (não)

Consultas - Local: _____

Métodos Contraceptivos (sim) (não) / Quais: _____

Sexo ( ) M / ( ) F Nome do bebê: _____

DST: ( ) SIM ( ) Não / Quais: _____

Uso de medicamentos (antidepressivos / ansiolíticos): _____

Usuário de drogas? ( ) SIM ( ) Não / Quais / Início / Frequência:

_____

Usuário de Álcool? _____

Algum tipo de doença? _____

Quantos filhos? _____ Idade dos Filhos: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Nome de um familiar responsável: _____
Está em situação de rua? _____

Motivo do acolhimento: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Além das informações de cadastro básicas listadas acima, o sistema terá algumas funcionalidades que também vão auxiliar todos os profissionais envolvidos nessa causa.

Horário de cada atualização:

Cada atualização feita no prontuário será registrada juntamente com o nome do usuário. Convém salientar que além de captar informações da paciente, este ícone indica a atuação deste profissional ao exercer sua função. Entendemos ser até mesmo um meio de avaliar condutas desidiosas por parte dos operadores.

APP

O sistema contará com um aplicativo para IOS e Android, que facilitará acesso as informações dos prontuários e outras funcionalidades que terão apenas no APP por questões de facilidade e mobilidade.

Sistema de Alerta para os Abrigos e Assistentes Sociais.

O sistema conterá alertas para principalmente a equipe de assistência social identificar em qual maternidade determinada paciente foi cadastrada e assim obter seu histórico. Com isso, poderão encaminhá-las para o abrigo mais adequado ao seu perfil.

Retomamos neste momento a discussão anteriormente explanada, no que tange a metodologia aplicada nos abrigos terapêuticos. Traçando o perfil desta mulher, deteremos

informações acerca de sua saúde, situação psíquica e até mesmo suas convicções ideológicas e religiosas. Se for uma paciente com nível de uso de drogas elevado, dependência química em alto nível seria um tanto quanto temeroso encaminhá-la para um abrigo que não utilizasse a Política de Redução de Danos como fundamento. Está pessoa necessita de medicamentos para controlar o sofrimento causado pela abstinência e demais situações causadas pela não utilização das drogas. Caso esta pessoa tenha tendências religiosas ou um nível baixo como usuária de drogas, talvez uma casa acolhedora que pratique a Política de Abstinência surtirá efeito sobre seu processo de desintoxicação e recuperação.

O que se pretende aqui é respeitar a vontade da paciente na medida do possível, vislumbrando-se sempre o sucesso pleno de sua recuperação. Queremos encaminhá-la para o local que de fato contribuirá para seu livramento do mundo das drogas.

Notificações

Será disponibilizado o envio de notificações de mensagens e alertas caso algum profissional tenha alguma necessidade específica em caráter de urgência.

Sala de Chat entre os administradores

Terá uma sala de chat onde os profissionais poderão discutir sobre a paciente em tempo real. Esta conversa será arquivada no prontuário da paciente para proporcionar aos usuários pesquisa futuras..

Relatórios

Os usuários poderão extrair deste sistema vários tipos de relatórios. Poderão utilizar o filtro de informações de acordo com suas demandas. De acordo com o assunto discutido em determinado momento.

Filtrar se,

- É usuária de drogas;
- Número de filhos;

- Consome bebidas alcoólicas;

Fotografia

Existirá possibilidade de atualizar e alimentar o prontuário com fotografias dos pacientes com maior facilidade, inclusive pelo APP.

LAYOUT DO SISTEMA

FIGURA 21: Tela inicial de acesso ao sistema e do aplicativo com acesso pelo celular. Fonte: Criação própria

FIGURA 22: Tela inicial de cadastro da paciente no sistema integrado, tanto pelo computador quanto pelo celular. Fonte: Criação própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção dos autores é traçar o perfil psicossocial desta mulher e não detalhar meras informações para embasar estatísticas e contribuir para um censo. O que se pretende é garantir sua reinserção social plena. É evitar que o acolhimento judicial e separação de mãe e filho sejam feitos de forma arbitrária, sem esgotar todas as possibilidades de manter àquela criança no seio de sua família. É contribuir para que as informações que chegam ao judiciário de fato correspondam a verdade.

Pensamos também nos profissionais que exercem esta função tão essencial para nossa sociedade, que é a de cuidar daqueles que não tem voz ou discernimento quanto suas próprias ações. Queremos proporcionar ferramentas e mecanismos necessários para estes continuarem estendendo as mãos a quem necessita. Queremos potencializar seus conhecimentos técnicos disponibilizando tecnologias inovadoras para a execução eficaz de suas tarefas

Os relatórios extraídos desta plataforma vão traçar o perfil desta mulher da forma mais fidedigna possível e dará embasamento para sentenças justas por parte do judiciário e MP, no que tange a questão do acolhimento de seus filhos.
Promoverá dados estatísticos para orientação e criação de políticas públicas, mais especificamente novas saídas de políticas públicas para acolhimento e para o tratamento de pessoas dependentes químicos.

“Até que o sol não brilhe, acendamos uma vela na escuridão.”

Confúcio

BIBLIOGRAFIA

FONTE: http://www.mprj.mp.br/documents/20184/25421/cartilha_suas_v_logo.pdf - Data: 10/03/2018

FONTE: http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps - Data: 07/03/2018

FONTE: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006#back – Data: 12/03/2018

VALENTE, Jane. Família Acolhedora: As Relações de Cuidado e de Proteção no Serviço de Acolhimento. 8. ed. São Paulo: Paulus, 2013.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.

FONTE: http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps - Data: 07/03/2018

FONTE: https://www.osaogoncalo.com.br/geral/28119/estado-fecha-clinicas-de-recuperacao-e-dependentes-quimicos-pedem-socorro - Data: 12/06/2018

BRASIL. Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016, Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

BRASIL. Fazendo Valer um Direito / Grupo de Trabalho Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária; [organização Adriana Pacheco da Silva, Claudia Cabral]. - 2.ed. - Rio de Janeiro : Terra dos Homens , 2008.

FONTE: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/informacoes-adicionais.html - SITE VISITADO EM 15/05/18

FONTE: http://mca.mp.rj.gov.br/censos/ - Site visitado em 01/06/2018

FONTE: https://saudevianet.com.br/prontuario-eletronico-do-paciente-pep - Site visitado em 18/05/18

FONTE: https://www.jornaldaabep.com.br/s4sp - Site visitado em 16/05/18

FONTE: https://saocamilo-sp.br/noticias/como_o_pronturio_eletrnico_do_paciente_impulsiona_a_medicina_preventiva - Site visitado em 18/05/18

FONTE: https://gestao.vitta.me/obrigado-pelo-contato?submissionGuid=3690f1ce-34d8-4b6a-b6c3-05dc1c11d4fe – Site visitado em 18/05/18

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FONTE: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/informacoes-adicionais.html - Data: 30/04/2018

FONTE: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs_Mapa.pdf - Data: 30/04/2018

FONTE: http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps - Data: 07/03/2018

FONTE: http://www.ipea.gov.br – Data 30/04/2018

FONTE: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf - Data 28/05/2018