

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA POLITÉCNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**JOÃO MÁRIO CUBAS**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNO  
MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO**

**CURITIBA  
2016**

**JOÃO MÁRIO CUBAS**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E/OU TRANSTORNO  
MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Tecnologia em Saúde da Escola Politécnica  
da Pontifícia Universidade Católica do  
Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deborah Ribeiro  
Carvalho

**CURITIBA  
2016**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

C962a  
2016

Cubas, João Mário  
Acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes com  
deficiência intelectual e/ou transtorno mental em situação de acolhimento /  
João Mário Cubas; orientador, Deborah Ribeiro Carvalho. -- 2016  
211, [7] f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2016  
Bibliografia: f. 147-156

1. Serviços de saúde mental - Avaliação. 2. Crianças deficientes. 3. Jovens  
deficientes. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Cuidados médicos – Avaliação.  
I. Carvalho, Deborah Ribeiro. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.  
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia. da Saúde. IV. Título

CDD 20. ed. – 362.21

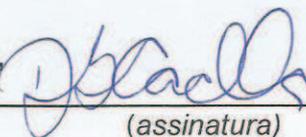
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 231**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE**

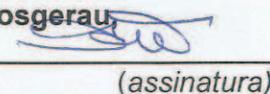
Aos 23 dias do mês de junho de 2016, no Auditório, Valdemiro Teixeira de Freitas realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“Acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental em situação de acolhimento”** apresentada pelo aluno **João Mario Cubas** sob orientação da **Profª. Drª. Deborah Ribeiro Carvalho**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

**Profª. Drª. Deborah Ribeiro Carvalho,**  
PUCPR (Presidente)

  
(assinatura)

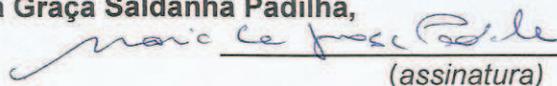
APROVADO  
(Aprov/Reprov.)

**Prof. Dr. Dilmeire Sant Anna Ramos Vosgerau,**  
PUCPR (Examinador)

  
(assinatura)

Aprov.  
(Aprov/Reprov.)

**Profª. Drª. Maria da Graça Saldanha Padilha,**  
UTP (Examinador)

  
(assinatura)

APROVADO  
(Aprov/Reprov.)

Início: 15:00

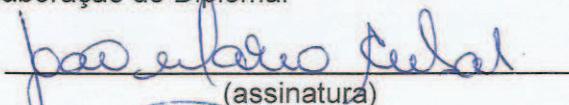
Término: 17:00

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

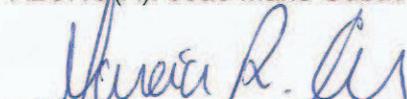
Observações:

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de — dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): João Mario Cubas

  
(assinatura)

**Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,**  
Coordenadora do PPGTS PUCPR





## AGRADECIMENTOS

São muitos os desafios entre o caminhar e a conclusão de um projeto de Mestrado. Não alcançamos esse objetivo sem contarmos com a colaboração de muitos. Não há como apontar protagonistas e coadjuvantes nessa trama, pois todos têm seu especial papel.

Primeiramente agradeço a Deus pela vida. Por me permitir conhecer a cada dia, pessoas que contribuem significativamente para a minha existência.

Agradeço aos meus pais, incentivadores incansáveis pelo estudo dos filhos, bem como aos meus irmãos. Ao Dino por todo amor e carinho, por estar ao meu lado nos momentos de esmorecimento e por me motivar nessa etapa que tanto demandei de atenção. À Joseli pela liberação para as atividades, à Benedita por suprir com maestria minhas ausências, ao Carlos pelos conselhos, à Nadia por todo o incentivo na entrada do universo científico, como também ao Luis Felipe (UFPR) com os conhecimentos das legislações em Saúde Mental. Aos amigos que entenderam o motivo das minhas ausências.

À Márcia Cubas por me permitir conhecer diversas pessoas. Dentre elas, o meu especial agradecimento a minha orientadora, professora Deborah Ribeiro Carvalho, por ter me acolhido como orientando, pelo carinho, por partilhar de seus saberes que me propiciaram o entender da investigação científica. Com carinho a professora Sirley (PPGE) como a todos os professores do PPGTS. As nossas secretárias Izelde e Márcia que com muita responsabilidade cuidaram de todos os trâmites burocráticos. Às integrantes do nosso grupo de pesquisa: Lais, Juliana e Sofia. Agradeço ainda a Dagmar, a Carla e a Elizabete pelas contribuições necessárias para as análises. Às Professoras Dilmeire e Maria da Graça por todo o carinho e atenção com esse projeto.

Jajá, Neiva e Verônica, pessoas tão especiais que tanto me auxiliaram em todo esse caminhar. Foram inúmeros telefonemas, emails e mensagens durante as noites, feriados e finais de semana, compartilhando dúvidas e sentimentos. Agradeço pelas amizades que adquiri: Heloá, Ana Paula, Renata, Rosyellen, Jacqueline, Nilza, Roni, Vagner, Juniô, Jordana, Rodrigo, entre outros.

A todos os participantes dessa pesquisa, bem como a todos que colaboraram de uma forma ou outra para sua realização.

E a CAPES pelo subsídio financeiro para a realização do Mestrado.

## RESUMO

**Introdução:** O reordenamento dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes foi o resultado de inúmeros marcos legais, que visa garantir a proteção integral desses sujeitos, em contraposição as práticas das antigas instituições totais onde lhes era propiciado um atendimento intramuros, seja na educação ou na saúde. A deficiência intelectual e/ou o transtorno mental ainda são algumas das causas que levam crianças e adolescentes para o acolhimento, muitas vezes motivada pela falta de equipamentos capazes de promover o atendimento desta criança. Para tanto, para que se promova esse reordenamento, faz-se necessário uma articulação intersetorial, neste caso em específico, de uma rede de atendimento que propicie o tratamento que essa criança ou adolescente demande em termos de saúde mental. **Objetivo:** Este estudo objetivou construir um diagnóstico situacional sobre o acesso à saúde mental por crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, acolhidos na cidade de Curitiba. **Encaminhamentos metodológicos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa de caráter descritivo, que compreendeu em coleta de registros administrativos e coleta de dados em campo, onde os dados foram tratados estatisticamente no software SPSS, e as análises dos extratos de texto das respostas dos participantes foram realizadas por meio do software Atlas Ti. **Resultados:** A construção do diagnóstico situacional compreendeu em cinco etapas, que focou na identificação de fatores que pudessem interferir no acesso de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental que estivessem em situação de acolhimento aos serviços de saúde mental. Com a elaboração de formulários, foram analisados 118 documentos sendo identificados 58 fatores. **Discussão / Conclusão:** O diagnóstico foi capaz de identificar dificuldades no acesso aos serviços, principalmente no que se refere a falta de capacitação profissional, a falta de estrutura especializada no atendimento de crianças e adolescentes, insuficiência de recursos humanos nos equipamentos, bem como a participação de adolescentes pouco colaborativos com os atendimentos. O diagnóstico situacional foi capaz de alcançar o objetivo proposto, contudo, melhorias podem ser implementadas.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Situacional. Acesso aos Serviços de Saúde. Crianças com deficiência.

## ABSTRACT

**Introduction:** The reordering of refuge services for children and adolescents was the result of numerous legal frameworks that aims to ensure the full protection of these subjects, as opposed the practices of the old total institutions where they were also provided an intramural care, whether in education or health. Intellectual disability and / or mental disorder are still some of the causes that lead children and teenagers to the host, often motivated by the lack of able to promote the care of this child equipment. Therefore, in order to promote this reordering, it is necessary intersectoral coordination, in this case in specific, a service network that provides treatment to the child or adolescent demands in terms of mental health. **Objective:** This study aimed to build a situational diagnosis on access to mental health for children and adolescents with intellectual disabilities and / or mental disorder, hosted in the city of Curitiba. **Methodological referrals:** This is a quantitative and qualitative research of descriptive character, which realized in collecting administrative records and data collection in the field, where the data were statistically processed in SPSS and analysis of text extracts of participants' responses were taken through software Atlas Ti. **Results:** the situation analysis realized in five steps, which focused on identifying factors that could affect the access of children and adolescents with intellectual disabilities and / or mental disorder, who were in foster situation, services mental health. With the development of forms, 118 documents and identified 58 factors were analyzed. **Discussion / Conclusion:** The diagnosis was able to identify difficulties in access to services, especially as regards the lack of professional training, the lack of structure specializing in the care of children and adolescents, insufficient human resources in equipment, as well as the participation of some collaborative teenagers with care. The situational diagnosis was able to achieve the proposed goal, but improvements can be implemented.

**Keywords:** Situational Diagnosis. Health Services Accessibility. Disabled Children.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Principais visões sobre as instituições a partir de diferentes marcos legais. .....	31
Quadro 2 - Trabalhos relacionados.....	61
Quadro 3 - Fatores relacionados ao acesso identificados por meio da revisão de literatura.....	66
Quadro 4 - Quadro síntese de análise .....	72
Quadro 5 - Registros administrativos obtidos.....	78
Quadro 6 - Fatores relacionado ao avanço ao acesso (Categorias e Família associada) .....	107
Quadro 7 - Fatores relacionado as dificuldades para o acesso (Categorias e Família associada).....	109
Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa - crianças e adolescentes com deficiência no Paraná.....	36
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa fatores relacionados ao acesso, levantados a partir da literatura.....	70
Tabela 3 - Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Psicossocial Quantidade de Pacientes por Ano de Atendimento segundo CID Principal – Paraná .	89
Tabela 4 - Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Psicossocial Quantidade de Pacientes por Ano de Atendimento segundo CID Principal - Curitiba .	89
Tabela 5 - Média de idade, tempo de formação e carga horária profissionais entrevistados .....	95
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos profissionais entrevistados por local....	95
Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa profissionais por profissão/função.....	96
Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa principais atendimentos realizados pelos profissionais.....	97
Tabela 9 - Serviço de saúde mental mais acessado e local.....	98
Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa - Fatores identificados relacionados ao acesso .....	104
Tabela 11 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados aos avanços no acesso .....	112
Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados ao acesso - Avanços .....	113
Tabela 13 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados as dificuldades no acesso.....	119
Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados ao acesso - Dificuldades.....	121
Tabela 15 - Frequência de fatores encontrados na literatura e frequência de fatores encontrados na pesquisa.....	127

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Atendimento da RAPS frente ao Reordenamento (n=61) .....	100
Gráfico 2 - Reforma Psiquiátrica como avanço no acesso aos serviços (n=62) .....	101
Gráfico 3 - Priorização dos serviços de saúde mental (n=62) .....	102
Gráfico 4 - Dificuldade de ingresso ou permanência em função do diagnóstico dual (n=60).....	103

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de articulação entre os atores do Sistema de Garantias de Direitos	41
Figura 2 - Atores do Sistema de Garantia de Direitos – trabalho em rede .....	43
Figura 3 - Dimensões da análise do acesso.....	53
Figura 4 - Síntese do referencial teórico.....	57
Figura 5 - Fluxograma das etapas da pesquisa .....	76
Figura 6 - Fluxograma da coleta de dados.....	81
Figura 7 - Processos da análise qualitativa.....	85
Figura 8 - Georeferenciamento dos equipamentos pesquisados .....	94
Figura 9 - <i>Grounded Atlas Ti</i> - Avanços no Acesso.....	113
Figura 10 - <i>Network</i> (rede) reinserção social.....	114
Figura 11 - <i>Network</i> (rede) Prioridade Igualitária .....	115
Figura 12 - <i>Network</i> (rede) Acolhimento como garantia de atendimento.....	116
Figura 13 - <i>Network</i> (rede) Facilidade no acesso enquanto crianças.....	117
Figura 14 - <i>Network</i> (rede) ECA e Reforma Psiquiátrica .....	118
Figura 15 - <i>Network</i> (rede) Rede facilita o acesso.....	119
Figura 16 - <i>Grounded Atlas Ti</i> - Dificuldades no Acesso .....	121
Figura 17 - <i>Network</i> (rede) Falta capacitação.....	122
Figura 18 - <i>Network</i> (rede) Falta estrutura e estrutura especializada para atendimento de crianças e adolescentes .....	123
Figura 19 - <i>Network</i> (rede) Não há prioridade .....	124
Figura 20 - <i>Network</i> (rede) Falta recursos humanos .....	125
Figura 21 - <i>Network</i> (rede) Adolescente pouco colaborativo .....	126
Figura 22 - <i>Network</i> (rede) Amplitude de atendimento.....	127

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALCESTE	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único da Assistência Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEDCA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIESPI	Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância
CIC	Cidade Industrial de Curitiba
CID – 10	Código Internacional de Doenças Décima Edição
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CMUM's	Centros Municipais de Emergências Médicas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DPAC	Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS	Fundação de Ação Social
FEAPS	Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
FUNABEM	Fundação de Bem-Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LA	Liberdade Assistida
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPPR	Ministério Público do Estado do Paraná

NAAP's	Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família
PBF	Programa Bolsa Família
PDM	Projeto de Dissertação de Mestrado
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNCFC	Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária
PNL	Programação Neurolinguística
PPGTS	Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PROSUP	Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PUCRIO	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SPSS	IBM SPSS <i>Statistics</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1. OBJETIVO .....	19
1.2. CONTRIBUIÇÕES .....	19
1.3. OBJETIVO <i>versus</i> LINHA DE PESQUISA.....	20
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1. A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA E OS MARCOS LEGAIS .....	21
2.2. O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DA HISTÓRIA AO REORDENAMENTO .....	25
2.3. UM NOVO OLHAR DA DEFICIÊNCIA, A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS.....	32
2.4. SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS, CONCEITOS DE “REDE” E ALGUNS ATORES .....	39
2.5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE .....	45
2.6. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE / SAÚDE MENTAL .....	52
2.7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS .....	55
2.8. QUADRO SÍNTESE DO REFERENCIAL TEÓRICO .....	57
<b>3. TRABALHOS RELACIONADOS</b> .....	<b>58</b>
3.1 FATORES RELACIONADOS AO ACESSO .....	65
<b>4. QUADRO SÍNTESE DE ANÁLISE</b> .....	<b>72</b>
<b>5. ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>74</b>
5.1. TIPO DE PESQUISA.....	74
5.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL À SER DESENVOLVIDO .....	75
5.3. CENÁRIO DA PESQUISA.....	75
5.4. ETAPAS DA PESQUISA .....	76
5.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	85
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>87</b>
6.1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM NÚMEROS.....	87
6.2. ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL .....	87
6.3. SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL .....	89
6.4. COLETA DE DADOS – DOCUMENTAL E PESQUISA DE CAMPO.....	91
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	<b>131</b>
7.1. QUAIS OS PRINCIPAIS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL E ONDE SÃO PRESTADOS, COMO TAMBÉM SEUS NÚMEROS? .....	131

7.2. A REFORMA PSQUIÁTRICA E O ECA COMO LEGISLAÇÃO, O REORDENAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO, A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E O ACESSO.....	135
7.3. QUAIS SERIAM OS PRINCIPAIS FATORES QUE INTERFEREM NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES?..	137
7.4. A ANÁLISE QUALITATIVA COMO COMPLEMENTAÇÃO DA ANÁLISE QUANTITATIVA.....	140
7.5. NECESSIDADE DE ALTERAÇÕES FORMULÁRIOS DE COLETA DE DADOS .....	140
7.6. LIMITES DO ESTUDO E POSSIBILIDADES DE TRABALHOS FUTUROS ...	141
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>145</b>
<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>147</b>
<b>10. APÊNDICES .....</b>	<b>157</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>200</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Partindo da premissa de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos destacado na legislação, aos quais devem estar garantidos sob a proteção integral, cabe refletir até que ponto essa proteção é de fato alcançada. Aliada a esta questão, pode-se complementar duas situações que potencializam a fragilidade desta população: crianças e adolescentes com alguma deficiência e/ou transtorno, ou em situação de vulnerabilidade social que podem, conseqüentemente, levar ao afastamento do convívio sociofamiliar.

Acerca da violação de direitos de crianças e adolescentes com deficiência, Bernandes *et al.* (2009) relatam que 80% da população com deficiência vive em países em desenvolvimento, sendo que essas as pessoas estão entre as mais estigmatizadas, mais pobres e com níveis baixos de escolaridade, o que vem a caracterizar a violação dos direitos humanos universais. Já o diagnóstico situacional realizado por Cavalcante *et al.* (2009), acerca da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro, aponta que os grupos compostos por pessoas com deficiência física e intelectual são os que mais sofriam maus tratos. Inclusive o grupo de pessoas com deficiência intelectual, apresentou o maior percentual em todos os tipos de abuso e violação dos direitos. Ainda, a *United Nations Children's Fund – Unicef* (UNICEF, 2005) aponta que crianças que possuem deficiência, seja ela física, sensorial, intelectual ou doença mental estão entre as mais estigmatizadas e marginalizadas de todas as crianças do mundo. De acordo com a instituição, embora todas as crianças de maneira geral estejam sujeitas ao risco de sofrerem violências, crianças com deficiência encontram-se em um nível mais elevado de risco, devido ao estigma, crenças tradicionais negativas e a ignorância.

Ressalta-se que crianças e adolescentes com deficiência ou transtorno mental enfrentam as mais variadas violações de direitos, destacando-se a discriminação, a falta de acessibilidade nos planejamentos urbanos nas cidades, ausência de adequação à sua presença na rede pública de ensino e a falta de suportes públicos para que as famílias possam prover o cuidado e os tratamentos adequados. A falta do tratamento adequado tem sido

particularmente um ponto importante para a institucionalização (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

O transtorno mental, especificamente no caso de crianças e adolescentes com deficiência intelectual, pode estar associado, o que demanda um atendimento em saúde mental, sendo necessária a intervenção tanto da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, como também da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Contudo, em função de inúmeras dificuldades no estabelecimento de critérios para estudos epidemiológicos que tratam da prevalência da comorbidade de ocorrência de transtornos mentais em pessoas com deficiência intelectual, estima-se que sua ocorrência pode ser de três a quatro vezes maior do que na população em geral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et. al.*, 2014). Surjus e Campos (2013) assinalam que essa estimativa de ocorrência é de cerca de 40% dos casos, e na pesquisa de Cooper *et al* (2007) alguns estudos apontam que essa incidência pode variar em 7% a 97%.

Em muitos casos, quando esgotados os recursos familiares, pessoas com deficiência ficam sob a tutela do Estado e aos cuidados de terceiros. Inúmeras reflexões acerca do acolhimento institucional de pessoas com deficiência podem ser elencadas: os motivos do acolhimento, sua deficiência (ou suas deficiências) e os agravos em saúde que necessitam de um acompanhamento técnico.

Crianças e adolescentes são retirados de convívio familiar pelas mais diversas situações, a saber: violências domésticas, falta de recursos e assistência da rede de atendimento, falecimento dos pais, etc. Segundo dados de uma pesquisa realizada no estado do Paraná pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA (CEDCA, 2007) os principais motivos que levaram crianças e adolescentes para o acolhimento institucional foram: em primeiro lugar o abandono pelos pais ou responsáveis; em segundo lugar, pais ou responsáveis dependentes químicos/alcoólicos; em terceiro, a violência doméstica, a vivência de rua e a carência de recursos materiais da família e/ou responsável.

No Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento realizado entre os anos de 2009 e 2010, havia 36.929 crianças e

adolescentes acolhidos em âmbito nacional, sendo 3.786 somente no estado do Paraná (ASSIS; FARIAS, 2013).

O atendimento institucional sofreu mudanças significativas na história recente, particularmente no período que sucedeu a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). No entanto, muitos de seus desdobramentos são ainda marcados por ideias e práticas do passado (BRASIL, 2005).

A partir de 2009 ocorreu o reordenamento dos serviços de acolhimento, conforme elaboração do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Em sua Resolução 109/2009 de 11/11/2009 (BRASIL, 2009), que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, estabeleceu-se a aplicação das diretrizes para os serviços de acolhimento, bem como o direcionamento desses atendimentos a partir das Orientações Técnicas para o Serviço de Acolhimento de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009b), aprovadas tanto pelo CNAS e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Com essas regulamentações o acolhimento de crianças e adolescentes ficou restrito a ambientes menores, que propiciam uma vivência de uma casa, respeitando suas individualidades, evitando especificidades, como por exemplo, unicamente para crianças com deficiência. A resolução 109/2009 – CNAS (BRASIL, 2009) distingue as novas formas de acolhimento institucional para crianças e adolescentes nas seguintes modalidades: Casa-Lar e Abrigo Institucional. Um dos objetivos desse novo formato era considerar a proteção do direito à convivência comunitária.

Porém, mesmo com acolhimento, que é uma das medidas de proteção sancionadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), muitos dos direitos de crianças e adolescentes ainda se encontram violados. A literatura aponta como principal a violação do direito fundamental da convivência familiar e comunitária (LEITE, 2011), porém conforme dados do Relatório da Situação Mundial da Infância (UNICEF, 2013), em muitos países, crianças com deficiência ainda são acolhidas em instituições, que raramente oferecem o cuidado individual que esses sujeitos necessitam para que possam desenvolver plenamente suas capacidades. Muitas vezes a qualidade do

ensino, dos cuidados médicos e de reabilitação que é provido pelas instituições é insuficiente (UNICEF, 2013).

Almeida (2012) em sua tese de doutorado faz referência aos abrigos específicos, como sendo aqueles que atendem a uma única demanda, neste caso crianças e adolescentes com deficiência. Indaga ainda acerca de que esse dispositivo era o que inter cruzava distintas missões sociais, como o educar, o morar e o tratar. A discussão acerca dos abrigos específicos implica em colocar na cena do debate público a forma de como a sociedade vem construindo respostas institucionais às demandas de proteção social para estas pessoas, implicando numa interrogação junto às políticas de educação, assistência e saúde, sobretudo se os direitos sociais estão sendo garantidos a esta parte da população que convive com deficiências em situação de acolhimento.

Segundo Ricardo (2011) um dos fatores que levam ao acolhimento é a falta de suporte da rede de serviços, o que vem a indagar com a tese que se essa rede (serviços/equipamentos) se encontra realmente preparada para receber essa criança e adolescente? Como também, é essa mesma rede que deverá propiciar condições para que essa criança possa voltar ao convívio familiar e sociocomunitário. Conforme ainda colocado pela referida autora, quando da reintegração da criança com deficiência no seio família (posterior ao fortalecimento da família), torna-se então necessária a construção de uma rede de serviços inter setoriais que ofereça a essas famílias e crianças o suporte no que diz respeito ao cuidado e ao tratamento demandado. A rede deve estar constituída de equipamentos que propiciem os atendimentos ambulatoriais necessários para a estimulação e o bom desenvolvimento da criança e do adolescente que possua alguma deficiência (RICARDO, 2011).

Para tanto, para que se promova esse reordenamento dos serviços de acolhimento, faz-se necessária a garantia do acesso aos serviços que essa criança ou adolescente demanda. Tirar do abrigo a qualidade do “educar” e do “tratar”, apenas para livrar essa criança ou adolescente com deficiência da segregação social, não é solução, se não houver respostas imediatas de equipamentos de todas as esferas (saúde, educação, assistência social, etc.) capazes de absorver a educação e o tratamento, por exemplo, que essa criança necessita.

Diante disso, o novo modelo de reordenamento, bem como o próprio ECA, deslocaram o atendimento de um sistema com regime asilar e totalitário, para um regime residencial, sem especificidades, e como proposta, as novas modalidades de acolhimento justificam e invocam na articulação de um trabalho em rede, e nos casos onde há a necessidade do atendimento especializado (muito comum se tratando de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e transtorno mental), as ações intersetoriais têm garantido o acesso aos serviços de saúde mental à essa população?

A pergunta que se pretende responder com essa pesquisa é: quais os fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes com deficiência intelectual e transtorno mental, que se encontram em acolhimento?

### 1.1. OBJETIVO

Construir um diagnóstico situacional sobre o acesso à saúde mental por crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, acolhidos, na cidade de Curitiba.

### 1.2. CONTRIBUIÇÕES

Como contribuição científica, este trabalho se ampara na afirmação de Queiroz e Rizzini (2012), de que crianças e adolescentes com deficiência constituem um grupo populacional que permanece particularmente invisível aos olhos dos movimentos sociais e das agendas políticas. No Brasil, a produção científica sobre deficiência ainda é insuficiente, sendo essa uma área de pesquisas e intervenções em saúde pública. Previamente à fase inicial do projeto, foi realizada uma revisão de literatura, onde foram encontrados 129 trabalhos (teses, dissertações e artigos), com o descritor “Crianças e adolescentes com deficiência”, porém notou-se nessa primeira revisão de literatura, que a busca resultou em somente dois documentos que tratavam do tema “institucionalização” de crianças e adolescentes com deficiência. Estudos que contemplem esse olhar podem contribuir no enriquecimento acadêmico, impactando diretamente na contribuição social.

Socialmente, um diagnóstico acerca dos serviços em saúde mental instrumentaliza o processo de tomada de decisões em Políticas Públicas, invocando na discussão frente a garantia de direitos de crianças e adolescentes com deficiência e transtorno mental. Essa análise contribuirá para a elaboração de estratégias que possam minimizar a medida de proteção de acolhimento, bem como diminuir o tempo de permanência nos abrigos, que segundo o ECA (BRASIL, 1990) em seu artigo 19, parágrafo segundo, aponta que essa medida não se prolongará por mais que 2 anos, porém, na prática ainda verificamos crianças tornando-se adultos em abrigos.

### 1.3. OBJETIVO *versus* LINHA DE PESQUISA

A construção de um diagnóstico situacional possibilita a geração e sistematização de informação, que pode subsidiar o processo de tomada de decisão do poder público, na garantia de direitos de crianças e adolescentes. Tal afirmação alinha-se a Linha de Pesquisa: Informática em Saúde, Área de Concentração: Tecnologia em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. (PUCPR).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico será apresentado nos próximos tópicos, onde primeiramente será realizada uma contextualização da infância e da adolescência e os marcos legais que garantiram a estas pessoas tornarem-se sujeitos de direito. Após o acolhimento de crianças e adolescentes, da história a contemporaneidade. Um terceiro tópico irá abordar a nova concepção da deficiência, conceitos da deficiência intelectual e do transtorno mental com alguns números. O quarto tópico trará conceitos acerca do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), denominações de rede e alguns atores que serão importantes para o desenvolvimento deste projeto. O quinto tópico traz um panorama acerca das políticas públicas de Assistência Social e da Saúde, e finalizando esta seção, serão apresentadas considerações referentes ao termo acesso e suas classificações.

### 2.1. A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA E OS MARCOS LEGAIS

Nesta seção serão apresentados os marcos legais da história que propiciaram as crianças e adolescentes o título de sujeitos de direito.

A contextualização da infância e da adolescência na contemporaneidade passou por inúmeros avanços, até conquistas legais, que delimitaram suas idades e seus significados.

Para Ariès (2006) as “idades da vida” ocupam um lugar importante nos tratados pseudocientíficos da Idade Média. Autores da época empregavam uma terminologia que se parecia apenas verbal: infância, e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade, sendo que cada uma dessas palavras designavam um período específico da vida. Algumas palavras dessa terminologia ocupam o vocabulário da atualidade para designar noções abstratas, como senilidade ou puerilidade, porém, esses sentidos não estavam contidos nas primeiras acepções. Toda a terminologia empregada na época expressava noções da ciência e correspondiam também a um sentimento popular e comum da vida. Hoje não mais correspondem a um sentido de vida, mas sim são como um fenômeno biológico.

Até meados do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou mesmo, não tentava representá-la. Possivelmente não se existia um lugar para a infância neste mundo. Não se havia uma distinção clara entre infância, adolescência e juventude. A longa duração da infância era proveniente da indiferença que se sentia então pelos fenômenos biológicos (não se limitava infância pela puberdade). A infância detinha durante o século XVII a ligação com a ideia de dependência. Palavras como *fils*, *valets* e *garçons*, utilizadas para designar crianças na época, também faziam referência as relações feudais ou senhoriais de dependência. Saia da infância quem não era dependente (ARIÉS, 2006).

Portanto, ao designar na atualidade crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, deve-se notar que houve uma importante mudança no paradigma, a partir da qual refuta a ideia da criança ligada à passividade, ou ainda, aquela imagem da criança como alguém que “um dia será” um sujeito (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

No Brasil, o marco legal na conquista dos direitos de crianças e adolescentes sem dúvida foi a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o ECA, (BRASIL, 1990). Porém, como ressalta Vanuchi e Oliveira (2010), a construção desta lei foi resultado de um longo processo de mobilização social, que propiciou inúmeras e profundas transformações principalmente na concepção da criança e do adolescente como seres humanos em desenvolvimento, conseguindo reafirmar a condição peculiar que lhes proporciona a proteção integral. Para compreender a trajetória para a formulação do ECA, é necessário compreender em que formulação dos Direitos Humanos o Estatuto está baseado:

os Direitos Humanos constituem uma intervenção humana, em constante processo de construção e reconstrução. Em diferentes períodos e contextos históricos e geográficos, a noção de Direitos Humanos foi adquirindo novas conotações. Diversos foram também os seus desdobramentos práticos, a partir de lutas travadas em diferentes sociedades. Os fatores que possibilitaram a promulgação do Estatuto estão relacionados a essa concepção de luta por direitos (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010, p. 13).

A concepção contemporânea de Direitos Humanos nasce como um símbolo da ruptura com a autoridade absoluta do antigo regime. Esta

concepção marca uma quebra de paradigma, quando reconhece a maior vulnerabilidade de determinados grupos da sociedade, e, portanto, a necessidade da criação de instrumentos universais de proteção e garantia de direitos, orientados a grupos específicos. Partindo desse princípio, se sustenta a defesa da universalidade dos direitos, que propicia a busca da igualdade para todos os seres humanos, não distinguindo raça, etnia, gênero, orientação sexual, religião, posição socioeconômica ou grupo cultural (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

A construção desses direitos tem seu legado na Europa do século XVIII, sendo essa época marcada pelo início do desenvolvimento do capitalismo, em contraponto ao aumento das insatisfações de grandes parcelas da sociedade. Notava-se que enquanto o capitalismo prometia o triunfo de uma sociedade baseada no crescimento econômico (por meio da iniciativa privada), também excluía grandes parcelas da população. Neste contexto do capitalismo, a Declaração de Independência Americana e a Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, foram as primeiras a reconhecer os Direitos Humanos. Ambas as declarações, resultaram de um esforço liberal de construção de uma sociedade autônoma em relação ao Estado. Portanto os Direitos Humanos são tidos como uma construção histórica que possui a finalidade de limitar o poder do Estado na relação com os indivíduos (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

Porém, foi após a Primeira Guerra Mundial que a discussão acerca dos Direitos Humanos começou a ganhar forma. A Liga das Nações, criada em 1919, teve suma importância no desenvolvimento de uma sistemática internacional para a proteção das minorias. Nesse momento, a Liga das Nações passa a ser a guardiã dos compromissos assumidos pelos Estados nos tratados, exercendo essa função a partir de um sistema de petições a ser utilizado por membros dos grupos minoritários quando havia violação de seus direitos. É aqui que em 1924, surge a primeira Declaração da Criança, que vem defender o respeito aos direitos, como o direito à vida, à educação e o tratamento digno aos doentes e deficientes (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

Em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), fruto de articulações internacionais que visavam a criação de uma nova sociedade, que seria formada por valores éticos e tendo a proteção e a promoção da pessoa

humana como seus principais objetivos. Demonstrando essa consciência, em 1948, os integrantes da Assembleia Geral da ONU, aprovaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nos seus trinta artigos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece como inalienáveis os Direitos Humanos tanto civis e políticos quanto econômicos, sociais e culturais que visam estabelecer um padrão mínimo de sociabilidade e respeito aos cidadãos. (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010).

Retratando a evolução dos marcos legais brasileiros, salienta-se que esses tiveram suas origens por meio das correntes internacionais:

no Brasil, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), a Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) são as referências legais na proteção à criança e ao adolescente, em que estão inscritos diversos direitos visando assegurar uma existência digna e o seu pleno desenvolvimento. Até a aprovação na ONU da Convenção sobre os Direitos da Criança, e, no Brasil, até a promulgação da Lei nº8.069/1990, que implantou o Estatuto da Criança e do Adolescente, as percepções sobre a criança e o adolescente, sobretudo os pobres, eram revestidas de um olhar moralista e higienista. O Direito do Menor, anterior ao atual Direito da Criança e do Adolescente, foi construído sobre bases conceituais que sustentavam a exclusão e tratavam a criança e o adolescente como “menor”, ou alguém em “situação irregular”, que necessitava de normas jurídicas para seu tratamento e atenção. (VANUCHI; OLIVEIRA, 2010, p. 16).

Inspirados na Convenção sobre os Direitos da Criança, a Constituição Federal de 1988 e o ECA passaram a tratar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, como cidadãos, que além dos direitos que são fundamentais para qualquer ser humano, disponibiliza alguns direitos que são especiais, por se tratarem de pessoas em desenvolvimento. Isso vem a assegurar o direito à proteção integral e à prioridade absoluta para todas as crianças e os adolescentes, a fim de viabilizar o completo desenvolvimento de suas potencialidades humanas (PARANÁ, 2013).

Ainda, a Convenção sobre o Direito das Crianças, no caso em específico de crianças e adolescentes com alguma deficiência, apontam que os Estados Partes reconhecem que crianças com alguma deficiência devem desfrutar de uma vida plena e decente com condições que venham a garantir sua dignidade, que possam favorecer a autonomia, bem como possam facilitar a participação ativa na comunidade (BRASIL, 1990b).

No atendimento das necessidades especiais da criança com alguma deficiência, a assistência em saúde prestada, será gratuita sempre que possível, visando assegurar a criança o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o trabalho e lazer, visando a integração social (BRASIL, 1990b).

## 2.2. O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DA HISTÓRIA AO REORDENAMENTO

Nesta seção serão apresentados fatos históricos que deram origem ao acolhimento de crianças e adolescentes, os avanços das legislações até o reordenamento dos serviços de acolhimento.

A história da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil tem repercussões importantes até os dias de hoje. A análise da documentação histórica sobre a assistência à infância dos séculos XIX e XX revela que as crianças nascidas em situação de pobreza e/ou em famílias com dificuldades de criarem seus filhos tinham um destino quase certo quando buscavam apoio do Estado: o de serem encaminhadas para instituições como se fossem órfãs ou abandonadas (BRASIL, 2005).

As raízes dessa prática institucional no Brasil remontam ao período colonial. Houve um agravamento na situação de crianças pobres no final do século XVII. Com o adensamento da população urbana, essas crianças eram consideradas ilegítimas, enjeitadas ou abandonadas nas ruas, vindo a morrer, ou eram devoradas por animais. Nesta mesma época surgiram as primeiras instituições para amparar crianças, eram as chamadas Casas dos Expostos ou Roda dos Expostos, que surgiram em Salvador em 1726, no Rio de Janeiro em 1738 e em Recife em 1789 (ASSIS; FARIAS, 2013).

Gulassa (2010) explana que a Roda dos Expostos foi implantada no Brasil seguindo um modelo europeu, que funcionava como “uma porta giratória” instalada nos muros das Santas Casas de Misericórdia, que permitia que os pais deixassem seus bebês ali, sem serem identificados.

As Rodas dos Expostos foram definitivamente abolidas em 1927, devido as altas taxas de mortalidade de crianças nestes locais. O objetivo que era de diminuir o número de crianças que morriam nas ruas foi oposto ao que realmente acontecia na realidade dessas instituições (ASSIS; FARIAS, 2013).

A imagem da criança acolhida passou então a ter outro significado no final do século XIX. A ciência começou a influenciar na preocupação com crianças abandonadas, não podendo se restringir tão somente ao “espírito do ser humano” e à “salvação de sua alma”, mas também que deveria ser ampliada para o cuidado de seus corpos. Aqui começa a figurar a noção de sujeito de direito, onde a criança passou a ocupar um lugar de importância nas decisões políticas (ASSIS; FARIAS, 2013).

Ainda para Assis e Farias (2013) a pobreza era tida como a principal motivação da sociedade em banir essa criança aos cuidados de uma instituição. O que hoje seria uma violação de seu direito, naquela época era concebido que famílias pobres eram incapazes de cuidar de seus filhos.

O País adquiriu uma tradição na institucionalização de crianças, o que pode referir a uma “cultura da institucionalização”, implantada a partir do final do século XIX até meados da década de 1980. As instituições do tipo “internato de menores” atendiam a grupos diversificados, de acordo com as prescrições de gênero, mas consideravam ainda as especificidades étnicas. Meninos e meninas, índios e filhos de escravas e ex-escravas passaram por asilos, casas de educandos, institutos e colégios, entretanto, os meninos pobres e livres das cidades constituíram o grande alvo da intervenção das políticas de internação (BRASIL, 2005).

O primeiro Juizado de Menores do país foi criado em 1923, porém, a internação de menores ainda era tida como a melhor alternativa frente às adversidades. Essa atitude ainda se manteve até 1941 com a criação do Serviço de Assistência aos Menores (SAM). Os menores abandonados e desvalidos eram encaminhados para instituições particulares, que possuíam convênios com o Governo. Já em 1964 foi criado em substituição ao SAM a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Porém a FUNABEM ainda mantinha e reforçou a prática da internação como medida de proteger a sociedade a convivência com a infância marginalizada. A expressão “internato de menores” era utilizada para designar as instituições de caráter permanente

ou transitório, porém, mantendo-se a característica do confinamento. (ASSIS; FARIAS, 2013).

Um novo olhar começa a ser gerado no final dos anos 1970 e início dos anos 80, onde iniciou os questionamentos das práticas para os até chamados “menores”. A interdisciplinaridade profissional começou a ter voz e vários profissionais começam a discordar com o modelo vigente de confinamento. Porém, a cultura intramuros ainda é mantida nas instituições durante os anos 1980, reforçando o isolamento e o individualismo, não tendo foco na subjetividade de seus internos. Nota-se nessa época uma autossuficiência. As instituições possuíam equipamentos próprios como consultórios, capelas, refeitórios, dormitórios, dentistas, o que vinha a corroborar com a falta de contato com o mundo exterior, lembrando características de instituições totais, como presídios, hospitais e conventos (ASSIS; FARIAS, 2013).

Benelli (2003) destaca que as instituições totais não apenas realizavam os objetivos oficiais para os quais foram criadas, mas promoviam a segregação, a estratificação social e a modelagem da subjetividade por meio de mecanismos que alternavam punições e recompensas, assim como reduziam a identidade do sujeito a um atributo estigmatizante, desvalido, rejeitado, incapaz, doente e a um único e exclusivo papel social. Explicitando: a subjetividade é modelada de acordo com o status que o sujeito, no caso, o interno, possui na hierarquia institucional e os dispositivos utilizados pelos dirigentes que contribuem para imprimir a marca da inferioridade em seus subordinados.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o Brasil possui uma longa tradição na internação de crianças e jovens em instituições asilares. Muitos filhos de famílias ricas e dos setores pauperizados da sociedade passaram pela experiência de serem educados longe de suas famílias e comunidades. Colégios internos, seminários, asilos, escolas de aprendizes artífices, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais surgidas ao sabor das tendências educacionais e assistenciais de cada época, foram sendo criados no País desde o período colonial.

Em muitos países, as principais causas da institucionalização assemelham-se as brasileiras. Essa institucionalização constitui uma alternativa às famílias pobres, que veem nas instituições a chance de que seus

filhos se alimentem, que estejam seguros e tenham acesso à educação. Portanto, a situação de pobreza continua levando para as instituições crianças que não precisariam ser afastadas de suas famílias e comunidades. Outros motivos mais comumente apontados para a institucionalização estão ligados aos seguintes fatores: a) mudanças rápidas em diversas sociedades, conduzindo às condições de vida adversas, com elevados índices de deslocamento e imigração de populações; b) busca de instituições como forma de proteger os filhos da violência, principalmente em situações de guerra, instabilidade social e conflitos familiares; c) crianças com deficiências físicas ou mentais; d) crianças com doenças graves, como a AIDS, ou que perderam os pais devido à AIDS (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ainda retrata que o atendimento de crianças em instituições deve ser visto como parte de uma gama de serviços que podem ser oferecidos a crianças e adolescentes em circunstâncias excepcionais. Ele não pode ser um fim em si, mas um recurso a ser utilizado quando necessário. Esta é uma recomendação afinada com os princípios estabelecidos pela Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança e pelo ECA. De acordo com essa orientação, quando o atendimento fora da família é inevitável, medidas devem ser tomadas para assegurar que ele seja o mais adequado possível às necessidades da criança ou do adolescente, levando, inclusive em consideração, sua opinião e seus desejos.

Outros dois marcos legais trouxeram uma maior visibilidade para a questão da institucionalização de crianças e adolescentes. Em 2006, o Plano Nacional de Proteção, Promoção e Defesa do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária aprofundou questões básicas que foram trazidas pelo ECA. O plano evoca a priorização da família, no apoio e proteção no cuidar do seu filho, e também ao não isolamento ou segregação da criança ou adolescente da comunidade. Já em 2009, foi promulgada a Lei 12.010/09, chamada Lei da Adoção que reforça ainda mais as propostas colocadas pelo ECA (GULASSA, 2010).

Em 2009 o MDS lançou as Orientações Técnicas dos Serviços de Acolhimento, aprovadas pelo CONANDA e pelo CNAS.

Essas orientações norteiam o chamado “Reordenamento dos Serviços de Acolhimento” distinguindo e legalizando novas modalidades do serviço de acolhimento para crianças e adolescentes.

O CNAS aprova por meio de sua Resolução 109/2009 de 11/11/2009 a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009).

Essa resolução organizou os serviços da área da Assistência Social, conforme níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a saber: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e a Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade diz respeito aos casos nos quais se configura o rompimento do vínculo familiar e comunitário, e o indivíduo necessita de proteção especial temporária, onde não se pode contar com o cuidado da família. O atendimento quando isso acontece, visa reestabelecer esse vínculo familiar e à autonomia do sujeito (ASSIS; FARIAS, 2013).

A resolução 109/2009 – CNAS (BRASIL, 2009), distingue as formas de acolhimento institucional para crianças e adolescentes nas seguintes modalidades:

1. Casa-Lar: Atendimento em unidade residencial onde uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente, prestando cuidados a um grupo de até 10 crianças e/ou adolescentes.
2. Abrigo Institucional: Atendimento em unidade institucional semelhante a uma residência, destinada ao atendimento de grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes. Nessa unidade é indicado que os educadores/cuidadores trabalhem em turnos fixos diários, a fim de garantir estabilidade das tarefas de rotina diárias, referência e previsibilidade no contato com as crianças e adolescentes. Poderá contar com espaço específico para acolhimento imediato e emergencial, com profissionais preparados para receber a criança/adolescente, em qualquer horário do dia ou da noite, enquanto se realiza um estudo diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2009, p. 30).

Nessas modalidades o atendimento de crianças e adolescentes se encontra garantido por meio das Orientações Técnicas para o Serviço de Acolhimento de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009b).

Tais modalidades além de estarem sancionadas nesta resolução, ainda se encontram fundamentadas pelo CNAS a partir da Resolução 34, de 28 de

novembro de 2011 (BRASIL, 2011), que define a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social, estabelecendo seus requisitos.

Segundo o Conselho Nacional do Ministério Público (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013), deve ser oferecido nessas novas modalidades, induzindo ao abandono de grandes abrigos, onde o regime se revelou incompatível com o atendimento individualizado da criança e do adolescente, principalmente no que se refere no refazer de seus laços familiares, quando isso é possível, bem como na construção dos vínculos comunitários. Comprovou-se que os modelos de instituição anteriores isolavam crianças e adolescentes de seu convívio familiar e comunitário e constituía num local que favorecia as mais diversas formas de violações de direitos.

Essa nova proposta contempla o caráter provisório do acolhimento de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por abandono ou quando as famílias ou responsáveis estão impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja proporcionado o retorno ao convívio com sua família de origem, quando há essa impossibilidade, que seja destinado para uma família substituta (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).

Assis e Farias (2013) ressaltam que o reordenamento dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes constituiu um passo fundamental para romper com a “cultura da institucionalização” no Brasil, em especial, daquelas crianças e adolescentes nascidos de famílias mais pobres, o que veio a implementar as práticas orientadas do direito à convivência familiar e comunitária, respeitando também o princípio de excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do seio familiar, assim como preconiza o ECA.

Segundo o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) (BRASIL, 2006), as entidades que oferecem serviços de acolhimento institucional devem, independente da sua modalidade de atendimento, atender as prerrogativas do ECA, destacando-se ainda no campo da deficiência:

atender crianças e adolescentes com deficiência de forma integrada às demais crianças e adolescentes, observando as normas de acessibilidade e capacitando seu corpo de funcionários para o atendimento adequado às suas demandas específicas; (BRASIL, 2006, p. 41).

Gulassa (2010) coloca que a modalidade de Abrigo Institucional é a mais utilizada. Sua escolha se dá baseando-se em indicadores que possibilitem um melhor atendimento para a criança e para sua família. Como primeiro indicador, o território, propicia a proximidade física entre a criança e sua família, o que favorece a visitação e a manutenção do vínculo familiar. Essa modalidade ainda permite que a criança e o adolescente frequentem a escola e os demais serviços da comunidade, podendo, em sua reinserção familiar, continuar utilizando dos mesmos serviços.

Embora pareça ser a modalidade mais adequada para o desenvolvimento da criança, a Casa-Lar costuma trazer algumas complicações, tendo em vista a dedicação exigida do educador. Muitas vezes, este fica sem vida própria e sem recursos emocionais e pedagógicos diante da complexidade que é lidar com crianças e adolescentes com uma demanda elevada de atenção e expectativas frente às possibilidades de emancipação ou desligamento do serviço (GULASSA, 2010).

Gulassa (2010) faz um comparativo por meio dos marcos legais das visões de sujeito e das instituições, que serão demonstrados no quadro 1:

Quadro 1 - Principais visões sobre as instituições a partir de diferentes marcos legais.

	No Código de Menores	No Eca	No PNCFC	NA Lei 12.010 (Lei Nacional da Adoção)
<b>Visão sobre as instituições de acolhimento</b>	Instituições eram a solução para a proteção da criança longe da família e da comunidade. Eram localizadas em local afastado da comunidade e os acolhidos tinham pouco ou nenhum contato social e familiar. Alguns serviços e programas, como saúde, educação, profissionalização, eram oferecidos dentro das instituições, o que as caracterizava como "instituições totais". O atendimento em grandes grupos era natural, pois as instituições funcionavam como um colégio disciplinador.	as instituições de acolhimento devem atender pequenos grupos de crianças e adolescentes, personalizando o atendimento, mantendo os irmãos juntos, evitando transferências e mudanças e mantendo integração constante com a comunidade. As instituições devem estar na comunidade e utilizar a rede de serviços públicos. O encaminhamento ao acolhimento institucional tem caráter excepcional e provisório.	o encaminhamento a instituições de acolhimento tem caráter excepcional e nelas as crianças e adolescentes devem ficar o menor tempo possível. o acolhimento institucional pode ter várias modalidades como: abrigo institucional para pequenos grupos, Casa-lar e casa de passagem e deve seguir os parâmetros do ECA. Os acolhimentos devem preparar a criança e o adolescente para o desligamento, seja para sua reintegração à família de origem, à família substituta ou para a vida autônoma, no caso dos adolescentes sem referência familiar.	Central de controle de vagas na rede de serviços de acolhimento para viabilizar o rápido atendimento das crianças e a garantia da provisoriedade do acolhimento institucional. O acolhimento deve ser reavaliado a cada seis meses e, em até dois anos, todas as crianças e adolescentes devem ser reinseridos à vida sociofamiliar, salvo análise muito criteriosa do caso. Agilização do fluxo de informações entre os diversos serviços da rede de proteção (Varas da infância, Conselho Tutelar, instituições de acolhimento) com a implantação de cadastros estaduais e nacional de crianças e adolescentes.

Fonte: Gulassa (2010, p. 22).

Com relação à saúde mental, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), instituiu a redução dos leitos psiquiátricos, com isso houve um reordenamento dos serviços de saúde mental, deslocando do atendimento integral, para um atendimento composto por uma rede, redimensionando o atendimento para equipamentos que pudessem suprir as demandas que as pessoas com transtorno mental necessitavam. A redução gradativa dos leitos, tempo de internamento psiquiátrico e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais como leitos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), proporcionaram um novo olhar acerca do antigo modelo asilar, abrangendo também ao atendimento que era dispensado para crianças e adolescentes com deficiência e/ou transtorno mental associado, que permaneciam por anos nessas instituições. Diretamente essa Lei contribuiu significativamente com o atendimento individual e sócio-comunitário da criança e do adolescente com transtorno mental, proporcionando o acesso na garantia dos direitos fundamentais tanto da vida e saúde, como da convivência familiar e comunitária.

### 2.3. UM NOVO OLHAR DA DEFICIÊNCIA, A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS.

Nesta seção serão apresentadas a mudança da concepção da deficiência por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as deficiências em números no Paraná, os conceitos e a caracterização da deficiência intelectual e do transtorno mental pelo Código Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10), como também pelo Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a prevalência dos transtornos mentais em pessoas com deficiência intelectual e por fim o diagnóstico dual, compreendendo a deficiência intelectual mais o transtorno mental.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011b), define a deficiência como impedimento. Pessoas que possuem deficiências seriam aquelas que possuem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, com interações com

diversos obstáculos/barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Essa definição de impedimento levou algum tempo para ser alcançada. Diniz *et al.* (2009) remonta o tema deficiência, sob a ótica dos direitos humanos e da justiça. Em seu estudo faz-se a relação entre o enfoque biomédico da deficiência, enfoque esse excludente, que deve ser ampliado sob a ótica do modelo social, ou seja, o deficiente passou do “corpo com impedimentos” como um problema médico, para a deficiência como resultado da opressão, ou seja, deficiência é um conceito que denuncia a relação de desigualdade imposta por ambientes com barreiras a um corpo com impedimentos.

Sob o enfoque do modelo social da deficiência, verificamos no trabalho de Bampi *et al* (2010), que retrata a deficiência como o fruto das desvantagens ou restrições provocadas pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da sociedade. Nota-se que entre o modelo social e o modelo médico há diferença na lógica da causalidade da deficiência. Ainda acrescenta a necessidade de uma melhor compreensão da deficiência, onde o deficiente deve ser tratado como um ser humano com direitos e deveres, ou seja, um cidadão. Nesse aspecto se faz necessária a discussão do tema deficiência na sociedade, para que essa discussão possa vir a refletir nas políticas públicas de apoio ao deficiente.

O marco da história que garantiu esse novo olhar da pessoa com deficiência ocorreu em 2001 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). A CIF é baseada, numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade. Elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas

diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF faz uma análise da saúde das pessoas a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades de vida diária e o ambiente social de cada indivíduo. Essa percepção de totalidade traz com maior fluidez a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção de indivíduos com deficiência, o que permite uma melhor interpretação sobre as situações relacionadas com a funcionalidade e suas restrições (BRASIL, 2008).

Essa nova classificação proporcionou uma mudança na forma como os governos ao redor do mundo tratavam as questões que envolviam pessoas com deficiência, constituindo-se como um guia que organizou e padronizou informações acerca da funcionalidade dessas pessoas. Representa também um avanço e uma nova metodologia com diretrizes mais precisas que podem embasar políticas públicas de atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2008).

Sobre esta nova concepção BRASIL (2008b) aponta:

Esta concepção traduz a noção de que a pessoa, antes de sua deficiência, é o principal foco a ser observado e valorizado, assim como sua real capacidade de ser o agente ativo de suas escolhas, decisões e determinações sobre sua própria vida. Portanto a pessoa com deficiência é, antes de mais nada, uma pessoa com uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir uma deficiência, além de outras expectativas de vida, como estrutura familiar, contexto sociocultural e nível econômico (BRASIL, 2008b, p. 28).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), levantou dados acerca da deficiência visual, auditiva, motora e deficiência mental/intelectual. As deficiências visual, auditiva e motora são especificadas quanto ao seu grau de severidade, sendo a deficiência severa identificada pelas declarações: “não consegue de jeito nenhum” e “grande dificuldade” e a deficiência leve pela declaração de “alguma dificuldade”. Já a deficiência mental/intelectual era classificada como “sim” e “não”, não considerando dados acerca de leve, moderado, severo e profundo, como trazidas pelo Código Internacional de Doenças, décima revisão (CID 10).

O Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente (PARANÁ, 2013), traz um estudo a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010, apontando que no estado do Paraná, no ano de 2010, a distribuição por faixa de etária revela que na população (geral) com alguma das deficiências investigadas, se concentrava em idades acima dos 30 anos. Já até os 17 anos, encontram-se somente 8.3% dos casos de deficiência do Paraná (189.383), o que corresponde a 6.4% do total (2.957.486) de crianças e adolescentes no Estado.

Ainda que se verifique em números no Paraná, não ter expressiva porcentagem e quantidade de crianças e adolescentes com deficiência, questões relacionadas a esse tema constituem desafios para as políticas públicas, pois é preciso observar que a amostra do Censo 2010 estima que o Estado precisa atender, assegurando todos os seus direitos fundamentais, 130.588 casos de crianças e adolescentes com deficiência leve e 58.795 casos de crianças e adolescentes com deficiência severa. (PARANÁ, 2013)

Outra fonte de dados/números utilizada pelo Plano Decenal (PARANÁ, 2013) para classificar as deficiências, foi o Cadastro Único (CadÚnico) do MDS. No CadÚnico, as deficiências investigadas são: cegueira, baixa visão, surdez profunda, surdez leve, deficiência física com perda ou diminuição de movimento de algum membro, deformidade, paralisia cerebral, nanismo ou amputação, deficiência mental/intelectual, Síndrome de Down, transtornos mentais (distúrbios psiquiátricos).

O CadÚnico ainda consegue verificar se a pessoa cadastrada com deficiência precisa ou não de cuidados permanentes em função de limitações em função da deficiência.

Em números o CadÚnico trouxe a partir de sua base atualizada até julho de 2013 que:

Dos casos de deficiência levantados no CadÚnico, 9.836 são crianças (0 a 11 anos) e 9.541 são adolescentes (12 a 17 anos). Com relação a receber ou não cuidados permanentes, dentre as crianças com alguma deficiência 2.950 foram indicadas como não necessitando de ajuda e, dos adolescentes, 2.096 não recebem ajuda, o que indica que a maioria das crianças e dos adolescentes precisa de cuidados em decorrência de suas limitações (PARANÁ, 2013, p. 158).

Com relação às deficiências associadas (mais de uma), a tabela abaixo aponta as correlações e percentuais sobre as mesmas, levando-se em consideração o último Censo Demográfico de 2010.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa - crianças e adolescentes com deficiência no Paraná

	DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL	DIFICULDADE DE OUVIR	DIFICULDADE DE ENXERGAR	DIFICULDADE DE CAMINHAR	DE
<b>DEF. INTELLECTUAL</b>	-	2523 (7.7%)	5359 (4.1%)	6643 (26.8%)	
<b>DIF. DE OUVIR</b>	2523 (9.6%)	-	6715 (5.2%)	3216 (13%)	
<b>DIF. DE ENXERGAR</b>	5359 (20.4%)	6715 (20.4%)	-	6041 (24.4%)	
<b>DIF. CAMINHAR</b>	6643 (25.3%)	3216 (9.8%)	6041 (4.7%)	-	
<b>Total</b>	<b>26234 (100%)</b>	<b>32931 (100%)</b>	<b>129547 (100%)</b>	<b>24793 (100%)</b>	

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo Demográfico 2010  
Elaboração: O autor, 2015.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) apresenta as seguintes causas das deficiências:

(1) os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; (2) as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; (3) as perturbações psiquiátricas; (4) o abuso de álcool e de drogas; (5) a desnutrição; e (6) os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito. (BRASIL, 2008, p. 13).

Para tanto, cabe neste momento caracterizar a Deficiência Intelectual frente ao Código Internacional de Doenças – décima edição (CID 10). As deficiências intelectuais estão no conjunto do Capítulo V do CID-10 como Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99).

A terminologia da deficiência intelectual empregada pelo CID-10 é de Retardo Mental, sendo que seu conceito é:

F70-F79 Retardo mental - Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente (DATASUS, 2015).

Como derivações para o retardo mental o CID-10 emprega o seguinte: F70- Retardo mental leve. F71- Retardo mental moderado. F72- Retardo mental grave. F73- Retardo mental profundo. F78- Outro retardo mental F79- Retardo mental não especificado (DATASUS, 2015).

Na quinta edição do Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) a Deficiência intelectual é também chamada de transtorno do desenvolvimento intelectual e trata-se de:

um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.

B. Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014, p. 33).

A American Psychiatric Association *et al.* (2014) explica que a prevalência geral da deficiência intelectual na população como um todo gira em torno de 1%, obedecendo variações decorrentes da idade.

Como comorbidade a ocorrência concomitante de condições mentais, do neurodesenvolvimento, médicas e físicas são mais frequentes na deficiência intelectual, com taxas de algumas condições (por exemplo, os transtornos mentais, paralisia cerebral e epilepsia) são de três a quatro vezes mais altas que na população em geral.

Os transtornos mentais e do neurodesenvolvimento comórbidos mais comuns são transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos depressivo e bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno do movimento estereotipado (com ou sem comportamento autolesivo), transtornos do controle de impulsos e transtorno neurocognitivo maior. Um transtorno depressivo maior pode ocorrer nos diferentes níveis de gravidade da deficiência

intelectual. Comportamento autolesivo requer imediata atenção diagnóstica, podendo gerar um diagnóstico separado de transtorno do movimento estereotipado. Indivíduos com deficiência intelectual, em especial os com uma deficiência mais grave, podem também evidenciar agressividade e comportamentos disruptivos, inclusive causando danos a outros ou destruindo propriedades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014, p. 40)

Adentrando acerca do transtorno mental, faz-se necessário primeiramente conceituá-lo, possibilitando a diferenciação da deficiência intelectual:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014, p. 20)

Os transtornos mentais em sua grandeza, encontram-se elencados no Capítulo V do CID-10, Transtornos mentais e comportamentais, cujas derivações e patologias são e distribuídas numa numeração entre F00-F99 (DATASUS, 2015b).

Em muitos casos, além da deficiência é muito comum outras doenças associadas. No caso específico da deficiência intelectual encontramos por vezes algum transtorno mental associado.

Um estudo realizado pelo movimento social FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de lãs Personas con Discapacidad Intelectual) relata que os adultos com deficiência intelectual possuem um risco elevado para o desenvolvimento de transtornos mentais devido a complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e familiares. Estudos de

prevalência têm consistentemente mostrado que entre 20 e 40% das pessoas com deficiência intelectual também possuem alguma forma de perturbação mental (FEAPS, 2008).

Já Surjus e Campos (2014) apontam que essa incidência ocorre entre 30 e 40% de pessoas com deficiência intelectual com transtorno mental associado.

Porém, diante dessa complexidade, nota-se certo embaraço quanto a esse diagnóstico dual, de deficiência intelectual mais transtorno mental, pois os serviços se confundem. Muitas vezes um diagnóstico priva o atendimento em um equipamento e vice-versa (SURJUS e CAMPOS, 2013).

#### 2.4. SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS, CONCEITOS DE “REDE” E ALGUNS ATORES

Nesta seção serão apresentados alguns conceitos acerca da terminologia “rede”, sendo esta trabalhada na perspectiva da área da criança e do adolescente, bem como os atores que compõe o Sistema de Garantia de Direitos. Como atores serão citados especificamente: a Fundação de Ação Social (FAS), sua organização e número de unidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes; e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), sua história e organização. Ressalta-se que para o texto final da dissertação, bem como para a submissão de artigos advindos, os nomes serão suprimidos.

Com as novas modalidades de acolhimento frente ao reordenamento dos serviços, cabe ao poder público a responsabilidade de propiciar à essa criança e adolescente o acesso aos equipamentos, sejam eles da saúde, da assistência social, da educação, da justiça e segurança pública. Via de regra, isso garantirá à essa criança ou adolescente a garantia da não violação dos seus direitos. O apoio intersetorial conseguirá garantir seu desenvolvimento pleno, ainda mais se esse sujeito se encontra em situação de acolhimento institucional.

No caminhar histórico dos marcos legais da criança e do adolescente, verificava-se que não havia uma descentralização do poder. Este estava ainda

no âmbito jurídico, cujas decisões somente por ele podiam ser tomadas. O que se verifica neste momento, não que não seja necessária uma decisão judicial para garantir uma não violação de direitos, mas sim, se houvesse um trabalho de base, o Poder Judiciário não precisaria ser acionado. A morosidade que o caso acaba ganhando causa prejuízos, principalmente para a criança, que em alguns casos (se trabalhados na prevenção) poderiam evitar a medida protetiva de acolhimento (REDE MARISTA DE SOLIDARIEDADE e MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, 2014).

O atendimento deve ser priorizado, para que a solução do problema se dê mais rapidamente, com profissionais mais engajados e preparados, cada um sabendo do seu papel na resolução da questão. É nesse ponto, de um trabalho mais efetivo, que surge a necessidade de se “trabalhar em rede”. Esse “trabalhar” pressupõe a existência de programas e serviços que funcionem de forma organizada e integrada, a partir da identificação de fluxos e protocolos de atendimento intersetorial/interdisciplinar. Esse novo pensar, essa nova modalidade de atendimento universal, não deve depender, via de regra, da judicialização, conforme figura 1 (REDE MARISTA DE SOLIDARIEDADE e MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, 2014).

Contudo, antes de mencionar esse trabalho, faz-se necessário identificar os responsáveis na garantia de direitos. O ECA instituiu como forma de fiscalizar e propiciar a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), (BRASIL, 1990).

Faleiros e Faleiros (2008) coloca que o SGD corresponde a um conjunto articulado de ações do Governo e da Sociedade Civil, previsto pelo ECA, que visa garantir a execução de suas determinações. Os equipamentos que integram o SGD são encarregados da elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes.

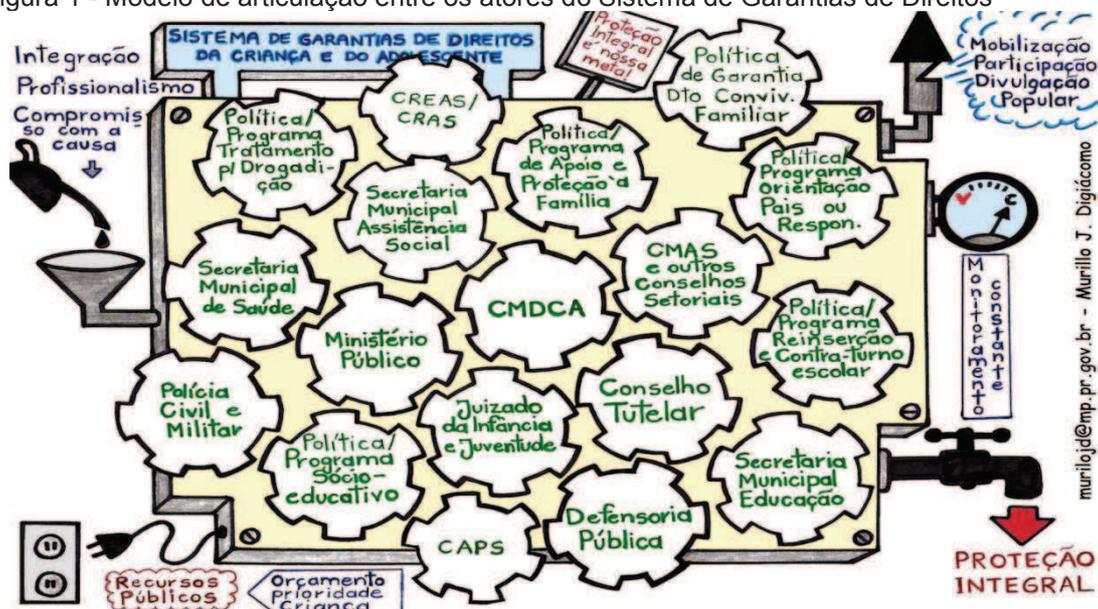
Dentre os órgãos que fazem parte do SGD, cabe elencar: Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Varas da Infância e da Juventude, Promotorias da Infância e da Juventude, Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPAC), Fóruns dos Direitos da Criança e do Adolescente, Centros de Defesa, Defensoria Pública, Secretarias de Governo Estaduais e Municipais (executoras de políticas públicas – Saúde, Educação, Assistência

Social, etc.), Organizações Não Governamentais (FALEIROS; FALEIROS, 2008). Tais órgãos podem ser visualizados na figura 1, elaborada pelo Ministério Público do Paraná (MPPR, 2014).

Na Figura 1, pode-se evidenciar a Proteção Integral, preconizada no ECA, e para se chegar a essa proteção, faz-se necessário que todas as “engrenagens” representadas pelos órgãos estejam funcionando em sincronia.

Partindo dessa sincronia entre os vários atores (órgãos), faz-se necessário compreender esse trabalho interdisciplinar e intersetorial que faz com que a “engrenagem gire” garantindo o acesso aos seus direitos. Ressalta-se a definição do que é Rede.

Figura 1 - Modelo de articulação entre os atores do Sistema de Garantias de Direitos



Fonte: Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR, 2014).

Para Mendes (2011) o conceito de rede tem sido e é usado em diversas áreas do saber, como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia da informação.

Segundo Gulassa (2010) a rede pessoal e social do indivíduo é uma trama de relações que se constrói em função de suas necessidades materiais e afetivas. A rede responde e contribui para o sentido de pertencimento do indivíduo.

Lussi e Marinucci (2007 p. 01) definem rede como:

A simbologia da “rede” é significativa para a compreensão do conceito: a rede não é apenas a soma de cordas. É uma maneira de entrelaçar as cordas de tal modo que, juntas, conseguem adquirir potencialidades que ultrapassam as capacidades individuais de cada uma delas. Em outras palavras, o trabalho em rede, além de ser uma forma privilegiada para somar forças, é também uma maneira de trabalhar de forma articulada que permite desdobrar as habilidades dos sujeitos envolvidos, garantindo uma maior eficácia no trabalho e maior eficiência nos resultados.

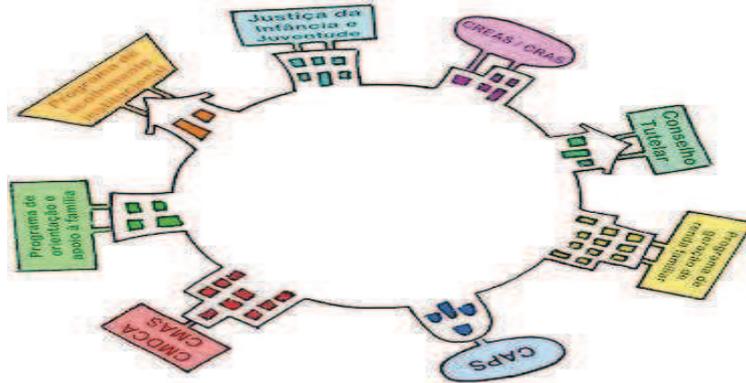
A rede de proteção mais próxima, que pode também ser denominada de rede primária de proteção abrange a família, os amigos, os padrinhos, os vizinhos, colegas de trabalho e pessoas da igreja. Consiste na maneira mais elementar e também a mais utilizada na garantia de proteção. Neste caso, em uma situação de crise, a família fica impossibilitada de prover cuidados, ou mesmo perde sua rede de proteção, e a criança necessita ser acolhida. O acolhimento institucional neste caso torna-se então parte da rede de proteção, que propicia para essa criança a proteção e a qualidade do vínculo (GULASSA, 2010).

Ainda, a rede de proteção pode ser também denominada de secundária, quando fazem parte dessa trama: “as creches, as escolas e os serviços educacionais; os serviços de saúde, como unidades básicas de saúde e hospitais; os centros culturais, sociais, esportivos, de lazer; a igreja e a comunidade” (GULASSA, 2010, p. 40).

A rede é uma forma de organização capaz de propiciar a proteção integral. Não se trata de uma entidade e também não é um objeto. O trabalhar em rede é uma forma coletiva de planejar e organizar entidades (sejam elas governamentais e não governamentais), comunidades, e fluxos de atendimento, que venham a efetivar a proteção integral, que tanto é citado no ECA (REDE MARISTA DE SOLIDARIEDADE; MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, 2014).

O trabalho em rede ainda pode ser ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Atores do Sistema de Garantia de Direitos – trabalho em rede



Fonte: Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR, 2014b).

Os benefícios das relações dessa trama propiciam resultados positivos tanto para a criança como para a família, no caso de acolhimento:

- Os vizinhos, os serviços particulares e públicos do território, os serviços do Sistema de Garantia de Direitos, a Vara da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar, o CRAS e o CREAS são parceiros fundamentais dos serviços de acolhimento. Esta parceria resulta em um trabalho conjunto que proporciona maior qualidade e produz resultados mais positivos.
- A escola, os serviços complementares à escola, os atendimentos para crianças com problemas de aprendizagem e as universidades estão se aproximando dos serviços de acolhimento, oferecendo maior apoio às crianças.
- Os serviços de saúde, em especial de saúde mental, têm importante função na parceria com os serviços de acolhimento.
- A articulação dos serviços de acolhimento institucional com serviços de saúde mental tem sido essencial para os cuidados de algumas crianças acolhidas. Alguns casos necessitam de terapia ou acompanhamento terapêutico. Não há como o acolhimento institucional assumir esses atendimentos sozinho (GULASSA, 2010, p. 40-41).

Segundo Faleiros e Faleiros (2008) a Rede de Proteção de crianças e adolescentes nada mais é que um conjunto social constituído por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e construído que tem como objetivo, a garantia dos direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil. Podem-se citar como exemplos, a Rede de Proteção de Adolescentes em Conflito com a Lei, a Rede de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e a Rede de Proteção dos Meninos e Meninas de Rua, entre outras. A abrangência dessas pode ser municipal, estadual, nacional ou internacional.

Os serviços de acolhimento institucional em Curitiba são organizados a partir da Fundação Ação Social (FAS), sendo ela o órgão público responsável pela gestão da assistência social em Curitiba. A FAS atua de maneira integrada a órgãos governamentais e instituições não governamentais, que compõe a rede socioassistencial de Curitiba (CURITIBA, 2015).

Os esforços deste órgão visam à consolidação da assistência social em Curitiba, conforme explanado nas diretrizes do SUAS. A FAS possui nove núcleos regionais, onde a expansão e aprimoramento dos serviços acontecem de forma descentralizada. Os nove núcleos regionais são compostos por: Núcleo Regional Bairro Novo, Núcleo Regional Boa Vista, Núcleo Regional Boqueirão, Núcleo Regional Cajuru, Núcleo Regional CIC - Cidade Industrial de Curitiba, Núcleo Regional Matriz, Núcleo Regional Pinheirinho, Núcleo Regional Portão, Núcleo Regional Santa Felicidade (CURITIBA, 2015).

O público-alvo consiste em cidadãos, grupos e famílias que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Os serviços encontram-se divididos em dois níveis de proteção: a básica e a especial, atuando na busca por um espaço de expressão da cidadania e da reconquista dos direitos sociais. (CURITIBA, 2015).

Se tratando de acolhimento para crianças e adolescentes a FAS mantém atualmente 42 instituições conveniadas e 8 unidades da própria organização (CURITIBA, 2015b).

Já a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Curitiba é uma entidade filantrópica que atende pessoas com deficiência intelectual, de várias idades. A mesma foi criada em 06/10/1962, vindo desde a data de fundação prestando serviços relevantes à comunidade (APAE, 2015).

A APAE de Curitiba é a maior do Paraná, prestando atualmente cerca de 735 atendimentos/dia. A organização é mantenedora de 5 escolas especiais. De acordo com a instituição

“A APAE Curitiba tem como MISSÃO promover e articular ações de defesa de direitos, prevenção, orientações, prestação de serviços, apoio à família, direcionadas à melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência e à construção de uma sociedade justa e solidária.” (APAE, 2015).

Outro ator do SGD que fará parte deste projeto é o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), que será explicitado na próxima seção pois trata-se de um equipamento oriundo da política pública de Saúde.

## 2.5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Nesta seção serão apresentados alguns tópicos relacionados às políticas públicas da Assistência Social, bem como políticas públicas de Saúde voltadas à pessoa com deficiência e ao transtorno mental, como também as suas relações com as unidades de acolhimento para crianças e adolescentes.

O CNAS aprova por meio da Resolução 109/2009 de 11/11/2009 a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009). Essa resolução organizou os níveis de complexidade do SUAS, conforme disposição abaixo:

### **I - Serviços de Proteção Social Básica:**

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

### **II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:**

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

### **III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:**

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:
  - abrigo institucional;
  - Casa-Lar;
  - Casa de Passagem;
  - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências (BRASIL, 2009, p. 2).

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade diz respeito aos casos nos quais se configura o rompimento do vínculo familiar e comunitário, no qual o indivíduo necessita de proteção especial temporária e onde não se pode contar com o cuidado da família. O atendimento, quando isso acontece, visa

reestabelecer esse vínculo familiar e a autonomia do sujeito (ASSIS; FARIAS, 2013).

Como objetivos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, cabe citar:

- Acolher e garantir proteção integral;
- Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;
- Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;
- Possibilitar a convivência comunitária;
- Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
- Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia;
- Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público (BRASIL, 2011c, p. 69).

A Constituição Federal de 1988 enfatizou as definições de igualdade e equidade para o acesso universal a serviços públicos, inclusive à saúde. A igualdade preconiza o princípio da justiça distributiva, enquanto que a equidade reconhece as diferenças entre indivíduos e o tratamento diferenciado. (TEIXEIRA, 2010). Pensando nos princípios de igualdade e de equidade, a promoção da acessibilidade e da inclusão social deve prever a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidade, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida de qualidade, sem exclusões. Quanto maior a convivência sem discriminações, maior a inclusão. (BRASIL, 2009c).

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, contempla e vem reorganizar no país a partir das políticas públicas de saúde.

Ainda na prática, não se pode conceber que todas as pessoas com deficiência tenham seu direito à saúde garantido. Não há como garantir que todas as cidades possuam recursos para amparo e atendimento dessa parcela da população, assim como essa situação é agravada em áreas rurais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008, p. 27), determina em seus propósitos:

reabilita a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Teixeira (2010), em sua dissertação, acrescenta que o SUS possui a responsabilidade de ter a atenção Integral à Saúde, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, garantindo acesso às ações básicas e de maior complexidade, aos procedimentos de reabilitação, e ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Em 2012 o Governo Federal criou o plano Viver Sem Limites (BRASIL, 2013), que orienta e fornece propostas governamentais de ampliação dos serviços prestados as pessoas com deficiência, bem como criou no mesmo ano, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que prevê a implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios (BRASIL, 2012). Esta nova política propõe a articulação entre os serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação.

A portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, objetivando a ampliação do acesso e qualificação do atendimento para pessoas com deficiência temporária ou permanente, seja ela regressiva ou estável, intermitente ou contínua no SUS (BRASIL, 2012).

As diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência consistem em:

- I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- II - promoção da equidade;
- III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;

- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X - promoção de estratégias de educação permanente;
- XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e
- XII- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2012).

Como propostas da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência realizada em 2008, muitas ações foram implementadas pelo Governo Federal a partir do Plano Viver Sem Limites. (BRASIL, 2012b)

Uma das propostas era a realização de estudos e diagnósticos para a criação de bancos de dados e realização de programas e campanhas de sensibilização humana, habilitação/reabilitação, e ações preventivas em âmbito nacional, relativas às pessoas com deficiência. Investimentos em pesquisas científicas visando à descoberta de novas tecnologias nas áreas relativas à deficiência encontra-se como outra ação implementada. (BRASIL, 2012b)

Outra ação elencada na II Conferência diz respeito à criação de um cadastro único de pessoas com deficiência, qualificando e integrando os Sistemas de Informações das redes SUAS e SUS para o atendimento integral das pessoas com deficiência, mapeando-as para melhor implantação de políticas públicas, criando ações permanentes e integradas com a Política de Assistência Social. (BRASIL, 2012b)

Em Curitiba existe uma Rede de Atenção Integral a Saúde da Pessoa com Deficiência (CURITIBA, 2015c) que preconiza dentre vários itens o seguinte:

...

**Assistência Integral à Saúde:** Integram desde as ações da Atenção Primária à Saúde, tendo suas ações implementadas pela equipe multiprofissional dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde – NAAPS (psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos nutricionistas e educadores físicos), além dos Ambulatórios especializados, Hospitais para atendimento integral e os Centros Municipais de Urgências Médicas - CMUM's, regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas. O atendimento odontológico também está contemplado na assistência integral à saúde da pessoa com

deficiência nos três níveis de atenção. O atendimento inicial é realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e caso seja indicado, há encaminhamento para a Unidade de Saúde Amigo Especial (referência) e em casos mais complexos o atendimento odontológico é realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral.

### **Serviços de Reabilitação**

...

**3.** Reabilitação Intelectual: Os Ambulatórios de reabilitação neurosensorial credenciados pelo SUS são constituídos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Realizam avaliação, estimulação, reabilitação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa com deficiência intelectual/ autismo que necessitem de cuidados em saúde. São desenvolvidas atividades de estimulação sensorial e psicomotora, visando a reeducação das funções cognitivas e sensoriais (CURITIBA, 2015b).

Acerca da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 salienta-se que um dos seus objetivos específicos trata dos grupos vulneráveis: “I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)” (BRASIL, 2011d).

Antes de adentrar nos equipamentos pertinentes a RAPS é necessário conceituar o termo saúde mental, segundo a *World Health Organization* (WHO)

Um estado de bem-estar sendo na qual cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, para poder lidar com as tensões normais da vida, poder trabalhar de forma produtiva e frutífera e capaz de fazer uma contribuição para ela ou o seu comunidade (WHO, 2013, p 9).

Um dos equipamentos que emergiram por meio da Reforma Psiquiátrica foi a Lei 10.216, de 06 de dezembro de 2001 que redireciona o modelo de assistencial em saúde mental, bem como a própria Portaria 3.088, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (BRASIL, 2001). Dentre as modalidades desse equipamento, faz-se necessário explicar os serviços para crianças e adolescentes com transtorno mental que são apontados no artigo 7 da Portaria 3.088:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos

mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

...

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

...

VI – CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011d).

A garantia da saúde de crianças e adolescentes está prevista no ECA, que deixa claro em seu artigo 7º que: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (BRASIL, 1990).

E ainda no caso específico de crianças e adolescentes com deficiência, o ECA preconiza ainda em seu artigo 11º, cuja redação foi dada pela Lei 11.185 de 07 de outubro de 2005, o seguinte:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 1990).

Para que haja um atendimento humanizado de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, faz-se necessária uma estreita articulação entre o SUS e o SUAS. Desse modo, orienta-se que os órgãos gestores dessas duas políticas desenvolvam estratégias conjuntas e elaborem protocolos de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que se encontram em Serviços de Acolhimento, bem como de seus familiares, conforme preconização das Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009b).

As ações de promoção da saúde, ações educativas e de prevenção de agravos devem ser articuladas com a Rede de Atenção Básica/Primária, que é

composta por Unidades Básicas de Saúde. Esses serviços também devem ser procurados, caso haja necessidade de solicitar requisição de exames, medicamentos básicos e acompanhamento do quadro de situação de saúde de crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Em situações específicas, a equipe desses serviços fará também encaminhamento para unidades de atenção especializada, com profissionais capacitados para atenderem casos que demandem atenção especializada, como, por exemplo, crianças e adolescentes com deficiência (BRASIL, 2009b).

A rede de saúde mental deverá ser acionada se houver casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas devido ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Isso deve ocorrer por intermédio da Atenção Básica, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou, onde houver o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves como autismo, psicoses, neuroses graves, abuso ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009b).

Nas ações educativas, a articulação com o órgão gestor da saúde deve estar previsto nas ações de capacitação e acompanhamento dos educadores/cuidadores, além dos profissionais dos serviços de acolhimento, bem como das famílias acolhedoras, em relação a cuidados diferenciados como crianças e adolescentes com deficiência, transtorno mental ou outras necessidades específicas de saúde. Especial atenção deve ser dada no sentido de garantir à criança e ao adolescente com deficiência ou necessidades específicas de saúde, acolhidos no serviço, reintegrados à família de origem ou encaminhados à família substituta. O acesso a tratamentos, medicamentos, serviços especializados e equipamentos de saúde, também devem ser fornecidos como apoio necessário à família para o atendimento às suas necessidades específicas. O atendimento especializado, quando houver, se justifica pela possibilidade de atenção diferenciada a vulnerabilidades específicas. Não pode prejudicar a convivência de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco, como irmãos e primos, nem se constituir motivo de discriminação ou segregação (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, a organização da rede local de serviços de acolhimento deverá garantir que toda criança ou adolescente acolhida, que venha a necessitar de atendimento especializado, receba este atendimento e toda a diversificação dos serviços ofertados, bem como possa usufruir de toda a articulação entre as políticas públicas, de modo a proporcionar respostas efetivas às diferentes demandas dos usuários.

## 2.6. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE / SAÚDE MENTAL

Neste tópico serão explanadas questões de conceito do acesso aos serviços de saúde, como também, categorias de análise que contribuirão para as análises qualitativas dos extratos de texto das respostas dos participantes desta pesquisa.

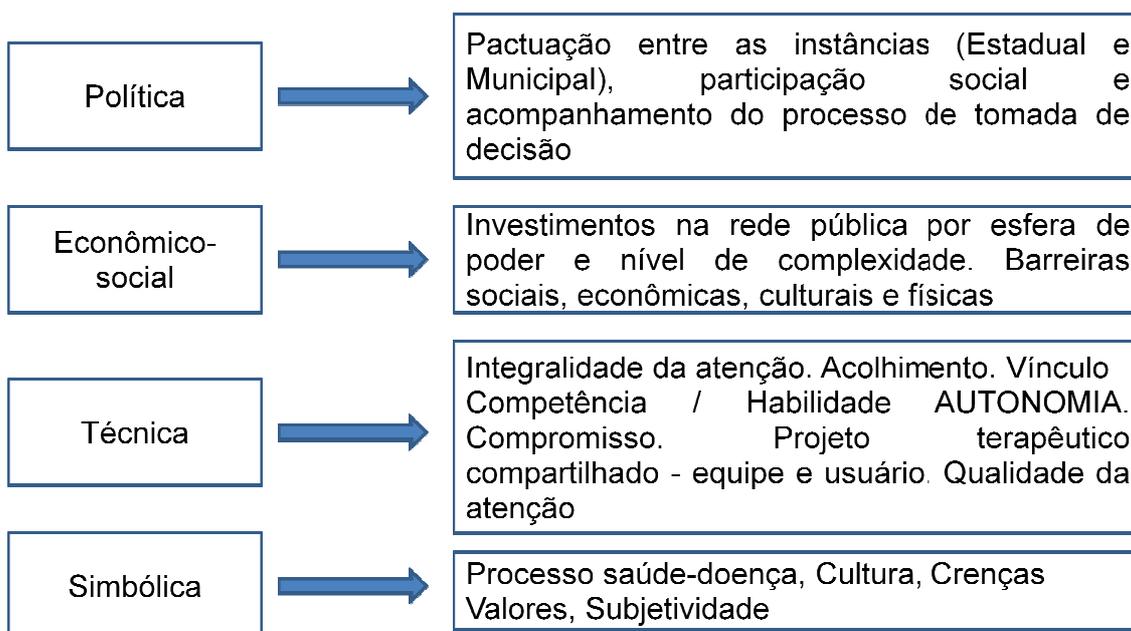
Giovanella e Fleury (1996) discutem que o acesso é categoria central para a análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde. As mesmas o apresentam como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Faz-se necessário compreender que o termo “acesso”, de maneira semelhante à preconizada pelo SUS, refere-se a entrada e acolhimento dos usuários aos serviços de saúde, definição em que se encaixa a dimensão técnica de acesso.

Segundo Falavina e Cerqueira (2008) a complexidade do conceito de acesso aos serviços de saúde encontra-se relacionado com o fato de que o acesso explica o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de determinado serviço. Contudo, as barreiras no acesso resultam de uma combinação de fatores. No estudo proposto pelas referidas autoras foram analisados os seguintes obstáculos que traduzem em barreiras ao acesso: geográficos, que condiz à distância até o serviço e tempo utilizado pelo usuário no deslocamento até a unidade de saúde; os organizacionais, que estão relacionados ao modo como uma unidade oferece seus serviços e ainda outras barreiras organizacionais, como o tempo de espera pelo atendimento médico e a facilidade ou não na realização de exames laboratoriais e clínicos. Já as barreiras econômicas referem-se aos custos de transporte e ao consumo de tempo do indivíduo.

No estudo de Da Costa Borysow e Furtado (2013) são apresentadas as dimensões do acesso embasados na revisão de Giovanella e Fleury (1996) que consistem em: econômica, que abrange a oferta de atenção à saúde e a demanda da população; técnica, que destaca os aspectos organizacionais da rede; política, que envolve aspectos de mobilização popular frente à conscientização dos mecanismos sanitários; e simbólica, trazendo as representações sociais sobre a atenção à saúde.

A partir da revisão realizada por Assis e Jesus (2012), embasados também no que Giovanella e Freury (1996) apontaram, algumas discussões teóricas foram defendidas a partir de um modelo de análise, que postula o acesso em dimensões relacionadas às questões políticas, econômico-social, técnicas, organizativas e simbólicas. Com estas, as autoras buscaram compreender as políticas formuladas e sua execução, que envolvem a gestão com tomada de decisão e participação da sociedade, além das práticas operadas nos serviços de saúde: como os serviços se organizam, como os trabalhadores atuam e as subjetividades que impactam nestas relações, com seus componentes simbólicos e representacionais no atendimento às demandas e necessidades dos usuários SUS (Figura 3).

Figura 3 - Dimensões da análise do acesso



Elaboração: autor, 2016, adaptado de Assis e Jesus (2012).

A dimensão política busca confirmar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, através do acompanhamento do processo e da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política com transparência no processo decisório. São estratégias que podem promover a superação de carências históricas da oferta nos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (ASSIS e JESUS, 2012).

Já a dimensão econômico-social, esta pode ser analisada por meio dos investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com definição das responsabilidades de financiamento pelas esferas de poder (federal, estadual e municipal). Não obstante, é importante possibilitar interações objetivas, traduzidas na referência interestadual e intermunicipal da oferta e da demanda concretas aos serviços de saúde. Faz-se necessário identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema (ASSIS e JESUS, 2012).

A dimensão técnica tem como objetivo a responsabilização dos trabalhadores de saúde, dos gestores de saúde, dos prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do sistema no centro do processo da atenção à saúde. Para esta mudança busca-se a apreensão de dispositivos (conceitos) da integralidade da atenção como: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e do usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado (ASSIS e JESUS, 2012).

A última dimensão de análise do acesso, a simbólica, adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, que envolve a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção em *locus* regionais. Essas dimensões se reúnem para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade (ASSIS e JESUS, 2012).

## 2.7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Segundo Camara e Martinho (2011) o termo diagnóstico é definido como: *diagnosticu* = dia “através de, durante, por meio de” + *gnosticu* = “alusivo ao conhecimento de”. Lato sensu corresponde a conhecimento (efetivo ou em confirmação) sobre algo ao momento do seu exame; descrição minuciosa de algo, feito pelo pesquisador; ou ainda, a juízo declarado ou proferido sobre a característica, a composição, o comportamento, a natureza entre outros, de algo, com base em dados ou informações deste obtidos por meio de exame.

A terminologia diagnóstico também é empregada nas organizações, para analisar estruturas organizacionais. Muitas vezes em empresas o diagnóstico é confundido com auditoria, que além de diferirem pela nomenclatura, seus sentidos são distintos. Já em organizações ou estruturas de saúde, o diagnóstico é de fundamental importância para a formulação de políticas e na elaboração do plano de ação, que visam a melhoria e o desenvolvimento sustentável das instituições de saúde (CAMARA; MARTINHO, 2011).

O primeiro passo do processo diagnóstico de organizações de saúde consiste no estudo da macrorregião em que a unidade de saúde está inserida, por exemplo, onde analisa-se os aspectos históricos, geográficos, demográficos, econômicos, educacionais e de saúde. Nas cidades torna-se necessário a realização desse método para priorizar programas e projetos, e específico na área da saúde, para elaboração do projeto de gestão e o plano municipal de saúde. O diagnóstico situacional de saúde pública é de fundamental importância para a formulação de programas de atendimento às exigências para repasses de recursos. Trata-se de uma ferramenta utilizada para definir qual o melhor modelo de gestão, quais são eles e as fontes dos recursos necessários para financiar os serviços a serem oferecidos para as pessoas daquela região. Ainda, o método diagnóstico serve para orientar a implementação de normas operacionais de assistências à saúde, que possibilitam a ampliação da responsabilidade dos municípios na atenção básica, e realização da regionalização dos serviços de saúde (CAMARA; MARTINHO, 2011).

Para Camara e Martinho (2011), o segundo passo do processo diagnóstico é realizado nos estabelecimentos de saúde, onde se faz necessária a análise detalhada envolvendo entre outros itens da área física sua localização, equipamentos, recursos humanos e organização, identificando a capacidade instalada; seus fluxos internos, análise econômica e cumprimento de normas e exigências legais.

O diagnóstico nos estabelecimentos de saúde é realizado em três etapas:

1ª Etapa: reunião com o corpo funcional, em que onde são expostos os objetivos do diagnóstico, deixando claro que a maior parte do trabalho depende das informações de cada unidade. A seguir, é feita a entrevista com os responsáveis de cada setor para conhecer a estrutura, rotinas e procedimentos operacionais padrão;

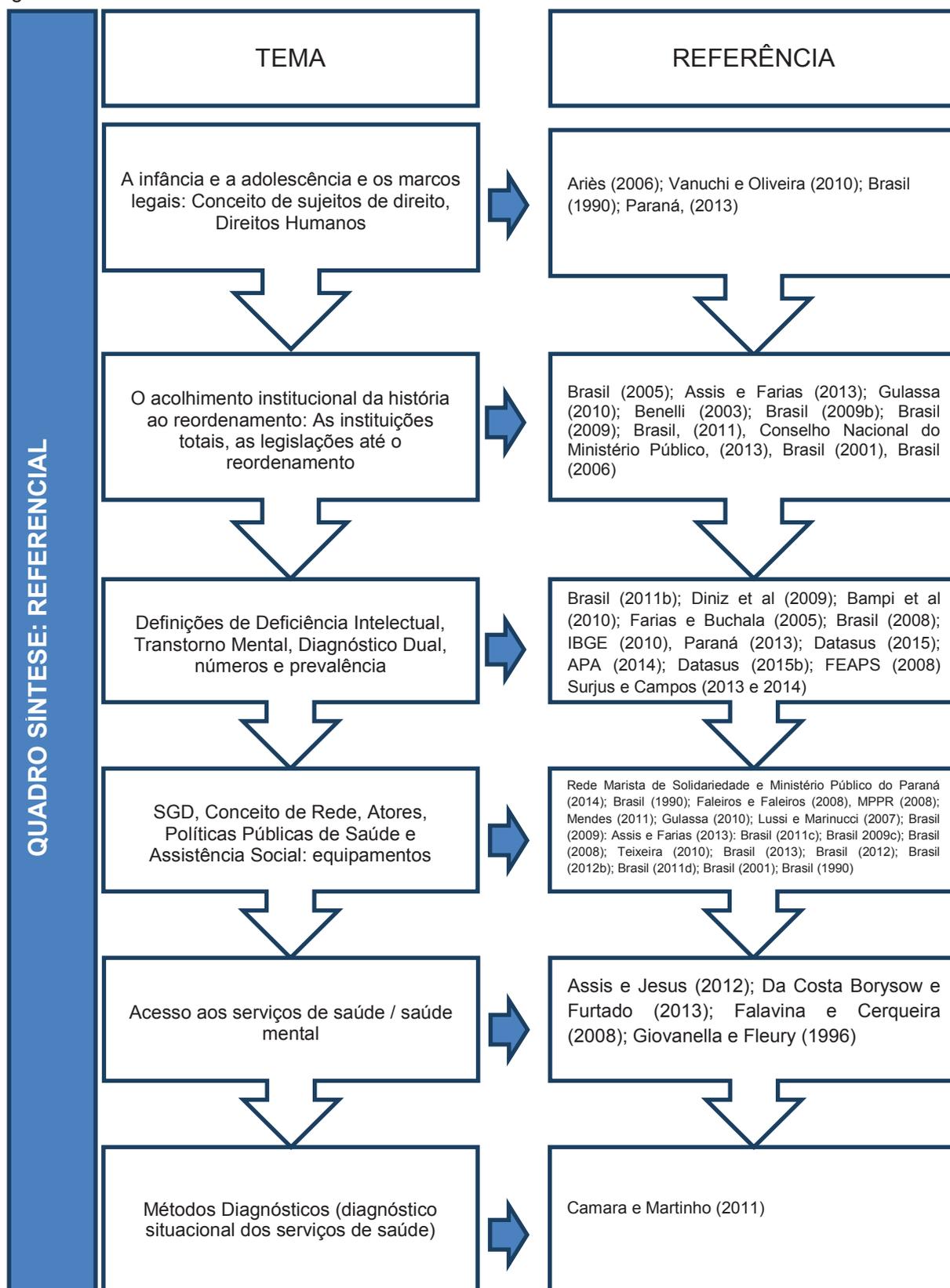
2ª Etapa: Análise das informações e documentos obtidos nas entrevistas individuais. São comparados com a legislação vigente, objetivando sugestões específicas de melhorias em cada aspecto analisado;

3ª Etapa: Apresentação dos resultados com o prognóstico e sugestões para a melhoria de cada atividade da instituição (CAMARA; MARTINHO, 2011, p. 333).

Trata-se de uma que uma avaliação integral da instituição para fornecer informações detalhadas, sendo analisados os aspectos culturais, técnicos, econômicos e políticos para conhecer o mercado e subsidiar a tomada de decisão, para elaborar o planejamento estratégico e estabelecer um plano de ação (CAMARA; MARTINHO, 2011).

## 2.8. QUADRO SÍNTESE DO REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 4 - Síntese do referencial teórico



Elaboração: o autor, 2016.

### 3. TRABALHOS RELACIONADOS

Nesta seção serão apresentados alguns trabalhos que propiciaram a problematização do tema proposto, fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e os métodos a serem utilizados. O quadro 2 no final desta seção simplifica os objetivos, encaminhamentos metodológicos e resultados dos estudos selecionados.

Os trabalhos foram selecionados a partir de várias revisões da literatura. Na primeira revisão foi utilizado o descritor “Crianças e adolescentes com Deficiência”, sendo que utilizando alguns critérios de busca, especificando crianças e adolescentes com deficiência e temporalidade dos últimos cinco anos, foram elencados 129 (cento e vinte e nove) documentos entre artigos, dissertações e teses com a temática deficiência. Nesse primeiro trabalho de revisão dentre os documentos selecionados, apenas dois traziam a temática de crianças e adolescentes com deficiência institucionalizados.

Tendo em vista a escassez de materiais, ainda mais se tratando da questão “acolhimento”, foi feita uma nova revisão com os descritores: “crianças e adolescentes com deficiência acolhidos” e “crianças e adolescentes com deficiência institucionalizados”. Com essa nova revisão, foram elencados mais 86 (oitenta e seis) documentos dentre legislações, artigos, teses e dissertações.

A partir dessa busca foram encontrados materiais de uma pesquisa realizada pelo Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (CIESPI) em parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRIO), intitulada: “Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro” (CIESPI, 2008) realizada em abrigos, cujo foco era mapear a situação de crianças e adolescentes com deficiência. Os pesquisadores, a partir dos resultados, dividiram os abrigos em dois tipos: abrigos específicos, que atendem exclusivamente crianças e adolescentes com deficiência; e abrigos mistos sendo aqueles que atendem crianças e adolescentes sem especificidades.

Dentre os materiais oriundos dessa revisão, salienta-se como de suma

importância para a problematização desse trabalho a tese de doutorado de Almeida (2012) e a dissertação de mestrado de Ricardo (2011). Em ambos, foi abordado o papel que a rede de apoio deve fornecer, tanto para a questão do reordenamento, que tirou a responsabilidade do abrigo em educar e tratar por exemplo, passando para os demais atores da rede. Ricardo (2011) ainda aponta que falha nessa mesma rede de serviços acaba sendo, por vezes, o motivo do acolhimento de crianças e adolescentes com deficiência.

O relatório de pesquisa de Rizzini (2008) apresenta os resultados oriundos da mesma pesquisa do CIESPI. A professora Irene Rizzini da PUCRIO foi orientadora dos trabalhos de Almeida (2012) e Ricardo (2011), e de outros trabalhos que também se encontram elencados no decorrer do texto.

Para subsidiar os encaminhamentos metodológicos deste projeto, foi feita uma nova revisão da literatura com o intuito de buscar materiais acerca do diagnóstico situacional dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes. Para isso foi levantado materiais com os descritores: “diagnóstico situacional dos serviços de saúde mental”, “atendimentos psicológicos para crianças e adolescentes”, “atendimentos psicológicos para crianças e adolescentes com deficiência”, “serviços de saúde mental para crianças e adolescentes”. A partir desse novo processo foram encontrados alguns materiais que puderam delinear os formulários que serão descritos na próxima sessão, bem como delinear os equipamentos de saúde mental que poderão ser estudados, neste caso os CAPSi.

O estudo de Delgado *et al* (2002) realizou um levantamento por meio de coleta de dados por entrevistas e prontuários da situação dos atendimentos de saúde em crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Esse estudo realizou um diagnóstico nos serviços que são prestados na unidade de acolhimento, tanto por colaboradores, como por voluntários e os serviços que eram disponibilizados pela rede.

A pesquisa de Schuster *et al.* (2014) utilizou de um sistema de informação municipal onde foram extraídas informações referente a atendimentos de saúde mental em um município do Rio Grande do Sul.

Já Paula *et al.* (2011) fizeram um apanhado acerca da atuação de psicólogos na estruturação de serviços públicos na assistência de saúde mental de crianças e adolescentes a partir da atenção primária em saúde com

entrevistas com profissionais e buscas sistemáticas em dados públicos.

Na pesquisa de Ronchi e Avellar (2010) foram descritos os serviços de um CAPSi do município de Vitória. Foi entrevistado ao menos um profissional de cada área que atuava no equipamento, sendo coletados dados dos prontuários dos pacientes.

A tese de Silva Surjus, 2014, contribuiu com a análise do termo Diagnóstico Dual e em seu artigo em autoria com Campos; De Lima; Silva Surjus (2013).

Os trabalhos de Pinho; Hernández; Kantorski (2010), Assis *et al.* (2009), Couto; Duarte; Delgado (2008), Ferriani; Bertolucci; Silva (2008), Falavina e Cerqueira (2008), Gomes e Merhy (2014), proporcionaram a discussão dos fatores relacionados ao acesso que serão apontados na próxima seção dentro deste tópico.

METODOLOGIA/PERCURSOS	RESULTADOS
Estudo preliminar/levantamento bibliográfico das entidades/coleta de dados em entrevistas	Este estudo tornou possível notar que, apesar de as crianças acolhidas nos abrigos receberem atendimento de saúde, porém ainda não se pode afirmar que consiste em um programa sistematizado de promoção à saúde.
Foi desenvolvido um estudo observacional, relativo aos indicadores de saúde mental de um município do interior do RGS. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram utilizadas informações referentes à saúde mental, sendo coletadas no "Sistema de Informação Municipal"	A população estudada compreendeu 50,01% de homens (7.369) e 49,09% de mulheres (7.365). Dessa população estudada pode-se observar entre outras variáveis que de 2009, onde tiveram 42 internações SUS, passou para 68 internações em 2010 e até 08/2011 um total de 76 internações, ou seja, um aumento crescente a cada ano. A fim de combater esse aumento progressivo, sugere-se a implantação de um CAPS, modalidade I, para podermos desenvolver e promover assistência qualificada a população.
Quantitativas e qualitativas para analisar o quadro de assistência asilar	Existe uma correlação entre os abrigos específicos e a história da institucionalização da deficiência intelectual, mantendo-se a figura híbrida do abrigo-hospital, as atuais políticas de desinstitucionalização não vem incluindo crianças e adolescentes com deficiência, sendo necessário rever o conceito de crônicos para crianças e adolescentes no regime de internação hospitalar
A análise tem como base duas fontes de informação: uma revisitação dos dados colhidos pela pesquisa. Do <i>confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro</i> (CIESPI, em convênio com a PUC-Rio: CNPq/ Ministério da Saúde 2006-2008) e uma nova consulta de dados realizada a partir de visitas e entrevistas com diretores ou representantes das Instituições.	A busca pelo acolhimento institucional de crianças e adolescentes com deficiência ainda permanece, no entanto, é possível perceber uma pequena diminuição. A impossibilidade dessas famílias de prover até mesmo o essencial para a sobrevivência de seus filhos tem levado muitas crianças e adolescentes a terem seu direito à convivência familiar violado. Associada à pobreza temos também a especificidade do cuidado e do tratamento que sobrecarrega um membro da família a se dedicar exclusivamente à criança ou ao adolescente com deficiência.
Levantamento/mapeamento das instituições que recebem crianças e adolescentes com deficiência no estado do Rio de Janeiro; Visitas aos abrigos (específicos e mistos) e breve entrevista com os dirigentes; Aplicação de questionários para caracterização do universo das crianças e adolescentes abrigados e descrição de suas trajetórias institucionais; Estudos de caso sobre reinserção familiar, com entrevistas nos abrigos e visitas às famílias e filhos reinseridos; Entrevistas com questões abertas e fechadas a profissionais envolvidos nos processos de encaminhamento aos abrigos.	As crianças e adolescentes com deficiência são encaminhados aos abrigos específicos e mistos e lá permanecem por longo período. Mais da metade de suas vidas para muitos deles. Poucos são reinseridos em suas famílias. Alguns dos principais motivos identificados foram: falta de recursos materiais da família para prover cuidados básicos, tratamento e medicação; denúncias de maus-tratos e abuso; os quadros clínico e psíquico da criança ou adolescente.

<p>Foram realizadas entrevistas estruturadas com profissionais-chave de todas as oito unidades de Atenção Primária e com a coordenadora dessa região, além de buscas sistemáticas em dados públicos.</p>	<p>Observou-se que a estrutura da Atenção Primária da Sé segue preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do psicólogo é focada prioritariamente no atendimento individual, e a maioria das unidades contava com um profissional dedicando parcialmente seu tempo à assistência.</p>
<p>Entrevistou-se, segundo disponibilidade, pelo menos um profissional de cada área que atuava no Capsi no momento da pesquisa. Utilizaram-se fichas para o registro das observações feitas pelo pesquisador na instituição. Os dados dos prontuários dos pacientes do primeiro ano de funcionamento do Capsi foram coletados utilizando-se fichas individuais contendo os seguintes itens: idade; sexo; escolaridade; município e bairro de residência; data de entrada no Capsi; fonte de encaminhamento; queixa apresentada; diagnóstico recebido antes de ingressar no Capsi; diagnóstico recebido; modalidade de atendimento oferecido pela instituição; utilização de medicamentos. Para as entrevistas com os profissionais, utilizou-se roteiro semiestruturado. Spss E software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (Alceste)</p>	<p>No Capsi, receberam atendimento 162 crianças e adolescentes, dos quais 51 permaneceram em atendimento no primeiro ano do serviço. Nestes, os diagnósticos mais frequentes foram: transtornos emocionais e do comportamento. Em sua maioria, os profissionais que atuam no Capsi chegaram por meio de concurso público e não conheciam o funcionamento do serviço previamente, destacam a importância do que fazem e apontam a necessidade de buscar recursos e capacitação para o trabalho cotidiano.</p>
<p>Análise do discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a implantação dos serviços substitutivos no território. O trabalho constitui-se de entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil. O dispositivo metodológico que subsidiou a sistematização dos dados foi o "diagrama axiológico-discursivo", construído a partir dos pressupostos teóricos da Análise Crítica do Discurso.</p>	<p>Os resultados apontaram que os trabalhadores parecem evitar o fechamento do serviço, apesar dos movimentos contrários que reforçam a tendência ao isolamento, ao encolhimento e ao esvaziamento do território.</p>
<p>Seleção não sistemática de estudos epidemiológicos desenvolvidos em escolas e comunidades brasileiras. A ampla variedade e a prevalência da violência familiar e comunitária e dos problemas de saúde mental são apontadas, ressaltando-se as diferenças metodológicas dos métodos de aferição e a concentração de estudos nas regiões sul e sudeste do país.</p>	<p>A ainda escassa rede de atendimento para os problemas tratados é sinalizada, assim como a falta de preocupação com a prevenção do transtorno mental e com a promoção da saúde mental.</p>

<p>Análise de publicações e dados oficiais do governo brasileiro sobre a implantação e/ou distribuição de serviços públicos nacionais relacionados à criança e ao adolescente.</p>	<p>A política brasileira de saúde mental infantil e juvenil tem como ação central a implementação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil para atendimento dos casos de transtornos mentais que envolvem prejuízos funcionais severos e persistentes. Existe uma rede intersetorial potencial de cuidado que pode se efetivar com a articulação das ações específicas de saúde mental infantil e juvenil nos setores da saúde geral/atenção-básica, educação, assistência social e justiça/direitos.</p>
<p>O estudo é descritivo e exploratório. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada, observação não estruturada e análise documental.</p>	<p>Foi observado muitas deficiências, cujas soluções não dependem apenas do abrigo, mas sim de uma articulação com outros setores, onde se busca uma assistência em saúde de qualidade, que contemple as necessidades das crianças e adolescentes em sua totalidade.</p>
<p>Situando-se na perspectiva da pesquisa qualitativa e participativa, a partir da Hermenêutica Filosófica, resgataram-se as tradições teóricas constitutivas desses dois campos, Saúde Mental e Deficiência Intelectual, bem como a produção sobre suas intersecções e, a partir do diálogo dos achados entre a revisão da literatura e as experiências de profissionais e gestores de serviços de atenção psicossocial.</p>	<p>Análises preliminares apontam a relevância da problematização da temática para a superação da histórica institucionalização das pessoas com Deficiência Intelectual.</p>
<p>De natureza qualitativa permitiu privilegiar o ponto de vista dos usuários, sua capacidade de expressão, seus medos, críticas e anseios por saúde. Foram sujeitos desta pesquisa pais ou responsáveis por crianças e adolescentes de seis a quatorze anos que frequentaram o serviço por, pelo menos, seis meses.</p>	<p>Quanto ao perfil dos participantes, este estudo foi realizado com famílias de vida simples, constituídas por trabalhadores urbanos, alguns numa situação de maior precariedade, como por exemplo, sérias dificuldades para adquirir os medicamentos para o tratamento do filho, falta de dinheiro para utilizar o transporte coletivo e dependência da doação de roupas usadas pelos vizinhos. Temas como escolarização, isolamento social, discriminação, relações familiares e barreiras na obtenção dos serviços de saúde foram foco da pesquisa. A identificação de tais problemas aponta para a necessidade de inclusão social, melhoria e ampliação dos serviços de saúde mental para a clientela infanto-juvenil e a necessidade de desmistificação da doença mental na família e no ambiente escolar. Além disso, a pesquisa revela que a estruturação adequada dos serviços públicos de saúde mental, evidenciada no atendimento oferecido pelo CAPS Casinha, constitui um modelo de referência fundamental para a população-alvo.</p>
<p>Situando-se na perspectiva da Pesquisa Qualitativa Hermenêutica, resgataram-se as tradições teóricas constitutivas dos campos "saúde mental" (SM) e "deficiência intelectual" (DI), em especial a produção sobre seus pontos de aproximação e, a partir do diálogo entre achados da literatura e experiência de profissionais e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS tipo III) do Estado de SP, com vistas a identificar as concepções acerca da interface entre DI e SM; verificar as ações desenvolvidas</p>	<p>Os resultados apontam evidentes fragilidades ao efetivo cuidado em saúde mental às pessoas com deficiência intelectual mesmo nas cidades onde a expansão dos CAPSIII se fez efetiva, decorrente talvez do próprio esforço de diferenciação do campo da saúde mental, evidenciando ainda a falta de diretrizes políticas à atenção em saúde desta população, bem como da ausência de debate para o desenvolvimento de estratégias de cuidado.</p>

<p>nestes serviços para esta população; mapear a rede de cuidados para as pessoas com deficiência intelectual (PCDI) nestes municípios e construir indicadores sobre a inserção das mesmas na Rede de atenção Psicossocial.</p>	
<p>Os artigos apresentados narram os efeitos da pesquisa intitulada "Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro, do edital Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PP-SUS) – 2010/FAPERJ. A construção metodológica privilegiou o aspecto qualitativo, com destaque para o acompanhamento do usuário guia e como no seu nomadismo vai se abrindo novas redes de cuidado que são construídas e inventadas para fora do próprio sistema de saúde e, às vezes, para vencer as barreiras produzidas no próprio sistema de saúde.</p>	<p>Os resultados apontaram para múltiplas histórias constituídas na rede e a Universidade, na aproximação dos laços entre gestão, produção do cuidado, política e formação. Um dos Eixos propostos foi o de acessibilidade e barreira na rede CAPS, para o qual a presente pesquisa foi selecionada. Uma multiplicidade em que as equipes puderam desconstruir e reconstruir o cuidado, explorar lembranças acerca do usuário guia e do seu processo de cuidado nas redes de saúde mental, em busca tanto de práticas instituídas, quanto de narrativas que aportam novas linhas de investigação que ampliam a rede de conexões desses usuários.</p>

ter *et al.* (2014), Almeida (2012), Ricardo (2011), Rizzini (2008), Paula *et al.* (2011), Ronchi; Avellar (2010), Pinho; *et al.* (2009), Couto; Duarte; Delgado (2008), Ferriani; Bertolucci; Silva (2008), Campos; De Lima; Silva Surjus (2013), *et al.* (2014), Gomes; Merhy (2014).

### 3.1 FATORES RELACIONADOS AO ACESSO

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de bases de dados da Periódico CAPES, Lilacs e Scielo com os seguintes descritores: Acesso em saúde mental de crianças, Acesso em saúde mental de adolescentes, Acesso em saúde mental infantil. Foram pesquisados artigos que atendessem o período de 2010 a 2015.

Como o objetivo era analisar os principais fatores que estavam relacionados ao acesso aos serviços de saúde/saúde mental, os trabalhos compuseram o quadro 3.

Neste mesmo quadro foram elencados os fatores relacionados ao acesso encontrados nos trabalhos relacionados já mencionados neste tópico.

nesso identificados por meio da revisão de literatura

#### Fatores relacionados ao acesso

<p>cesso livre/público aos serviços de saúde.</p> <p>cesso monitoramento para identificação de problemas de saúde mental em escolas primárias e secundárias.</p> <p>l de renda é um “indicador” de acesso a serviços de saúde mental em alguns países.</p>
<p>laridade parental e status socioeconômicos são determinantes para o tratamento psiquiátrico especializado.</p> <p>r em área urbana ou rural.</p> <p>ero.</p>
<p>comunicação entre profissionais.</p> <p>des dos profissionais.</p> <p>inuidade do cuidado.</p> <p>ocupação do adolescente em levar o atendimento a sério.</p> <p>tabilidade de receber ajuda adequada e oportuna.</p>
<p>tação de dias ou visitas para alguns ou todos os serviços de saúde.</p> <p>lha de custos para, pelo menos, alguns serviços de saúde sob o CHIP (<i>Children's Health Insurance Program</i>).</p>
<p>a renda (as famílias recebiam <i>welfare</i>).</p>
<p>ansão da cobertura fiscal pelos serviços prestados.</p> <p>porar a integração dos serviços de saúde comportamental com serviços mais universais, como saúde primária</p> <p>ucação.</p>
<p>do sexo feminino - dificulta o acesso.</p> <p>de regiões brasileiras privadas – privadas de serviços.</p> <p>um desempenho escolar inadequado - dificulta o acesso.</p> <p>o filho de uma mãe /cuidador principal que está vivendo com um parceiro - dificulta o acesso</p> <p>us socioeconômico baixos - dificulta o acesso.</p>
<p>gn atual do sistema de saúde mental, que é insuficiente para o desenvolvimento único e necessidades</p> <p>rais dos jovens.</p>
<p>os psiquiátricos gerais não estão preparados para lidar com as necessidades e desafios das pessoas com</p> <p>ncias intelectuais e doença mental grave. As razões disso são:</p> <p>ência de recursos adequados.</p> <p>emas de financiamento inadequados e fragmentados.</p> <p>a de formação e uma base de conhecimento abrangente.</p>
<p>ma por parte do adolescente com relação ao que os outros vão pensar do atendimento.</p>

<p>de confiança para com o profissional</p>
<p>           dificuldades no diagnóstico traz dificuldades no acesso, no caso de crianças.            serviço privado necesssita ser acionado para que se consiga um atendimento de qualidade.            necessidade de recursos alternativos para compra de materiais necessários (famílias) – doações, meios de comunicação.            tema não é resolutivo.         </p>
<p>           necessidade de articulação da Saúde, Assistência Social e justiça para garantir o acesso            investimento em saúde mental infantil.            articulação nas articulações intersetoriais.            trabalho em equipe multidisciplinar e em colaboração intersetorial constitui um eixo fundamental de            envolvimento da atenção psicossocial no território.         </p>
<p>           família como parceira no acesso, no envolvimento e busca de recursos comunitários e intersetoriais.            temas na estrutura da rede e equipamentos.            número de CAPSi insuficientes para atender a demanda.            capacitação profissional.            qualidade do vínculo de trabalho dos profissionais que atuam nos CAPSi.            conhecimento e entendimento de gestores da área da saúde e saúde mental sobre as atribuições do CAPSi no            território e na montagem de redes locais.            de implantação do dispositivo da supervisão clínico-institucional na grande maioria dos CAPSi.            de institucionalidade das redes de atenção (desarticulação dos serviços).         </p>
<p>           serviços escassos de atendimento para crianças e adolescentes.            dificuldade no reconhecimento precoce dos problemas mentais em crianças e adolescentes.            experiência na formação de profissionais na identificação dos transtornos mentais.         </p>
<p>           falta de reconhecimento da mudança da assistência psiquiátrica pelo próprio usuário.            falta de recursos materiais em saúde mental.            falta de um atendimento que não seja o que é realizado apenas pelos CAPS.            necessidade de atuação dos profissionais dos CAPS fora dos serviços.            necessidade dos profissionais mudarem as estruturas cristalizadas que foram incorporadas pela história.            necessidade de atuação no território         </p>
<p>           tema relacionado com a desordem mental.            necessidade urgente de intervenções na prevenção e tratamento na atenção básica.            falta de prioridade nos cuidados de saúde mental na infância.            falta de estrutura especializada.            falta de profissionais capacitados.            pequeno número de psiquiatras da infância e adolescência habilitados pela Associação Brasileira de Psiquiatria.         </p>

<p>             necessidade de formulação de um diagnóstico de qualidade no caso de crianças e adolescentes.              qualidade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública.              necessidade de articulação com a educação , assistência social e justiça.              oferta de serviços.              de Capsi e ambulatórios (para infância e adolescência).              de conscientização dos gestores em saúde.              necessidade de oferta de capacitação dos trabalhadores.              necessidade de avaliação dos serviços.              necessidade de extensão das outras modalidades de Caps para o atendimento de crianças e adolescentes.           </p>
<p>             hora no atendimento.              conceito dos profissionais no atendimento, frente as crianças e adolescentes que são vitimizados.           </p>
<p>             oferta de serviços para portadores de Deficiência intelectual.              entendimento dos profissionais dos CAPS no atendimento de pessoas com Deficiência Intelectual.              responsabilização dos serviços frente ao diagnóstico dual.           </p>
<p>             ser aquisitivo dos familiares.              acesso a medicamentos gratuitos.              eficácia das unidades de atendimento.              qualidade de relacionamento entre familiares e profissionais.              barreiras organizacionais do acesso: dificuldade para agendamentos, filas de espera, horário de funcionamento.              conhecimento e desinformação sobre saúde mental.           </p>
<p>             falta de preparo dos profissionais de saúde mental para o trabalho na atenção primária de crianças/adolescentes.              pouco tempo dedicado a pacientes dessa faixa etária.              necessidade de que esses profissionais continuem se especializando.              falta investimento em saúde mental infantil.           </p>
<p>             falta de experiência no campo da Saúde Mental infanto-juvenil, tanto de conhecimento pessoal profissional              falta de regulamentações sobre as especificidades do serviço implantado.              estrutura.              conhecimento.              falta de um modelo sistematizado de intervenção.              falta de desarticulada.           </p>
<p>             falta no acolhimento inicial deste público.           </p>
<p>             falta na articulação da rede.           </p>
<p>             falta de territorialização dos serviços para diagnóstico dual.           </p>
<p>             falta de capacitação profissional.           </p>
<p>             falta de infraestrutura para o serviço.           </p>

modo de cuidar influencia no acesso.

usuário considerado marginal ou transgressor se depara com dificuldades de acesso.

os graves remetem dificuldades de acesso.

a capacitação.

en et al. (2012), Sayal et al.(2012), Garfileld et al. (2012), Gopalan et al. (2011), Garland et al. (2013), Paula et. al.,  
(2013), Salvador-Carulla (2013), Rosa; Loureiro; Siqueira (2014), Silveira; Neves (2012), Teixeira; Couto; Delgado (2015),  
(2011), Pinho; Hernández; Kantorski (2010), Assis et al. (2009), Couto; Duarte; Delgado (2008), Ferriani; Bertolucci;  
Turjus (2013), Falavina; Cerqueira (2008), Paula et. al. (2011), Ronchi; Avellar (2010), Ricardo (2011), Almeida (2012),  
(2014), Rizzini (2008).

Os fatores encontrados a partir do quadro 3 foram categorizados para facilitar sua análise e quantificação. A tabela 2 aponta as frequências absoluta e relativa acerca dos fatores que foram encontrados a partir desta revisão.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa fatores relacionados ao acesso, levantados a partir da literatura

<b>Fatores</b>	<b>FA</b>	<b>FR(%)</b>
Falta capacitação profissional e educação continuada	11	12.1
Necessidade de interdisciplinaridade com a rede de proteção	8	8.8
Falta estrutura (ausência de recursos)	8	8.8
Articulação no território - falta serviços no território	5	5.5
Renda familiar atrelado ao acesso	4	4.4
Dificuldades no diagnóstico/ reconhecimento precoce	4	4.4
Falta de avaliação dos serviços	3	3.3
Estigma por parte da equipe (marginalizados, vitimizados)	3	3.3
Falta de conhecimento da mudança na assistência psiquiátrica usuário	3	3.3
Gênero (ser do sexo feminino)	2	2.2
Comunicação profissional (entre a equipe)	2	2.2
Custos compartilhados (atenção privada)	2	2.2
Equipamentos de saúde mental sem preparo para atender crianças com deficiência	2	2.2
Recusa para o serviço (estigma do adolescente)	2	2.2
Falta investimentos saúde mental infantil	2	2.2
Envolvimento familiar	2	2.2
Número de Capsi insuficientes e vagas em ambulatório	2	2.2
Falta de entendimento dos gestores de saúde	2	2.2
Acesso livre/público aos serviços	1	1.1
Monitoramento para identificação dos problemas de saúde mental nas escolas	1	1.1
Escolaridade dos pais	1	1.1
Família vivendo em áreas urbanas e rurais	1	1.1
Continuidade do cuidado	1	1.1
Preocupação do tratamento ser levado a sério pelo adolescente	1	1.1
Possibilidade de receber a ajuda necessária e oportuna	1	1.1
Limitação de dias de visita em alguns serviços	1	1.1
Regiões brasileiras privadas de serviço	1	1.1
Desempenho escolar	1	1.1
Genitora vivendo com parceiro	1	1.1
Sistema ineficiente sem atrativos	1	1.1
Custos compartilhados (atenção privada)	1	1.1
O modo de cuidar influência no acesso	1	1.1
Casos graves dificultam o acesso	1	1.1
Necessidade de doações e recursos alternativos	1	1.1
Falta prioridade nos serviços de saúde mental na infância	1	1.1
Poucos psiquiatras da infância e adolescência	1	1.1

Dificuldade de inclusão da saúde mental infantil na saúde pública	1	1.1
Necessidade de extensão em outras modalidades de CAPS	1	1.1
Demora no atendimento	1	1.1
Falta acesso as medicações	1	1.1
Distância das unidades de atendimento	1	1.1
Falta de acolhimento inicial para o público infantil	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100.0</b>

Elaboração: o autor, 2016.

#### 4. QUADRO SÍNTESE DE ANÁLISE

Nesta seção será apresentado o quadro síntese de análise que foi realizada a partir do referencial teórico e dos trabalhos relacionados deste projeto e sua relação com os encaminhamentos metodológicos, que serão descritos no próximo tópico.

Quadro 4 - Quadro síntese de análise

<b>Seção do referencial teórico / trabalhos relacionados</b>	<b>Tema</b>	<b>Encaminhamentos metodológicos</b>
2.1 Paraná (2013); Brasil (1990); Brasil (1990b)	Crianças como sujeitos de direito; Proteção integral	Variáveis – Formulários 1, 2 e 3
2.2 Brasil (2005); Brasil (2009); Brasil (2009b); Brasil (2006);	Mudanças do sistema de acolhimento; Motivos do acolhimento; Reordenamento dos serviços de acolhimento, atendimento institucional de crianças com deficiência	Variáveis – Formulários 2 3 Seleção das modalidades de acolhimento
2.3 IBGE (2010); DATASUS (2015); DATASUS (2015b); American Psychiatric Association <i>et al</i> , (2014); Surjus e Campos (2013).	Deficiência Intelectual; transtorno mental; diagnóstico dual; classificação pela CID 10 e DSM-V	Seleção dos sujeitos que seriam o foco do trabalho; variáveis formulários 1, 2 e 3; coleta de registros administrativos
2.4 Faleiros e Faleiros (2008); Curitiba (2015); APAE (2015)	SGD; conceito de Rede; Rede de Proteção; Unidades de acolhimento institucional; Cenário de pesquisa;	Variáveis formulários 1, 2 e 3; Registros administrativos, Seleção unidades de acolhimento; seleção cenário de pesquisa
2.5 Brasil (2009); Brasil (2008); WHO (2013); Brasil (2001), Brasil (2011d)	Políticas Públicas de Assistência Social; Políticas Públicas de Saúde; Conceito de saúde mental, Reforma Psiquiátrica	Registros administrativos; seleção cenário de pesquisa (CAPSi e UAI); Variáveis Formulários 1, 2 e 3.
2.8 Assis e Jesus (2012); Da Costa Borysow e Furtado (2013); Falavina e Cerqueira (2008); Giovanella e Fleury (1996)	Acesso aos serviços de saúde/ saúde mental; categorias de análise do acesso.	Análise qualitativa (categorização do acesso)
2.7 Camara e Martinho (2011)	Métodos diagnósticos (diagnóstico situacional)	Modelo: registros administrativos e coleta de dados
3 Delgado; Ribeiro (2002), Schuster <i>et al</i> . (2014), Almeida (2012), Ricardo (2011), Rizzini (2008), Paula <i>et al</i> . (2011), Ronchi; Avellar (2010), Pinho; Hernández; Kantorski (2010), Assis et al. (2009), Couto; Duarte; Delgado (2008), Ferriani;	Trabalhos relacionados; modelos de diagnóstico situacional em saúde mental; diagnóstico dual; acolhimento de crianças com deficiência; atuação do psicólogo em CAPSi, fatores relacionados ao acesso; diagnóstico dual; rede de atenção	Registros administrativos, variáveis formulários 1, 2, 3, 4 e 5; Fatores relacionados ao acesso.

Bertolucci; Silva (2008), Campos; De Lima; Silva Surjus (2013), Falavina; Cerqueira (2008), Silva Surjus (2014), Gomes; Merhy (2014).		
3.1 Van Oort et al., (2011); Paananen et al., (2012); Sayal et al., (2012); Garfileld et al. (2012); Gopalan et al. (2011); Garland et al., (2013); Paula et. al., (2014); MCGorry; Bates; Birchwood, (2013); Salvador-Carulla, (2013); Rosa; Loureiro; Siqueira, (2014); Silveira; Neves, (2012); Teixeira; Couto; Delgado, (2015); Couto; Delgado, (2015); Feitosa et al. (2011)	Fatores relacionados ao acesso	Análise qualitativa (fatores encontrados na literatura)

Elaboração: o autor, 2016.

## 5. ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS

Este projeto de pesquisa encontra-se ancorado em um grupo de pesquisa, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), intitulado “Perfil da criança e do adolescente com deficiência no Estado do Paraná”. Fazem parte atualmente deste projeto: Uma orientadora, professora do PPGTS; três mestrandos (um psicólogo, uma assistente social e uma fisioterapeuta); e duas graduandas do curso de Psicologia (PUCPR), que participam do programa de iniciação científica - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

### 5.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa de caráter descritivo.

As pesquisas descritivas possuem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Este tipo de pesquisa possibilita a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como o questionário e observação sistemática (GIL, 2002).

Segundo Gil (2002), atentando-se ao foco desse estudo, a pesquisa descritiva permite estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade, etc.

A justificativa para a utilização desses métodos se dá pelo objeto de estudo, bem como pela proposta de construção de um diagnóstico dessa população.

## 5.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL À SER DESENVOLVIDO

Para desenvolvimento dessa pesquisa, fez-se necessário a elaboração de diagnóstico situacional que pudesse responder os seguintes questionamentos:

- Quais os principais serviços em saúde mental e onde são prestados e quais seus números?
- Como pode ser realizada a Reforma Psiquiátrica e o ECA como legislação, o Reordenamento dos Serviços de Acolhimento, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o acesso?
- Quais seriam os principais fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes?

## 5.3. CENÁRIO DA PESQUISA

O presente projeto foi realizado na cidade de Curitiba.

O cenário de pesquisa consistiu na rede de atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental associado na cidade de Curitiba. O foco de análise partiu das unidades de acolhimento, dos quais, dentre seus usuários, foram analisados aqueles possuíssem crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental associado. Tendo em vista o reordenamento dos serviços de acolhimento, que propõe uma ação intersetorial de proteção à essa criança e/ou adolescente, foi verificado como se dava o acesso aos serviços de saúde mental e suas disponibilidades tendo em vista as demandas da criança ou adolescente.

Como esse trabalho possui um cenário amplo, a delimitação da pesquisa se deu nos abrigos que detinham as características de Casa-Lar e Abrigo Institucional, os CAPSi localizados em Curitiba e as escolas especiais da APAE, que contam atualmente com cinco escolas nesta Capital.

Salienta-se ainda que não se pretendeu analisar os casos de transtorno mental e sua etiologia, bem como os fatores que propiciaram o agravamento dos casos.

#### 5.4. ETAPAS DA PESQUISA

Neste tópico serão elencadas as cinco etapas sequenciais propostas para a realização desta pesquisa e seus respectivos desdobramentos.

A Figura 5 ilustra as etapas da pesquisa discutidas na sequência do texto.

Figura 5 - Fluxograma das etapas da pesquisa

		ETAPAS	DESENVOLVIMENTO
		<b>ETAPAS DA PESQUISA</b>	1
2	Seleção dos equipamentos e profissionais para coleta de dados por formulários		UAIs (Casa-Lar e Abrigo Institucionais), CAPSi e Escolas Especiais. Dirigentes e profissionais que atendem crianças e ou
3	Liberações dos Comitês de Ética e agendamento de reuniões com os equipamentos para apontar a pesquisa e aplicação dos		Reuniões e Aplicação de 5 formulários
4	Sistematização dos dados		Planilhas eletrônicas elaboradas com o Microsoft Excel
5	Análise dos dados		IBM SPSS Statistics versão v 20 Atlas TI, versão 7.5.10 Georeferenciamento

Elaboração: O autor, 2016.

## **Etapa 1 - Levantamento dos registros administrativos (análise documental)**

Foi realizado o levantamento dos registros administrativos acerca das crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental nas três esferas administrativas das políticas públicas (Assistência Social, Saúde e Educação - APAE), foram considerados dados públicos disponíveis em ambiente WEB. No caso dos dados da área da Saúde, os mesmos foram obtidos por meio da extração pela ferramenta Tabwin. Já os dados que não se encontravam disponíveis nesse ambiente foram solicitados por meio de ofícios para os seguintes órgãos: Assistência Social – Fundação de Ação Social (FAS) dados do Diagnóstico dos Serviços de Acolhimento (CURITIBA, 2014); Escolas da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); e Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Nos dois últimos casos, foram solicitados dados com formulários específicos que serão citados na etapa 3 – coleta de dados.

Tal procedimento de buscas em sites públicos e solicitações de dados como documentos e coleta de dados compôs um panorama acerca da criança e adolescente com deficiência e/ou transtorno mental, o que possibilitou melhor compreensão dos demais dados obtidos com a coleta de dados. As variáveis que foram consideradas para esse diagnóstico encontram-se elencadas no quadro 5.

Quadro 5 - Registros administrativos obtidos

LOCAL	VARIÁVEL	TEMPORALIDADE
IBGE	Número de crianças e adolescentes com deficiência intelectual, níveis Nacional, Estadual e Municipal	2010 (último Censo Demográfico)
Ministério da Saúde (Tabwin)	Número de crianças e adolescentes com TM: - Atendidos nos serviços de saúde mental - Atendidos nos CAPS - Por tipo de atendimento nos CAPS Número de crianças e adolescentes com DI: - Atendidos nos serviços de saúde mental - Atendidos nos CAPS - Por tipo de atendimento nos CAPS: Principais transtornos mentais e comportamentais atendidos nos serviços de saúde mental Nível: Estadual e Municipal. Ano de processamento	2013 a 2015
Diagnóstico FAS	- Número de crianças e adolescentes acolhidas e com DI e TM - Motivo acolhimento - Tempo de acolhimento	Elaboração 2014

Elaboração: O autor, 2016.

## **Etapa 2 – Seleção das unidades de acolhimento, escolas especiais, CAPSi e profissionais**

O critério para seleção das unidades, foi considerar aquelas somente nas modalidades Casa-Lar ou Abrigo Institucional. Este critério se justifica, dado o reordenamento dos serviços de acolhimento, bem como o apontamento feito pela literatura (seção 2.2 e 2.5 do referencial teórico).

Como segundo critério foi possuir no mínimo 1 (uma) criança e/ou adolescente com deficiência intelectual e/ou transtorno mental associado acolhida nestes locais.

Como critérios de seleção dos demais equipamentos do cenário de pesquisa, foram elencados os CAPSi dispostos no município (por atenderem crianças e adolescentes com quadros diversos de transtornos mentais ou comportamentais) e as escolas especiais da APAE (em função de atenderem crianças, adolescentes e adultos com quadro de deficiência intelectual). Participaram da pesquisa profissionais que atuam nos atendimentos (geral) de crianças e adolescentes desses equipamentos.

### **Etapa 3 – Coleta de dados**

Foram agendadas reuniões para a aplicação de formulários.

A justificativa para o uso de formulários se ampara por tratar-se de um dos instrumentos essenciais para a investigação social (MARCONI; LAKATOS, 2009).

O formulário apresenta uma gama de vantagens. Uma delas é oportunizar relação entre o pesquisador e o entrevistado. Outra vantagem está na flexibilidade para adaptá-lo às necessidades de cada situação, podendo o pesquisador reformular itens ou ajustar o formulário e elucidar significados de perguntas que não estejam muito claras no texto. E por último cita-se também a vantagem de se obter dados mais complexos e úteis (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Os formulários foram constituídos com questões fechadas, em algumas foi utilizada uma escala tipo Likert com três números de itens, onde os profissionais poderiam discordar, concordar ou serem indiferentes à afirmação. Tal escala possibilitou a precisão dos dados levantados. Havia questões em que os entrevistados puderam justificar suas escolhas.

Foram solicitados aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e B), e após explicação do conteúdo dos formulários, sigilo e pesquisa, foram convidados a responder ao formulário. Essa aplicação poderia ser realizada além do pesquisador também por alunos de iniciação científica que estavam vinculados ao projeto do grupo de pesquisa “Perfil da Criança e do Adolescente com Deficiência no Estado do Paraná”. Houve necessidade na maioria dos equipamentos em deixar os formulários para retirada posterior.

Foram aplicados ao dirigente da unidade o formulário 1 (Apêndice C), para obtenção de dados sociodemográficos da instituição. Sua finalidade foi verificar qual a modalidade enquadrada, qual a quantidade e perfil de crianças e adolescentes atendidos, os recursos humanos, serviços disponíveis no território e as questões sobre o acesso aos serviços de saúde mental.

Para quantificarmos as crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno associado atendidos, foi aplicado o formulário 2 (Apêndice D). Este instrumento poderia ser respondido pelo próprio dirigente ou outro profissional do abrigo. O referido formulário continha perguntas que

visavam identificar variáveis como a deficiência, o motivo do acolhimento, se possui transtorno mental associado, os acompanhamentos que realiza, o tipo do atendimento em saúde mental que realiza, como se dá o acesso aos serviços de saúde mental na rede pública e onde esse serviço é realizado. Esse instrumento se justificava para levantar dados do motivo que levou essa criança ou adolescente para o acolhimento, bem como analisar o seu acesso nos serviços de saúde mental e como ele tem se dado.

Com o intuito de conhecer e analisar especificamente o atendimento em saúde mental dispensado a estas crianças e/ou adolescentes foi aplicado em profissionais que atuam diretamente no atendimento deste público nas Unidades de Acolhimento, CAPSi e Escolas Especiais da APAE o formulário 3 (Apêndice E). A proposta era aplicar em no mínimo dois profissionais de cada equipamento, como por exemplo: psicólogo, médico, assistente social, mãe e pai social, cuidadores. O formulário continha informações sociodemográficas dos profissionais, questões de legislação em saúde mental e do reordenamento; o avanços e desafios para o acesso aos serviços de saúde mental, o atendimento de crianças e adolescentes acolhidos e a interação com os demais atores da rede.

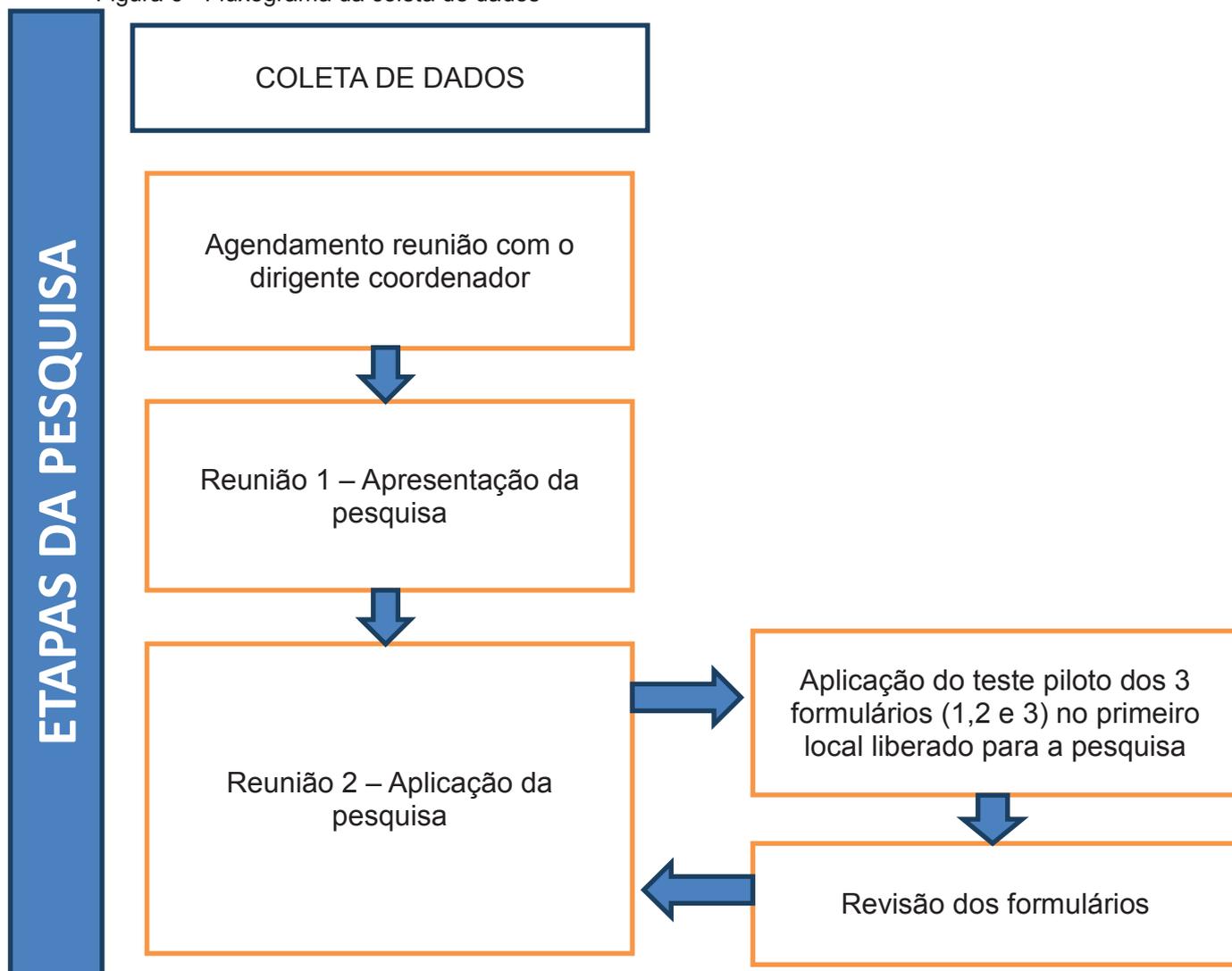
Ainda tanto nas escolas da APAE como nos CAPSi, seus dirigentes responderam a um formulário (Apêndice F e G respectivamente), que visava obter dados acerca do local, como público atendido, número de atendimentos e especialidades.

Foi solicitado ao primeiro local com abertura de campo de pesquisa a autorização para a realização do teste piloto dos formulários de coleta de dados (formulários 1, 2 e 3 – Apêndice C, D e E). Uma (01) Casa-Lar da APAE e uma (01) Escola da APAE participaram deste processo. Esta coleta de dados constituiu etapa fundamental, pois permitiu avaliar se o formulário proposto atendia às expectativas da pesquisa, bem como foi possível proceder os ajustes necessários.

Tanto os dirigentes das Unidades de Acolhimento, como dos CAPSi e das Escolas Especiais assinaram uma declaração autorizando a pesquisa (Apêndice H).

As etapas da coleta de dados podem ser visualizadas a partir do fluxograma contido na Figura 6.

Figura 6 - Fluxograma da coleta de dados



Elaboração: O autor, 2016.

#### Etapa 4 – Sistematização dos dados

Os dados coletados a partir dos Formulários 1, 2 e 3 (Apêndices C, D e E) foram incorporados em planilhas eletrônicas no *software* Microsoft Excel, organizadas em 115 variáveis, tanto univaloradas como multivaloradas.

Foram organizadas 6 (seis) planilhas eletrônicas (três univaloradas e três multivaloradas) com os dados coletados com a aplicação do formulário 1, 2 e 3.

Foi organizada uma 7ª (sétima) planilha com os dados obtidos com registros administrativos, tanto da coleta de dados nos equipamentos, como também dos obtidos por meio da WEB.

As questões que possuíam campo para justificativa, de acordo com a resposta, eram codificadas para poder realizar uma quantificação dos principais fatores que interfeririam no acesso aos serviços de saúde mental.

### **Etapa 5 – Análise dos dados**

Os dados foram analisados a partir do software IBM SPSS *Statistics* versão v 20, por meio de estatísticas descritivas como frequências simples e cruzadas. Salienta-se que o *software* possui licença de utilização e estão disponíveis nos laboratórios de informática da PUCPR.

Para auxiliar nas análises acerca da territorialização dos serviços, foi realizado um georreferenciamento dos equipamentos que participaram da pesquisa. Foram preservados por questões de sigilo judicial e ético os endereços das unidades de acolhimento. Para esse georreferenciamento foi utilizado o *software Google Earth* com sobreposição do mapa de Curitiba em formato kml, obtido por meio do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) (CURITIBA, 2016b).

Como análise dos dados, optou-se também pela análise qualitativa, através da análise de conteúdo das respostas dos participantes ao questionário.

Para Moraes (1999) a análise de conteúdo compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científicos. Pode-se considerá-la como um único instrumento, mas que é marcada por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, seja qual for a comunicação. É necessário atentar para o fato de que, embora o consenso ou o acordo intersubjetivo sobre o que significa uma mensagem simplifique a análise de conteúdo, essa coincidência dos significados não é indispensável. Os valores culturais e a linguagem natural do entrevistado e do pesquisador, bem como a linguagem cultural e os seus significados exercem certa influência sobre os dados da qual o pesquisador não pode deixar de lado. Sendo assim, a análise de conteúdo, é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que se tem dos dados.

Para a análise qualitativa, 13 variáveis dos Formulários 1, 2 e 3 possuíam espaços para justificativas, sendo que todos os extratos de texto

foram transcritos para as planilhas eletrônicas, e após parametrizações, foram tratadas qualitativamente por meio do *software* Atlas TI, versão 7.5.10<sup>1</sup>.

Segundo Queiroz e Cavalcante (2011) a utilização do *software* Atlas Ti é indicada para análise longitudinal em que se usam instrumentos diversos e complementares, e tem como principal objetivo auxiliar o pesquisador a organizar, registrar e possibilitar o acompanhamento dos registros efetuados, o que contribui com a confiabilidade da pesquisa. Com o programa Atlas Ti é possível analisar e gerenciar diversos tipos de documentos ou instrumentos de coleta de dados, como: respostas às questões abertas de questionários, relatórios de observação, cartas, áudio para transcrição de entrevistas não-estruturada, músicas, reuniões, palestras; imagens, podendo ser fotos, desenhos, pinturas e outros; e vídeos, incluindo gravações de reportagens, de aulas, de filmes, dentre outros.

Para Pocrifka (2012) a utilização do Atlas Ti possibilita uma organização contínua na base de dados, o que proporciona, em termos de ferramentas, mecanismos de procura rápida e flexível para se encontrar um determinado documento, permitindo estabelecer palavras-chave ou rótulos em segmentos do texto, e que tem como objetivo, encontrar automaticamente ou de permitir uma recuperação posterior ao trabalho. O *software* também permite atrelar segmentos de dados uns aos outros, estabelecendo categorias, teias ou redes de informação para utilização a curto, médio e longo prazo, além de possibilitar ao pesquisador a criação de diagramas que facilitam a visualização dos resultados. O mesmo beneficia o campo da investigação social, pois permite a interação entre teoria e prática.

Com o intuito de responder a uma das questões do diagnóstico situacional, a análise qualitativa se propôs a identificar quais eram principais fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes?

Para ilustrar o processo de análise qualitativa dos extratos de texto, a figura 7 explana os passos adotados para esta pesquisa.

O processo de parametrização dos dados no *software* foi executado através da adaptação das planilhas que foram utilizadas para a análise

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que o pesquisador possui licença para a utilização do citado *software*.

quantitativa. Primeiramente foi realizado um *survey* individual das três planilhas em unidades hermenêuticas (projetos) diferentes. Após os três projetos foram unificados em um único através do Merge.

A partir disso foram criadas famílias de documentos, que tinham por objetivo a análise dos dados por equipamento (locais) pesquisados e por tipo de formulários (formulários 1, 2 e 3). Nesta fase também foi criada uma família de documentos dos profissionais psicólogos para possibilitar uma análise mais dirigida das respostas dos mesmos.

Foi então realizada a leitura e seleção dos extratos de texto (*quotations*), fazendo nesta etapa um primeiro ciclo de codificação, classificando os mesmos em códigos (*codes*) que pudessem responder à questão qualitativa. A lista dos códigos do primeiro ciclo de análise pode ser verificada no Apêndice I. Foi utilizado os ciclos de codificação definidos por Saldaña (2015).

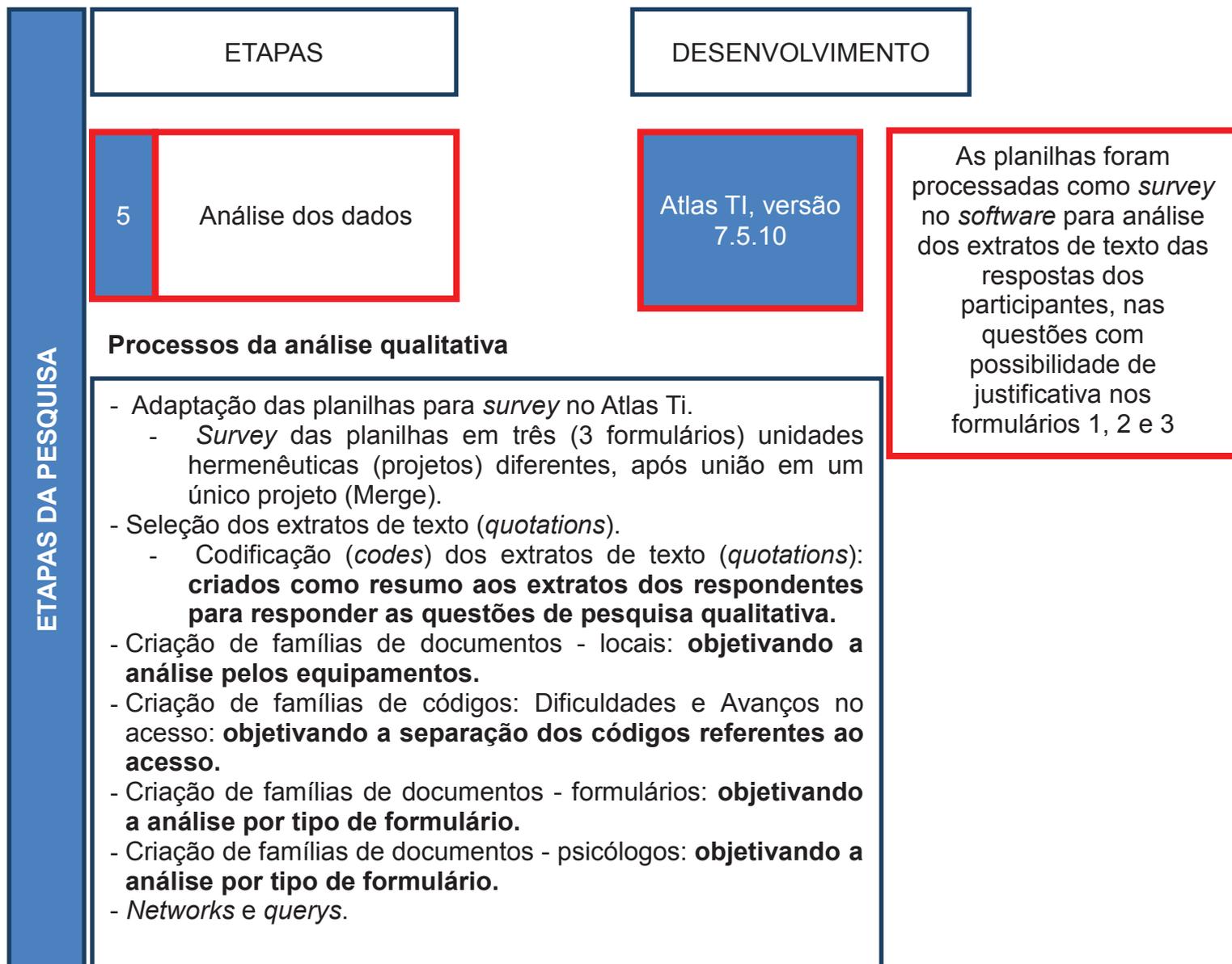
Realizado um segundo ciclo de codificação que teve como objetivos a eliminação de códigos redundantes.

Os códigos passaram ainda por um novo refinamento, sendo subdivididos em categorias, conforme dimensões de análise do acesso, explanados por Giovanella e Fleury (1996) a saber: Política, Econômico-Social, Técnica e Simbólica, que permitiu a realização de um terceiro ciclo de codificação e refinamentos dos códigos frente a literatura.

Por fim, os códigos foram agrupados em duas novas famílias de códigos: “Avanços no Acesso” e “Dificuldades no Acesso” que permitiu a quantificação dos fatores que estavam relacionados aos avanços e dificuldades, bem como seus cruzamentos com as demais famílias de documentos.

Os extratos das respostas dos participantes foram analisados a partir das redes (*networks*) criadas pelo Atlas Ti e pelos relatórios (*queries*), com a utilização de filtros a partir das famílias e dos códigos.

Figura 7 - Processos da análise qualitativa



Elaboração: O autor, 2016.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR), após submissão do Projeto via Plataforma Brasil, sob o parecer de nº 1.194.564 e CAAE 47359615.9.0000.0020, em 21/08/2015 (Anexo A).

A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba (CEP/SMS), após

aprovação do CEP/PUCPR, após submissão do Projeto via Plataforma Brasil, sob o parecer nº 1.281.318 e CAAE 47359615.9.3001.0101, em 14/10/2015 (Anexo B).

O referido projeto de pesquisa foi submetido para avaliação e liberação junto a Fundação de Ação Social (FAS) da Prefeitura Municipal de Curitiba (Apêndice J) e protocolado sob o nº 01-129169/2015, tendo sua liberação conforme Informação datada de 03/11/2015, e Termo de Compromisso para realização de Estudo Científico datado de 14/12/2015 (Anexo C).

Nas escolas especiais foi formalizada a intenção de pesquisa com ofícios (Apêndice L) dirigidos aos diretores das mesmas.

Será preservado no texto final da dissertação bem como nas publicações que serão advindas dela, os nomes e locais dos equipamentos, visando o sigilo. As unidades de acolhimento, também em função da medida de proteção de seus usuários não constou no georreferenciamento dos serviços.

Foi solicitada autorização para a visita para a coleta de dados, levando-se em consideração a preservação do sigilo das instituições, deixando claro que se tratava de um diagnóstico do acesso aos serviços de saúde mental e não de serviços do acolhimento institucional.

## 6. RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados da pesquisa. Primeiramente serão elencados os resultados obtidos por meio dos registros administrativos tanto via web como os dados solicitados às Secretarias e os dados coletados por meio de instrumentos próprios. Posteriormente, serão elencados os resultados obtidos pelo processo de coleta de dados dos formulários resultante da análise quantitativa e qualitativa.

Os resultados foram divididos respondendo as questões do diagnóstico situacional.

### 6.1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM NÚMEROS

No Brasil, em 2010, conforme dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010) existiam cerca de 56.295.501 crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, sendo que dessas aproximadamente 504.739 (0.9%) foram declarados como tendo o quadro de deficiência intelectual. No Paraná, o número total de crianças e adolescentes era de aproximadamente 2.957.487, onde desses cerca de 26.234 (0.9%) foram declarados como deficientes intelectuais.

Já na capital do estado, Curitiba, o número total de pessoas declaradas como deficientes intelectuais era de aproximadamente 21.880 (população total) sendo que desses cerca de 3.284 eram crianças e adolescentes, o que representa 15% da população com deficiência intelectual em Curitiba. (IBGE, 2010).

### 6.2. ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL

Dentre os atendimentos em saúde mental realizados no estado do Paraná, conforme dados do Ministério da Saúde por meio do TABWIN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), houve cerca de 80.126 (100%) de crianças e adolescentes que foram atendidos por quadro de transtornos mentais ou

comportamentais, conforme a Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão (CID 10) (classificação de F00 à F99) entre janeiro de 2013 a dezembro de 2015 (2013 – 25.022 (31.2%); 2014 – 26.302 (32.8%); 2015 – 28.802 (35.9%). Já em Curitiba, aproximadamente 20.891 (100%) crianças e adolescentes foram atendidos pelos serviços de saúde mental no mesmo período (2013 – 6.964 (33.3%); 2014 – 6.928 (33.2%); 2015 – 6.999 (33.5%).

Dos casos de deficiência intelectual atendidos pelos serviços de saúde mental no Paraná (CID 10, classificação de F70 à F79), aproximadamente 2.217 (100%) crianças e adolescentes foram atendidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 (2013 – 773 (34.9%); 2014 – 708 (31.9%); 2015 – 736 (33.2%)). Em Curitiba o número de crianças e adolescentes com deficiência intelectual atendidos nos serviços de saúde mental foram de cerca 985 (100%) (2013 – 377 (38.3%); 2014 – 333 (33.8%); 2015 – 275 (27.9%).

Quanto ao tipo de atendimento realizado pelos serviços de saúde mental, no Paraná o atendimento individual de paciente em CAPS (28.781 – 35.9%) e atendimento em grupo de paciente em CAPS (25.192 - 31.4%). Em Curitiba, os dois tipos de atendimento com maior quantidade de pacientes foram os mesmos do Paraná, porém, o atendimento em grupo de paciente em CAPS (8.210 – 39.3%) seguido do atendimento individual de paciente em CAPS (7.228 – 34.6%). Salienta-se que os dados apresentados correspondem ao mês de janeiro de 2013 a dezembro de 2015).

Conforme dados do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016), os transtornos mentais ou comportamentais mais atendidos nos serviços de saúde mental no estado do Paraná e em Curitiba estão apresentados nas tabelas 3 e 4 respectivamente. No Paraná, cerca 9.323 (11.6%) crianças e adolescentes entre os anos de 2013 a 2015 foram atendidos sendo diagnosticados com o quadro F99 (Transtorno mental não especificado em outra parte), já em Curitiba 1.660 crianças e adolescentes foram diagnosticadas com o quadro F60 (Distúrbios da Atividade e da Atenção), no mesmo período.

Tabela 3 - Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Psicossocial Quantidade de Pacientes por Ano de Atendimento segundo CID Principal – Paraná

	Total	%
F99 Transtorno mental não especificado em outra parte	9323	11.6
F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção	5035	6.3
F98.9 Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início na infância e adolescência	3716	4.6
F19.2 Síndrome de dependência	3579	4.5
F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição	2080	2.6
F43.2 Transtorno de adaptação	2061	2.6
F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado	1957	2.4
F90 Transtornos hiperativos	1464	1.8
F41.1 Ansiedade generalizada	1444	1.8
F93.8 Outros transtornos emocionais da infância	1351	1.7
F32 Episódios depressivos	1327	1.7
F31 Transtorno afetivo bipolar	1216	1.5

Fonte: Ministério da Saúde – Tabwin (2015c).

Tabela 4 - Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Psicossocial Quantidade de Pacientes por Ano de Atendimento segundo CID Principal - Curitiba

	Total	%
F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção	1660	7.9
F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado	1647	7.9
F99 Transtorno mental não especificado em outra parte	986	4.7
F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição	829	4.0
F12.1 Uso nocivo p/a saúde	790	3.8
F84.0 Autismo infantil	698	3.3
F90 Transtornos hiperativos	547	2.6
F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado	531	2.5
F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado	521	2.5
F19.2 Síndrome de dependência	501	2.4
F19.1 Uso nocivo p/a saúde	480	2.3
F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado	472	2.3

Fonte: Ministério da Saúde – Tabwin (2015c).

### 6.3. SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Conforme dados da Vigilância Socioassistencial FAS (CURITIBA, 2015d), Curitiba conta (dados de 2015) com 8 (oito) unidades de acolhimento para crianças e adolescentes oficiais da FAS e 27 (vinte e sete) da rede conveniada.

Com relação aos casos de crianças e adolescentes com deficiência em situação de acolhimento, das 755 crianças e adolescentes acolhidos (dados de março de 2014), em 56 unidades de acolhimento oficiais e conveniadas, 50 (6.6%) possuíam deficiência intelectual (10 crianças e 40 adolescentes). Já entre janeiro e fevereiro de 2015, haviam 507 crianças e adolescentes acolhidos em 39 unidades de acolhimento, sendo que dessas 507, 42 (8.3%) possuíam algum tipo de deficiência (24 deficiências intelectual (4.7%), 7 deficiências múltiplas (1.4%), 5 deficiências físicas (1%), 3 transtornos globais do desenvolvimento (0.6%), 1 deficiência auditiva (0.2%), 1 deficiência visual (0.2%) e 1 transtorno do espectro autista (0.2%)) (CURITIBA, 2015d).

Conforme o Plano de Ação – Reordenamento da Rede de Acolhimento de Crianças e Jovens – Diagnóstico (CURITIBA, 2014), que teve a finalidade de subsidiar a elaboração do plano de ação do acolhimento, a Diretoria de Proteção Social Especial (DPSE/FAS) realizou a partir do 2º semestre de 2013 e início de 2014 um levantamento para conhecer as características dos serviços de acolhimento, bem como para analisar a construção do perfil das crianças e adolescentes que estavam na medida protetiva de abrigo institucional em Curitiba.

O perfil foi construído levando em consideração 689 crianças e adolescentes 747 que estavam acolhidos no mês de março de 2014 (92% do total de acolhidos).

Desses 689, 393 são do sexo masculino (57%). A faixa etária predominante corresponde de 6 a 11 anos (163 do total). Com relação à raça, 313 (45.4%) são declarados como “brancos”. Cerca de 434 (78%) frequentavam a escola.

A Regional Cajuru em Curitiba era o território predominante das famílias de crianças e adolescentes acolhidos com 109, que corresponde a 16%.

Dentre os principais motivos que levaram ao acolhimento, 283 (30%) foram devido a vínculos familiares rompidos ou fragilizados e 210 (22%) por encontrarem-se em situação de rua. Cerca de 210 (35%) das crianças e adolescentes encontram-se acolhidos há mais de dois anos. A média de permanência nas unidades de acolhimento crianças entre 6 a 11 anos é de até

6 anos, e entre adolescentes entre 15 a 16 anos é na grande maioria superior a 6 anos.

Com relação à saúde, o mesmo estudo (CURITIBA, 2014) apontou que das 689 crianças e adolescentes acolhidos, 67 (9.7%) destes possuíam algum tipo de deficiência, sendo que a deficiência mental é a predominante, correspondente a 47 (70%) dos casos de deficiência entre esse público (35 adolescentes (74.5%).

Com relação aos casos de transtorno mental, o diagnóstico aponta que 96 (14%) crianças e adolescentes possuíam algum transtorno, sendo prevalente entre adolescentes (78 dos casos (81.3%)). Já os casos de dependência química, 79 (82.3%) enquadravam-se nesta situação, em quase sua totalidade entre adolescentes (76 dos casos (96.2%).

Há de se ressaltar a forma que a deficiência intelectual foi tratada para a classificação, pois há quadros de transtorno mental sendo classificadas como deficiência intelectual (CURITIBA, 2014).

#### 6.4. COLETA DE DADOS – DOCUMENTAL E PESQUISA DE CAMPO

Como resultado da Etapa 2 dos Encaminhamentos Metodológicos, a coleta de dados foi realizada no seguinte cenário de pesquisa: dois CAPSi, cinco Escolas Especiais da APAE, uma Unidade de acolhimento institucional na modalidade Casa-Lar e sete Unidades de acolhimento institucional na modalidade Abrigo Institucional. Ressalta-se que nas escolas especiais, 3 (três) delas se encontravam dentro do mesmo espaço, onde a equipe técnica atendia todas as escolas por meio de um ambulatório

O período de coleta ocorreu entre 16/09/2015 e 08/03/2016. Foram realizadas 18 (dezoito) reuniões.

Sete reuniões realizadas nas escolas especiais e Casa-Lar, sendo uma delas de acompanhada por aluno de iniciação científica e outro mestrando do PPGTS, outra reunião em outra escola acompanhada pela orientadora deste projeto. Quanto à aplicação dos formulários, como a liberação se deu primeiramente nos equipamentos da APAE, foram realizados dois pilotos: uma escola (formulário 3), onde o piloto foi incorporado na pauta de reuniões da

equipe e na Casa-Lar (formulário 1 e 2) diretamente com o assistente social do local. Nas demais escolas após a reunião, foram deixados os formulários (formulário 3) para que os profissionais pudessem responder em período oportuno, e depois, em data agendada recolhidos pelo pesquisador

Quatro reuniões nos dois CAPSi liberados para a pesquisa: Em duas reuniões (uma em cada local) foi apresentado a proposta da pesquisa, e nas outras duas a aplicação junto aos profissionais do formulário 3, onde a aplicação foi incorporada na pauta das reuniões com a equipe técnica.

Sete reuniões com as Unidades de Acolhimento Institucionais (Abrigo Institucional). As mesmas foram realizadas com os dirigentes das sete unidades, optando-se por deixar os formulários (1, 2 e 3) para que os profissionais pudessem fazer o preenchimento em momento oportuno, e depois, em data agendada foram recolhidos pelo pesquisador.

Além das reuniões de coleta, foram realizadas uma reunião com o departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, explanando a pesquisa, e duas outras reuniões com o Núcleo de Planejamento da FAS para explicação dos objetivos da pesquisa, bem como a explanação por parte da Fundação acerca dos regimentos para a realização da coleta e assinatura do Termo de Compromisso para Realização de Estudo Científico (Anexo C).

Como resultado da Etapa 3 dos Encaminhamentos Metodológicos, com relação à totalidade de formulários aplicados: 64 (sessenta e quatro) Formulários 3 (profissionais), 46 (quarenta e seis) Formulários 2 (acerca das crianças e adolescentes acolhidos) e 8 (oito) Formulários 1 (acerca) das Unidades de Acolhimento. Acerca dos formulários dos demais equipamentos: 2 (dois) formulários de CAPSi e 3 (três) formulários de Escolas Especiais.

#### 6.4.1. DADOS DOS EQUIPAMENTOS

Conforme coleta de registros administrativos nos locais, foi possível levantar os seguintes dados:

- Horário de atendimento: CAPSi III - 24 horas; CAPSi II - de segunda à sexta-feira das 07:00 às 18:30; Escolas Especiais da APAE – de segunda à sexta-feira das 07:30 às 17:10, com exceção de uma escola que funciona até

as 17:00; Unidades de Acolhimento, tanto Casa-Lar como Abrigo Institucional com funcionamento de 24 horas.

- Número de crianças e adolescentes atendidos: CAPSi III – 310 (sendo desses 7 com deficiência intelectual; 85 meninas e 225 meninos); CAPSi II – 190 (76 meninas e 114 meninos); Escolas Especiais da APAE – 231.

- Tipo de patologia mais atendida: Dentre as Escolas Especiais da APAE o foco do atendimento é a deficiência intelectual, seguido das deficiências múltiplas. O CAPSi III atendeu segundo dados locais no mês de novembro de 2015, cerca de 195 crianças ou adolescentes com a classificação de F90 à F99 (Transtornos Hipercinéticos à Transtorno Mental não especificado em outra parte), seguido de 30 crianças ou adolescentes com quadro cuja classificação é F10 à F19 (Transtornos mentais por uso de substâncias – álcool e outras drogas). Já o CAPSi II fez menção aos transtornos comportamentais, hiperatividade, psicoses, esquizofrenia e autismo.

- Serviços disponíveis: Dentre os serviços disponíveis nos equipamentos pesquisados cita-se: CAPSi III – Ações Psicossociais, atendimento multiprofissionais, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e enfermagem. CAPSi II: Acolhimento, ambiência, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar e agenciamento da rede em suporte no território. Já nas Escolas Especiais da APAE: Acompanhamento pedagógico, regência, educação física, artes, literatura, recreação, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, musicoterapia, serviço social, nutrição, fisioterapia e neurologia.

- Dentre os atendimentos das Unidades de Acolhimento, todas oferecem acompanhamento social.

Conforme dados coletados nos equipamentos pesquisados, cerca de 23 (vinte e três) crianças ou adolescentes encontravam-se em situação de

acolhimento acessavam os serviços de saúde mental por meio dos dois CAPSi do cenário de pesquisa.

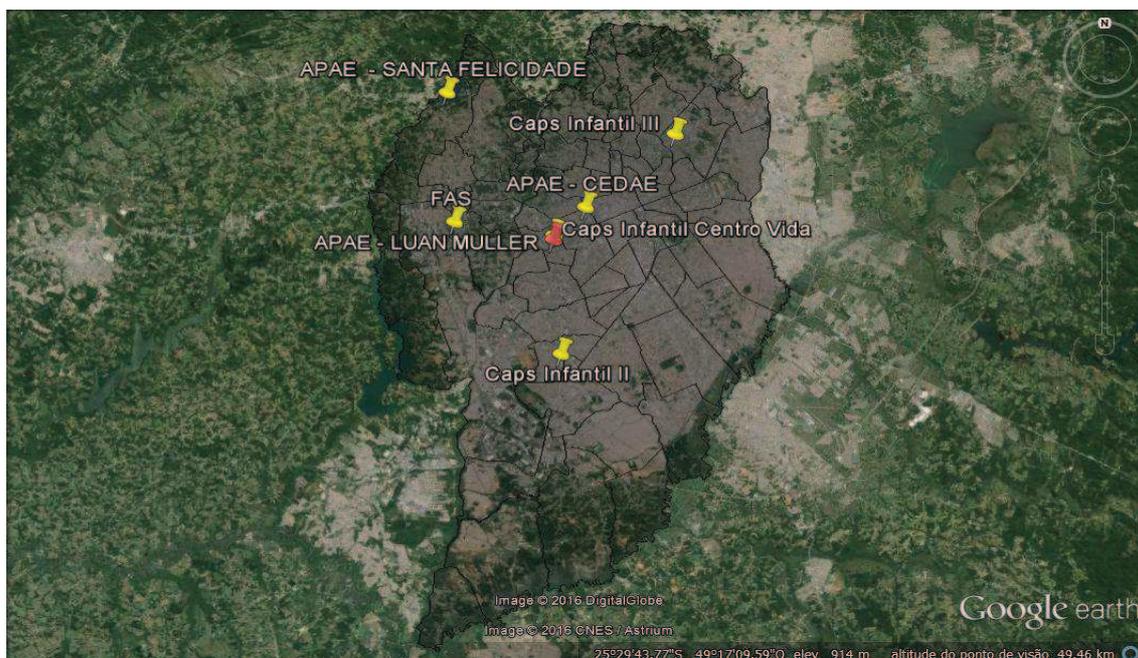
Com relação ao protocolo de atendimento dos CAPSi e às unidades de acolhimento, os dois CAPSi citaram que realizavam parcerias entre os equipamentos (relação direta e próxima), projetos terapêuticos compartilhados e um trabalho de matriciamento organizado.

#### 6.4.2 GEORREFERENCIAMENTO

Foi realizado o georreferenciamento dos equipamentos que participaram da pesquisa, com o intuito de conhecer geograficamente onde estão dispostos. Ressalta-se que por questões de sigilo de justiça e de ética, as localizações das unidades de acolhimento não foram sinalizadas (Figura 7).

Verifica-se a leste da cidade uma escassez de serviços para atendimento de crianças e adolescentes, sinalizando a falta de atendimento no território.

Figura 8 - Georeferenciamento dos equipamentos pesquisados



Elaboração: O autor, 2016.

### 6.4.3. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS COLETADOS POR MEIO DA APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS - PROFISSIONAIS

Serão explanados na sequência os dados coletados por meio da aplicação dos formulários. Primeiramente, os dados sociodemográficos dos locais e dos profissionais responderam aos formulários (Tabela 5).

Tabela 5 - Média de idade, tempo de formação e carga horária profissionais entrevistados

	<b>Média</b>	<b>Dp</b>
Idade (anos)	39.61	10.038
Tempo de Formação (anos)	10.57	8.952
Carga Horária Semanal(horas)	34.38	8.450

Elaboração: O autor, 2016

Dp: Desvio padrão

Com relação ao número de profissionais por tipo de equipamento que participaram da pesquisa, respondendo ao Formulário 3, a Tabela 6 contempla tais informações.

Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos profissionais entrevistados por local

<b>Local</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
CAPSi	21	32.8
Escolas Especiais da APAE	27	42.2
UAI Abrigo Institucional	14	21.9
UAI Casa-Lar	2	3.1
Total	64	100.0

Elaboração: O autor, 2016.

Com relação à profissão dos entrevistados, 12 (18.8%) eram psicólogos, 10 (15.6%) eram educadores sociais, 7 (10.9%) professores, 6 (9.4%) técnicos de enfermagem, 6 (9.4%) fisioterapeutas, 6 (10%) Assistentes Sociais, 5 (7.8%) terapeutas ocupacionais, 4 (8%) assistentes sociais, 4 (6.3%) pedagogos, 2 (3.1%) enfermeiros, 2 (3.1%) fonoaudiólogos, 2 (3.1%) médicos e 2 (3.1%) coordenadores de Casa-Lar (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa profissionais por profissão/função

	<b>FA</b>	<b>FR</b>
<b>Psicólogo</b>	<b>12</b>	<b>18.8</b>
<b>Educador(a) Social</b>	<b>10</b>	<b>15.6</b>
<b>Professor(a)</b>	<b>7</b>	<b>10.9</b>
Técnico(a) de Enfermagem	6	9.4
Fisioterapeuta	6	9.4
Assistente Social	6	9.4
Terapeuta Ocupacional	5	7.8
Pedagogo(a)	4	6.3
Médico(a)	2	3.1
Fonoaudiólogo(a)	2	3.1
Enfermeiro(a)	2	3.1
Coordenador(a) Unidade de acolhimento	2	3.1
Total	64	100.0

Elaboração: O autor, 2016.

Dentre a formação complementar, 37 (60.7%) dos profissionais tinham especialização, 23 (37.7%) tinham curso de formação e 1 (1.6%) tinha mestrado. Já com relação à formação complementar em saúde mental, 15 (53.6%) possuíam especialização na área, 12 (42.9%) possuíam curso de formação e 1 (3.6%) mestrado na área.

Sobre a corrente teórica que os 12 psicólogos seguem, 6 (50%) dos mesmos informaram acerca da psicanálise, 2 (16.7%) a abordagem sistêmica e 1 (8.3%) a comportamental, 1 (8.3%) a cognitiva e 1 (8.3%) a humano-existencial.

Dentre os atendimentos realizados por esses profissionais, em termos gerais, destaca-se o individual, seguido do grupo (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa principais atendimentos realizados pelos profissionais

	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Atendimento individual	50	28.4
Atendimento em grupo	35	19.9
Acompanhamento familiar	27	15.3
Acompanhamento terapêutico	17	9.7
Oficinas terapêuticas	16	9.1
Ludoterapia	7	4.0
Consultas	7	4.0
Articulação com rede	4	2.3

Elaboração: o autor, 2016.

Dentre os casos de deficiência que esses profissionais mais atendem, 52 (35.6%) profissionais citaram a deficiência intelectual. Já com relação aos transtornos mais atendidos os transtornos de aprendizagem e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foram os mais elencados (92 – 38.7%), o transtorno desafiador opositor (36-15.1%) e os transtornos por uso de substâncias (35 – 14.7%).

Sobre a interação com a rede para o atendimento dos casos, 47 (73.4%) profissionais responderam que há sim essa interação. Dentre os locais citados destaca-se as unidades de saúde (38-12.1%), escolas especiais (36-11.4%), Conselho Tutelar (32-10.2%) e escolas (32-10.2%).

#### 6.4.4. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS COLETADOS POR MEIO DA APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS – CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOLHIDOS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Esta seção apresenta os resultados referentes à análise quantitativa, tendo em vista, que os resultados qualitativos ainda estão sendo construídos. Das crianças e adolescentes que fizeram parte do escopo dessa pesquisa (n=46), a idade média foi de 14.65 anos. Quanto ao sexo, 27 (58.7%) eram meninos e 19 (41.3%) eram meninas.

Dos casos de outras deficiências associadas, os dirigentes citaram haver 3 (6.5%) casos de deficiência físico/motora e 1 (2.2%) caso de deficiência visual.

Com relação a deficiência intelectual, 11 (23.9%) tinham diagnóstico de deficiência intelectual leve (CID 10 F70), já 4 (8.7%) possuíam diagnóstico de deficiência intelectual moderada (CID 10 F71). Foram citados 2 (4.3%) casos como em avaliação.

Dentre os transtornos mentais dessas crianças e adolescentes, os dirigentes apontaram 36 tipos de transtornos mentais com código CID. Houve 10 (21.7%) casos ainda estavam em avaliação. Com relação aos diagnósticos 10 (17.5%) possuíam mais de um diagnóstico de transtorno mental, 8 (14%) tinham algum transtorno de humor, 6 (10.5%) algum transtorno neurótico, 5 (8.8%) dos casos tinham algum tipo de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas, 5 (8.8%) transtornos esquizoafetivos.

Dos casos de diagnóstico dual, 10 (21.7%) atendiam essa condição.

Quanto aos serviços de saúde mental mais acessados, a tabela 9 explana sobre a frequência e local onde o atendimento é realizado:

Tabela 9 - Serviço de saúde mental mais acessado e local

Serviço	CAPSi	Clínica/Instituição	Convênio Médico	Escola Especial	Hospital	Privado (pago)			Total
						Voluntário	UBS	Voluntário	
Psicologia	22	7	0	4	2	3	1	5	44
Psiquiatria	31	1	2	3	4	0	1	0	42
Terapia Ocupacional	8	0	0	4	0	1	0	0	13
Internamento Psiquiátrico	4	0	0	0	0	0	0	0	4

Elaboração: O autor, 2016.

Sobre o uso de medicação psicotrópica, 41 (89.1%) das crianças e adolescentes faziam uso de medicação, sendo que desses 33 (80.5%) recebiam a medicação integralmente pelo SUS. Em 8 (19.5%) casos a medicação necessitou ser comprada.

Com relação ao meio de transporte utilizado para o acesso aos serviços de saúde mental, em 42 (91.3%) casos é realizado pelo transporte da própria unidade de acolhimento.

#### 6.4.5. REORDENAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO E OS ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

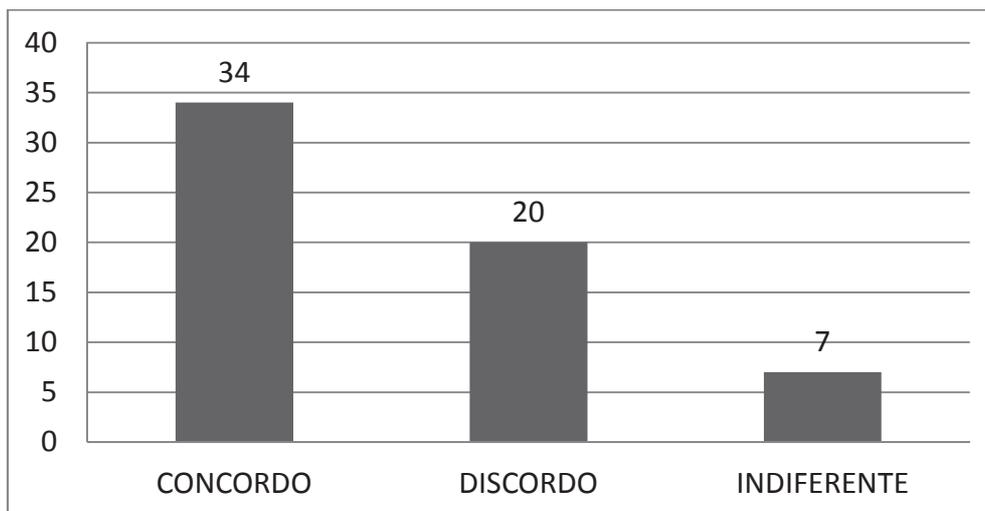
Esta seção apresenta os resultados referentes as relações entre o reordenamento e os atendimentos de saúde mental, numa perspectiva de interdisciplinaridade e intersetorialidade. As respostas dos profissionais psicólogos serão apresentadas com a abordagem teórica que cada profissional segue na sequencia.

Foi questionado se esses profissionais já atenderam ou atendem crianças e adolescentes em situação de acolhimento, 61 (95.3%) deles responderam que sim, sendo que dez eram educadores sociais e nove deles psicólogos, dos quais cinco atuam como psicanalistas, um na abordagem sistêmica, um PNL (Programação Neurolinguística), um comportamental e um cognitivo.

Neste sentido, dos 34 (55.7%) profissionais que concordaram com a afirmação (gráfico 1), quinze deles estão nas escolas especiais, treze nos CAPSi e seis nas unidades de acolhimento. Sete desses profissionais eram psicólogos (seis seguiam uma abordagem psicanalítica e um comportamental). Desses 34 profissionais, 21 (61.8%) deles tinham entre 0 a 10 anos de formação.

Quando questionado se o reordenamento dos serviços de acolhimento havia propiciado um atendimento que garantia a proteção integral da criança e/ou adolescente com deficiência e/ou transtorno mental, 38 (64.4%) dos profissionais discordam dessa afirmação, e 16 (27.1%) mencionam que o reordenamento proporcionou sim a proteção integram desse público. Dos que discordaram da afirmação, 17 (44.7%) deles atuam nas escolas especiais. Oito dos profissionais que discordaram dessa afirmação eram educadores sociais, e seis eram psicólogos, sendo que dois seguiam a abordagem sistêmica, dois psicanálise, um a humano-existencial e um a comportamental. Dos profissionais que discordavam, 20 (52.6%) tinham entre 0 a 10 anos de formação.

Gráfico 1 - Atendimento da RAPS frente ao Reordenamento (n=61)



Elaboração: O autor, 2016.

Quanto aos equipamentos de saúde se estavam preparados para atender a demanda de crianças e adolescentes acolhidas propiciando um atendimento interdisciplinar e intersetorial que garantisse a proteção integral da criança e/ou adolescente, visando, quando possível, o retorno ao convívio sociofamiliar, 42 (70.0%) discordaram que os equipamentos estavam aptos como proposto pela política do reordenamento no atendimento de crianças e adolescentes acolhidos, sendo que apenas 13 (21.7%) concordavam com a afirmação.

Já entre os dirigentes das unidades de acolhimento, 6 (75%) discordam que a Rede de Atenção Psicossocial propiciou um atendimento que viesse a sanar o que no passado era proposto pelas unidades de acolhimento, tendo em vista do Reordenamento do Serviços de Acolhimento.

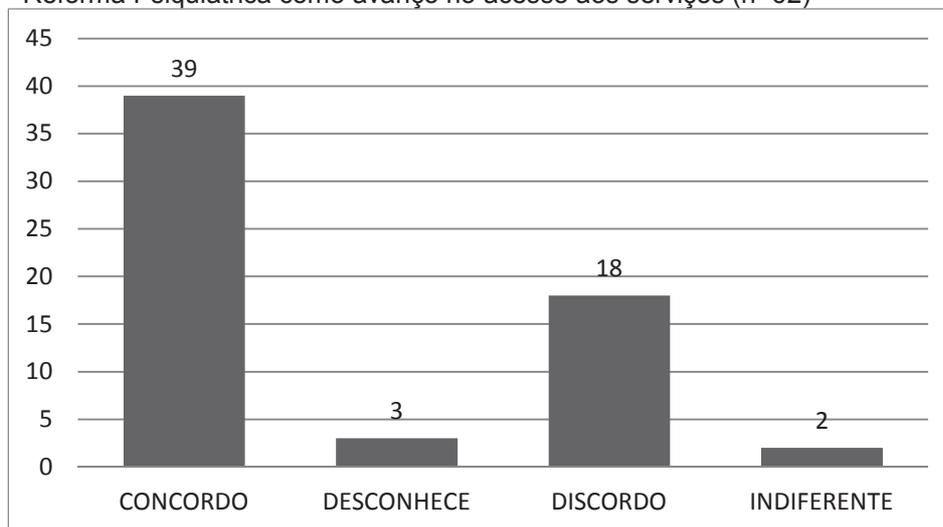
Como pressupostos do Reordenamento dos Serviços de Acolhimento como também da Reforma Psiquiátrica, que possuem como prerrogativas a territorialização dos serviços, 6 (75%) afirmaram que os equipamentos não ficam próximos das UAIs, o que dificulta o acesso.

#### 6.4.6. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Acerca do acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, os formulários trouxeram questões fechadas com possibilidade justificar a resposta.

Quanto à Lei 10.216, referente à Lei da Reforma Psiquiátrica, questionando se ela trouxe avanços na garantia de direitos de crianças e adolescentes, possibilitando um melhor atendimento, dentre os 39 (62.9%) que concordavam com a afirmação: vinte trabalhavam nos CAPSi, dez em escolas especiais e nove nas unidades de acolhimento. Já os que discordaram da afirmação, dez deles trabalhavam nas escolas especiais. Com relação à função ou profissão, dez dos mesmos eram psicólogos (seis psicanalistas, um na abordagem sistêmica, um na humano-existencial, um na comportamental e um na cognitiva). Dos 39 (62.9%), 28 (71.8%) desses profissionais tinham entre 0 a 10 anos de formação (Gráfico 2).

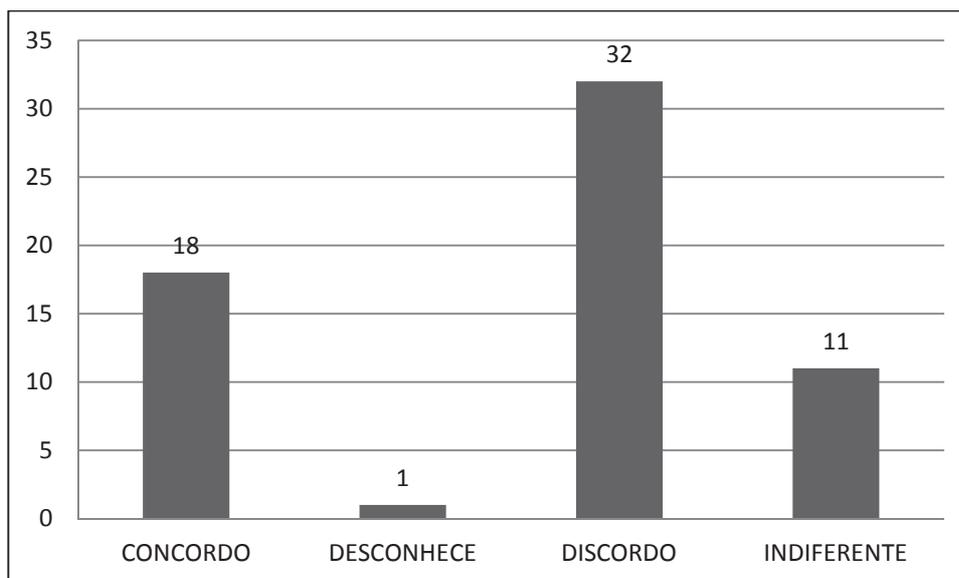
Gráfico 2 - Reforma Psiquiátrica como avanço no acesso aos serviços (n=62)



Elaboração: O autor, 2016.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes, se os mesmos são priorizados, 32 dos respondentes discordam dessa afirmação (gráfico 3).

Gráfico 3 - Priorização dos serviços de saúde mental (n=62)



Elaboração, O autor, 2016.

Dos profissionais que discordaram dessa afirmação, treze são das escolas especiais, dez dos CAPSi e nove das unidades de acolhimento, sendo que cinco eram psicólogos (três psicanalistas, um PNL - Programação Neurolinguística e um na abordagem sistêmica) e cinco eram educadores sociais. Já dos que concordaram, oito eram dos CAPSi. Dos que discordavam 16 (50%) deles tinham entre 0 a 10 anos de formação.

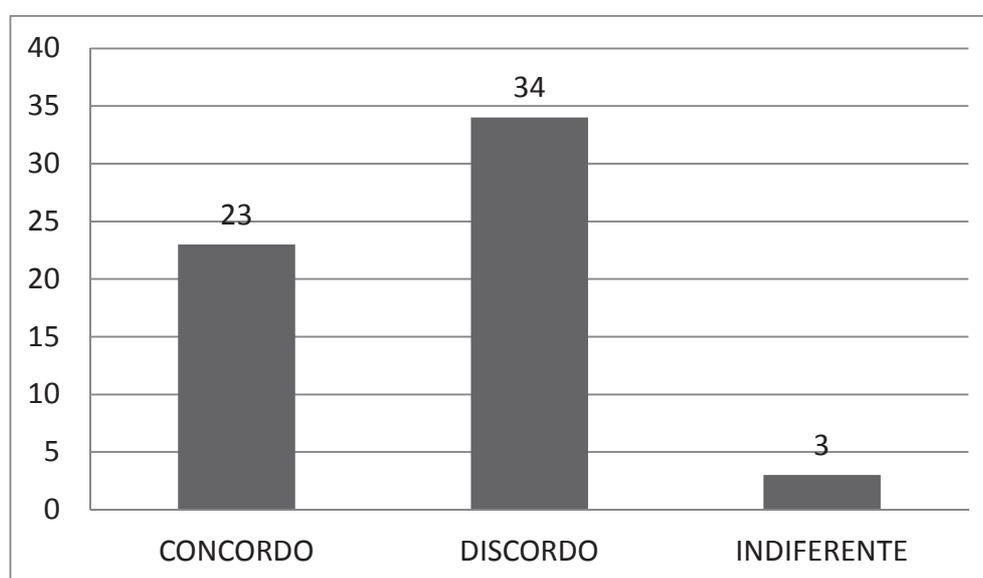
A dualidade de diagnóstico (deficiência intelectual e transtorno mental associado) é citada por alguns autores como sendo um dificultador para o acesso aos serviços de saúde ou educação. Muitas vezes, um diagnóstico priva o acesso a determinados equipamentos.

Com relação a dualidade diagnóstica, 61 (95.3%) respondentes afirmaram que SIM, que trabalhavam ou trabalharam com crianças e adolescentes com diagnóstico dual, 2 (3.1%) disseram que NÃO e 1 (1.6%) NÃO RESPONDEU à questão. Desses 61 profissionais, 26 (42.6%) deles trabalhavam nas escolas especiais, 21 (34.4%) em CAPSi e 14 (23%) nas unidades de acolhimento. Os doze profissionais da psicologia afirmaram já terem trabalhado ou trabalham com crianças com diagnóstico dual.

Na existência de dificuldades de ingressar ou permanecer no equipamento quando a criança ou adolescente possui diagnóstico dual (deficiência intelectual + transtorno mental), 34 (56.7%) dos profissionais

discordam que exista dificuldades e 23 (38.3%) afirmaram existir dificuldades tanto no ingresso como na permanência quando do diagnóstico dual (gráfico 4). Dos profissionais que discordaram, vinte dos mesmos atuam nas escolas especiais, e nove nos CAPSi. Sete desses profissionais que discordaram na existência de alguma dificuldade eram psicólogos (três psicanalistas, dois de abordagem sistêmica, um cognitivo e um comportamental). Vinte e um dos profissionais que discordaram tinham entre 0 a 10 anos de formação.

Gráfico 4 - Dificuldade de ingresso ou permanência em função do diagnóstico dual (n=60)



Elaboração: O autor, 2016.

Na existência de desdobramentos pela equipe no atendimento de crianças e adolescentes com o diagnóstico dual, 38 (73.1%) os profissionais afirmaram existir desdobramentos para o atendimento e 13 (25%) discordaram desse posicionamento. Dos que afirmaram existir desdobramentos, dezessete atuam nos Capsi. Os psicólogos (9) foram os profissionais que mais afirmaram desse desdobramento (quatro deles eram psicanalistas e os demais, um de cada abordagem teórica). Dos que afirmaram existir desdobramentos, vinte e seis tinham entre 0 a 10 anos de formação.

#### 6.4.7. FATORES RELACIONADOS AO ACESSO

Foi realizada uma análise conteúdo das questões abertas através dos extratos de texto das respostas dos participantes, a partir dos Formulários 1, 2 e 3. Essa análise foi realizada a partir do *software* Atlas Ti.

Foram apropriados para a análise 118 documentos (64 formulários preenchidos pelos profissionais, 46 acerca das crianças e adolescentes acolhidos e 8 acerca das unidades de acolhimento). Como tais documentos possuíam questões com possibilidade para justificativa, esses extratos de texto foram utilizados para a análise, levando-se em consideração a identificação de fatores que estivessem relacionados ao acesso dos serviços de saúde mental.

Foram identificados 396 extratos de texto. Num primeiro ciclo de análise esses extratos de texto foram codificados em 118 códigos (Apêndice L). Após segunda análise que teve como objetivo retirar códigos redundantes obteve-se 58 códigos. Os 58 códigos podem ser visualizados na tabela 10.

Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa - Fatores identificados relacionados ao acesso

	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Sem dificuldades	67	12.5
Falta capacitação	63	11.7
Falta estrutura e estrutura especializada para o atendimento de crianças/adolescentes	35	6.5
Falta recursos humanos	24	4.5
Não há prioridade acesso	24	4.5
Adolescente pouco colaborativo	20	3.7
Amplitude no atendimento	19	3.5
Falta vagas ambulatório e internação	18	3.4
Prioridade igualitária	17	3.2
Falta parceria outros serviços / necessita melhorias demora	17	3.2
Reinserção social	17	3.2
Acolhimento garantia atendimento	15	2.8
Facilidade acesso enquanto crianças/adolescentes	13	2.4
Sistema não consegue garantir proteção integral / falha rede local	12	2.2
Atendimento CAPS é limitado	12	2.2
Perfil ingresso	11	2.0
ECA e Reforma Psiquiátrica avanços	11	2.0
Falta atendimento especializado e atendimento psicológico	11	2.0
Rede facilita acesso	9	1.7
Pouco investimento Saúde Mental Infantil/Poucos CAPSi	8	1.5
Falta mobilidade e acessibilidade	7	1.3

Atendimento sem atrativo - baixa adesão	7	1.3
Dificuldade de permanência	7	1.3
Sujeitos de direito	6	1.1
Falta recurso familiar	5	0.9
Medida de proteção como facilitador	5	0.9
Desconhecimento	4	0.7
Aumento da demanda	4	0.7
CAPS possibilita novos caminhos	4	0.7
Público vulnerável	4	0.7
Não garante proteção integral	4	0.7
Rejeição dos outros adolescentes no equipamento	4	0.7
Reinserção familiar	4	0.7
Medicações ultrapassadas (excesso e falta)	4	0.7
Importância tratamento	3	0.6
Dificuldade elaboração projetos individuais UAI	3	0.6
Transtorno estabilizado	3	0.6
Quebra estigma	3	0.6
Atendimento humanizado	3	0.6
Atenção básica não propicia atenção no território	3	0.6
Deficiência intelectual - dificulta acesso	2	0.4
Casos graves remetem instituições totais / internamentos	2	0.4
Comunicação profissional	2	0.4
Resistência profissional	2	0.4
Locais acolhimento falta estrutura	2	0.4
Atendimento rede privada	2	0.4
Prioridade em crises somente	2	0.4
Atendimento território	2	0.4
Dificuldade diferenciação def. intelectual e transtorno mental	2	0.4
Profissionais em mudança	1	0.2
Patologização para o acesso	1	0.2
Ser órgão público	1	0.2
Resultados pesquisados avaliados	1	0.2
Regionalização compromete vínculo	1	0.2
Deficiência intelectual prioridade acesso	1	0.2
Falta participação dos usuários	1	0.2
Esforços equipe manter atendimento	1	0.2
Dificuldade com a comorbidade no uso de substâncias	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>537</b>	<b>100.0</b>

Elaboração: O autor, 2016.

Na tabela 10, a quantidade 537 representa o total de vezes que os códigos foram utilizados nos extratos de texto, sendo que o F representa a frequência de vezes que cada código foi utilizado.

Os 58 códigos (ou subcategorias) foram agrupados em duas famílias de códigos: Avanços no Acesso e Dificuldades no Acesso. Ainda, conforme análise do acesso proposto por Giovanella e Fleury (1996) os códigos foram subdivididos em 4 subgrupos (categorias): Política, Econômico-social, Técnica e Simbólica. Os códigos e suas subdivisões podem ser verificados conforme nos Quadros 6 e 7:

ço ao acesso (Categorias e Família associada)

	<b>Descrição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Família associada</b>
	Participantes que não relataram dificuldades acerca do acesso	ECONÔMICA-SOCIAL	AVANÇOS NO ACESSO
	A rede como facilitador no acesso		
	Os atendimentos em território possibilitam um melhor atendimento	POLÍTICA	
	Como pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a Reinserção Social foi citada como um avanço		
	As legislações proporcionaram uma melhor garantia no acesso		
	Os profissionais de UAs citaram que por trabalharem em instancias públicas facilita o acesso aos serviços	SIMBÓLICA	
	A prioridade é citada como igualitária		
	O acolhimento como ator da rede possibilita melhor acesso		
	A facilidade é citada apenas na fase de desenvolvimento		
	As legislações trouxeram a titulação de “sujeitos de direito” o que propicia melhores possibilidades quanto ao acesso		
	A medida de proteção que lhes é imposta, propicia melhores condições de acesso		
	A reinserção familiar advinda da Reforma Psiquiátrica é citada como avanços no acesso		
	Os CAPS como novas modalidades de atendimento vislumbram novos caminhos para crianças e adol.		
	O atendimento com as legislações é citado como humanizado, o que vem a facilitar o acesso		
	As legislações e mais precisamente a Reforma Psiquiátrica proporcionaram a quebra do estigma da “loucura”		
	Os participantes relatam que quando se há uma estabilização do quadro de transtorno, não há dificuldades no acesso		

	Como se misturam muitas legislações, a questão da deficiência é citada como facilitador para os serviços	TÉCNICA	
	Quando os adolescentes vislumbram a importância do tratamento em saúde mental, isso possibilita melhores expectativas		
	A comunicação entre os profissionais dos diversos equipamentos é citada como um facilitador		
	O participante relata que os resultados de todo o processo de mudança de paradigma advindo da Reforma Psiquiátrica já está sendo pesquisado e avaliado		
	A quebra de paradigma possibilitou a mudança de comportamento dos profissionais		

dificuldades para o acesso (Categorias e Família associada)

	<b>Descrição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Família Associada</b>
a atende crianças e	A falta de estrutura especializada para atendimento de crianças e adolescentes	ECONÔMICA-SOCIAL	DIFICULDADES NO ACESSO
	A falta de recursos humanos é citada como uma dificuldade para o acesso		
	A dificuldade de vagas tanto em CAPSi, ambulatório como vagas de internamento para crianças e adolescentes.		
terápico	Falta de atendimento especializado para crianças e adolescentes, e de atendimento psicoterápico		
til poucos CAPSI	Os participantes relatam que muito é gasto com a saúde mental do adulto, porém poucos são os investimentos em saúde mental infantil		
	A falta de acessibilidade e mobilidade (para chegar aos locais) foi apontando como uma dificuldade		
	A falta de interesse no tratamento dos filhos foi citado pelos profissionais como uma dificuldade		
a	Medicações que são consideradas ultrapassadas, bem como a falta delas na rede pública implica em uma dificuldade.		
	O aumento na demanda de atendimento do público infantil sobrecarrega os equipamentos		
	A necessidade de atendimento pela rede privada é citada, em função que o sistema não consegue dar conta da demanda		
m melhorias demora	Os locais de acolhimento foram citados com falta de estrutura, o que segundo os profissionais dificulta o acesso	POLÍTICA	DIFICULDADES NO ACESSO
território	A falta de atendimento no território prejudica por vezes a continuidade do tratamento		
egral rede local	O sistema como não é interligado, não consegue contemplar a proteção integral que essa criança ou adolescentes necessita		

	A falta de participação dos usuários é citada como uma dificuldade	SIMBÓLICA	
	Muitas vezes a regionalização dos serviços compromete o vínculo da criança ou adolescente com a família		
	O perfil de ingresso muitas vezes difere do perfil de atendimento do equipamento. Cita-se muito nos casos de dualidade de diagnóstico		
	O adolescente ou criança tem dificuldades em permanecer no local, o que vem a comprometer o acesso		
o	A baixa adesão por parte do adolescente é citada como uma dificuldade		
amamentos	O estigma por parte de outros adolescentes no equipamento propicia uma não aceitação do tratamento, e por sua vez o acesso é comprometido		
	O reordenamento como um todo não garante a proteção integral, e por sua vez dificulta o acesso		
	Por se tratar de um público vulnerável (crianças e adolescentes x deficiência intelectual x transtorno mental x em situação de acolhimento) acaba por dificultar o acesso		
	O desconhecimento dos profissionais acerca da Reforma Psiquiátrica, dos equipamentos que são advindos da RAPS contribuem para a dificuldade		
	Os profissionais citam que muitas vezes só se tem acesso aos serviços quando esses sujeitos encontram-se em crise		
	A deficiência intelectual é citada como dificuldade no ingresso aos serviços de saúde mental		
as	O uso de substâncias psiquiátricas pode contribuir negativamente ao acesso aos serviços		
	Muitas vezes se faz necessário estabelecer alguns diagnósticos para se ter acesso gratuito a determinados medicamentos		

	Citado por profissionais que não há uma prioridade no acesso aos serviços.		
	Quando os adolescentes não dispõem de interesse na participação das atividades.		
s	Os casos mais graves por vezes remetem ao atendimento das antigas instituições totais.	TÉCNICA	
	Faz-se necessário para garantir o atendimento um esforço muitas vezes além da capacidade da equipe para manter o atendimento.		
	Muito citado neste projeto, a falta de capacitação tanto dos profissionais que atuam nos equipamentos de saúde mental como aqueles que atuam nas UAIs, dificulta o acesso aos serviços.		
	A amplitude de atendimento é citada como dificuldade quando se vê atrelada o diagnóstico dual		
	Os atendimentos que são realizados pelos CAPS não conseguem abranger o que a crianças ou o adolescente necessita.		
ais – casa	Citado certa dificuldade em estabelecer Projetos Individuais compartilhados com as UAIs.		
electual e Transtorno	O desconhecimento acerca dos transtornos e suas diferenciações frente a deficiência trazem dificuldades no acesso aos serviços.		
	Existe ainda uma resistência por determinados profissionais no atendimento de situações de vitimizados ou mesmo de casos que envolvem transtornos mais graves.		

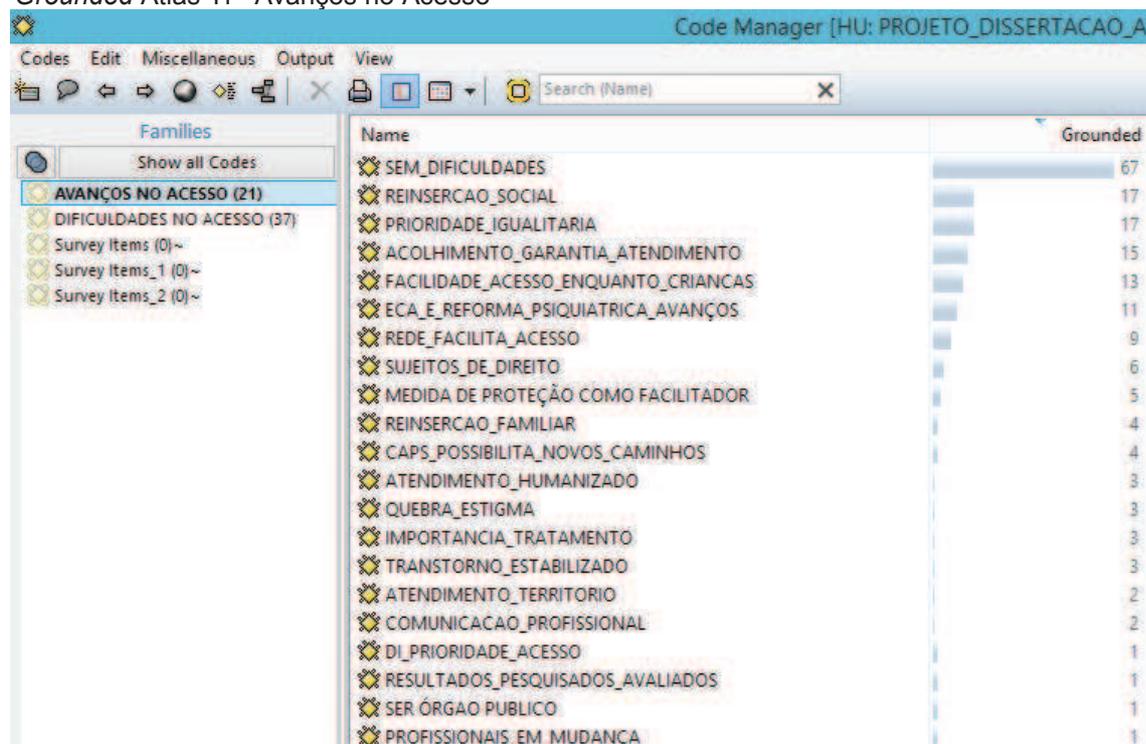
Com relação aos avanços no acesso, os extratos de texto foram subcategorizados em 21 fatores que podem ser visualizados na Tabela 11. Sendo que o total 188 (100%) significa o total de vezes que os extratos de texto puderam ser classificados como avanços no acesso aos serviços de saúde mental e cada fator é elencado com sua respectiva frequência.

Na figura 9 pode-se verificar a forma que os extratos de texto foram compilados dentro do *software* Atlas Ti.

Tabela 11 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados aos avanços no acesso

	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Sem dificuldades	67	35.6
Reinserção social	17	9.0
Prioridade igualitária	17	9.0
Acolhimento garantia atendimento	15	8.0
Facilidade acesso enquanto crianças	13	6.9
ECA e Reforma Psiquiátrica avanços	11	5.9
Rede facilita acesso	9	4.8
Sujeitos de direito	6	3.2
Medida de proteção como facilitador	5	2.7
Reinserção familiar	4	2.1
CAPS possibilita novos caminhos	4	2.1
Atendimento humanizado	3	1.6
Quebra estigma	3	1.6
Transtorno estabilizado	3	1.6
Importância tratamento	3	1.6
Atendimento território	2	1.1
Comunicação profissional	2	1.1
Deficiência intelectual prioridade acesso	1	0.5
Resultados pesquisados avaliados	1	0.5
Ser órgão público	1	0.5
Profissionais em mudança	1	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>

Elaboração: O autor, 2016.

Figura 9 - *Grounded Atlas Ti* - Avanços no Acesso

Elaboração: O autor, 2016.

Conforme a frequência, serão apresentados na sequência os 6 (seis) primeiros fatores relacionados ao acesso, detalhados na Tabela 12.

Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados ao acesso - Avanços

	FA	FR
Reinserção social	17	9.0
Prioridade igualitária	17	9.0
Acolhimento garantia atendimento	15	8.0
Facilidade acesso enquanto crianças	13	6.9
ECA e Reforma Psiquiátrica avanços	11	5.9
Rede facilita acesso	9	4.8

Elaboração: O autor, 2016.

Como avanços no acesso, a reinserção social foi apontada como o principal fator relacionado.

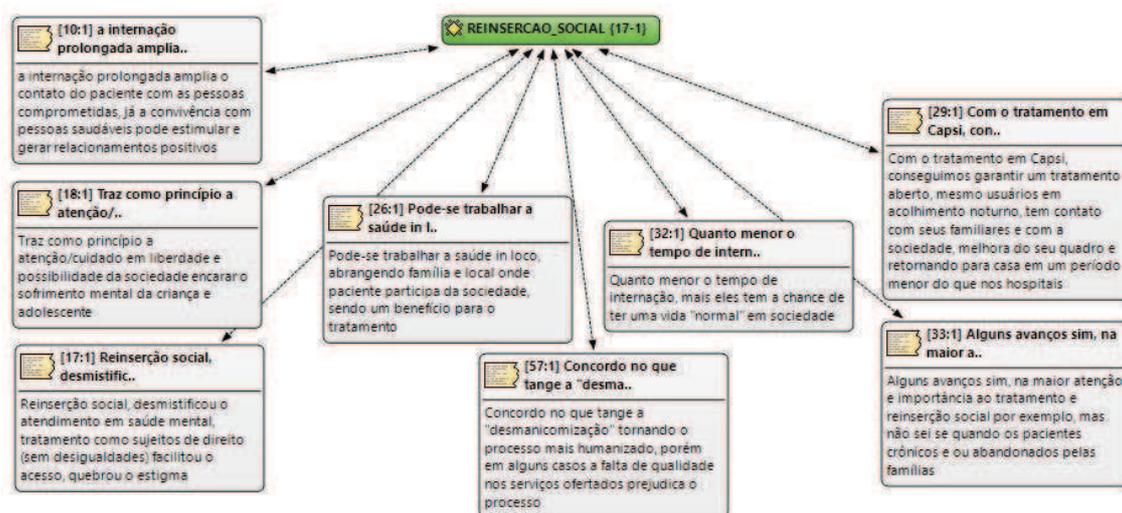
A reinserção social apareceu em 17 extratos de texto. Na figura 10, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de

texto das respostas dos participantes. Na rede, o número 17 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Política).

A reinserção social (17=100%) foi citada 10 (58.8%) vezes por profissionais dos CAPSi, 3 (17.6%) por profissionais das Escolas Especiais, 3 (17.6%) dos profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 1 (5.9%) por profissionais da Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Dentre os profissionais psicólogos, a reinserção social foi citada 5 vezes dentre os seus extratos de texto.

Figura 10 - *Network* (rede) reinserção social



Elaboração: O autor, 2016.

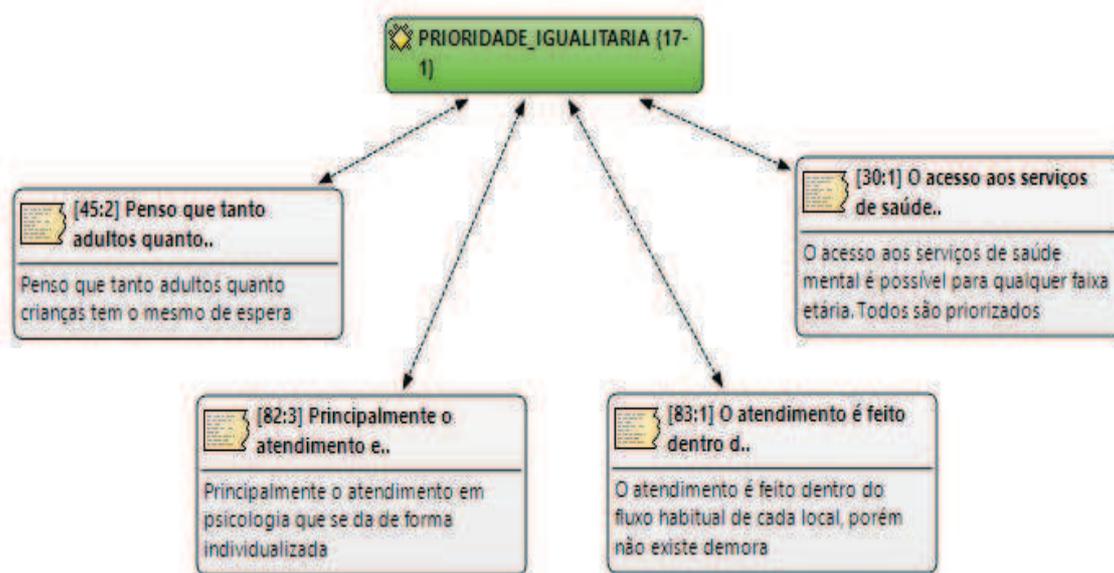
Como avanços, a prioridade nos serviços foi apontada como igualitária. Ela apareceu em 17 extratos de texto. Na figura 11, apresentamos a rede (*network*), acerca desse fator com alguns extratos de texto dos participantes. Na rede, o número 17 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Simbólica).

A prioridade igualitária (17=100%) foi citada 3 (17.6%) vezes por profissionais dos CAPSi e 1 (5.9%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional.

Dentre os profissionais psicólogos, a prioridade igualitária foi citada 1 vez dentre os seus extratos de texto.

Com relação ao formulário 2, que tratava da criança ou adolescente com deficiência intelectual ou transtorno mental, a prioridade igualitária apareceu em 13 extratos de texto (76.5%).

Figura 11 - Network (rede) Prioridade Igualitária



Elaboração: O autor, 2016.

Como a problemática deste trabalho se decorreu do acolhimento institucional de crianças e adolescentes, este também foi um dos fatores relacionados ao acesso. Ele apareceu em 15 extratos de texto. Na figura 12, apresentamos a rede (*network*) sobre esse fator, com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 15 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Simbólica).

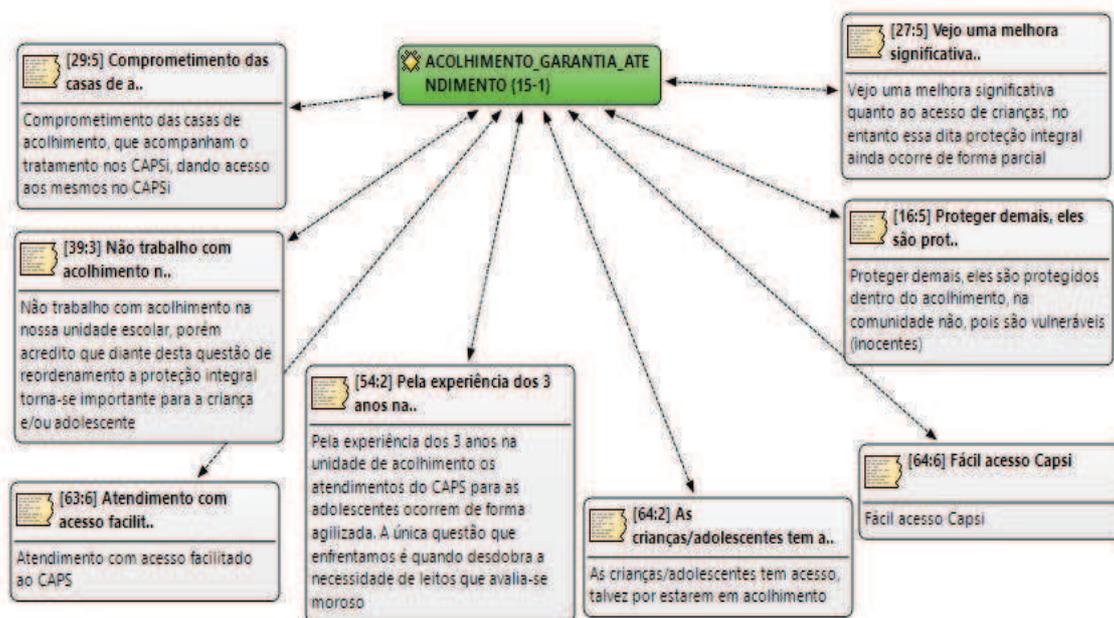
O acolhimento como garantia de atendimento (15=100%) foi citado 3 (20%) vezes por profissionais dos CAPSi, 3 (20%) por profissionais das Escolas Especiais, 6 (40%) por profissionais que trabalham em Unidades de

Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 2 (13.3%) dos profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Este fator apareceu 1 vez (6.7%) em um extrato de texto da resposta de um dirigente de Unidade de Acolhimento Institucional.

Dentre os profissionais psicólogos, o acolhimento como garantia de direito foi citado 2 vezes dentre os seus extratos de texto.

Figura 12 - *Network* (rede) Acolhimento como garantia de atendimento



Elaboração: O autor, 2016.

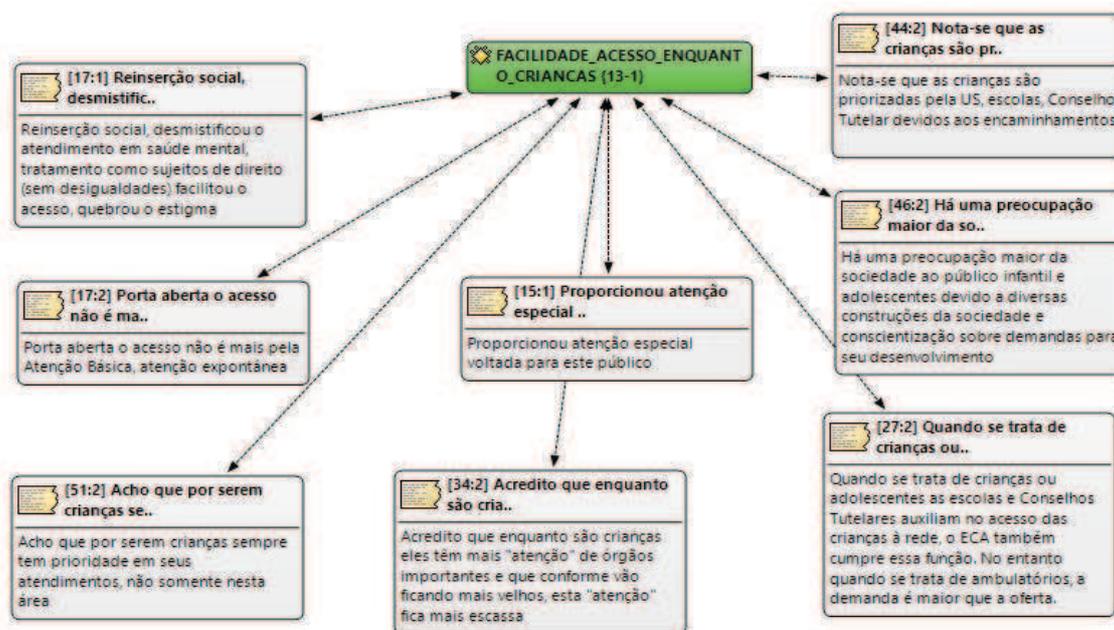
Outro fator que apareceu com relevância dentro dos extratos de texto foi a facilidade do acesso enquanto são crianças e adolescentes. Ela apareceu em 13 extratos de texto. Na figura 13, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede, o número 13 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Simbólica).

A facilidade de acesso, quando se trata de criança ou adolescente (13=100%) foi citado 6 (46.2%) vezes por profissionais dos CAPSi, 2 (15.4%) por profissionais das Escolas Especiais, 3 (23.1%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 2

(15.4%) dos profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 4 vezes dentre os seus extratos de texto.

Figura 13 - *Network* (rede) Facilidade no acesso enquanto crianças



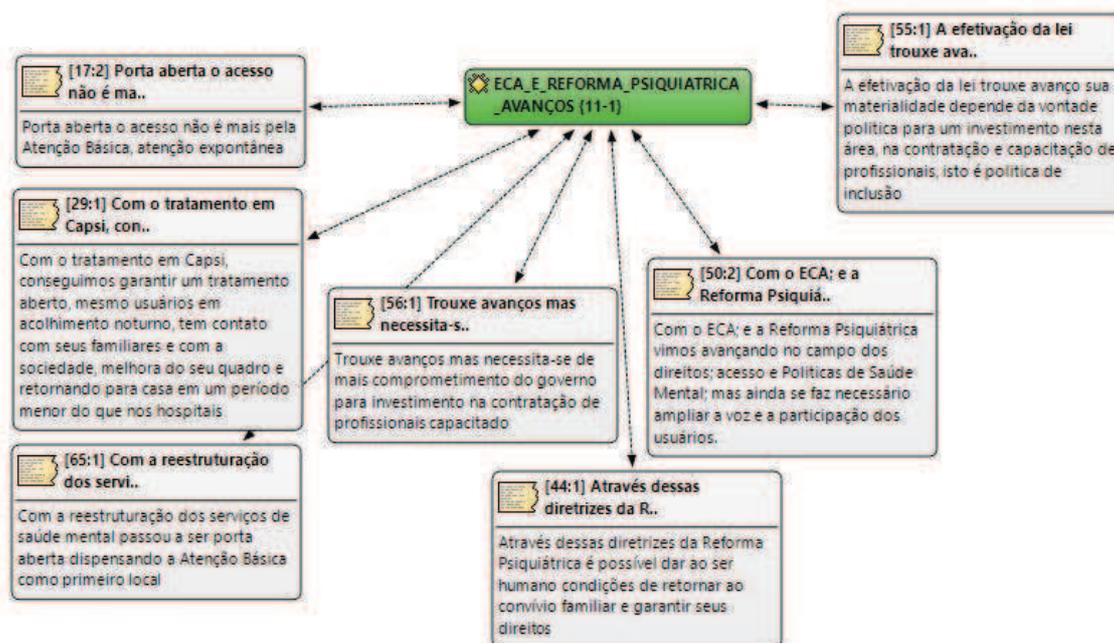
Elaboração: O autor, 2016.

As legislações, tanto o ECA como a Reforma Psiquiátrica apareceram como fator relevante ao acesso aos serviços. Este apareceu em 11 extratos de texto. Na figura 14, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 11 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Política).

O ECA e a Reforma como avanços no acesso (11=100%) foi citado 5 (45.5%) vezes por profissionais dos CAPSi, 2 (18.2%) por profissionais das Escolas Especiais, 2 (18.2%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 2 (18.2%) dos profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 2 vezes dentre os seus extratos de texto.

Figura 14 - Network (rede) ECA e Reforma Psiquiátrica



Elaboração: O autor, 2016.

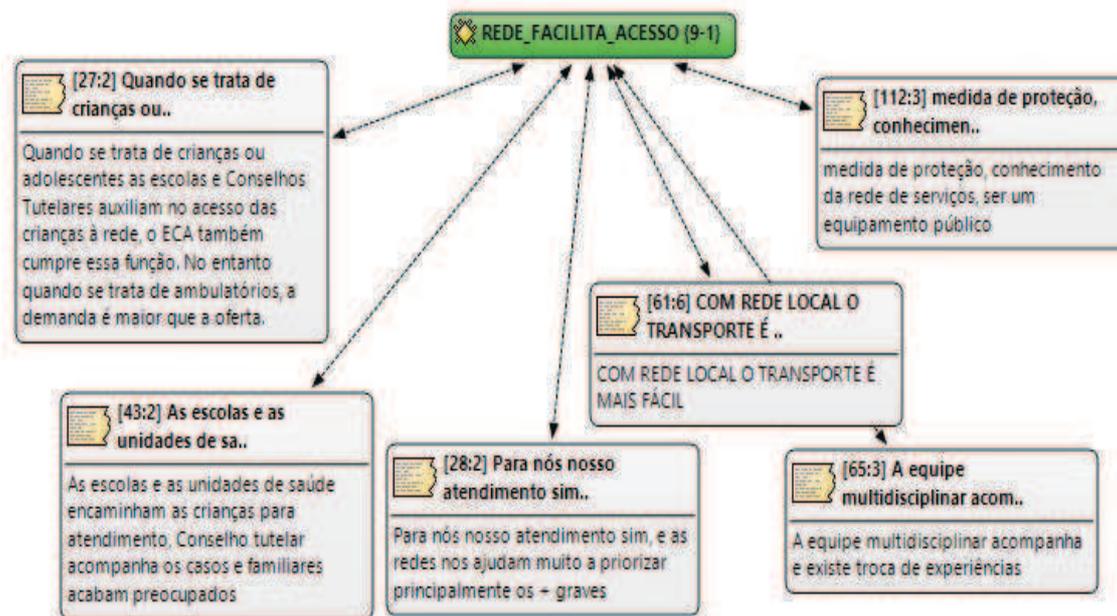
A rede de atenção apareceu como fator que propicia o acesso aos serviços. Ela apareceu em 9 extratos de texto. Na figura 15 apresentamos a rede (*network*) referente a esse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede, o número 9 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Econômico-social).

A rede como facilitador no acesso (9=100%) foi citado 4 (44.4%) vezes por profissionais dos CAPSi, 2 (22.2%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 2 (18.2%) dos profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Este extrato apareceu 1 (11.1%) vez dentro do extrato de texto dos dirigentes (formulário 1).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 2 vezes dentre os seus extratos de texto.

Figura 15 - Network (rede) Rede facilita o acesso



Elaboração: O autor, 2016.

Com relação as dificuldades no acesso, os extratos de texto foram subcategorizados em 37 fatores, que podem ser visualizados na Tabela 13. Sendo que o total 349 (100%) significa o total de vezes que os extratos de texto puderam ser classificados como dificuldades para o acesso aos serviços de saúde mental, e cada fator é elencado com sua respectiva frequência.

Na figura 16 pode-se verificar a forma que os extratos de texto foram compilados dentro do *software* Atlas Ti.

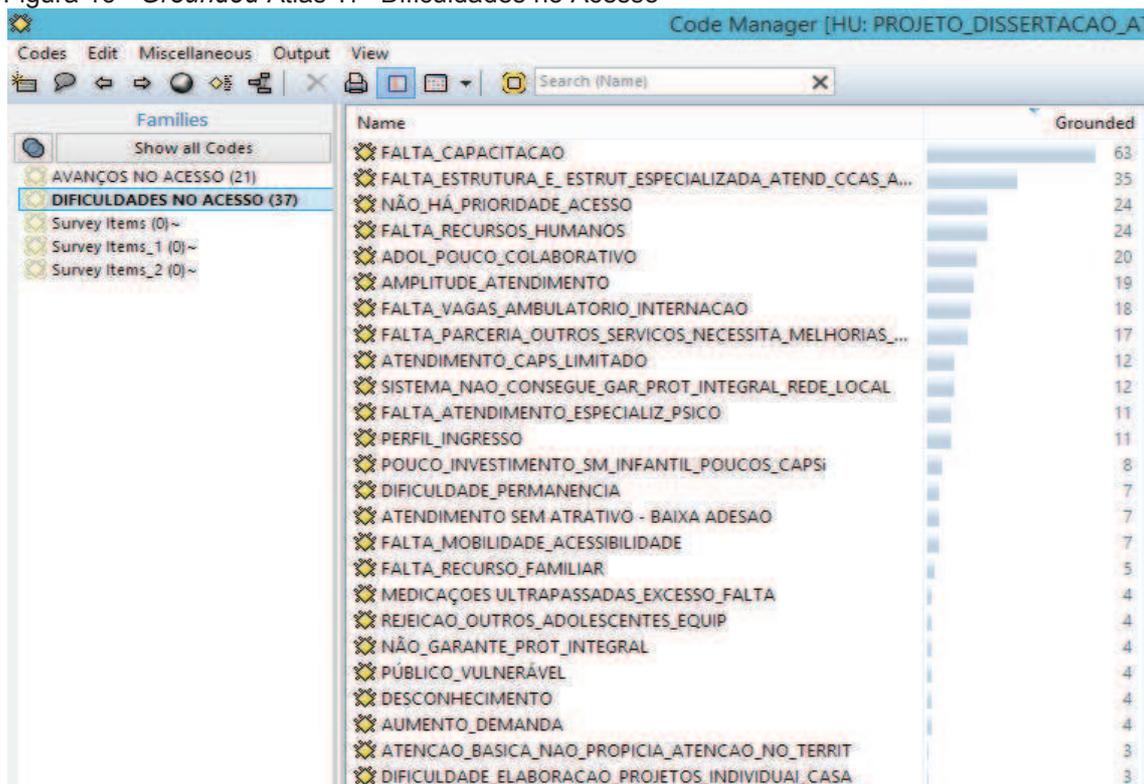
Tabela 13 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados as dificuldades no acesso

	FA	FR
Falta capacitação	63	18.1
Falta estrutura e estrutura especializada para atendimento de crianças e adolescentes	35	10.0
Não há prioridade acesso	24	6.9
Falta recursos humanos	24	6.9
Adolescente pouco colaborativo	20	5.7
Amplitude atendimento	19	5.4
Faltam vagas ambulatório internação	18	5.2
Falta parceria outros serviços necessitam melhorias demora	17	4.9
Atendimento CAPS limitado	12	3.4
Sistema não consegue garantia prot. integral rede local	12	3.4

Falta atendimento especializado psicoterápico	11	3.2
Perfil ingresso	11	3.2
Pouco investimento Saúde Mental infantil poucos CAPSI	8	2.3
Dificuldade permanência	7	2.0
Atendimento sem atrativo - baixa adesão	7	2.0
Falta mobilidade acessibilidade	7	2.0
Falta recurso familiar	5	1.4
Medicações ultrapassadas excesso ou falta	4	1.1
Rejeição outros adolescentes no equipamento	4	1.1
Não garante proteção integral	4	1.1
Público vulnerável	4	1.1
Aumento demanda	4	1.1
Desconhecimento	4	1.1
Atenção básica não propicia atenção no território	3	0.9
Dificuldade elaboração projetos individuais casa	3	0.9
Dificuldade diferenciação entre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental	2	0.6
Prioridade em crises somente	2	0.6
Atendimento rede privada	2	0.6
Locais acolhimento - falta estrutura	2	0.6
Resistência profissional	2	0.6
Caso grave remete instituições totais	2	0.6
Def. intelectual dificulta acesso	2	0.6
Dificuldade na comorbidade uso substâncias	1	0.3
Esforços equipe manter atendimento	1	0.3
Falta participação usuários	1	0.3
Regionalização compromete vínculo	1	0.3
Patologização para o acesso	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>100.0</b>

Elaboração, O autor, 2016.

Figura 16 - Grounded Atlas Ti - Dificuldades no Acesso



Elaboração: O autor, 2016.

Conforme a frequência, serão apresentados na sequência os 6 (seis) primeiros fatores relacionados as dificuldades no acesso, detalhados na Tabela 14.

Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa - Fatores relacionados ao acesso - Dificuldades  
**Dificuldades para o acesso (n = 349)**

	FA	FR
Falta capacitação	63	18.1
Falta estrutura e estrutura especializada atendimento de crianças e adolescentes	35	10.0
Não há prioridade acesso	24	6.9
Falta recursos humanos	24	6.9
Adolescente pouco colaborativo	20	5.7
Amplitude atendimento	19	5.4

Elaboração: O autor, 2016.

Como primeiro fator relacionado à dificuldade no acesso aos serviços, a falta de capacitação teve destaque significativo. Ela apareceu em 63 extratos de texto. Na figura 17, apresentamos a rede (network) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 63

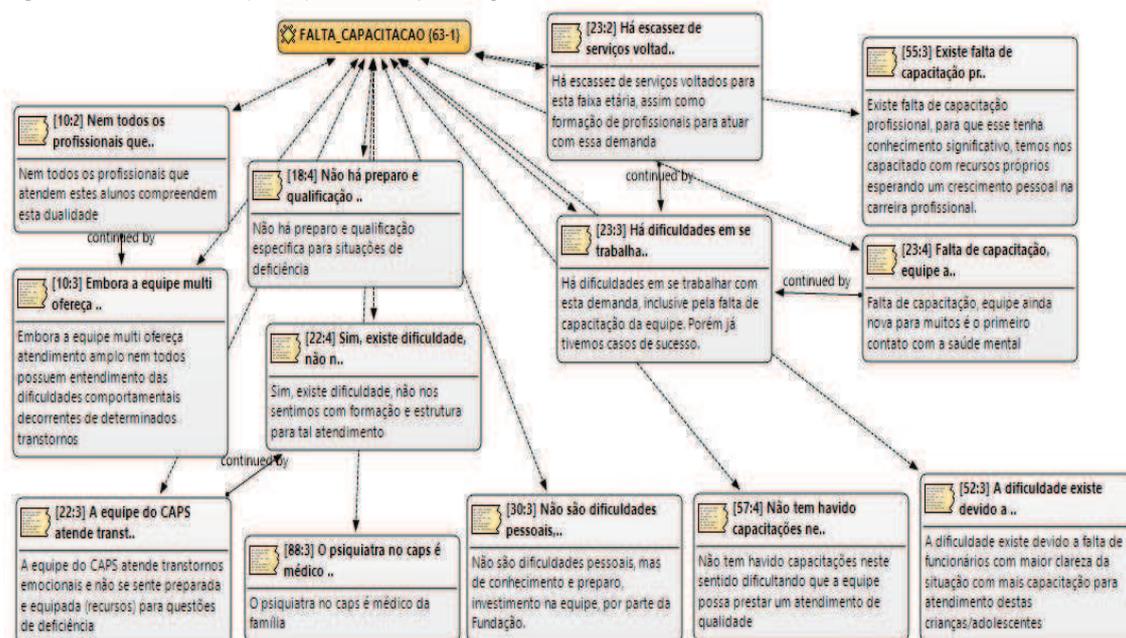
significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Técnica).

A falta de capacitação como dificuldade para o acesso (63=100%) foi citado 16 (25.4%) vezes por profissionais dos CAPSi, 10 (15.9%) por profissionais das Escolas Especiais e 28 (44.4%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional.

Esse mesmo fator apareceu 6 (9.5%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2) e 3 (4.8%) nos extratos de texto dos dirigentes nos formulários acerca da unidade de acolhimento (Formulário 1).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 13 vezes entre os seus extratos de texto.

Figura 17 - *Network* (rede) Falta capacitação



Elaboração: O autor, 2016.

A falta de estrutura e estrutura especializada no atendimento de crianças e adolescentes foi o segundo fator mais evidenciado para as dificuldades no acesso nos extratos de texto. Este fator apareceu em 35 extratos de texto. Na figura 18, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o

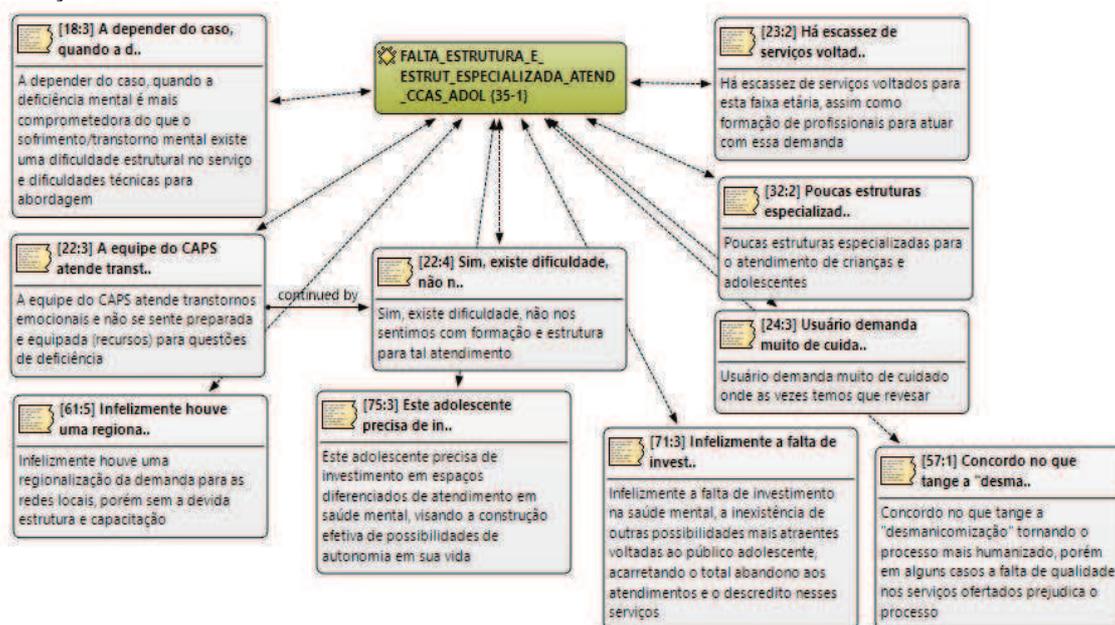
número 35 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Política).

Este fator como dificultador para o acesso (35=100%) foi citado 12 (25.7%) vezes por profissionais dos CAPSi, 5 (14.3%) por profissionais das Escolas Especiais e 11 (31.4%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional.

Esse mesmo fator apareceu 5 (14.3%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2) e 2 (5.7%) nos extratos de texto dos dirigentes nos formulários acerca da unidade de acolhimento (Formulário 1).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 5 vezes entre os seus extratos de texto.

Figura 18 - *Network* (rede) Falta estrutura e estrutura especializada para atendimento de crianças e adolescentes



Elaboração, O autor, 2016.

Nos extratos de texto foi possível apurar a não prioridade no acesso. Tendo em vista a frequência com que ele apareceu nos extratos de texto, foi elencado como dificuldade no acesso. Este fator apareceu em 24 extratos de texto. Na figura 19, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 24

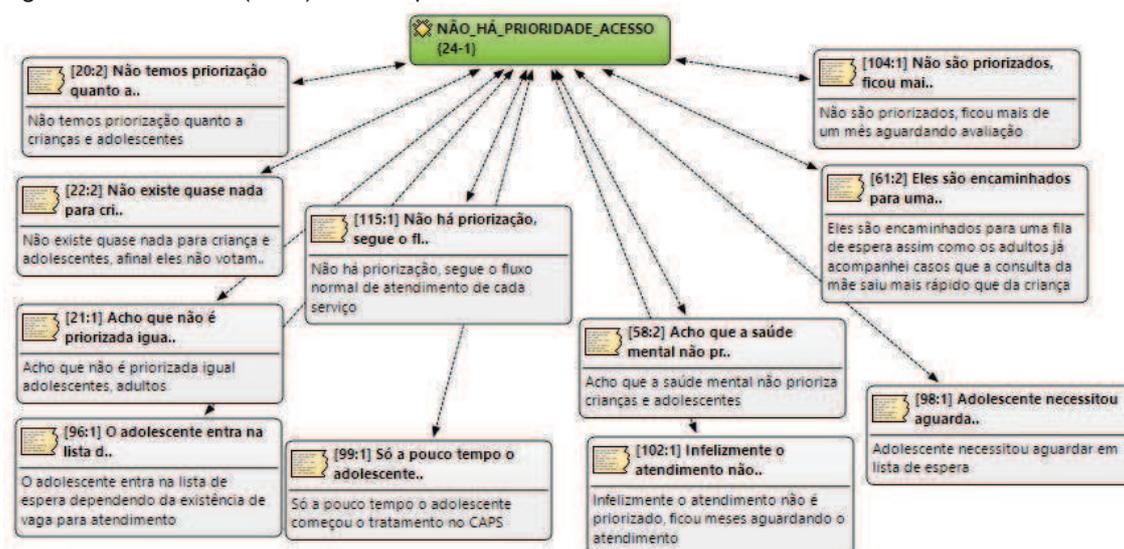
significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Simbólica).

A não prioridade no acesso aos serviços (24=100%) foi citado 4 (16.7%) vezes por profissionais dos CAPSi, 1 (4.2%) por profissionais das Escolas Especiais e 7 (29.2%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional e 1 (4.2%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Casa-Lar.

Esse mesmo fator apareceu 6 (25%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2) e 5 (20.8%) nos extratos de texto dos dirigentes nos formulários acerca da unidade de acolhimento (Formulário 1).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado somente 1 vez entre os seus extratos de texto.

Figura 19 - *Network* (rede) Não há prioridade



Elaboração, O autor, 2016.

A falta de recursos humanos também foi elencada dentre os extratos de texto, como uma das dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental. Este fator também apareceu em 24 extratos de texto. Na figura 20, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 24 significa a

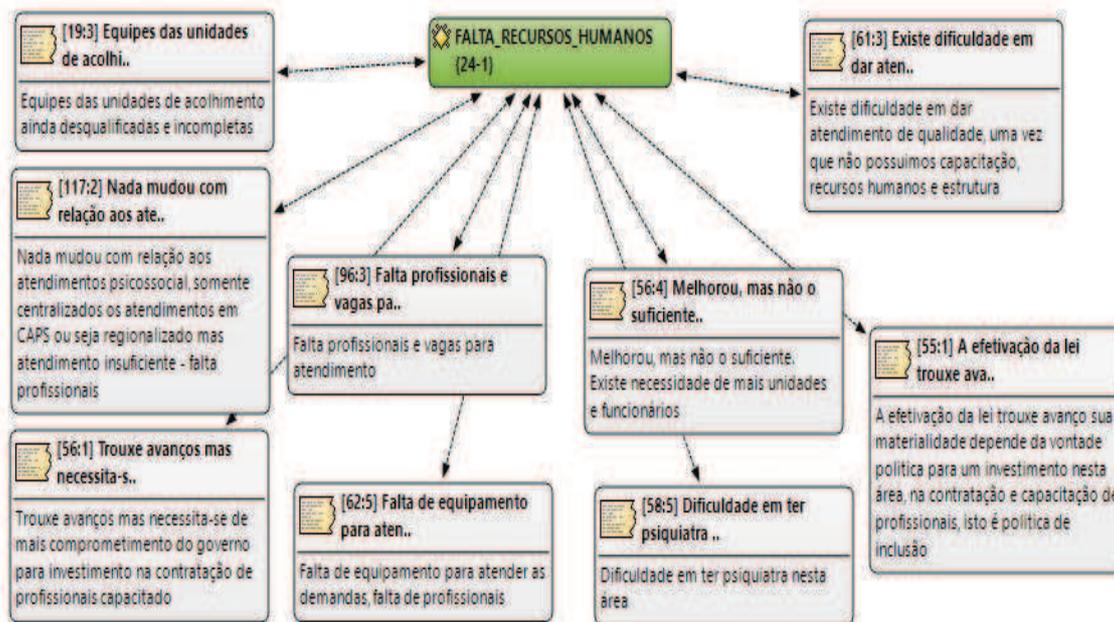
quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Econômico-social).

Com relação a este fator (24=100%), o mesmo foi citado 3 (12.5%) vezes por profissionais dos CAPSi, 1 (4.2%) por profissionais das Escolas Especiais e 15 (62.5%) por profissionais que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional.

Esse mesmo fator apareceu 3 (12.5%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2) e 2 (8.3%) nos extratos de texto dos dirigentes nos formulários acerca da unidade de acolhimento (Formulário 1).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado somente 1 vez entre os seus extratos de texto.

Figura 20 - *Network* (rede) Falta recursos humanos



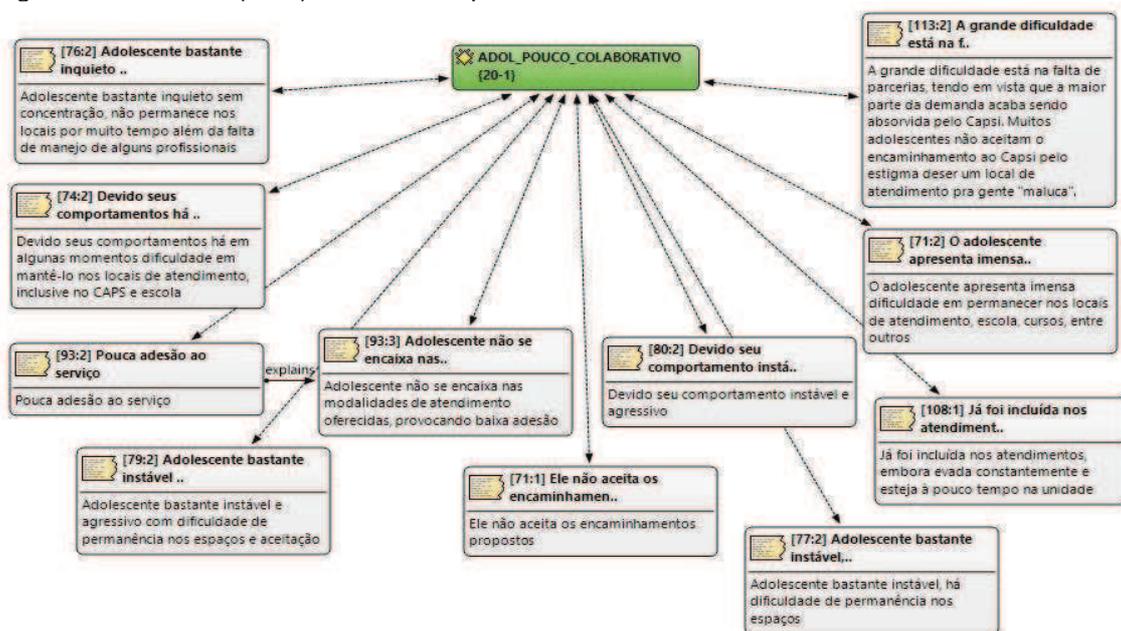
Elaboração: O autor, 2016.

Um fator encontrado dentre os extratos de texto que evidenciava uma dificuldade no acesso era o adolescente ser pouco colaborativo para o atendimento. Este fator também apareceu em 20 extratos de texto. Na figura 21, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto dos participantes. Na rede o número 20 significa a quantidade de citações

e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Simbólica).

Essa pouca colaboração por parte do adolescente (20=100%), foi citada 19 (95%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2) e 1 (5%) nos extratos de texto dos dirigentes nos formulários acerca da unidade de acolhimento (Formulário 1).

Figura 21 - *Network* (rede) Adolescente pouco colaborativo



Elaboração, O autor, 2016.

A amplitude no atendimento, considerando que muitos deles estão relacionados ao atendimento de uma criança ou adolescente com diagnóstico dual foi outro fator encontrado dentre os extratos de texto que evidenciou uma dificuldade no acesso. Este fator também apareceu em 19 extratos de texto. Na figura 22, apresentamos a rede (*network*) acerca desse fator com alguns extratos de texto das respostas dos participantes. Na rede o número 19 significa a quantidade de citações e o número 1 significa a categoria de análise do acesso no qual o código encontra-se relacionado (Econômico-Social).

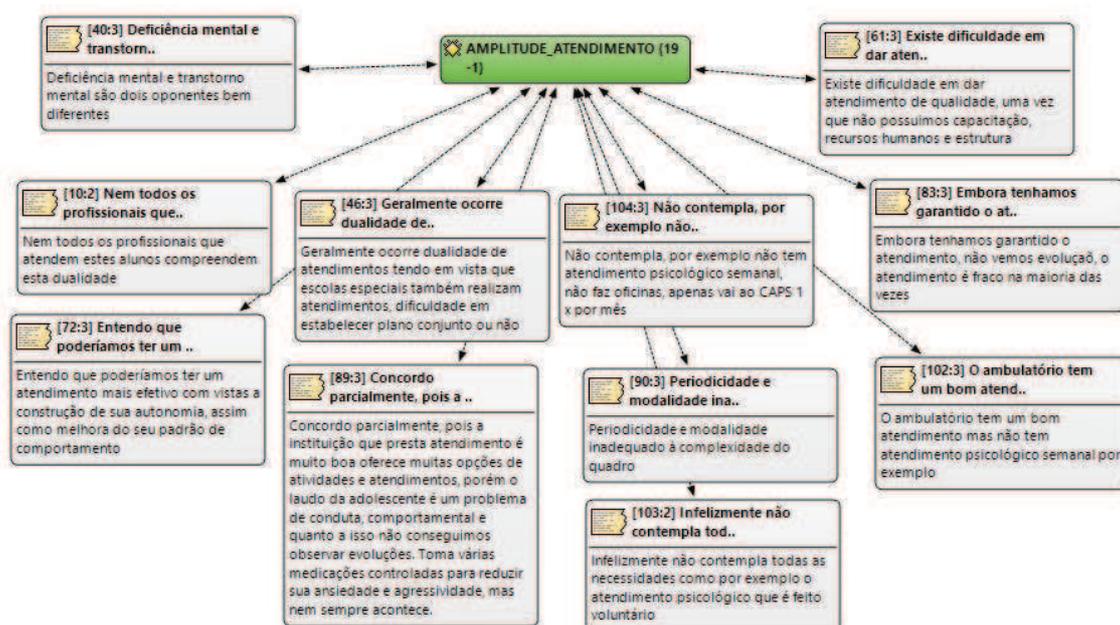
Com relação amplitude de atendimento como dificultador no acesso (19=100%), o mesmo foi citado 2 (10.5%) vezes por profissionais dos CAPSi, 3 (15.8%) por profissionais das Escolas Especiais e 2 (10.5%) por profissionais

que trabalham em Unidades de Acolhimento na modalidade Abrigo Institucional.

Esse mesmo fator apareceu 12 (63.2%) vezes nos extratos de texto contidos nos formulários acerca da criança e/ou adolescente (Formulário 2).

Dentre os profissionais psicólogos, este fator foi citado 2 vezes entre os seus extratos de texto.

Figura 22 - Network (rede) Amplitude de atendimento



Elaboração: O autor, 2016.

Dentre os fatores relacionados ao acesso encontrados na literatura, frente aos fatores que foram obtidos por meio deste projeto, houve em alguns casos equivalências entre os mesmos, como fatores que não foram encontrados na literatura que foram apontados no projeto, como também os que foram verificados na revisão e não no projeto (tabela 15).

Tabela 15 - Frequência de fatores encontrados na literatura e frequência de fatores encontrados na pesquisa

	Literatura	Projeto
Falta capacitação profissional e educação continuada	11	63
Necessidade de interdisciplinaridade com a rede de proteção (demora)	9	29
Falta estrutura (ausência de recursos) / falta recursos humanos	9	77
Articulação no território - falta serviços no território	5	5

Renda familiar atrelado ao acesso	4	-
Dificuldades no diagnóstico/ reconhecimento precoce	4	-
Falta de avaliação dos serviços	3	-
Estigma por parte da equipe (marginalizados, vitimizados) / resistência profissional	3	2
Falta de conhecimento da mudança na assistência psiquiátrica usuário	3	1
Gênero (ser do sexo feminino)	2	-
Comunicação profissional (entre a equipe)	2	2
Custos compartilhados (atenção privada) / Necessidade de doações e recursos alternativos	3	2
Equipamentos de saúde mental sem preparo para atender crianças com deficiência	2	2
Recusa para o serviço (estigma do adolescente)	2	20
Falta investimentos saúde mental infantil	2	8
Envolvimento familiar	2	5
Número de CAPSi insuficientes e vagas em ambulatório	2	18
Falta de entendimento dos gestores de saúde	2	-
Acesso livre/público aos serviços/prioridade igualitária	1	17
Monitoramento para identificação dos problemas de saúde mental nas escolas	1	-
Escolaridade dos pais	1	-
Família vivendo em áreas urbanas e rurais	1	-
Continuidade do cuidado	1	7
Preocupação do tratamento ser levado a sério pelo adolescente	1	3
Possibilidade de receber a ajuda necessária e oportuna	1	-
Limitação de dias de visita em alguns serviços	1	-
Regiões brasileiras privadas de serviço	1	-
Desempenho escolar	1	-
Genitora vivendo com parceiro	1	-
Sistema ineficiente sem atrativos	1	7
O modo de cuidar influência no acesso	1	1
Casos graves dificultam o acesso	1	2
Falta prioridade nos serviços de saúde mental na infância	1	24
Dificuldade de inclusão da saúde mental infantil na saúde pública	1	-
Necessidade de extensão em outras modalidades de CAPS	1	-
Falta acesso as medicações	1	4
Distância das unidades de atendimento	1	-
Falta de acolhimento inicial para o público infantil	1	-
Amplitude no atendimento	-	19
Reinserção social	-	17
Acolhimento garantia atendimento	-	15
Facilidade acesso enquanto crianças/adolescentes	-	13
Atendimento CAPS é limitado	-	12
Perfil ingresso	-	11
ECA e Reforma Psiquiátrica avanços	-	11
Falta atendimento especializado e atendimento psicológico	-	11
Rede facilita acesso	-	9
Falta mobilidade e acessibilidade	-	7

Sujeitos de direito	-	6
Medida de proteção como facilitador	-	5
Desconhecimento	-	4
Aumento da demanda	-	4
CAPS possibilita novos caminhos	-	4
Público vulnerável	-	4
Não garante proteção integral	-	4
Rejeição dos outros adolescentes no equipamento	-	4
Reinserção familiar	-	4
Importância tratamento	-	3
Dificuldade elaboração projetos individuais UAI	-	3
Transtorno estabilizado	-	3
Quebra estigma	-	3
Atendimento humanizado	-	3
Locais acolhimento falta estrutura	-	2
Dificuldade diferenciação def. intelectual e transtorno mental	-	2
Profissionais em mudança	-	1
Patologização para o acesso	-	1
Ser órgão público	-	1
Resultados pesquisados avaliados	-	1
Regionalização compromete vínculo	-	1
Deficiência intelectual prioridade acesso	-	1
Dificuldade com a comorbidade no uso de substâncias	-	1

---

Elaboração: O autor, 2016.

Dentre os fatores encontrados na literatura e que também foram verificados neste projeto, destaca-se que a dificuldade no acesso relacionada a falta de capacitação profissional foi a que apareceu em maior evidência em ambos estudos, tanto na fase de revisão e elaboração do projeto.

Outro fator que se manifestou tanto na revisão como na pesquisa foi a falta de estrutura especializada para o atendimento de crianças e adolescentes, e dentro da estrutura, cita-se a falta de recursos humanos para o atendimento.

As necessidades de articulação com a rede de proteção apareceram tanto na literatura como também no projeto de pesquisa.

A falta de articulação nos serviços no território se evidenciou em ambos.

As dificuldades quanto ao diagnóstico precoce foram vislumbradas na revisão, porém, mesmo com a colocação nos formulários 2 do termo “em avaliação” não apareceram nos extratos de texto dos participantes desta pesquisa como uma dificuldade para o acesso.

A recusa do serviço para o serviço por parte do adolescente foi verificada em apenas dois trabalhos, porém em vinte extratos de texto nas respostas dos participantes da pesquisa.

A falta de investimentos em saúde mental infantil, bem como a falta de prioridade nos serviços de saúde mental na infância se evidenciaram no projeto, porém, com menos intensidade que nos trabalhos que envolveram a revisão.

Quanto ao número de CAPSi insuficientes e as poucas vagas para ambulatório e internação, este fator foi encontrado em 18 (dezoito) extratos de texto nas respostas dos participantes e em apenas 2 (dois) trabalhos da revisão.

A questão da prioridade igualitária foi apresentada em apenas um trabalho da revisão, porém, evidenciou-se em 17 (dezessete) extratos de texto nas respostas dos participantes.

A amplitude do atendimento demonstrou-se apenas no projeto de pesquisa, não sendo encontrado qualquer trabalho que mencionasse tal fator como dificuldade.

A reinserção social, apontada nas legislações como um avanço, não foi verificada nos trabalhos da revisão e apareceu na pesquisa.

O acolhimento neste trabalho foi apontado como um facilitador do acesso, porém, não foi evidenciado nenhum trabalho na revisão que apontasse tal avanço.

## 7. DISCUSSÃO

Nesta seção serão discutidos alguns tópicos dos resultados, que visam a construção do diagnóstico situacional referente ao acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes. Ela será distribuída a partir das perguntas que nortearam a construção do diagnóstico situacional, e ao final desta seção serão apresentados os limites deste estudo bem como perspectivas de trabalhos futuros.

### 7.1. QUAIS OS PRINCIPAIS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL E ONDE SÃO PRESTADOS, COMO TAMBÉM SEUS NÚMEROS?

O levantamento documental dos registros administrativos frente a coleta de dados, puderam correlacionar os serviços e a quantidade de crianças e adolescentes em situação de acolhimento acolhidas.

Em Curitiba, pode-se observar que no ano de 2015, cerca de 275 (8.4%) crianças com deficiência intelectual encontravam-se em atendimento em serviços de saúde mental. Nota-se uma representatividade baixa, se comparado que no ano de 2010 (IBGE, 2010) tínhamos cerca de 3.284 (100%) crianças e adolescentes com este diagnóstico. Pauta-se na discussão, de onde essas crianças e adolescentes fazem seus atendimentos, relacionando com o cenário de pesquisa, pois em um dos CAPS pesquisados, apenas 7 (sete) crianças e/ou adolescentes atendiam a essa condição, e nas escolas 231.

Com relação às crianças e adolescentes em situação de acolhimento com diagnóstico de deficiência intelectual, conforme dados obtidos do Relatório Socioassistencial (FAS, 2015) havia cerca de 24 crianças e adolescentes com deficiência intelectual nos serviços de acolhimento. No cenário de pesquisa, foram encontradas 15 crianças e adolescentes que atendiam a essa condição. Não é possível inferir em redução do número de crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual nos serviços de acolhimento, pois a pesquisa se restringiu as Unidades Oficiais de acolhimento e não a rede credenciada.

Dos casos de transtorno mental conforme apontado no diagnóstico dos serviços de acolhimento (CURITIBA, 2014) 96 (14%) das crianças e

adolescentes que se encontravam nos serviços no início do ano de 2014 possuíam algum diagnóstico de transtorno mental, sendo que em 79 (82.3%) eram por uso de substância. No cenário de pesquisa, foi encontrado apenas 5 casos que atendiam a condição de uso de substâncias psicoativas.

Dos atendimentos em saúde mental das crianças e adolescentes do cenário de pesquisa, os dados dos dois CAPSi apontaram que 23 crianças e adolescentes em situação de acolhimento fazem seus atendimentos nestes dois equipamentos, comparando com a coleta de dados a quantidade de atendimentos realizados pelas crianças e adolescentes que estavam em situação de acolhimento no momento da pesquisa foi superior àquela apontada pelos CAPSi (Tabela 9)<sup>2</sup>.

Com relação ao tipo de atendimento que é realizado, os registros administrativos apontaram o individual e grupo no estado do Paraná e grupo e individual em Curitiba. Na coleta de dados foi observado que os profissionais citaram o individual como principal tipo de atendimento fornecido.

Conforme dados apontados pelos extratos de texto nas respostas dos profissionais, um dos fatores relacionados ao acesso que pode ser elencado como dificuldade foi que o adolescente não era colaborativo ao atendimento (tabela 13), assim como que o atendimento não possuía atrativos, além de haver uma baixa adesão por parte do adolescente. A recusa do serviço para o serviço por parte do adolescente foi verificada em apenas dois trabalhos relacionados, porém em vinte extratos de texto nas respostas dos participantes da pesquisa.

No que tange aos adolescentes, a implementação de políticas sociais deve contemplar sua situação peculiar de desenvolvimento. Na área da saúde deve-se atentar e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, possibilitando a atenção adequada às suas singularidades. Faz-se necessário a construção com os adolescentes de ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. (BRASIL, 2005).

---

<sup>2</sup> Na capital do Estado há três Centros de Atenção Psicossocial Infantil, porém, para o cenário dessa pesquisa foram liberadas as coletas de dados em apenas dois.

### 7.1.1. DIAGNÓSTICO DUAL

O diagnóstico dual é citado pela literatura como sendo um dificultador no acesso aos serviços (SILVA SURJUS; CAMPOS, 2013 e SILVA SURJUS, 2014). Muitas vezes um diagnóstico priva o atendimento do outro, ou vice-versa. Nesta pesquisa 23 profissionais afirmam que existem dificuldades no manejo da criança e ou adolescente com essa dualidade.

Dentre os fatores que dificultam o acesso (tabelas 2, 10, 13 e 14) apresentam-se a amplitude do atendimento nos casos de diagnóstico dual, bem como o perfil de atendimento não corresponde ao perfil da unidade.

A literatura aponta na dificuldade de territorialização dos serviços para atendimento dos casos de deficiência intelectual e diagnóstico dual, a falta da oferta de serviços para pessoas com deficiência intelectual, e a desresponsabilização dos serviços frente ao diagnóstico dual. Outro fator que ainda pode ser elencado refere-se à falta de capacitação profissional no atendimento deste público como uma interferência significativa no acesso aos serviços, pois existe dificuldade de entendimento por parte dos profissionais de CAPS no atendimento (SILVA SURJUS; CAMPOS, 2013 e SILVA SURJUS, 2014).

### 7.1.2. CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM AVALIAÇÃO

Um fato que chamou a atenção e permaneceu no escopo da amostra da pesquisa foi o número de crianças e adolescentes que estão em atendimentos de serviço mental (psicologia e psiquiatria) e não possuem um quadro pré-estabelecido. Um deles sem diagnóstico de deficiência intelectual e sem transtorno mental, e faz uso de medicação psiquiátrica; e 10 deles sem nenhum diagnóstico e que também usam medicamentos.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como premissa o atendimento especializado, dentro disso, uma avaliação que propicie um melhor atendimento é necessária (BRASIL, 2011b).

A Convenção dos Direitos da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990b) em seu artigo 25 afirma que os Estados Partes reconhecem o direito de uma

criança que tenha sido internada em um estabelecimento pelas autoridades competentes para fins de atendimento, proteção ou tratamento de saúde física ou mental a um exame periódico de avaliação do tratamento ao qual está sendo submetida e de todos os demais aspectos relativos à sua internação. Essa internação pode estar vinculada ao acolhimento institucional, e as avaliações periódicas propiciam uma melhor atuação da equipe, tanto para a formulação do Plano Individual de Atendimento (PIA), que pode vir a promover um trabalho de fortalecimento de vínculos com os familiares (quando possível), propiciando um trabalho gradativo de retorno ao convívio familiar.

Os registros administrativos apontaram no Paraná que o transtorno com maior prevalência, atendidos nos serviços de saúde mental foi o Transtorno Mental não especificado em outra parte (CID 10 – F 99) (tabela 3). Isso pode evidenciar uma falha no processo de avaliação, e por sua vez, trazer dificuldades no acesso, pois dentro da CID não há uma especificação acerca dessa categoria (DATASUS, 2015b).

Por mais que as unidades de acolhimento citaram essa questão do “em avaliação”, ele não foi apontado pelos profissionais como uma dificuldade para o acesso, como mencionado nos trabalhos de Silveira e Neves (2012), Feitosa et al. (2011)

A questão da falta de um diagnóstico ainda pode ser discutida frente ao número de crianças e adolescente que fazem uso de medicação psicotrópica.

A medicalização na infância surge de forma preocupante, tomando o lugar de não conforto para a criança, porém, de alívio para quem convive ou cuida, como uma forma de contenção química (SANCHES; DE CARVALHO AMARANTE, 2014).

Faz-se necessário considerar que o sintoma da criança por vezes pode não indicar uma doença, mas uma tentativa de solução. A criança ou adolescente na presença em situação de violência, não é doente, mas sim reage aos conflitos sociais do seu contexto (SANCHES; DE CARVALHO AMARANTE, 2014).

O tema medicalização traduz as questões sociais de extrema complexidade, como a violência, onde os profissionais ou familiares buscam nos serviços de saúde alternativas individuais para o sujeito que externa seu sofrimento perante a violência. As questões do luto também são silenciadas

pela medicalização. O medo de uma futura doença ou mesmo transtorno vir a acontecer em detrimento de algum acontecimento ou comportamento retroalimenta essa cultura medicalizante (SANCHES; DE CARVALHO AMARANTE, 2014).

## 7.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O ECA COMO LEGISLAÇÃO, O REORDENAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO, A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E O ACESSO

Como pergunta norteadora do diagnóstico, as legislações, os equipamentos e o acesso aos serviços de saúde mental identificaram avanços e necessidades de melhorias.

O fato que chamou a atenção foi que a reinserção social tão apontada nas legislações como um avanço, não foi verificada nos trabalhos da revisão, sendo que apareceu em grande evidência nesta pesquisa (tabela 11 e 15).

### 7.2.1. OS TIPOS DE ATENDIMENTO E A NÃO TERRITORIALIDADE

A Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) traz como premissa a redução gradativa dos leitos psiquiátricos, bem como institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa propiciar que o atendimento seja realizado na comunidade, possibilitando a reinserção social e a diminuição dos internamentos.

A RAPS possui equipamentos nos diversos níveis de complexidade do SUS, desde a atenção básica, onde ações no território deveriam garantir o acesso aos serviços de saúde mental.

Verificou-se com a pesquisa que em apenas uma unidade de acolhimento ocorreu a afirmação que tanto serviço de psicologia e de psiquiatria se encontram dispostos na Unidade Básica de Saúde.

A inserção desses serviços no território, além de estarem previstas pela legislação, propicia ações com as famílias das crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno, reduzindo a possibilidade da medida protetiva de acolhimento, pois a literatura aponta que ainda um dos

fatores que promovem o acolhimento dessa população, encontra-se atrelado a falta de suporte da rede.

Um sistema ineficiente, com poucos serviços no território são citados como dificuldades no acesso aos serviços (tabela 13).

O trabalho no território extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, tendo uma relação com as redes, tanto de relações como de afetos, bem como com as redes sociais, que inclui a família os vizinhos, a escola, entre outros (BRASIL, 2005).

Com relação aos tipos de atendimento, faz-se necessário destacar o papel do profissional psicólogo nas Unidades de Acolhimento. Apenas um psicólogo foi encontrado nas unidades de acolhimento, sendo que este realiza o trabalho de dirigente. As resoluções do CNAS preconizam as equipes básicas de atendimento, porém, não se verifica a inserção do profissional neste campo.

O mesmo poderia atuar em conjunto com o educador social na elaboração de regras e rotinas fundamentadas em um projeto pedagógico da unidade, no acompanhamento psicossocial das crianças e adolescentes e de suas respectivas famílias, visando a reintegração familiar, bem como no recrutamento e seleção dos cuidadores. A atuação desse profissional poderia priorizar programas de treinamento com os cuidadores, tendo em vista que muitos deles desconhecem as peculiaridades do atendimento de crianças e adolescentes frente ao acolhimento frente aos diagnósticos de deficiência intelectual e/ou transtorno mental, o que colabora com a garantia de uma maior proteção frente aos direitos desses sujeitos. E ainda, o psicólogo também pode atuar frente aos demais atores do SGD, buscando as intervenções necessárias no acompanhamento de crianças e adolescente bem como de suas famílias (MOREIRA, 2014).

#### 7.2.2. NECESSIDADE DE ATENDIMENTO REDE PRIVADA E COMPRA DE MEDICAMENTOS

Outro fato que mostrou-se interessante para discussão, foi a necessidade de atendimento na rede privada, seja ele por convênio médico,

pago por voluntário, atendimento psicológico e de terapia ocupacional prestado por voluntário, e no caso de 8 crianças e adolescentes, a necessidade de compra da medicação psicotrópica indaga na observação de que o acesso aos serviços não estão sendo contemplados em sua integralidade como assegura o artigo 11 do ECA, que afirma que é de responsabilidade do poder público o fornecimento àqueles que necessitarem os medicamentos necessários para seu tratamento ou reabilitação (BRASIL, 1990).

### 7.3. QUAIS SERIAM OS PRINCIPAIS FATORES QUE INTERFEREM NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Dentre os fatores que foram identificados na literatura, houve fatores que foram semelhantes encontrados neste projeto, porém, alguns extratos de texto tiveram que ser classificados com outros códigos. A tabela 15 trouxe o conjunto de fatores que foram encontrados na revisão e os que foram encontrados no projeto, fazendo um cruzamento dos que se assemelharam, dos que foram encontrados na literatura e dos que foram apenas encontrados no projeto.

#### 7.3.1. FALTA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Dentre os fatores encontrados na literatura e que também foram verificados neste projeto, destaca-se que a dificuldade no acesso relacionada a falta de capacitação profissional foi a que apareceu em maior evidência em ambos estudos (revisão e projeto).

A falta de capacitação profissional para o atendimento de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e ou transtorno mental estava caracterizado nos extratos de texto de grande parte dos profissionais (tabela 14). Essa problemática apareceu nos extratos de texto nas respostas dos profissionais de todos os equipamentos, assim como nos formulários aplicados aos dirigentes das unidades de acolhimento (formulário 1 e 2).

Para a efetividade dos atendimentos, principalmente para as crianças e adolescentes em situação de acolhimento, as Orientações Técnicas dos Serviços de Acolhimento (2009b), como a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência afirmam a necessidade de ações educativas com os profissionais, e das formas de cuidados diferenciados com este público.

Ocorreu a necessidade de inclusão na escala tipo likert de um quarto item: DESCONHECE, pois, alguns profissionais das escolas especiais apontaram desconhecer a Lei 10.216, bem como os equipamentos de saúde mental.

Cabe neste tópico discutir o quanto os profissionais encontram-se preparados para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, principalmente com aqueles que possuem deficiência intelectual e/ou transtorno mental. Nos extratos de texto das respostas dos dirigentes, a questão de falta de capacitação dos cuidadores para os cuidados com esse público foi citada, o que compromete as atitudes frente ao acesso aos serviços.

O estigma do profissional que atende a criança ou adolescente vitimizado também é apontado na revisão como uma dificuldade. O trabalho de Ferriani; Bertolucci; Silva (2008) revela o preconceito no atendimento dos profissionais de saúde mental frente crianças vítimas de violência.

### 7.3.2. FALTA DE ESTRUTURA ESPECIALIZADA PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Outro fator que se manifestou tanto na revisão como na pesquisa foi a falta de estrutura especializada para o atendimento de crianças e adolescentes (tabelas 14 e 2), e dentro da estrutura, cita-se a falta de recursos humanos para o atendimento (tabela 14).

No projeto, este fator demonstrou também grande relevância, pois os profissionais mencionaram que a maior dificuldade estava em não conseguir assistência especializada para essa demanda.

A falta de estrutura especializada pode estar atrelada a falta de investimentos em saúde mental infantil. Os trabalhos de Teixeira; Couto; Delgado (2015) e de Paula *et al.* (2011) evidenciaram essa falta de investimento em saúde mental da criança e do adolescente. Já o estudo de

Assis (2009) aponta sobre o baixo número de psiquiatras da infância e adolescência habilitados pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Em extratos de texto das respostas dos dirigentes, os mesmos remetem a questão da falta de psiquiatras nos CAPSi, muitas vezes médicos de saúde da família fazem o atendimento.

Quanto ao número de CAPSi insuficiente e as poucas vagas para ambulatório e internação, considera-se este fator que teve relevância nos extratos de texto das respostas dos participantes e apareceu como dificuldades no acesso em dois trabalhos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, COUTO; DELGADO, 2015).

### 7.3.3. NECESSIDADE DE ARTICULAÇÃO COM A REDE DE PROTEÇÃO

As necessidades de articulação com a rede de proteção apareceram tanto na literatura como também no projeto de pesquisa.

No caso específico do acolhimento, essa articulação se faz necessária para a garantia do acesso.

Porém, a falha nesta articulação (tabela 13) traz consequências para o acesso.

### 7.3.4. O ACOLHIMENTO COMO GARANTIA DE ATENDIMENTO

O acolhimento como medida de proteção, neste trabalho foi apontado como um facilitador do acesso (tabela 12), porém, não foi evidenciado em nenhum trabalho da revisão que apontasse tal avanço.

Tal fato decorre que na revisão não ficou delimitado na busca por fatores a questão do acolhimento.

Neste ponto, salienta-se mencionar, que a unidade de acolhimento é um ator do SGD, portanto alguns serviços podem ser facilitados quando essas crianças e adolescentes encontram-se no foco desse sistema.

#### 7.4. A ANÁLISE QUALITATIVA COMO COMPLEMENTAÇÃO DA ANÁLISE QUANTITATIVA

Neste projeto a análise qualitativa colaborou na construção de um método de análise a partir dos extratos de texto das respostas dos participantes.

A utilização do *software* Atlas Ti realizou uma complementação dos dados quantitativos da pesquisa, com a quantificação das subcategorias, suas formas de recuperação de informação (através de redes ou relatórios), as formas de agrupamento dos documentos, entre outros. O *software* auxiliou o pesquisador a organizar os dados possibilitando o acompanhamento dos registros efetuados, o que contribuiu com a confiabilidade da pesquisa.

A investigação na revisão realizada na busca de fatores contribuiu na discussão dos resultados, frente aos fatores descobertos por meio da análise qualitativa.

Como a principal questão era a identificação de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes, o pesquisador, através dos extratos de texto, conseguiu ir atribuindo códigos aos mesmos, o que possibilitou uma análise dirigida na busca por uma resposta, extraindo-se o essencial que a mensagem do participante evidenciava passar.

#### 7.5. NECESSIDADE DE ALTERAÇÕES FORMULÁRIOS DE COLETA DE DADOS

Faz-se necessário discutir acerca de algumas alterações propostas nos formulários de coleta de dados:

- a) No Formulário 1, itens podem ser reduzidos frente ao objetivo proposto. Questões como a Regional que a UAI encontra-se localizada; parcerias, número de profissionais, foram coletadas, porém, seus dados não foram utilizados para a composição do diagnóstico.
- b) No Formulário 2, itens podem ser reduzidos frente ao objetivo proposto. Questão como a Regional que a UAI encontra-se localizada, bem como tendo em vista o reordenamento,

perguntas acerca dos atendimentos de saúde mental dentro das unidades de acolhimento torna-se desnecessária.

- c) No Formulário 3, a questão 15 deve ser reformulada, trazendo a dimensão apenas para o diagnóstico dual (deficiência intelectual e transtorno mental), deixando para outra questão as demais deficiências associadas. A questão 17 deve ser reformulada, trazendo a dimensão das dificuldades no atendimento, e não desdobramentos por parte da equipe. Inserir uma questão para que os profissionais possam colocar os facilitadores e os dificultadores no acesso, como no Formulário 1.

## 7.6. LIMITES DO ESTUDO E POSSIBILIDADES DE TRABALHOS FUTUROS

A complexidade do tema proposto, que envolve variáveis como: deficiência intelectual, transtorno mental, diagnóstico dual, crianças e adolescentes em situação de acolhimento produz limites que podem indicar o aprimoramento do projeto, como também em trabalhos futuros. O presente diagnóstico situacional estabeleceu determinados limites que podem ser vislumbrados na sequência:

- a) O uso de substâncias psicoativas decorrentes do acolhimento: Os instrumentos de coleta de dados não contemplaram questões de diagnósticos no momento do acolhimento na unidade de acolhimento institucional. Não se descarta a importância de tal variável, em função de, por vezes, crianças e adolescentes nesta situação encontrarem-se mais vulneráveis no processo saúde doença por estarem mais sujeitos a fatores patogênicos e situações de sofrimento psíquico (CAVALCANTE *et al.*, 2009).
- b) Os transtornos mentais são decorrentes ou anteriores ao acolhimento institucional: Os instrumentos de coleta de dados não contemplaram questões de diagnósticos no momento do

acolhimento na unidade de acolhimento institucional. Como o projeto visava a identificação de fatores relacionados ao acesso dos serviços de saúde mental, não foi apropriado nos formulários questões de como foi o acolhimento em termos diagnóstico, mas qual o motivo do acolhimento. Conforme aponta Cavalcante (2009) crianças e adolescentes em situação de acolhimento encontram-se mais expostas a fatores patogênicos e de sofrimento psíquico.

- c) O trabalho dos profissionais, se esses detinham conhecimento de como trabalhar com crianças e adolescentes em situação de acolhimento e com quadro de deficiência intelectual e/ou transtorno mental: Os instrumentos de coleta de dados não contemplaram questões se os profissionais foram capacitados ou tinham o entendimento acerca da questão do acolhimento de crianças e adolescentes.
- d) O transtorno mental como decorrência ou causa da deficiência intelectual: Os instrumentos de coleta de dados não contemplaram questões de diagnósticos no momento do acolhimento na unidade de acolhimento institucional, que pudessem correlacionar as variáveis deficiência intelectual e transtorno mental.
- e) A aplicação dos formulários com o pesquisador e sem o pesquisador: em alguns locais que foram deixados os formulários para preenchimento posterior tiveram respostas iguais (justificativas), bem como perguntas em branco. A experiência dentro dos locais que introduziram a aplicação na pauta de reuniões possibilitou o contato direto com o pesquisador, possibilitando troca de experiências, bem como sugestões e perguntas frente a pesquisa. Nestes casos, ocorreram justificativas de respostas em questões fechadas, o que evidenciou o comprometimento com a pesquisa. Nas

Unidades de Acolhimento, mesmo sendo deixado todos os formulários para preenchimento (com exceção da Casa-Lar onde foi aplicado o piloto juntamente com o pesquisador), notaram-se nas reuniões com os dirigentes o comprometimento com a pesquisa, sendo que todos os formulários foram preenchidos (conforme a demanda de crianças e adolescentes no local), e em alguns casos houve explanação (discursos) fora das questões que puderam servir para a análise. Sugere-se que para trabalhos futuros a aplicação seja realmente diretamente com o pesquisador com reuniões para este fim, com a incorporação na pauta de reuniões da equipe e aplicação individual, possibilitando ao pesquisador verificar comportamentos frente a resposta dos profissionais. Neste caso, a inclusão de um diário de campo com relatórios de observação de alunos de iniciação científica poderia contribuir com as análises qualitativas.

- f) O envolvimento de outros atores do SGD: Para trabalhos futuros a inclusão de outros atores do SGD se faz necessária para uma análise mais ampla acerca do acesso. Universidades que prestam serviços em saúde mental (como Clínicas-Escola de Psicologia e Terapia Ocupacional), clínicas e demais instituições, como outros equipamentos da RAPS como: como Consultórios de Rua, UBSs, Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), dentre outros, como os atendimentos em ambulatório.
  
- g) Abranger o foco para além do acolhimento: Como a problemática desta pesquisa era o acolhimento de crianças e adolescentes e sua interação com a RAPS, trabalhos que tenham um olhar generalista podem evidenciar outros fatores além da literatura que estão relacionados ao acesso aos serviços de saúde mental.

- h) Validação dos fatores (códigos) encontrados na pesquisa: Uma validação posterior dos fatores relacionados ao acesso que não foram contemplados na literatura originária, um trabalho que pode contribuir significativamente para políticas públicas de defesa de direitos de crianças e adolescentes.
  
- i) Maiores possibilidades de análise dos dados através do *software* Atlas Ti em estudos futuros ou publicações: A utilização da unidade hermenêutica criada para este projeto pode ser implementada de outras análises, como a verificação de códigos concorrentes (diversos códigos ligados a um mesmo extrato de texto), possibilitando a ligação entre ambos, se são causa ou consequência por exemplo. Outras análises podem ser realizadas, como também um novo ciclo de análise dos códigos, frente a discussão dos resultados e as frequências encontradas tanto no projeto como na revisão realizada na identificação dos fatores.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional proposto conseguiu identificar a necessidade de melhorias na rede para o atendimento de crianças e adolescentes acolhidos, onde verificou-se fatores que interferem na qualidade do acesso aos serviços de saúde mental propriamente ditos, atingindo seu objetivo proposto.

Uma das principais preocupações dos profissionais acerca do acesso foi a falta de capacitação profissional, mesmo previsto em lei que deva ocorrer. Notaram-se em alguns casos até a falta de conhecimento de leis e serviços, bem como a falta de estruturas especializadas no atendimento de crianças e adolescentes, falta de vagas tanto em atendimentos ambulatoriais e internamentos psiquiátricos, quando necessário.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde mental também pode estar atrelada ao fato de não estarem dispostos no território, demandando de tempo e de profissionais para o encaminhamento para outros bairros, mesmo regionais.

Faz-se necessário que a RAPS invista em melhorias na articulação dos serviços frente ao atendimento de crianças e adolescentes acolhidos, e com isso, contribuindo com o direito fundamental da convivência comunitária.

O presente diagnóstico pode contribuir na implementação de Políticas Públicas de garantia de direitos de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, como por exemplo, na articulação da educação continuada desses profissionais, os proporcionando melhores condições para o trabalho com este público que necessita de um atendimento diferenciado e específico, em função das vulnerabilidades que acometem sua existência.

Por mais que a questão do acolhimento foi citada como um facilitador no acesso aos serviços, deve-se atentar a questão ao retorno ao convívio familiar e formas de como dar continuidade no cuidado, e o empoderamento dos familiares no controle social para a busca de seus direitos, e principalmente para um atendimento adequado para seus filhos.

A utilização de recursos tecnológicos de análises de dados propiciaram maior fidedignidade na apresentação dos resultados envolvendo uma complementação entre dados quantitativos e qualitativos. A análise qualitativa

colaborou na construção de um método de análise capaz de extrair o essencial que a mensagem do participante evidenciava transmitir.

Notaram-se algumas fragilidades do diagnóstico, no tocante da aplicação, como apontado nas discussões deste trabalho. Sugere-se que para trabalhos futuros a aplicação seja realmente diretamente com o pesquisador, a partir de reuniões para este fim, incorporação na pauta de reuniões da equipe, aplicação individual, possibilitando ao pesquisador verificar comportamentos frente a resposta dos profissionais. Neste caso, a inclusão de um diário de campo com relatórios de observação de alunos de iniciação científica poderia contribuir com as análises qualitativas.

O diagnóstico teve limitações em seu escopo, que foram apontados na discussão de resultados, mas que foram considerados como importantes para a complementação dos resultados.

As melhorias apontadas demonstram a complexidade que o tema propõe ao se trabalhar com variáveis que se inter cruzam: a medida de proteção (acolhimento), a deficiência intelectual e quando este está ou não associado a um transtorno mental.

## 9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Neli Maria Castro de. **Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência**. 2012 Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.

APAE. **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais**. Disponível em: <<http://curitiba.apaebrasil.org.br/artigo.phtml?a=1208>> Acesso em: 15 mai. 2015.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ASSIS, Simone Gonçalves de; FARIAS, Luís Otávio Pires. Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. **Hucitec**, São Paulo, 2013. 368 p.

ASSIS, Simone Gonçalves de. Et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHERM, Dirce; ALVES, Elíoenai Domelles. Modelo Social: Uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, 09 telas. 2010.

BENELLI, Silvio José. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n.2, p. 99-114. 2003

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os direitos da Criança. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 nov. 1990b.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril DE 2001 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p.

BRASIL. Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC). **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, Brasília, 2006.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência: Série E Legislação em Saúde. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, 2008.

BRASIL. A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**, Brasília 2008b.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, através de sua Resolução 109/2009. **Diário Oficial** 11 nov 2009.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial**. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS: Série F. Comunicação e Educação em Saúde **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília, 2009c.

BRASIL. Resolução Nº 34, De 28 De Novembro De 2011. Define a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

BRASIL. Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed. rev. Atual. **Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência**, Brasília, 2011b.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Guia de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011c.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro DE 2011(\*). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2011d.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui de Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único De Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 abr. 2012.

BRASIL. Avanços das políticas públicas para pessoas com deficiência: uma análise a partir das Conferências Nacionais. **Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**. Brasília, 2013.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; DE LIMA, Luciana Togni; SURJUS, Silva. Deficiência Intelectual e Saúde Mental: quando a fronteira vira território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 82-96, 2013.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 45-56. 2009.

CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; PONTES, Fernando Augusto Ramos. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 614-625, 2009.

CEDCA: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente / SETP: Secretaria de Estado do Trabalho e Assistência Social. Acolhimento institucional no Paraná: desvendando a realidade: relatório executivo. Curitiba, 2007.

CIESPI - CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A INFÂNCIA. **Do confinamento ao acolhimento**: Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos: O cerne da questão: síntese dos dados apontados pela pesquisa. CIESPI - DECIT, Rio de Janeiro, 2008.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País. **Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, 2013.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios; Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008.

COOPER, Sally-Ann; et. al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. **British Journal of Psychiatry**. Londres, n 190, p 27-35. 2007.

**CURITIBA**. Fundação de Ação Social (FAS). **PLANO DE AÇÃO. Reordenamento da Rede de Acolhimento de crianças, adolescentes e jovens**: Diagnóstico / Matriz de Planejamento / Matriz de Monitoramento Curitiba: FAS, 2014. (Mimeo).

**CURITIBA**. Fundação de Ação Social (FAS). **Fundação de Ação Social (FAS)**. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=44>> Acesso abril de 2015.

**CURITIBA**. Fundação de Ação Social (FAS). **Fundação de Ação Social (FAS)**. Disponível em <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=108>> Acesso abril de 2015b.

**CURITIBA**. Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência em Curitiba. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/pessoa-deficiencia/rede-de-atencao-integral-a-saude-da-pessoa-com-deficiencia-em-curitiba>> acesso março de 2015c.

**CURITIBA**. Fundação de Ação Social (FAS). **Registros administrativos sobre benefícios e serviços de proteção social básica ofertados para crianças e adolescentes com deficiência**. Curitiba: FAS, 2015d. (Mimeo).

**CURITIBA**. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). **Mapa dos Bairros de Curitiba**. Disponível em <<http://www.ippuc.org.br/default.php>> Acesso janeiro de 2016.

DA COSTA BORYSOW, Igor; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2013.

DA SILVEIRA, Andressa; NEVES, Eliane Tatsch. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 172-180, 2012.

DA SILVEIRA, Daniele Pinto; VIEIRA, Ana Luiza. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

**DATASUS**. Retardo Mental. Consulta Código Internacional de Doenças CID - 10. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/F70\\_f79.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/F70_f79.htm)> acesso maio de 2015.

**DATASUS**. Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Consulta Código Internacional de Doenças CID -10. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05\\_3d.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm)>. Acesso maio de 2015b.

**DATASUS**. MINISTÉRIO DA SAÚDE: TabWin. Ferramenta Tab para Win. Recuperação de dados. 2015c.

DELGADO, Tatiana Bazzana; RIBEIRO, Moneda Oliveira. O. R. Levantamento sobre os serviços de saúde às crianças carentes nos abrigos da cidade de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.21-28. Julho de 2002

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Revista Internacional de Direitos Humanos (SUR)**, São Paulo, v. 6, n. 11, pp. 65-77. 2009.

FALAVINA, Olivia Pala; CERQUEIRA, Monique Borba. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Espaço Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que Protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2ª ed, Brasília, 2008.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, pp. 187-193, 2005.

FEAPS - Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con discapacidad intelectual. **Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual: Declaración FEAPS e Informe Técnico**. IPACSA, Madri. 2008.

FEITOSA, Helvécio Neves. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 1, 2011.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; BERTOLUCCI, Aline Paiva; SILVA, Marta Angélica Iossi. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 342-348, 2008.

GARFIELD, Rachel L. et al. Behavioral health services in separate CHIP Programs on the eve of parity. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 39, n. 3, p. 147-157, 2012.

GARLAND, Ann F. et al. Improving community-based mental health care for children: Translating knowledge into action. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 40, n. 1, p. 6-22, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. Atlas. 4ª ed, São Paulo, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: **Política de saúde: o público e o privado**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996. p. 177-198.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Maria Paula Cerqueira. Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. **Porto Alegre: Rede Unida**, 2014.

GOPALAN, Geetha et al. Multiple family groups: An engaging intervention for child welfare-involved families. **Child welfare**, v. 90, n. 4, p. 135, 2011.

GULASSA, Maria Lúcia Carr Ribeiro. **Novos rumos do acolhimento institucional**. NECA – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, São Paulo: 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dicionário de variáveis. CENSO 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>

LEITE, Aline Deus da Silva. **Entre o discurso e a prática**: um estudo sobre a garantia do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental. Dissertação (Mestrado – Departamento de Serviço Social), 125 f. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

LUSSI, Carmen.; MARINUCCI, Roberto. **Notas sobre trabalho em rede**. 2007. Disponível em: <[http://www.csem.org.br/pdfs/notas\\_sobre\\_trabalho\\_em\\_rede.pdf](http://www.csem.org.br/pdfs/notas_sobre_trabalho_em_rede.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas**; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. Atlas. 7ª ed. São Paulo, 2009.

MARTINHO, E; CAMARA, PRS. Diagnóstico nos municípios, estados e das unidades de saúde: ferramenta para a formulação de Gestão nas Instituições de Saúde. **O Mundo da Saúde**, Vol 35, Núm. 5, 2011, pp. 332-335.

MCGORRY, Patrick; BATES, Tony; BIRCHWOOD, Max. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 202, n. s54, p. s30-s35, 2013.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília 2011.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Tabita Aija Silva. **O psicólogo e os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes**. Dissertação (mestrado). 230 f. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MPPR -MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. Representação gráfica do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=235>> Acesso Nov. de 2014.

MPPR -MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. Modelo Atual: Entidades de acolhimento e Justiça da Infância e da Juventude articulados à "Rede de Proteção" à criança e ao adolescente e integrados à política municipal de garantias do Direito à Convivência Familiar (imagem) Disponível em <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=235>> Acesso Nov. de 2014b.

PAANANEN, Reija et al. Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care—a Finnish nationwide follow-up study. **The European Journal of Public Health**, p. cks147, 2012.

PARANÁ. Comitê Interinstitucional para Elaboração, Implementação e Acompanhamento do Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Org.); Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (Equipe técnica) **Plano decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná: 2014-2023**. SECS, Curitiba, 2013.

PAULA, Cristiane Silvestre de; et al. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicologia Teoria e Prática**. São Paulo, v.13, n.3, p. 81-95. 2011.

PAULA, Cristiane S. et al. The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. **PloS one**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e88241, 2014.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010.

POCRIFKA, Dagmar Heil. **Inclusão digital nas políticas públicas para formação de professores em Pernambuco**. Dissertação (mestrado). 181 f. Programa de Pós-Graduação em Educação Matemática e Tecnológica. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Fevereiro, 2012.

QUEIROZ, Marcelo; RIZZINI, Ireni. A infância com deficiência institucionalizada e os obstáculos históricos na defesa de seus direitos. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 28, p. 199-220. 2012.

QUEIROZ, TLA; CAVALCANTE, P. S. As contribuições do software Atlas Ti para a análise de relatos de experiência escritos. In: **X Congresso Nacional de Educação**. Curitiba, 2011.

REDE MARISTA DE SOLIDARIEDADE; MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Tecendo redes**: fortalecimento das redes de proteção à infância e à adolescência no Paraná. Editora Champagnat, Curitiba, 2014.

RICARDO, Juliana de Souza. **O acolhimento institucional de crianças e adolescentes com deficiência em face ao direito à convivência familiar e comunitária**: uma análise do contexto do município do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado). 112 f. Departamento de Serviço Social Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2011.

RIZZINI, Irene. **Do confinamento ao acolhimento**: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro– CIESPI – CNPq, 2008.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia Teoria e Prática**, v.12, n. 3, p. 71-84. 2010.

ROSA, Amorim; LOUREIRO, Luís; SEQUEIRA, Carlos. Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. SPE1, p. 125-132, 2014.

SALDAÑA, Johnny. **The coding manual for qualitative researchers**. Sage, 2015.

SALVADOR-CARULLA, Luis et al. The mental health care gap in intellectual disabilities in Spain: impact analysis and knowledge-to-Action plan. **Journal of Mental Health Policy**, v. 16, n. 3, p. 131-41, 2013.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; DE CARVALHO AMARANTE, Paulo Duarte. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014.

SAYAL, Kapil et al. Quality standards for child and adolescent mental health in primary care. **BMC family practice**, v. 13, n. 1, p. 1, 2012.

SCHUSTER, Rodrigo Costa; et. al. Diagnóstico situacional de saúde mental em um município do interior do Rio Grande do Sul. ANAIS II CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FSG v. 2, n. 2, 2014.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Deficiência intelectual e saúde mental: quando a fronteira vira território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 82-96, 2013.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 532-540, 2014.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. **Deficiência intelectual e saúde mental: quando a fronteira vira território**. Tese (Doutorado). 100 f. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

TEIXEIRA, Marina Codo Andrade. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. Dissertação (mestrado). 131 f. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 695-703, 2015.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Violence against Disabled Children**. Summary Report. UN Secretary General's Report on Violence against Children. Thematic Group on Violence against Disabled Children. Findings and Recommendations. New York: United Nations. 2005.

UNICEF: United Nations Children's Fund. **Situação Mundial da Infância: crianças com deficiência**. Relatório. United Nations, New York, 2013.

VAN OORT, Floor VA et al. Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 46, n. 2, p. 167-172, 2011.

VANNUCHI, Paulo de Tarso; OLIVEIRA, Carmen Silveira de. **Direitos humanos de crianças e adolescentes: 20 anos do Estatuto**. Secretaria de Direitos Humanos, Brasília, 2010.

WHO: World Health Organization. **Investing in mental health**: evidence for action. Switzerland, 2013.

## 10. APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
DIRIGENTES**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**  
**(modelo para dirigentes – caracterização instituição e/ou caracterização**  
**da criança ou adolescente)**

Eu,.....  
 .....(nome do participante da pesquisa), portador do RG nº  
 ....., nacionalidade:....., idade:  
 ....., estado civil: ....., residente à  
 Rua.....

.....número ....., bairro ....., na cidade de  
 ...../PR estou sendo convidado a participar de um estudo  
 denominado: **REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS  
 E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO  
 MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**, cujo objetivo  
 é "Construir um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental  
 dispensado às crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno  
 mental, abrigados, na cidade de Curitiba", por meio da elaboração e aplicação  
 de um diagnóstico situacional. A pesquisa pretende contribuir com a tomada de  
 decisão por agentes públicos, para que se possa garantir à crianças e  
 adolescentes com deficiência o acesso aos serviços de saúde mental, direito já  
 garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

A minha participação no referido estudo será por meio do preenchimento do  
 "Formulário Caracterização da Instituição e/ou Formulário Caracterização da  
 Criança ou Adolescente", que será entregue impresso pelo pesquisador, no  
 qual registrarei informações por mim vivenciadas, relacionadas ao atendimento  
 de crianças e adolescentes com deficiência mental e ou transtorno mental  
 atendidos no local o qual presto serviço, bem como expressarei opiniões a  
 respeito do atendimento, dificuldades encontradas, potenciais observados e  
 possíveis melhorias. Esta participação ocorrerá na Unidade em que trabalho,  
 num período médio de 50 minutos.

Fui informado de que, participando da pesquisa, terei a oportunidade de  
 receber atualização de informações técnicas e legais referentes aos direitos  
 das crianças e adolescentes com deficiência, bem como contribuir num  
 processo que visa melhorias na unidade em que trabalho e outras que atendem  
 a crianças e adolescentes com deficiência.

Também fui esclarecido sobre o risco de constrangimento ao preencher os  
 formulários, sendo que terei a liberdade de me opor à responder qualquer  
 questão que possa me gerar algum tipo de constrangimento; posso comunicar  
 ao pesquisador sobre minha percepção para que o preenchimento seja  
 interrompido, caso eu me sinta prejudicado; bem como não haverá  
 identificação com o meu nome no formulário preenchido, de forma que seja  
 prevenida a correlação direta de minhas respostas com minha identidade e

Rubrica do sujeito de pesquisa:

Rubrica do pesquisador:

evitado qualquer tipo de imposição de vontades de terceiros sobre minhas respostas.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

E ainda, fui alertado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: o preenchimento individual do formulário de pesquisa, sem participação na reunião proposta para este fim e entrega deste total ou parcialmente preenchido, diretamente ao pesquisador.

O pesquisador envolvido com o referido projeto chama-se João Mário Cubas, Psicólogo, inscrito no Conselho Regional de Psicologia (CRP) sob o nº. 08/11784, e Mestrando no Programa de Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PPGTS/PUCPR.

É assegurado, durante toda pesquisa, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha despesa com o preenchimento do formulário, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano pelo preenchimento do formulário, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para nep@pucpr.br

Curitiba, ..... de ..... de 2015.

---

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

---

João Mário Cubas  
Psicólogo – CRP: 08/11784  
Mestrando do PPGTS/PUCPR

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
PROFISSIONAIS**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**  
**(modelo para profissionais - caracterização do atendimento em saúde**  
**mental)**

Eu,.....  
 .....(nome do participante da pesquisa), portador do RG nº  
 ....., nacionalidade:....., idade:  
 ....., estado civil: ....., residente à  
 Rua.....

.....número ....., bairro  
 ....., na cidade de ...../PR estou sendo  
 convidado a participar de um estudo denominado: **REDE DE ATENDIMENTO  
 EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA  
 MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO  
 INSTITUCIONAL**, cujo objetivo é "Construir um diagnóstico situacional do  
 atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com  
 deficiência mental e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba",  
 por meio da elaboração e aplicação de um diagnóstico situacional. A pesquisa  
 pretende contribuir com a tomada de decisão por agentes públicos, para que  
 possa garantir à crianças e adolescentes com deficiência o acesso aos  
 serviços de saúde mental, direito já garantido pelo Estatuto da Criança e do  
 Adolescente.

A minha participação no referido estudo será por meio do preenchimento do  
 "Formulário Caracterização do Atendimento em Saúde Mental", que será  
 entregue impresso pelo pesquisador, no qual registrarei informações por mim  
 vivenciadas, relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes com  
 deficiência mental e ou transtorno mental atendidos no local o qual presto  
 serviço

.....(local),  
 bem como expressarei opiniões a respeito do atendimento, dificuldades  
 encontradas, potenciais observados e possíveis melhorias. Esta participação  
 ocorrerá na Unidade em que trabalho, num período médio de 30 minutos.

Fui informado de que, participando da pesquisa, terei a oportunidade de  
 receber atualização de informações técnicas e legais referentes aos direitos  
 das crianças e adolescentes com deficiência, bem como contribuir num  
 processo que visa melhorias na unidade em que trabalho e outras que atendem  
 a crianças e adolescentes com deficiência.

Também fui esclarecido sobre o risco de constrangimento ao preencher os  
 formulários, sendo que terei a liberdade de me opor à responder qualquer  
 questão que possa me gerar algum tipo de constrangimento; posso comunicar  
 ao pesquisador sobre minha percepção para que o preenchimento seja  
 interrompido, caso eu me sinta prejudicado; bem como não haverá  
 identificação com o meu nome no formulário preenchido, de forma que seja  
 prevenida a correlação direta de minhas respostas com minha identidade e

Rubrica do sujeito de pesquisa:

Rubrica do pesquisador:

evitado qualquer tipo de imposição de vontades de terceiros sobre minhas respostas.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

E ainda, fui alertado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: o preenchimento individual do formulário de pesquisa, sem participação na reunião proposta para este fim e entrega deste total ou parcialmente preenchido, diretamente ao pesquisador.

O pesquisador envolvido com o referido projeto chama-se João Mário Cubas, Psicólogo, inscrito no Conselho Regional de Psicologia (CRP) sob o nº. 08/11784, e Mestrando no Programa de Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PPGTS/PUCPR.

É assegurado, durante toda pesquisa, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha despesa com o preenchimento do formulário, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano pelo preenchimento do formulário, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para nep@pucpr.br

Curitiba, ..... de ..... de 2015.

---

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

---

João Mário Cubas  
Psicólogo – CRP: 08/11784  
Mestrando do PPGTS/PUCPR

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO  
MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**Observação: Salienta-se que os dados solicitados são apenas para coleta de informações, não sendo realizado de nenhuma forma a exposição tanto da instituição como dos profissionais. Ainda, não se trata de uma avaliação da instituição, mas sim dos atendimentos em saúde mental que a criança recebe.**

**CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**Localização:**

Núcleo Regional Bairro Novo	
Núcleo Regional Boa Vista	
Núcleo Regional Boqueirão	
Núcleo Regional Cajuru	
Núcleo Regional CIC - Cidade Industrial de Curitiba	
Núcleo Regional Matriz	
Núcleo Regional Pinheirinho	
Núcleo Regional Portão	
Núcleo Regional Santa Felicidade	

**Público:** \_\_\_\_\_

**Parcerias (convênios, contratos):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Normatização jurídica: Privada ( ), Pública ( ), Filantrópica ( ), Outras ( ), especificar:** \_\_\_\_\_

**Modalidade de atendimento: Casa-Lar ( ), Abrigo Institucional ( ), Outros ( ) especificar:** \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO ATENDIDO**

1) Faixa etária da população atendida: \_\_\_\_\_

2) Quantas crianças e/ou adolescentes estão acolhidas na instituição:

( ) crianças ( ) adolescentes.

3) Recebem crianças e adolescentes de ambos os sexos:

( ) Sim ( ) Não

4) Quantas crianças e/ou adolescentes com DEFICIÊNCIA INTELECTUAL estão acolhidas na instituição: ( ) crianças ( ) adolescentes.

5) Quantas crianças e/ou adolescentes com TRANSTORNO MENTAL estão acolhidas na instituição: ( ) crianças ( ) adolescentes.

6) Dessas crianças e adolescentes com deficiência intelectual, quantas possuem diagnóstico de transtorno mental associado?

( ) crianças ( ) adolescentes

6) Com relação a idade e sexo:

6.1) Quantas crianças e/ou adolescentes do sexo feminino com deficiência intelectual estão acolhidas na instituição:

0-11 anos	12-17 anos

6.2) Quantas crianças e/ou adolescentes do sexo masculino com deficiência intelectual estão acolhidas na instituição:

0-11 anos	12-17 anos

6.3) Quantas crianças e/ou adolescentes do sexo feminino com Transtorno Mental estão acolhidas na instituição:

0-11 anos	12-17 anos



2) A unidade básica de saúde da região possui algum atendimento de saúde mental? Quais?

ESPECIALIDADE

Quanto a rede de atenção psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental:

3) Todos os serviços que a criança ou adolescente necessita localizam-se próximo a unidade de acolhimento?

(   ) Sim    (   ) Não

4) Quais os serviços mais procurados pela unidade de acolhimento para o atendimento das crianças e adolescentes com deficiência intelectual e transtorno mental exemplo: psicologia, psicomotricidade, psiquiatria, terapia ocupacional:

ESPECIALIDADE	LOCAL

5) Quanto ao acesso aos serviços mencionados: Eles se fazem de forma imediata (prioridade absoluta)?

1 (   )	2 (   )	3 (   )
Discordo	Indiferente	Concordo

**Justifique sua resposta**

---



---



---

**6) Em geral, tendo em vista o reordenamento dos serviços de acolhimento, a rede de atenção psicossocial propiciou um atendimento que sane o atendimento que até então era proposto pela unidade de acolhimento, bem como seu acesso?**

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

**Justifique sua resposta**

---



---



---

**7) Quais seriam os principais facilitadores e dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde mental por essas crianças e adolescentes atendidos na unidade?**

FACILITADOR	DIFICULDADE

**8) Existe dificuldade de ingressar ou permanecer no local de atendimento tendo em vista o diagnóstico dual (deficiência intelectual + transtorno mental) com relação a esta criança ou adolescente?**

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

9) Existe interação deste equipamento com os demais locais onde essas crianças ou adolescentes frequentam ou necessitam de atenção, exemplo: protocolos de atendimento em rede, reuniões de Rede, estudo de caso?

Sim ( ) Não ( )

Se sim essa interação ocorre com:

<b>Escola</b>	
<b>Escola especial</b>	
<b>Unidade de Saúde</b>	
<b>Hospitais</b>	
<b>Centros de Reabilitação</b>	
<b>Conselho Tutelar</b>	
<b>CRAS</b>	
<b>CREAS</b>	
<b>Vara da Infância e da Juventude</b>	
<b>Promotoria da Infância e da Juv.</b>	
<b>Outros</b>	

## **APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE**

**REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

**CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU COM TRANSTORNO MENTAL ASSOCIADO**

Localização regional do abrigo:

Núcleo Regional Bairro Novo	
Núcleo Regional Boa Vista	
Núcleo Regional Boqueirão	
Núcleo Regional Cajuru	
Núcleo Regional CIC - Cidade Industrial de Curitiba	
Núcleo Regional Matriz	
Núcleo Regional Pinheirinho	
Núcleo Regional Portão	
Núcleo Regional Santa Felicidade	

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Sexo: Masculino ( )    Feminino ( )

3) Motivo do acolhimento:

Motivo do acolhimento							
1	2	3	4	5	6	7	8
Violência doméstica	Doença e/ou deficiência	Situação de rua	Suspeita de abuso sexual	Em conflito com a lei	Ameaça de morte	Vínculos familiares rompidos/ fragilizados	Outros motivos (especificar)

4) Tempo de acolhimento: \_\_\_\_anos, \_\_\_\_meses.

**5) Classificação de Deficiência Intelectual:**

( ) leve (F70), ( ) moderada (F71), ( ) severa (F72), ( ) profunda (F73),  
 ( ) sem deficiência intelectual

**6) Possui transtorno mental:**

( ) sim ( ) não Se sim qual o transtorno: \_\_\_\_\_  
 Código CID \_\_\_\_\_

**7) Faz uso de medicamentos psicotrópicos? ( ) sim ( ) não**

**8) Se sim (faz uso de medicamentos) esses medicamentos são adquiridos através do Sistema Único de Saúde integralmente? ( ) sim ( ) não**

**9) Possui outras deficiências associadas? ( ) sim ( ) não****10) Se possui outras de deficiências associadas qual(is):**

( ) física ( ) auditiva ( ) visual ( ) múltiplas

**11) Frequenta escola? Qual tipo:**

( ) especial ( ) ensino regular ( ) ensino regular (inclusão)

**12) Quais os atendimentos que essa criança ou adolescente realiza dentro da unidade de acolhimento:**

Atendimento Social	
Psicologia	
Psiquiatria	
Fonoaudiologia	
Terapia Ocupacional	
Acompanhamento Nutricional	
Fisioterapia	
Educação Física	
Outros	

**13) Quais os atendimentos que essa criança ou adolescente realiza fora da unidade de acolhimento e onde são realizados:**

Especialidade	Local
Psicologia	
Psiquiatria	
Fonoaudiologia	
Terapia Ocupacional	
Acompanhamento Nutricional	
Fisioterapia	

<b>Educação Física</b>	

14) Especificamente aos atendimentos de saúde mental (consultas com psiquiatra para receitas, internamentos psiquiátricos, psicologia, terapia ocupacional) como se dá o atendimento dessa criança ou adolescente e qual o local?

<b>Especialidade</b>	<b>Local</b>
<b>Psicologia</b>	
<b>Psiquiatria</b>	
<b>Terapia Ocupacional</b>	
<b>Aquisição de medicamentos psiq</b>	
<b>Internamentos psiquiátricos</b>	

15) Em sua opinião o acesso aos serviços de saúde mental são priorizados quanto a essa criança ou adolescente?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta

---



---



---

16) Existe dificuldade de ingressar ou permanecer em algum local de atendimento com relação a esta criança ou adolescente com deficiência mental e ou transtorno no geral?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta apontando o local de dificuldade

---



---



---

17) Como se dá o transporte dessa criança ou adolescente para os atendimentos em saúde mental?

- ( ) transporte da própria unidade de acolhimento  
 ( ) transporte da prefeitura

( ) transporte coletivo

**18) Em sua opinião, o serviço de atendimento em saúde mental consegue contemplar a atenção que essa criança ou adolescente demanda?**

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

**Justifique sua resposta**

---

---

---

**APÊNDICE E – FORMULÁRIO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

**REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO  
MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL  
PROFISSIONAIS**

1) Local em que trabalha:

Unidade de acolhimento	
Escola Especial (APAE)	
CAPSi	
Outro:( _____ )	

2) Idade: \_\_\_\_\_

3) Sexo:      Masculino (   )      Feminino (   )

4) Profissão: \_\_\_\_\_

5) Tempo de formação: \_\_\_\_\_ anos

6) Formação acadêmica:

(   ) curso de formação      (   ) especialização

(   ) mestrado      (   ) doutorado

7) Formação complementar em saúde mental em:

(   ) curso de formação      (   ) especialização

(   ) mestrado      (   ) doutorado

8) Formação teórica (apenas para psicólogos):

Psicanálise	
Comportamental	
Humano existencial	
Sistêmica	
Psicodrama	
Outro:( _____ )	

8) Quanto tempo atua neste equipamento? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

9) Qual sua carga horária semanal? \_\_\_\_ horas/semanais.

10) Quais os tipos de atendimento que realiza?

Individual	
Grupo	
Ludoterapia	
Acompanhamento terapêutico	
Acompanhamento familiar	
Consultas médicas/receituário	
Consultas	
Oficinas terapêuticas	

Outros:


11) Recebe ou realiza capacitação para atendimento em saúde mental?

- (    ) Sim da prefeitura  
 (    ) Sim do equipamento  
 (    ) Sim, porém por motivação própria  
 (    ) Não

12) Há quanto tempo atua na área de saúde mental, especificamente com crianças e/ou adolescentes? \_\_\_\_anos

13) As diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) pretendem diminuir e limitar o tempo de internação em hospitais psiquiátricos e implicam na oferta de serviços de saúde mental pelos CAPS, em redes locais. Em sua opinião, estas prerrogativas trouxeram avanços na garantia de direitos da criança e do adolescente, permitindo um melhor atendimento em saúde mental para este público?

1 (    )	2 (    )	3 (    )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta

---



---



---

14) Em sua opinião o acesso aos serviços de saúde mental são priorizados quando se trata de crianças ou adolescentes?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta

---



---



---

15) Neste equipamento no qual atualmente presta atendimento, você trabalha ou trabalhou com crianças e adolescentes com deficiências associadas ao transtorno mental? ( ) Sim ( ) Não

Se sim qual ou quais?

Deficiências:

Físico/Motora	
Auditiva	
Intelectual	
Visual	
Múltiplas	

Tipos de Transtornos Mentais associados:

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	
Transtorno de Aprendizagem	
Transtorno Desafiador Opositor	
Depressão	
Transtornos de Ansiedade	
Transtornos por substâncias – álcool e outras drogas	

Outros:


16) Em sua opinião, existe dificuldade de ingressar ou permanecer neste local de atendimento quando se trata de crianças e adolescentes com o diagnóstico dual (deficiência mental + transtorno mental)?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

**Justifique sua resposta**

---



---



---

**17) Existe desdobramentos (dificuldades) por parte da equipe no atendimento dessa criança ou adolescente com diagnóstico dual (deficiência mental + transtorno mental).**

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

**Justifique sua resposta:**

---



---



---

**18) Existe interação deste equipamento com os demais locais onde essas crianças ou adolescentes frequentam ou necessitam de atenção? Exemplo: protocolos de atendimento em rede, reuniões de Rede, estudo de caso.**

**Sim ( ) Não ( )**

**Se sim essa interação ocorre com:**

<b>Escola</b>	
<b>Escola especial</b>	
<b>Unidade de Saúde</b>	
<b>Hospitais</b>	
<b>Centros de Reabilitação</b>	
<b>Conselho Tutelar</b>	
<b>CRAS</b>	
<b>CREAS</b>	
<b>Vara da Infância e da Juventude</b>	
<b>Promotoria da Infância e da Juv.</b>	
<b>Outros</b>	

**19) Neste local, você já atendeu ou atende crianças e/ou adolescentes que encontram-se em situação de acolhimento? ( ) Sim ( ) Não**

20) O acolhimento de crianças e adolescentes sofreu mudanças significativas durante a história, propiciando atualmente um atendimento em pequenos grupos (modelo residencial) e com apoio da rede de atenção. Tanto o atendimento educacional bem como de saúde passou a ser responsabilidade das esferas do poder público. Essa nova abordagem é chamada de “Reordenamento dos Serviços de Acolhimento. Em sua opinião, este equipamento consegue proporcionar o atendimento que a criança e/ou adolescente necessita em termos de saúde mental?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

21) Ainda com base na introdução da questão anterior, você como profissional consegue vislumbrar que o reordenamento dos serviços de acolhimento propiciou um atendimento que garante a proteção integral da criança e/ou adolescente com deficiência e/ou transtorno mental?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta:

---



---



---



---

22) Os equipamentos de saúde como um todo, estão preparados para atender essa demanda que encontra-se acolhida, propiciando um atendimento interdisciplinar e intersetorial, que garante a proteção integral da criança e/ou adolescente, que visa, quando possível, o retorno ao convívio sócio-familiar?

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Discordo	Indiferente	Concordo

Justifique sua resposta:

---



---



---



---

**APÊNDICE F – FORMULÁRIO COLETA DE DADOS APAE**

### Dados da Unidade

Identificação da Unidade:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Responsável:.....

Telefone:.....

Email:.....

Horário de funcionamento:.....

Público atendido (com idade).....

.....  
.....

#### Serviços ofertados

.....  
.....  
.....

Nº mensal de crianças e adolescentes com deficiência atendidos:.....

**APÊNDICE G – FORMULÁRIO COLETA DE DADOS CAPSi**

**Dados da Unidade**

**Identificação da Unidade:**.....

**Endereço:**.....

**Telefone:**.....

**Responsável:**.....

**Telefone:**.....

**Email:**.....

**Horário de funcionamento:**.....

**Público atendido (com idade)**.....

.....  
.....

**Serviços ofertados**

.....  
.....  
.....

**Nº mensal de crianças e adolescentes com deficiência atendidos (se houverem crianças e adolescentes com quadro associado e quais):**

.....  
.....  
.....

**Nº mensal de crianças e adolescentes com transtorno mental:**.....

**Citar se possível as patologias mais atendidas dentro deste equipamento:**

.....  
.....  
.....

**Nº de crianças e adolescentes em situação de acolhimento atendidos atualmente:.....**

**Se possível detalhar sexo, tipo do transtorno, e como se dá o acesso aos serviços de saúde mental.**

.....  
.....  
.....  
  
.....  
.....  
.....

## APÊNDICE H – MODELO DE AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável pela \_\_\_\_\_, autorizo a realização do estudo: **REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba, ..... de .....de 20.....

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

### **LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:**

- DEBORAH RIBEIRO CARVALHO
- NEIVA SILVANA HACK
- JOÃO MÁRIO CUBAS
- SOFIA SCATOLIN
- LAIS OLIVEIRA

**APÊNDICE I – CÓDIGOS DO PRIMEIRO CICLO DE CODIFICAÇÃO**

**Code-Filter: All**

---

HU: PROJETO DISSERTACAO ATLASTI TOTAL 20160330

File:

[C:\Users\JOÃO MARIO\Documents\MESTRADO\TE...\PROJETO DISSERTACAO ATLASTI TOTAL 20160330.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2016-05-06 18:56:57

---

**ACESSIBILIDADE**  
**ACOLHIMENTO\_GARANTIA\_ATENDIMENTO**  
**ADOL\_COLABORATIVO**  
**ADOL\_POUCO\_COLABORATIVO**  
**AMPLITUDE\_ATENDIMENTO**  
**ATENCAO\_BASICA\_NAO\_PROPICIA\_ATENCAO\_NO\_TERRIT**  
**ATENDIMENTO SEM ATRATIVO - BAIXA ADESAO**  
**ATENDIMENTO\_CAPS\_LIMITADO**  
**ATENDIMENTO\_HUMANIZADO**  
**ATENDIMENTO\_PARTICULAR**  
**ATENDIMENTO\_TERRITORIO**  
**ATENDIMENTO\_VARIOS\_EQUIPAMENTOS**  
**AUMENTO\_DEMANDA**  
**CAPS\_MELHORA\_QUADRO**  
**CAPS\_POSSIBILITA\_NOVOS\_CAMINHOS**  
**CAPS\_AVANCO\_LEGISLACAO**  
**CARGA HORARIA PROFISSIONAIS**  
**CASOS\_GRAVES\_REMETE\_INST\_TOTAIS**  
**COMUNICACAO\_PROFISIONAL**  
**DEMORA\_ATENDIMENTO**  
**DESAFAGEM\_SERVICOS**  
**DESAFIOS\_RELACAO\_COM\_FAMILIA**  
**DESCONHECIMENTO**  
**DI\_DIFICULTA\_ACESSO**  
**DI\_MAIIS\_COMPROMETIDO**  
**DI\_PRIORIDADE\_ACESSO**  
**DIF\_COMORBIDADE\_USO\_SUBSTANCIAS**  
**DIF\_FINANCEIRA\_FAMILIA**  
**DIFICULDADE NO DIAGNOSTICO**  
**DIFICULDADE\_CONVIVÊNCIA**  
**DIFICULDADE\_DIFERENCIACAO\_DI\_TM**  
**DIFICULDADE\_ELABORACAO\_PROJETOS\_INDIVIDUALI\_CASA**  
**DIFICULDADE\_PERMANENCIA**  
**DIFICULDADE\_SINGULARIZACAO**  
**DIMINUICAO\_INTERNAMENTO**  
**ECA\_E\_REFORMA\_PSIQUIATRICA\_AVANÇOS**  
**ESFORCOS\_EQUIPE\_MANTER\_ATENDIMENTO**  
**ESTIGMA\_POR PARTE DO ADOLESCENTE\_AO\_ATENDIMENTO**  
**EXCESSO MEDICAMENTOSO**  
**FACILIDADE\_ACESSO\_ENQUANTO\_CRIANCAS**  
**FACILIDADE\_NO\_ACESSO**  
**FALTA\_ADESAO\_CRIANÇA\_ADOLESCENTE**  
**FALTA\_ATEND\_REDES\_LOCAIS**  
**FALTA\_ATENDIMENTO\_ESPECIALIZ**  
**FALTA\_ATENDIMENTO\_PSIKOLOGICO**  
**FALTA\_CAPACITACAO**  
**FALTA\_COMPROM\_MUN\_EST**  
**FALTA\_ESTRUTURA**

FALTA\_ESTRUTURA\_ESPECIALIZADA\_ATEND\_CCAS\_ADOL  
FALTA\_IMPLANTACAO\_LEI  
FALTA\_MATERIAL  
FALTA\_MOBILIDADE  
FALTA\_MOTIVACAO\_PROFSSIONAL  
FALTA\_PARCERIA\_OUTROS\_SERVICOS  
FALTA\_PARTICICACAO\_USUARIOS  
FALTA\_RECURSO\_FAMILIAR  
FALTA\_RECURSOS\_HUMANOS  
FALTA\_SUORTE\_EMOCIONAL\_CUIDADORES  
FALTA\_VAGAS\_AMBULATORIO\_INTERNACAO  
FAMILIA\_DESISTE\_TRATAMENTO  
GARANTIA\_DE\_DIREITO  
IMPORTANCIA\_TRATAMENTO  
INTERACAO\_REDE  
INTERNACAO\_PSIQUIATRICA\_COMPROMETIMENTO  
LOCAIS\_ACOLHIMENTO\_FALTA\_ESTRUTURA  
MAIOR\_ATENCAO\_PARA\_CCAS\_ADOLES  
MEDICAÇÕES ULTRAPASSADAS  
MEDICAMENTO\_FALTA  
MEDIDA DE PROTEÇÃO COMO FACILITADOR  
MOBILIDADE  
NÃO\_GARANTE\_PROT\_INTEGRAL  
NÃO\_HÁ\_COMO\_NAO\_ACEITAR - ORGAO PUBLICO  
NÃO\_HÁ\_PRIORIDADE\_ACESSO  
NECESSIDADE\_ATENDIMENTO\_EFETIVO  
NECESSIDADE\_CONVENIO\_MEDICO  
NECESSIDADE\_INTERACAO\_FAMILIAR  
NECESSIDADE\_INTERACAO\_PROF  
NECESSITA\_ATENDIMENTO\_ESPECIALIZADO  
NECESSITA\_MELHORIA  
OLHAR\_COMO\_SUJEITOS\_EM\_DESENVOLVIMENTO  
PATOLOGIZAÇÃO PARA O ACESSO  
PERFIL\_INGRESSO  
PERMANENCIA\_COMPROMETIDA\_PELO\_COMPORTEAMENTO\_AGRESSIVO  
PORTA\_ABERTA  
POUCO\_INVESTIMENTO\_SM\_INFANTIL  
POUCOS\_CAPSi  
PRIORIDADE\_EM\_CRISES\_SOMENTE  
PRIORIDADE\_IGUALITARIA  
PRIORIZACAO\_NO\_ACESSO\_ACOLHIDOS  
PROFISSIONAIS\_EM\_MUDANCA  
PÚBLICO\_VULNERÁVEL  
QUEBRA\_ESTIGMA  
REDE\_EM\_CONSTITUICAO  
REDE\_FACILITA\_ACESSO  
REGIONALIZACAO\_COMPROMETE\_VINCULO  
REINSERCAO\_FAMILIAR  
REINSERCAO\_SOCIAL  
REJEICAO\_EQUIPAMENTO  
REJEICAO\_OUTROS\_ADOLESCENTES  
RESISTENCIA\_PROFSSIONAL  
RESULTADOS\_PESQUISADOS\_AVALIADOS  
SEM\_DIFICULDADES  
SEM\_MUDANCAS  
SER\_ÓRGAO\_PUBLICO  
SISTEMA\_INEFICAZ  
SISTEMA\_NAO\_CONSEGUE\_GAR\_PROT\_INTEGRAL

SISTEMA\_POSSIBILITA\_NAO\_INCLUSAO  
SUJEITOS\_DE\_DIREITO  
TRANSTORNO\_ESTABILIZADO  
TROUXE\_AVANCOS  
US\_SEM\_CONHECIMENTO\_SM\_INFANTIL

**APÊNDICE J – MINUTA OFÍCIOS PARA LIBERAÇÃO DA PESQUISA FAS**

Curitiba, 04 de outubro de 2015.

**Ao**  
**Sr. Paulo Mangili**  
**Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho**  
**Superintendência de Planejamento**  
**Fundação de Ação Social - FAS**

Prezado Senhor,

Vimos por meio deste, apresentar o Projeto de Dissertação de Mestrado **“REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL”**, que possui como objetivo a construção de um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba.

A pesquisa será desenvolvida pelo mestrando João Mário Cubas, Psicólogo, inscrito no Conselho Regional de Psicologia sob o nº 08/11784, aluno do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PPGTS/PUCPR, e alunos de Projeto de Iniciação Científica, sob a orientação da Prof. Deborah Ribeiro Carvalho. Este Projeto faz parte das iniciativas do grupo de pesquisa “Perfil das Crianças e Adolescentes com Deficiência do Estado do Paraná” e tem como objetivo geral “Construir um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba”. Ainda como objetivos específicos cita-se: “1) Caracterizar, a partir de registros administrativos e coleta de dados, a situação do atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes com deficiência mental e transtorno mental”; e “2) Identificar o acesso aos serviços de saúde mental, através da rede de atendimento, especificamente em Centros de Atenção Infantil (CAPSi) e em escolas da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)”.

O Projeto de Dissertação de Mestrado foi aprovado em banca formal do PPGTS/PUCPR no dia 23/06/2015 e no Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCPR no dia 21/08/2015, sob o parecer nº 1.194.564 e CAAE 47359615.9.0000.0020 (parecer no Anexo 1).

A metodologia proposta, e detalhada no Projeto que segue anexo (Anexo 2), prevê a aplicação de formulários junto a profissionais em unidades de acolhimento institucional, Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Escolas Especiais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Esta aplicação deverá ocorrer em reuniões breves, de 40 a 60 minutos, que podem (ou não) ser incorporadas na pauta de reuniões já programadas nas unidades. Está prevista a participação de oitenta profissionais divididos em dezesseis unidades de acolhimento (nas modalidades Casa-Lar e Abrigo Institucional), seis profissionais dos CAPSi e dez profissionais nas escolas especiais da APAE.

Os dados coletados via formulários serão tabulados, processados estatisticamente e analisados a partir do referencial teórico relacionado à temática; e de registros administrativos, para uma melhor compreensão no contexto municipal e estadual.

No que se refere aos serviços da Assistência Social, solicitamos os bons préstimos de Vossa Senhoria no sentido de:

- autorizar para a aplicação da pesquisa junto a dezesseis unidades de acolhimento institucional (se possível dentro das modalidades Casas-Lar e Abrigos Institucionais – oito de cada modalidade), dentre as unidades oficiais e conveniadas com a FAS que possuam ao menos uma criança ou adolescente com quadro de deficiência mental e/ou transtorno mental dispostos na cidade de Curitiba;

- disponibilização, se possível, do relatório final acerca do perfil da criança e do adolescente em situação de acolhimento institucional realizado por esta Fundação de Ação Social, pois o mesmo contém dados que contribuirão com a metodologia proposta;

- Na existência de um plano de ação entre as unidades de acolhimento institucional e os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) da cidade de Curitiba, se possível, o protocolo ou documentos que fundamentem e explicitem acerca dos atendimentos que são ofertados pelos CAPSi aos acolhidos.

Vale destacar que a não existência ou indisponibilidade de todos os dados solicitados não inviabiliza a pesquisa, dada a estratégia metodológica a partir de diferentes fontes (Saúde, Assistência Social e Educação – registros administrativos e pesquisa junto aos profissionais).

O conjunto de dados proposto segue um critério metodológico para a construção do diagnóstico situacional. A disponibilidade ou não deste conjunto de dados apoiará na avaliação da metodologia proposta. Sendo assim, não está implícito um juízo de valor, sobre as instituições pela disponibilização ou não do conjunto de dados.

Ressalta-se ainda que este projeto não visa de forma alguma a avaliação das unidades de acolhimento institucional, mas sim em um diagnóstico do acesso aos serviços de saúde mental que essas crianças ou adolescentes demandam.

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer dúvidas durante o processo, bem como disponibilizar os resultados junto às equipes participantes, bem como a disponibilização de cópia da Dissertação de Mestrado à biblioteca da Fundação de Ação Social.

Na intenção de fortalecer a contribuição acadêmica para o processo de desenvolvimento de políticas públicas de direito do cidadão, submetemos o Projeto **“REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL”** à Vossa apreciação e colocamo-nos à disposição para sanar esclarecimentos e ajustes que porventura sejam necessários.

Atenciosamente,

---

**Deborah Ribeiro Carvalho**

Doutora em Computação de Alto  
Desempenho

Professora do PPGTS/PUCPR  
Coordenadora do Grupo de Pesquisas  
Perfil das Crianças e Adolescentes  
com Deficiência do Estado do Paraná

---

**João Mário Cubas**

Psicólogo – CRP: 08/11784  
Mestrando do PPGTS/PUCPR

**APÊNDICE L – MINUTA OFÍCIOS PARA LIBERAÇÃO DA PESQUISA –  
APAE - MODELO**

Curitiba, 27 de Outubro de 2015.

## SOLICITAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE MESTRADO

À Ilma Senhora

\_\_\_\_\_  
Diretora

Escola \_\_\_\_\_

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE Curitiba

Prezada Senhora:

Vimos por meio deste, apresentar o Projeto de Dissertação de Mestrado **“REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL”**. O objetivo geral do projeto consiste em: “Construir um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba”.

A pesquisa será desenvolvida pelo mestrando João Mário Cubas, Psicólogo, CRP 08/11784, aluno do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PPGTS/PUCPR. Também contarão com a colaboração das alunas de Projeto de Iniciação Científica Lais Oliveira e Sofia Scatolin, sob a orientação da Profa. Dra. Deborah Ribeiro Carvalho. Este Projeto faz parte das iniciativas do grupo de pesquisa “Perfil das Crianças e Adolescentes com Deficiência do Estado do Paraná”.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, algumas instituições foram selecionadas, dentre elas a APAE, por sua reconhecida colaboração no atendimento à crianças e adolescentes com deficiência.

Sendo assim, solicitamos o apoio de Vossa Senhoria no sentido de viabilizar, se possível, para a realização das seguintes etapas da pesquisa:

- autorização para aplicação efetiva da pesquisa, através de formulários, junto aos profissionais da equipe da Escola, sobre o atendimento em saúde mental;
- informações administrativas sobre a instituição.

### **Esclarecimentos sobre a solicitação de dados:**

Os pesquisadores se disponibilizam a apoiar o processo de sistematização dos dados, caso essa APAE entenda ser possível.

Vale destacar que a não existência ou indisponibilidade de todos os dados solicitados não inviabilizam as pesquisas, dada a estratégia metodológica a partir de diferentes fontes (Saúde, Assistência Social e Educação – registros administrativos e pesquisa junto aos profissionais).

O conjunto de dados proposto segue um critério metodológico para a construção do diagnóstico situacional. A disponibilidade ou não deste conjunto de dados apoiará na avaliação da metodologia proposta.

Sendo assim, não está implícito um juízo de valor, sobre as instituições pela disponibilização ou não do conjunto de dados.

Ressalta-se ainda que o projeto não visa, de forma alguma, a avaliação das unidades de acolhimento institucional, bem como das escolas especiais, mas sim um diagnóstico do acesso aos serviços que essas crianças ou adolescentes demandam.

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer dúvidas durante o processo, bem como disponibilizar os resultados junto às equipes participantes, bem como a disponibilização de cópia da Dissertação de Mestrado à esta renomada Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Na intenção de fortalecer a contribuição acadêmica para o processo de desenvolvimento de políticas públicas, submetemos o referido projeto à Vossa apreciação e colocamo-nos à disposição para o que venha ser necessário.

Atenciosamente,

---

**Deborah Ribeiro Carvalho**

Doutora em Computação de Alto  
Desempenho

Professora do PPGTS/PUCPR  
Coordenadora do Grupo de Pesquisas  
Perfil das Crianças e Adolescentes com  
Deficiência do  
Estado do Paraná

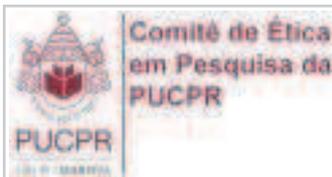
---

**João Mário Cubas**

Psicólogo – CRP: 08/11784  
Mestrando do PPGTS/PUCPR

## 11. ANEXOS

**ANEXO A – PARECER APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –  
CEP/PUCPR**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

**Pesquisador:** Deborah Ribeiro Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47359615.9.0000.0020

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.194.564

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. O cenário da mesma consiste na rede de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental. O foco partirá dos abrigados conveniados com a Fundação de Ação Social (FAS) que estejam classificadas nas modalidades Casa-Lar e Abrigo institucional e suas relações com os 3 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Curitiba, como também as relações com os atendimentos que são realizados pelas escolas especiais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Após tramites de aprovação em comitês de ética, será realizado um levantamento dos registros administrativos, tanto os que estejam em ambiente web, como também por solicitação formal. Para selecionar as unidades de acolhimento serão elencadas juntamente a FAS as que se enquadrem nas modalidades Casa-Lar e Abrigo institucional e que dentre seus acolhidos tenham ao menos uma criança e/ou adolescente com quadro deficiência mental e/ou transtorno mental associado. Depois de selecionada as unidades de acolhimento, serão agendadas reuniões para a segunda coleta de dados que consiste na aplicação de formulários. Serão no total três formulários: a) coleta de dados acerca da instituição (abrigo); b) coleta de dados acerca da criança (abrigo); c) coleta de dados acerca do atendimento em saúde

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

## ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 1.194.564

mental, que será aplicado em profissionais (do abrigo, do CAPSi e da APAE). Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. O cenário da mesma consiste na rede de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental.

O foco partirá dos abrigados conveniados com a Fundação de Ação Social (FAS) que estejam classificadas nas modalidades Casa-Lar e Abrigo institucional e suas relações com os 3 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Curitiba, como também as relações com os atendimentos que são realizados pelas escolas especiais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Após tramites de aprovação em comitês de ética, será realizado um levantamento dos registros administrativos, tanto os que estejam em ambiente web, como também por solicitação formal. Para selecionar as unidades de acolhimento serão elencadas juntamente a FAS as que se enquadrem nas modalidades Casa-Lar e Abrigo institucional e que dentre seus acolhidos tenham ao menos uma criança e/ou adolescente com quadro deficiência mental e/ou transtorno mental associado. Depois de selecionada as unidades de acolhimento, serão agendadas reuniões para a segunda coleta de dados que consiste na aplicação de formulários. Serão no total três formulários: a) coleta de dados acerca da instituição (abrigo); b) coleta de dados acerca da criança (abrigo); c) coleta de dados acerca do atendimento em saúde mental, que será aplicado em profissionais (do abrigo, do CAPSi e da APAE). Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. Após conclusão dos dois levantamentos (registros administrativos e coleta de dados), será construída uma planilha que visa a sistematização desses dados. A análise desses dados será realizada através do Microsoft Excel e também pelo software estatístico IBM SPSS Statistics versão v 20.0, através de frequências simples e cruzadas.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Construir um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba. Caracterizar, a partir de registros administrativos e coleta de dados, a situação do atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes com deficiência mental e transtorno mental; 2) Identificar o acesso aos serviços de saúde mental, através da rede de atendimento, especificamente em Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e em escolas da Associação de

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

## ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 1.194.564

Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos previstos e preservados. Benefícios previstos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante com objetivos claros e metodologia adequada.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória adequados

### **Recomendações:**

Pendências apontadas na primeira versão foram atendidas.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PDM JOAO CUBAS_profissionais_20150608.docx	28/06/2015 19:56:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PDM JOAO CUBAS_dirigentes_instituição_cca_adol escente_20150608.docx	28/06/2015 19:56:55		Aceito
Outros	FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 20150628.docx	28/06/2015 20:08:22		Aceito
Outros	FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DA	28/06/2015		Aceito

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 1.194.564

Outros	CRIANÇA OU ADOLESCENTE 20150628.docx	20:09:01		Aceito
Outros	FORMULÁRIO FORMULÁRIO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL 20150628.docx	28/06/2015 20:09:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JC PDM 20150629 cópia digital.pdf	29/06/2015 11:55:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto CEP Joao.pdf	06/07/2015 10:56:39		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_544904.pdf	06/07/2015 13:28:03		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	06/07/2015 13:28:03	Deborah Ribeiro Carvalho	Aceito
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_1181220.pdf	12/08/2015 15:31:52	Vanessa Yuri de Lima	Aceito
Parecer do Colegiado	PB_PARECER_COLEGIADO_1183456. pdf	13/08/2015 11:03:33	NAIM AKEL FILHO	Aceito
Parecer Consubstanciado do CEP	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1183471.pdf	13/08/2015 11:06:35	NAIM AKEL FILHO	Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO APAE 20150813.doc	13/08/2015 14:18:43		Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO FAS 20150813.doc	13/08/2015 14:19:22		Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO SMS 20150813.doc	13/08/2015 14:19:58		Aceito
Outros	DESCRIÇÃO LOCAL DE APLICAÇÃO FORMULÁRIOS 20150813.docx	13/08/2015 14:20:24		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_544904.pdf	13/08/2015 15:01:15		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	13/08/2015 15:01:15	JOÃO MÁRIO CUBAS	Aceito

**Situação do**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 21 de Agosto de 2015

Assinado por:  
**NAIM AKEL FILHO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

## ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 1.194.564

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

**ANEXO B – PARECER APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –  
CEP/SMS – PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU TRANSTORNO MENTAL EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

**Pesquisador:** Deborah Ribeiro Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47359615.9.3001.0101

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.281.318

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o parecer de aprovação ética do CEP/PUCPR.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o parecer de aprovação ética do CEP/PUCPR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o parecer de aprovação ética do CEP/PUCPR.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com o parecer de aprovação ética do CEP/PUCPR.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com o parecer de aprovação ética do CEP/PUCPR.

**Recomendações:**

- 1) O projeto foi aprovado para ser realizado somente nos CAPSi selecionados, administrados pelo FEAES.
- 2) Com relação aos demais locais da pesquisa, administrados pela FAS, foi enviado do CEP/SMS-Curitiba o seguinte posicionamento:

"A FAS segue uma diretriz institucional de não autorizar abertura de campo de pesquisa em

**Endereço:** Rua Afílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.281.318

unidades de acolhimento oficiais para crianças e adolescentes, tendo em vista a situação peculiar de fragilidade e/ou rompimento de vínculos familiares que essas crianças se encontram no momento do acolhimento. Portanto não autoriza realização de pesquisa em suas unidades. Se o interesse for em realizar a pesquisa em unidades conveniadas, tal análise para viabilização, não passa por esta Assessoria, devendo ser feita diretamente à Unidade Conveniada." Dessa forma não será liberado coleta de dados na FAS".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba segue o parecer dos relatores.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_544904.pdf	13/08/2015 15:01:15		Aceito
Outros	DESCRIÇÃO LOCAL DE APLICAÇÃO FORMULÁRIOS 20150813.docx	13/08/2015 14:20:24		Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO SMS 20150813.doc	13/08/2015 14:19:58		Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO FAS 20150813.doc	13/08/2015 14:19:22		Aceito
Outros	MODELO AUTORIZAÇÃO APAE 20150813.doc	13/08/2015 14:18:43		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_544904.pdf	06/07/2015 13:28:03		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto CEP Joao.pdf	06/07/2015 10:56:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JC PDM 20150629 cópia digital.pdf	29/06/2015 11:55:57		Aceito
Outros	FORMULÁRIO FORMULÁRIO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL 20150628.docx	28/06/2015 20:09:38		Aceito
Outros	FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE 20150628.docx	28/06/2015 20:09:01		Aceito
Outros	FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 20150628.docx	28/06/2015 20:08:22		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE PDM JOAO	28/06/2015		Aceito

**Endereço:** Rua Afílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.281.318

Assentimento / Justificativa de Ausência	CUBAS_dirigentes_instituição_cca_adol escente_20150608.docx	19:56:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PDM JOAO CUBAS_profissionais_20150608.docx	28/06/2015 19:56:33		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 14 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**SAMUEL JORGE MOYSÉS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

**ANEXO C – INFORME DE LIBERAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO  
PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CIENTÍFICO – FUNDAÇÃO DE AÇÃO  
SOCIAL – PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

## INFORMAÇÃO

Curitiba, 09 de outubro de 2015.

**Parecer Técnico para autorização de pesquisa em unidades da Fundação de Ação Social**

**Protocolo: 01-129169/2015**

**Assunto: Abertura de campo pesquisa - Rede de Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes com Deficiência Mental e/ou Transtorno Mental em Situação de Acolhimento Institucional**

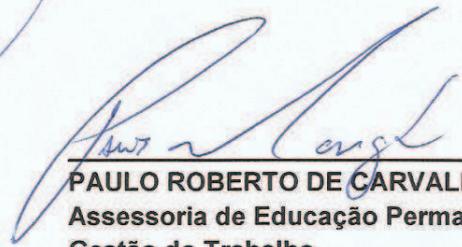
**Pesquisador: João Mario Cubas - Mestrando em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.**

Informamos que seguimos uma diretriz institucional de não realizar a abertura de campo de pesquisa em unidades de acolhimento oficiais para crianças e adolescentes da FAS, devido à situação de fragilização e rompimento de vínculos familiares que as mesmas se encontram.

Informamos também que esse parecer já foi encaminhado ao Comitê de Ética da SMS (por email), tendo em vista que a solicitação veio inicialmente desse comitê.



\_\_\_\_\_  
**JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA**  
Superintendência de Planejamento



\_\_\_\_\_  
**PAULO ROBERTO DE CARVALHO MANGILI**  
Assessoria de Educação Permanente e  
Gestão do Trabalho

## INFORMAÇÃO

Curitiba, 03 de novembro de 2015.

### **Parecer Técnico para autorização de pesquisa em unidades da Fundação de Ação Social**

**Protocolo: 01-129169/2015**

**Assunto:** Abertura de campo pesquisa - Rede de Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes com Deficiência Mental e/ou Transtorno Mental em Situação de Acolhimento Institucional

**Pesquisador:** João Mario Cubas - Mestrando em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Tendo em vista o parecer técnico emitido no dia 09 de outubro de 2015 (pág. 21 do processo), a respeito da impossibilidade de autorização de pesquisas e/ou atividades interventivas a crianças e adolescentes acolhidos em unidades de acolhimento institucional, informamos que após contato com o pesquisador solicitante, foi-nos esclarecido que a pesquisa se trata de coleta registros administrativos e entrevistas com profissionais que atuam nas unidades referidas.

Diante da solicitação, entendemos que não há, a princípio, conflito entre as diretrizes institucionais e a realização das entrevistas, tendo em vista que **não se trata de abordagem a crianças e adolescentes acolhidos**, e sim a **profissionais que atuam no atendimento e acompanhamento dessas crianças**.

Entretanto, sendo pretendido elencar oito unidades na modalidade **Casa-Lar** e oito na modalidade **Abrigo Institucional** para a aplicação de formulários, cabe ressaltar que a FAS não conta hoje com unidades na modalidade Casa-Lar, sendo somente possível a autorização em unidades oficiais na modalidade Abrigo Institucional.

Ainda, conforme consta na página 50 (cinquenta) do projeto de pesquisa (pág. 20 do processo), a aplicação dos formulários será voltada para: **dirigente do local; profissionais que atuem na área de saúde mental; 2 (dois) colaboradores da instituição (exemplo: mãe e pai social, cuidadores)**, informamos que:

1. Os profissionais das unidades de acolhimento institucional, embora atuem na perspectiva de um atendimento articulado e intersetorial, **não realizam intervenções em saúde mental**, sendo essa atribuição da política pública de saúde.

2. A FAS conta hoje com profissionais de nível médio em unidades de acolhimento institucional oficiais no cargo de **educador social**, não havendo atualmente o cargo de cuidador social no quadro funcional da Prefeitura Municipal de Curitiba.

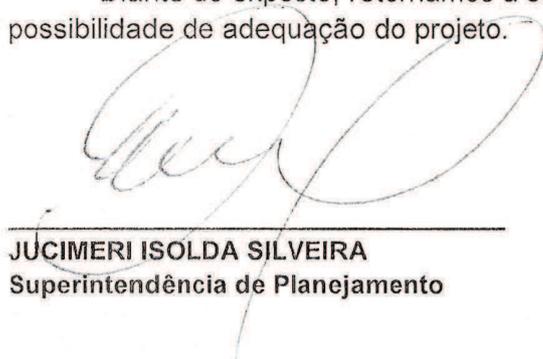
Nesse sentido, entende-se que a FAS poderá realizar a abertura de campo de pesquisa somente se atendidos os seguintes critérios:

- tratar-se de diagnóstico a respeito da atuação em rede das unidades de acolhimento institucional com a política pública de saúde, especificamente no que tange a articulação e encaminhamentos para atendimentos em saúde mental;

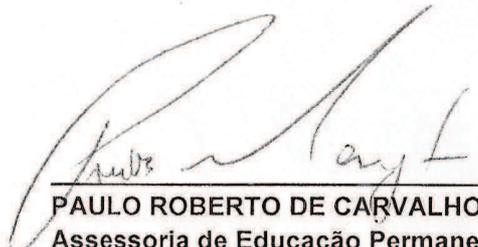
- realização de entrevistas somente com coordenadores, educadores sociais e/ou outros profissionais concursados que atuem nas unidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes;

- realização de entrevistas somente em unidades de acolhimento institucional oficiais, na modalidade Abrigo Institucional, não sendo responsabilidade da FAS a autorização para realização de pesquisa na rede conveniada;

Diante do exposto, retornamos a solicitação ao pesquisador para verificação da possibilidade de adequação do projeto.



\_\_\_\_\_  
JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA  
Superintendência de Planejamento



\_\_\_\_\_  
PAULO ROBERTO DE CARVALHO MANGILI  
Assessoria de Educação Permanente e  
Gestão do Trabalho

Recebido em 10/11/2015

João Roberto de Carvalho

---

## INFORMAÇÃO

---

Curitiba, 14 de dezembro de 2015.

**Parecer Técnico para autorização de pesquisa em unidades da Fundação de Ação Social**

**Protocolo: 01-129169/2015**

**Assunto:** Abertura de campo pesquisa - Rede de Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes com Deficiência Mental e/ou Transtorno Mental em Situação de Acolhimento Institucional

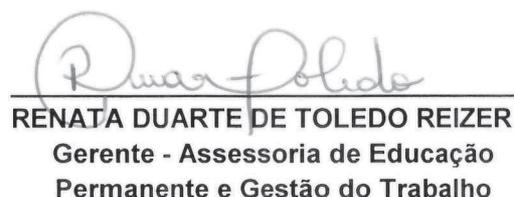
**Pesquisador:** João Mario Cubas - Mestrando em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A partir da análise da documentação anexa ao referido protocolo, assim como do parecer favorável e ciência à pesquisa emitida pela Diretoria de Proteção Social Especial (folha 29 do processo), o solicitante está **autorizado** a realizar a pesquisa, por meio de entrevista a profissionais de unidades de acolhimento institucional oficiais da FAS para crianças e adolescentes, na modalidade abrigo institucional, tendo como instrumento para coleta de dados os formulários dispostos nas páginas 71 a 85 do projeto de pesquisa em anexo, tendo o cuidado, por parte do pesquisador em observar e cumprir o descrito no **Termo de Compromisso para Realização de Estudo Científico**, o qual será entregue ao mesmo a partir desta data.



---

JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA  
Superintendente de Planejamento da  
FAS



---

RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER  
Gerente - Assessoria de Educação  
Permanente e Gestão do Trabalho

## TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CIENTÍFICO

Termo de Compromisso para realização de Estudo Científico que entre si fazem, de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS** e de outro, **JOÃO MARIO CUBAS**.

Ao dia quatorze de dezembro de 2015, nesta cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, presentes de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL – FAS**, doravante denominada **FAS**, estabelecida à Rua Eduardo Sprada, nº 4520, Campo Comprido CNPJ nº 76.568.930-0001-08, neste ato representado pela Superintendente de Planejamento **JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA**, CPF/MF 003.453.729-56, pela Diretora de Proteção Social Especial **ANGELA CHRISTIANNE LUNEDO DE MENDONÇA** CPF/MF 729.522.029-15, pela Gerente da Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho **RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER**, CPF/MF 026.357.629-96 e de outro lado, **JOÃO MARIO CUBAS** CPF 028.489.809-07, doravante denominado **PESQUISADOR**, mestrando em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, firma o presente instrumento mediante as seguintes cláusulas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente Termo de Compromisso tem por objeto estabelecer observância aos procedimentos de realização do projeto de pesquisa intitulado “Rede de Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes com Deficiência Mental e/ou Transtorno Mental em Situação de Acolhimento Institucional”, o qual tem por objetivo geral:

“Construir um diagnóstico situacional do atendimento em saúde mental dispensado às crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, abrigados, na cidade de Curitiba”.

### CLÁUSULA SEGUNDA

A pesquisa, a qual faz parte do presente Termo de Compromisso, utilizará como instrumento para realização da pesquisa a coleta de dados, por meio do procedimento abaixo listado:

- Entrevista com profissionais (dirigentes da unidade e apoio técnico) de unidades de acolhimento institucional oficiais da FAS, por meio de aplicação de formulários;
- Disponibilização do relatório final acerca do diagnóstico do perfil de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional realizado pela FAS em 2014.

### **CLÁUSULA TERCEIRA**

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 3 (três) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

### **CLÁUSULA QUARTA**

O presente instrumento poderá ser alterado, prorrogado ou rescindido a qualquer tempo, uma vez solicitado por uma das partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

### **CLÁUSULA QUINTA**

#### **Atribuições do/a Pesquisador/a:**

- Preservar o sigilo de identificação dos usuários/locais/unidades;
- Observar os objetivos específicos e gerais, bem como as etapas constantes na documentação apresentada à Fundação de Ação Social, seguindo rigorosamente a metodologia descrita sem desviar-se dos objetivos propostos;
- Arcar com todos os gastos para a realização da pesquisa, sem qualquer ônus para a Fundação de Ação Social;
- Desenvolver o projeto em horário compatível com o funcionamento dos locais indicados pela FAS para a execução da pesquisa;
- Disponibilizar em formato PDF, após a conclusão da mesma, os resultados da pesquisa, à Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho para acervo da Fundação.
- Autorizar, desde já, quando da finalização da pesquisa, que a FAS disponibilize no site da FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL, para conhecimento público, a produção científica que dela se originar.

### **CLÁUSULA SEXTA**

#### **Atribuições da FAS:**

- Disponibilizar o acesso aos dados, informações e materiais necessários para a realização da pesquisa;



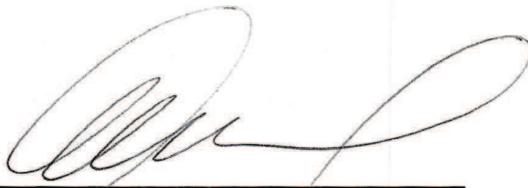
- Mobilizar previamente as equipes dos locais envolvidos, para que o/a Pesquisador/a possa desenvolver a pesquisa apresentada;
- Acompanhar a coleta de dados na FAS, para a realização do projeto, reportando ao/a Pesquisador/a, quaisquer situações inadequadas ou não previstas no decorrer da mesma.

### CLÁUSULA SÉTIMA

As partes elegem o foro de Curitiba, Capital do Paraná, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para solução de qualquer divergência na efetivação do presente instrumento.

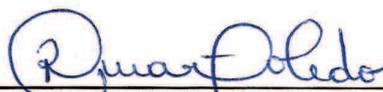
E, por assim haverem avençado, assinam este **TERMO DE COMPROMISSO** em duas vias de igual teor.

Curitiba, 14 de dezembro de 2015.



---

JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA  
Superintendência de Planejamento



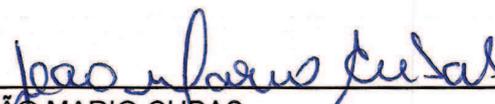
---

RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER  
Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho



---

ANGELA CHRISTIANNE LUNEDO DE MENDONÇA  
Diretoria de Proteção Social Especial



---

JOÃO MARIO CUBAS  
Pesquisador