



De Mãos Dadas

Programa Líderes Cariocas

Projeto Final do Curso de Extensão do Instituto COPPEAD

Projeto de parceria intersetorial entre Educação e Saúde para tratamento e acompanhamento dos alunos incluídos e de classes especiais matriculados na rede municipal de ensino.

Turma 2

Grupo 6

Érica Rodrigues dos Santos

Leticia Nobrega Fonti

Patricia Souza Silva

Tania Maria de Souza Bendas

17 DE DEZEMBRO DE 2012

Mãos Dadas

Não serei o poeta de um mundo caduco.

Também não cantarei o mundo futuro.

Estou preso à vida e olho meus companheiros.

Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.

Entre eles, considero a enorme realidade.

O presente é tão grande, não nos afastemos.

Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,

não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,

não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,

não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.

O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,

a vida presente.

Carlos Drummond de Andrade

De Mãos Dadas

VERSÃO SINTÉTICA

INTRODUÇÃO

Atualmente, no setor público, existe uma lacuna de comunicação entre Educação e Saúde que dificulta a aplicação de um modelo de acompanhamento focado em ações e propostas que visam atenção integral voltada para a reinserção familiar, social e cultural de crianças e jovens com deficiências.

Segundo o Ministério da Saúde, para promover um desenvolvimento saudável destas crianças e jovens, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção, inclusão e promoção social, garantindo seus direitos.

Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais, dos quais aproximadamente 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade (fonte: Ministério da Saúde).

O Projeto **De Mãos Dadas** está alinhado ao Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro, visando à integração e à articulação permanente da Educação e da Saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos alunos da rede municipal de ensino.

Com a sua implantação, busca-se o aprimoramento do serviço público oferecido aos alunos da Rede Municipal de Ensino e, conseqüentemente, melhor desempenho dos alunos nas escolas, com redução nos níveis de analfabetismo funcional, evasão escolar e defasagem idade-série.

A intenção deste Projeto é propor uma parceria Intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação para tratamento e acompanhamento dessas crianças que se encontram matriculadas nas Escolas Públicas Municipais, frequentando turmas regulares como alunos incluídos ou matriculados em classes especiais, para que sua inserção social se dê de forma digna e eficiente.

Para realizar o Projeto o grupo considera ideal que exista um local único de atendimento onde profissionais da área de Saúde, organizados em uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, neurologista e terapeuta ocupacional), possam estar em contato direto com os profissionais da área da Educação, promovendo a interação das Secretarias.

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, é possível notar um grande aumento no número de crianças com necessidades especiais matriculadas na rede municipal de ensino. Observa-se um grande hiato no tratamento e acompanhamento dessas crianças. Portanto, o propósito deste Projeto é criar mecanismos de gestão que garantam que os atendimentos sejam realizados com excelência e com uma maior abrangência, agregando valor a um serviço público deficitário.

Foram destacados alguns pontos que justificam a implantação deste Projeto:

- descontinuidade de tratamento clínico;
- falta de comprometimento dos responsáveis;
- comunicação deficiente entre Educação e Saúde; e
- necessidade de integração do tratamento.

OBJETIVO

O objetivo do Projeto é melhorar a qualidade de vida dos alunos incluídos e de classes especiais matriculados na rede municipal de ensino, reduzir os índices de evasão e repetência e promover a integração da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

PREMISSAS

Para o sucesso completo deste Projeto é de fundamental importância que as condições abaixo sejam atendidas:

- alunos matriculados na rede municipal de Educação;
- alunos com frequência superior a 75% na escola;
- alunos com frequência superior a 75% no tratamento; e
- acordo entre as Secretarias de Educação e Saúde.

PÚBLICO-ALVO

O público-alvo do Projeto são os alunos matriculados na Rede Municipal de Ensino que apresentam as seguintes deficiências:

- Deficiência Intelectual – DI;
- Deficiência Visual – DV;
- Deficiência Auditiva – DA;
- Deficiência Física – DF;
- Deficiência Múltipla – DMU;
- Transtornos Globais Do Desenvolvimento – TGD; e
- Altas Habilidades.

METODOLOGIA

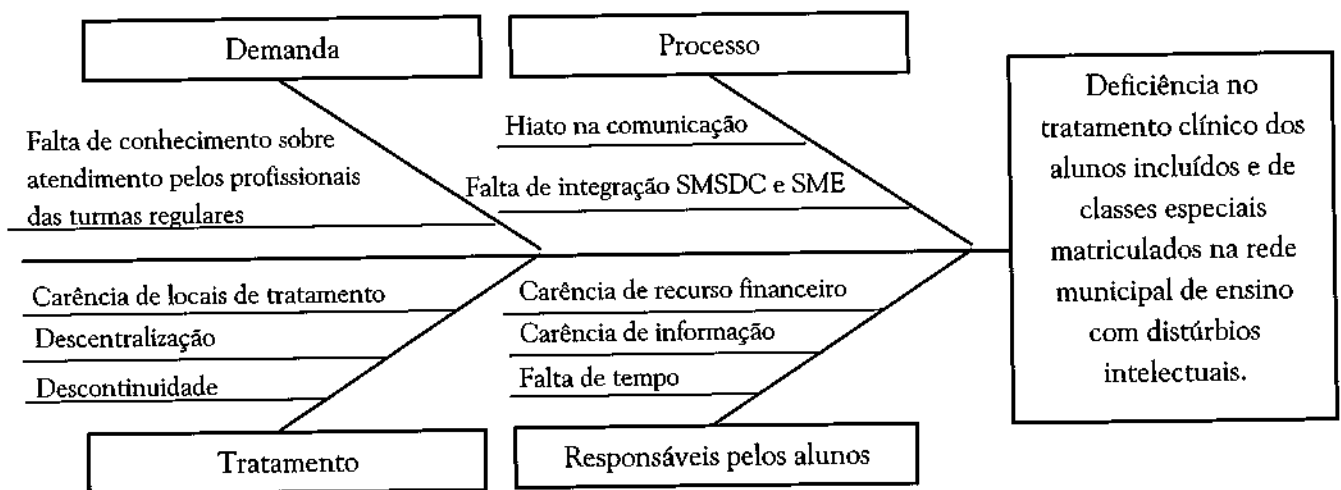
A metodologia usada neste Projeto foi baseada na coleta de dados das Secretarias envolvidas por meio de entrevistas realizadas com profissionais das áreas de Educação e Saúde, na análise dos processos existentes, em pesquisa de opinião com os responsáveis pelos alunos e consultas bibliográficas, conforme descrito a seguir:

- entrevistas – Instituto Helena Antipoff (IHA), SMSDC, SME;
- fontes de informação – CAPS, IHA, SMSDC, SME, Ministério da Saúde;
- pesquisa com responsáveis realizada em 03 escolas da 4ª CRE – EM Padre José de Anchieta, EM Costa Rica e EM Álvaro Moreyra;
- legislação federal – Lei n.º 10.216, de 06/04/2011 que estabelece proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, Portaria n.º 336/GM de 19/02/2002;

- Decreto nº 6571 de 17 de setembro de 2008 – que dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE)
- Resolução CNE/CEB nº 04 de 02 de outubro de 2009 – que institui Diretrizes operacionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Educação Básica, modalidade Educação Especial.
- site do Ministério da Saúde;
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil;
- Secretaria Municipal de Educação;
- site do Instituto Helena Antipoff; e
- reportagem do Jornal O Globo, publicada em 28/10/2012.

ANÁLISE DO PROBLEMA

Foi elaborado o Diagrama de Causa e Efeito para identificação do problema e suas respectivas causas:



Apontamos a falta de integração das Secretarias, bem como o hiato na comunicação entre as mesmas, como causa raiz.

ANÁLISE DE RISCO

Foram identificados alguns riscos que podem influenciar na implantação do Projeto devido à:

- comunicação deficiente – poderá ocorrer a falta de integração da equipe multisetorial, o que levará a ineficácia do tratamento;
- contratação de profissionais pouco capacitados – poderá ocorrer um diagnóstico equivocado do aluno, o que levará a um tratamento inadequado;
- falta de comprometimento do responsável pelo aluno no tratamento – poderá ocorrer uma descontinuidade, o que levará a exclusão do aluno no Projeto; e
- grande aceitação do Projeto Piloto – poderá ocorrer a ampliação para outras áreas, o que levará a ajustes no Projeto para adequação das especificidades de cada CRE.

LEVANTAMENTO DE CUSTOS

Opções	Custo ano 0	Custo ano 1
1 - Construção do Centro pela PCRJ e contratação de servidores por meio de concurso público	R\$ 9.000.000,00	R\$ 4.191.330,10
2 - Construção do Centro pela PCRJ e contratação de mão de obra por meio da Organização Social	R\$ 9.000.000,00	R\$ 9.165.060,61
3 - Aluguel do imóvel e contratação de mão de obra por meio da Organização Social	R\$ 3.682.800,00	R\$ 9.165.060,61
4 - Contratação de clínicas particulares	-	25.603.200,00

A escolha da opção 3 - alugar um imóvel e contratar mão-de-obra por meio de Organização Social – deve-se ao menor custo, à maior flexibilidade para operacionalizar os serviços e à rapidez na implantação, o que a diferencia da opção 2, que prevê a construção do Centro pela Prefeitura.

CONCLUSÃO

Com os resultados encontrados durante a coleta de dados, reiteramos a fragilidade existente no sistema de ensino municipal, em que as crianças incluídas ou que frequentam classes especiais possuem um escasso acompanhamento e tratamento clínico/terapêutico não continuado, o que acaba comprometendo o seu desenvolvimento e a qualidade do seu aprendizado, aumentando os índices de evasão e repetência.

Além disso, identificamos uma demanda crescente, na qual os responsáveis orientados a buscar acompanhamento especializado muitas vezes desistem, por encontrar dificuldades nos serviços prestados pela rede municipal de Saúde.

Por isso, reafirmamos a necessidade de um local único de atendimento, que proporcionaria a família e ao aluno matriculado na rede municipal de ensino um acolhimento digno, uma periodicidade de atendimento adequado a cada caso, além da interação Escola/Saúde muito mais estreita e reforçada pela comunicação direta, sem entraves. Esta parceria asseguraria uma melhoria do atendimento no serviço público municipal, elevando a qualidade do ensino nas Escolas Municipais e propiciando uma inclusão social eficiente de forma a proporcionar uma vida melhor a esses alunos.

A implementação do Projeto viabilizará um caminho de mãos dadas a ser percorrido pela Secretaria Municipal de Educação e pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil em prol de um atendimento eficiente a essa parcela da população da Cidade do Rio de Janeiro.

De Mãos Dadas

VERSÃO ANALÍTICA

INTRODUÇÃO

Atualmente, no setor público, existe uma lacuna de comunicação entre Educação e Saúde que dificulta a aplicação de um modelo de acompanhamento focado em ações e propostas que visam atenção integral voltada para a reinserção familiar, social e cultural de crianças e jovens com deficiências.

Segundo o Ministério da Saúde, para promover um desenvolvimento saudável destas crianças e jovens, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção, inclusão e promoção social, garantindo seus direitos.

Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais, dos quais aproximadamente 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade (fonte: Ministério da Saúde).

O Ministério da Saúde, aderindo à ideia proposta pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Mundial de Saúde Mental, prioriza a construção de uma nova Política de Saúde Mental, voltada para a infância e a adolescência, preenchendo, assim, uma lacuna histórica. Por isso, toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça.

O Projeto **De Mãos Dadas** está alinhado ao Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro, visando à integração e à articulação permanente da Educação e da Saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos alunos da rede municipal de ensino.

Com a sua Implantação, busca-se o aprimoramento do serviço público oferecido aos alunos da Rede Municipal de Ensino e, conseqüentemente, melhor desempenho dos alunos nas escolas, com redução nos níveis de analfabetismo funcional, evasão escolar e defasagem idade-série.

A intenção deste Projeto é propor uma parceria intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação para tratamento e acompanhamento dessas crianças que se encontram matriculadas nas Escolas Públicas Municipais, frequentando turmas regulares como alunos incluídos ou matriculados em classes especiais, para que sua inserção social se dê de forma digna e eficiente.

Para realizar o Projeto o grupo considera ideal que exista um local único de atendimento onde profissionais da área de Saúde, organizados em uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, neurologista e terapeuta ocupacional) possam estar em contato direto com os profissionais da área da Educação promovendo a interação das Secretarias.

CONCEITUAÇÃO

Para melhor entendimento do Projeto, foram listados alguns conceitos e nomenclaturas, objetivando um alinhamento de informação.

Inclusão é um processo, uma proposta política que deve ser construída de maneira compartilhada e não simplesmente uma metodologia de ensino (fonte: IHA).

Educação Especial integra o projeto pedagógico da escola regular, promovendo o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (fonte: IHA).

Aluno Incluído é aquele que tem impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial que frequenta as aulas de classes regulares, fazendo uso de todos os seus direitos para que sua educação flua da melhor maneira possível, com adequações pedagógicas que atendam a sua deficiência e auxiliem o seu desenvolvimento (fonte: Ministério da Saúde).

Classe Especial é aquela em que são matriculados os alunos cujos distúrbios são mais difíceis de adaptação em uma classe regular. Por esse motivo, o atendimento é realizado diariamente, de forma individual ou em grupo, de acordo com a necessidade do aluno. Caso a escola em que o aluno esteja matriculado não possua essa classe, o mesmo será transferido para outra escola próxima a sua residência.

Deficiência Intelectual – DI: são aqueles com limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, está expresso nas habilidades adaptativas, conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos dezoito anos de idade (fonte: AAIDD, 2002, p.20).

Deficiência Visual – DV: a cegueira é uma alteração grave ou total de uma ou mais das funções elementares da visão que afeta de modo irremediável a capacidade de perceber cor, tamanho, distância, forma, posição ou movimento em um campo mais ou menos abrangente. A baixa visão traduz-se numa redução do rol de informações que o indivíduo recebe do ambiente, restringindo a grande quantidade de dados que este oferece e que são importantes para a construção do conhecimento sobre o mundo exterior. Em outras palavras, o indivíduo pode ter um conhecimento restrito do que o rodeia (fonte: MEC/SEESP, 2007).

Deficiência Auditiva – DA: considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras. Deficiência auditiva é a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, auferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (fonte: Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005).

Deficiência Múltipla – DMU: o termo deficiência múltipla tem sido utilizado, com frequência, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social. No entanto, não é o somatório dessas alterações que caracterizam a deficiência múltipla, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais de comunicação, interação social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas (fonte: BRASIL, 2006, p. 11).

Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD: os alunos com Transtornos Globais do Desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro autismo e psicose infantil (fonte: MEC/SEESP, 2007).

Altas Habilidades: demonstram potencial elevado em qualquer das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes. Também apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse (fonte: MEC/SEESP, 2007).

Legislação que dispõe sobre atendimento educacional especializado:

- Decreto nº 6571 de 17 de setembro de 2008 – que dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE); e
- Resolução CNE/CEB nº 04 de 02 de outubro de 2009 – que institui Diretrizes operacionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Educação Básica, modalidade Educação Especial.

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos é possível notar um grande aumento no número de crianças com necessidades especiais matriculadas na rede municipal de ensino. Observa-se um grande hiato no tratamento e acompanhamento dessas crianças. Portanto, o propósito deste Projeto é criar mecanismos de gestão que garantam que os atendimentos sejam realizados com excelência e com uma maior abrangência, agregando valor a um serviço público deficitário.

Foram destacados alguns pontos que justificam a implantação deste Projeto:

- **descontinuidade de tratamento clínico** - devido à falta de tempo, de recursos financeiros ou de informação, os responsáveis pelos alunos acabam interrompendo o tratamento, o que compromete o desenvolvimento pleno das suas capacidades;
- **falta de comprometimento dos responsáveis** - muitas vezes descredenciando no sistema ou não aceitando as dificuldades apresentadas pelos seus filhos, os responsáveis se omitem, ao invés de buscar o tratamento adequado. Este tipo de reação, além de prejudicar o processo de inclusão nas escolas, retarda o tratamento causando perdas irreparáveis no desenvolvimento do aluno;
- **comunicação deficiente entre Educação e Saúde** - a escola desconhece o acompanhamento médico e a Saúde desconhece o desenvolvimento dessa criança na Escola. Esse *gap* existe e precisa ser superado. As duas Secretarias têm que estar integradas e em permanente comunicação, com o objetivo de dar qualidade ao tratamento e desenvolvimento desses alunos.
- **necessidade de integração do tratamento** - havendo uma melhor articulação intersetorial na implementação de políticas públicas na perspectiva da educação inclusiva, o tratamento se darla de modo includente e não excludente. O professor teria mais ferramentas para entender e ajudar ao seu

aluno e o médico ou terapeuta saberia se o tratamento prescrito está auxiliando a adaptação social dessa criança. Pois o modelo mundial pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando sem nenhum tipo de discriminação.

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (...)" (BRASIL, 1988).

OBJETIVO

O objetivo do Projeto é melhorar a qualidade de vida dos alunos incluídos e de classes especiais matriculados na rede municipal de ensino, reduzir os índices de evasão e repetência e promover a integração da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

PREMISSAS

Para o sucesso completo desse Projeto é de fundamental importância que as condições abaixo sejam atendidas:

- alunos matriculados na rede municipal de Educação;
- alunos com frequência superior a 75% na escola;
- alunos com frequência superior a 75% no tratamento; e
- acordo entre as Secretarias de Educação e Saúde.

PÚBLICO-ALVO

O público-alvo do Projeto são os alunos matriculados na Rede Municipal de Ensino que apresentam as seguintes deficiências:

- Deficiência Intelectual – DI;
- Deficiência Visual – DV;
- Deficiência Auditiva – DA;
- Deficiência Física – DF;
- Deficiência Múltipla – DMU;
- Transtornos Globais Do Desenvolvimento – TGD; e
- Altas Habilidades.

METODOLOGIA

A metodologia usada neste Projeto foi baseada na coleta de dados das Secretarias envolvidas por meio de entrevistas realizadas com profissionais das áreas de Educação e Saúde, na análise dos processos existentes, em pesquisa de opinião com os responsáveis pelos alunos e consultas bibliográficas, conforme descrito a seguir:

- entrevistas – Instituto Helena Antipoff (IHA), SMSDC, SME (Anexos I, II e III);
- fontes de informação – CAPS, IHA, SMSDC, SME, Ministério da Saúde;
- pesquisa com responsáveis realizada em 03 escolas da 4ª CRE – EM Padre José de Anchieta, EM Costa Rica e EM Álvaro Moreyra;
- legislação federal – Lei n.º 10.216, de 06/04/2011 que estabelece proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, Portaria n.º 336/GM de 19/02/2002;
- Decreto nº 6571 de 17 de setembro de 2008 – que dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE)
- Resolução CNE/CEB nº 04 de 02 de outubro de 2009 – que institui Diretrizes operacionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Educação Básica, modalidade Educação Especial.
- site do Ministério da Saúde;
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil;
- Secretaria Municipal de Educação;
- site do Instituto Helena Antipoff; e
- reportagem do Jornal O Globo, publicada em 28/10/2012 (Anexo VIII).

EDUCAÇÃO EM NÚMEROS

Destaca-se o panorama atual dos alunos incluídos e em classes especiais das escolas no Município do Rio de Janeiro:

Escolas	1074
Creches Públicas	249
UE - Creche	98
EDI	100

Segmento	Alunos Matriculados
Educação Infantil	119.462
Ensino Fundamental	532.099
Educação de Jovens e Adultos	28.559
Total	680.120

Educação Especial

Educação Infantil	895
Ensino Fundamental	4.884
Educação de Jovens e Adultos	693
Alunos em classes/escolas especiais	4.994
Total de alunos com deficiências	11.466

Ensino Fundamental

1° segmento (1° ao 5° ano)	3.675
2° segmento (6° ao 9° ano)	1.209
Total de alunos com deficiências	4.884

O estudo foi realizado para que o Projeto Piloto seja desenvolvido na 4ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE), limitando a área de abrangência. Porém, com o sucesso de sua implantação, busca-se a multiplicação para as demais CREs.

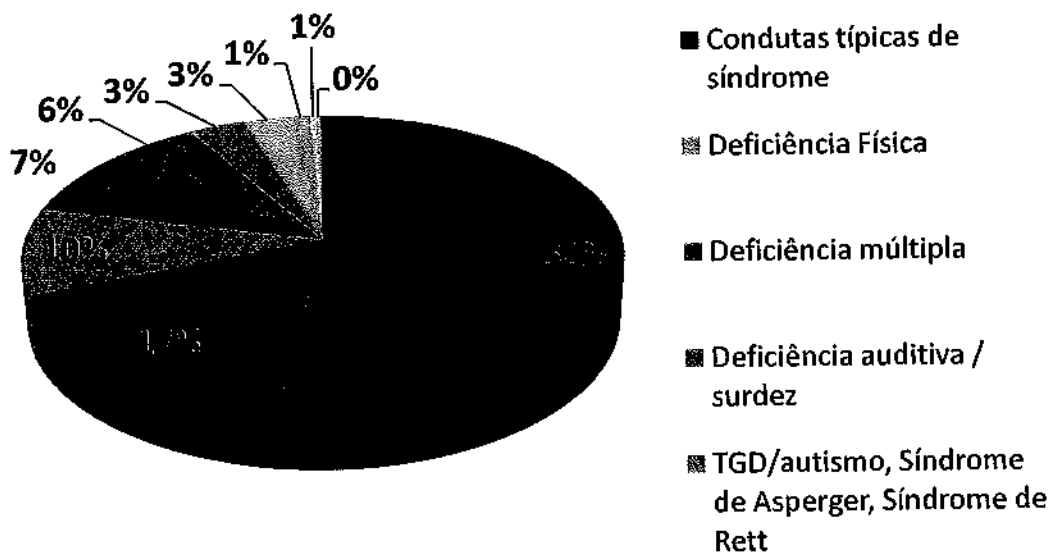
4ª Coordenadoria Regional de Educação

- 37 bairros atendidos.
- 135 escolas.
- 68.623 alunos matriculados no Ensino Fundamental.

Educação Especial

Alunos incluídos em classes regulares	787
Alunos em classes/escolas especiais	893
Total de alunos com deficiências	1.680

Alunos por Deficiência na 4ª CRE



SAÚDE EM NÚMEROS

Para levantamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde, foram coletadas informações sobre os atendimentos oferecidos por meio de entrevista com profissional da Saúde Mental.

Número de Centros:

- 5 CIADs (Centros Integrados de Atenção à Pessoa com Deficiência); e
- 7 CAPSis (Centros de Atenção Psicossocial Infantil).

Observa-se que o número de Centros de Atendimento é reduzido, em função da demanda existente. O serviço não cobre todas as áreas da Cidade, dificultando, assim, a continuidade do tratamento.

ANÁLISE DO PROCESSO

Para fazer a análise do processo atual que acontece na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, foi realizada entrevista com um responsável pelo ensino especial da 4ª CRE. Foi possível identificar o procedimento de matrícula de um aluno com distúrbios intelectuais em uma escola da rede:

1. Matrícula pelo responsável em classe regular, sinalizando no ato da matrícula o tipo de deficiência da criança.
2. Professor observa o aluno e junto com a coordenação pedagógica da escola preenche o relatório de observação inicial (modelo padrão), anexa laudos, receitas, exames, se houver.
3. Direção da escola encaminha o relatório para a GED (Gerência de Educação).

4. Um responsável pelo Ensino Especial da GED entra em contato com a escola e agenda uma entrevista com o responsável na CRE. O responsável deve levar a criança na entrevista.

5. Após avaliação pela GED, o aluno é encaminhado para um dos tipos de atendimento abaixo descritos:

- **Sala de recursos** - oferecida no contra turno, é uma sala com recursos pedagógicos específicos cujo atendimento é feito uma ou duas vezes por semana, durante uma hora, por uma professora que faz adaptações curriculares para atender e auxiliar a dificuldade do aluno. Caso a escola em que o aluno é matriculado não possua essa classe, o serviço é oferecido em outra escola próxima da residência do aluno. Nesse caso, mensalmente, a professora da sala de recursos vai à escola onde o aluno é matriculado para acompanhar e auxiliar o seu desenvolvimento.
- **Professor Itinerante** - um professor que vai à escola onde o aluno é matriculado, uma vez por semana, durante aproximadamente quatro horas, e direciona o trabalho do professor da turma em que o aluno está incluído, com adaptações curriculares que auxiliem o desenvolvimento desse aluno.
- **Classe especial** - se o responsável aceitar que o aluno seja enturmado em uma Classe Especial, o atendimento é realizado diariamente, de forma individual ou em grupo, de acordo com a necessidade do aluno. Caso a escola em que o aluno esteja matriculado não possua essa classe, o mesmo será transferido para outra escola próxima a sua residência.
- **Estagiário** - a escola solicita à CRE um estagiário que acompanhe o aluno diariamente em todas as atividades realizadas na escola. Esses estagiários são estudantes de Pedagogia que fazem o estágio Bolsa Formação. Mesmo assim, o aluno tem o atendimento na Sala de Recursos.

6. O acompanhamento desses alunos pelo Instituto Helena Antipoff (IHA) - órgão da SME responsável pelas ações e acompanhamentos da Educação Especial- é feito por meio de reuniões com os Professores Itinerantes e os professores das Salas de Recursos e das Classes Especiais, que avaliam e discutem o caso em equipe.

PESQUISA DE OPINIÃO

O objetivo da pesquisa foi conhecer a opinião dos entrevistados a respeito do local de atendimento, verificar se os alunos possuem tratamento clínico frequente, se houve desistência e por quais motivos.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em novembro de 2012, em três escolas da rede municipal de ensino da 4ª CRE, a saber:

- EM Padre José de Anchieta;
- EM Costa Rica; e
- EM Álvaro Moreyra.

Os responsáveis pela aplicação da pesquisa foram os professores das respectivas escolas, que foram orientados em como aplicar o questionário.

O público-alvo foi composto pelos responsáveis dos alunos incluídos e de classes especiais, totalizando 31 questionários.

O instrumento utilizado (Anexo IV) para coleta de dados foi um questionário, elaborado com 5 itens visando medir a opinião dos entrevistados, de forma a mensurar a avaliação dos responsáveis quanto ao local de tratamento e identificar se os alunos possuíam tratamento clínico e sua respectiva frequência.

A tabulação e o tratamento dos dados foram realizados por meio de planilha eletrônica do Excel.

CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS

Total de Questionários

Escolas	Quantidade de questionários	%
EM Padre José de Anchieta	6	19%
EM Costa Rica	16	52%
EM Álvaro Moreyra	9	29%
Total	31	100%

Atendimento Clínico

	Quantidade de questionários	%
Possui	20	65%
Não possui	11	35%
Total	31	100%

Dos que possuem atendimento clínico atualmente ou já tiveram:

Frequência

	Quantidade de questionários	%
1 vez por semana	8	40%
2 vezes por semana	12	60%
Total	20	100%

Atendimento Clínico Interrompido

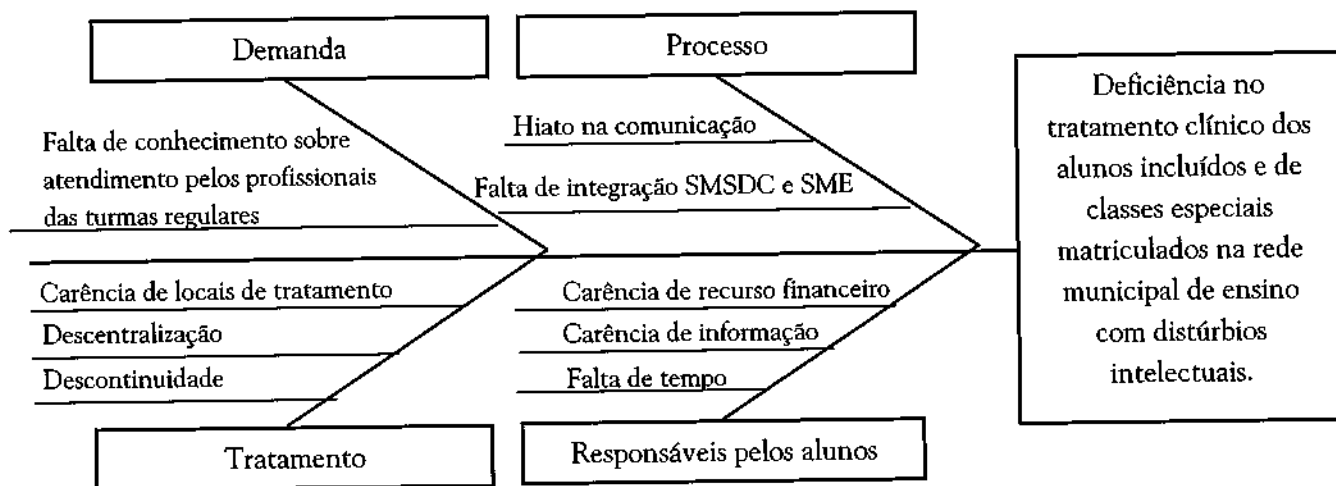
	Quantidade de questionários	%
Houve interrupção	18	58%
Não tentou atendimento	13	42%
Total	31	100%

Motivo da Interrupção do Tratamento

	Quantidade de questionários	%
Tempo	5	28%
Transporte	0	0%
Distância	5	28%
Financeiro	7	39%
Outros	1	6%
Total	18	100%

ANÁLISE DO PROBLEMA

Foi elaborado o Diagrama de Causa e Efeito para identificação do problema e suas respectivas causas:



Apontamos a falta de integração das Secretarias, bem como o hiato na comunicação entre as mesmas, como causa raiz.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

PROCESSO SUGERIDO

Após análise do processo atual, que foi considerado inadequado por não contemplar comunicação e interação entre as Secretarias de Educação e Saúde, sugere-se o processo ideal desde a matrícula em uma Escola Municipal até o tratamento e acompanhamento desse aluno e a comunicação sobre o seu desenvolvimento entre os dois órgãos.

Aluno matriculado sem laudo (Anexo V):

1. O aluno é matriculado numa turma regular em uma Escola Municipal.
2. A escola conversa com o responsável sobre o desenvolvimento do aluno e solicita exames e relatórios de Escolas anteriores.

3. A escola preenche um Relatório de observação inicial (modelo padrão) e encaminha para a GED (Gerência de Educação), no setor do Ensino Especial que é normatizado pelo IHA (Instituto Helena Antipoff).
4. Um professor que atue à frente do Ensino Especial agendará um encontro na própria escola ou na GED para fazer uma avaliação desse aluno, segundo o relatório da professora. Essa avaliação é feita na presença do responsável que dará mais informações sobre o desenvolvimento e histórico da criança.
5. O responsável será encaminhado a buscar uma avaliação da Saúde com um possível laudo para o aluno. Enquanto aguarda consulta, o aluno frequenta regularmente a turma e a escola em que está matriculado.
6. Caso o laudo seja dado, o responsável retorna à GED e será encaminhado para a escola como aluno incluído ou de Classe Especial.
 - 6.1 Caso a escola não possua a Classe Especial, o mesmo será transferido para outra escola que tenha essa turma.
 - 6.2 Ao mesmo tempo, esse aluno será encaminhado para um centro de atendimento (normatizado e regulamentado pela SMSDC) mais próximo a sua residência.
 - 6.3 Caso o médico responsável não emita laudo, o aluno continuará matriculado na escola, em turma regular, sendo observado pela professora e equipe pedagógica, como forma de monitoramento do seu desempenho e desenvolvimento.
7. Mensalmente haverá troca de relatórios entre a escola e o centro para integrar as informações (frequência, medicação, comportamento e orientações) e acompanhar o desenvolvimento desse aluno, propiciando uma interação fundamental para auxiliar tanto a adaptação na escola quanto o seu tratamento clínico /terapêutico.

Aluno matriculado com laudo (Anexo VI):

8. Aluno é matriculado numa turma regular de uma Escola Municipal. No momento da matrícula, o responsável apresenta laudo, exames sobre o desenvolvimento do aluno e relatórios de escolas anteriores.
9. A escola preenche um Relatório de Observação Inicial (modelo padrão) e encaminha para a GED (Gerência de Educação), no setor do Ensino Especial que é normatizado pelo IHA (Instituto Helena Antipoff), juntamente com a cópia de todos os exames, relatórios e laudo apresentado pelo responsável.
10. Um professor que atue à frente do Ensino Especial agendará um encontro na própria Escola ou na GED para fazer uma avaliação desse aluno, segundo o relatório da professora. Essa avaliação é feita na presença do responsável.
11. O responsável é encaminhado para a escola onde o aluno será incluído em turma regular ou será encaminhado a uma Classe Especial.
 - 11.1 Caso a escola não possua a Classe Especial, o mesmo será transferido para outra escola que tenha essa turma.
 - 11.2 Ao mesmo tempo, este aluno será encaminhado para um centro de atendimento (normatizado e regulamentado pela SMSDC) mais próximo da sua residência.

12. Mensalmente haverá troca de relatórios entre a escola e o centro para integrar as informações (frequência, medicação, comportamento e orientações) e acompanhar o desenvolvimento desse aluno, propiciando uma interação fundamental para auxiliar tanto a adaptação na escola quanto o seu tratamento clínico /terapêutico.

Sugerimos como ferramenta de acompanhamento um Relatório Mensal (Anexo VII) entre escola e centro de tratamento no qual deve constar, dentre outros itens, a evolução e a assiduidade do aluno na escola e no tratamento, assim como a descrição das práticas terapêuticas.

LEVANTAMENTO DE CUSTOS

O Projeto contempla que o tratamento seja realizado em 3 Centros, no âmbito da 4ª CRE, localizados no Complexo do Alemão, Ilha do Governador e Vigário Geral, com o objetivo de distribuir o serviço na região, de forma que a sua disponibilidade seja abrangente para o atendimento da demanda local.

Quatro opções foram identificadas para fornecimento do serviço:

- construção do Centro e sua manutenção pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), com contratação de servidores por meio de concurso público;
- construção do Centro e sua manutenção pela PCRJ, com contratação de mão de obra por meio de Organização Social (OS);
- aluguel do imóvel e sua manutenção pela PCRJ, com contratação de mão de obra por meio de Organização Social (OS); e
- contratação de clínicas particulares.

O quantitativo de mão de obra foi definido com base na Portaria/CG nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), e no total de 1.680 alunos com deficiência detectados na área proposta.

Cada equipe técnica será constituída por 1 médico, 1 psicólogo, 1 psicopedagogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudiólogo, sendo que nos Centros haverá 2 enfermeiros e 2 técnicos em enfermagem, complementando a equipe.

A gestão administrativa do Centro será realizada por 1 diretor, 1 coordenador técnico, 1 administrador e 3 agentes de administração.

As equipes terão a capacidade de atender semanalmente 168 alunos, os quais deverão comparecer ao tratamento 1 vez por semana.

O fornecimento do serviço se fará nos 3 Centros, com 10 equipes técnicas, nas seguintes localidades:

- **Complexo do Alemão -**

4 equipes técnicas, em 2 turnos, com atendimento diário de 42 alunos, de 2ª a 5ª feira, resultando em 672 alunos atendidos.

- **Ilha do Governador -**

3 equipes técnicas, em 2 turnos, com atendimento diário de 42 alunos, de 2ª a 5ª feira, resultando em 504 alunos atendidos.

▪ **Vigário Geral -**

3 equipes técnicas, em 2 turnos, com atendimento diário de 42 alunos, de 2ª a 5ª feira, resultando em 504 alunos atendidos.

As 6ªs feiras serão destinadas à discussão dos casos pelas equipes, de forma a manter o tratamento integrado entre os profissionais e para que se possa monitorar o desenvolvimento de cada paciente/aluno.

A partir dessas informações foi possível elaborar um levantamento de custos (Anexo IX), a fim de subsidiar a avaliação da alternativa mais eficiente, sob a ótica financeiro-orçamentária, de utilização dos recursos públicos.

Opção 1	Custo ano 0	Custo ano 1
Contratação de mão de obra, por meio de concurso público	----	R\$ 2.474.130,10
Manutenção, contratos e consumo	----	R\$ 1.717.200,00
Construção do Centro pela PCRJ	R\$ 9.000.000,00	----
Total	R\$ 9.000.000,00	R\$ 4.191.330,10

Opção 2	Custo ano 0	Custo ano 1
Contratação de mão de obra, por meio de Organização Social	----	R\$ 7.447.860,61
Manutenção, contratos e consumo	----	R\$ 1.717.200,00
Construção do Centro pela PCRJ	R\$ 9.000.000,00	----
Total	R\$ 9.000.000,00	R\$ 9.165.060,61

Opção 3	Custo ano 0	Custo ano 1
Contratação de mão de obra, por meio de Organização Social	----	R\$7.447.860,61
Manutenção, contratos e consumo	----	R\$ 1.717.200,00
Aluguel do imóvel	R\$ 82.800,00	----
Obras de adaptação do imóvel	R\$ 3.600.000,00	----
Total	R\$ 3.682.800,00	R\$ 9.165.060,61

Opção 4	Custo Ano 0
Contratação de clínicas particulares	R\$ 25.603.200,00
Total	R\$ 25.603.200,00

Deve-se salientar que no estudo da opção 1 não foram considerados os valores da contribuição patronal sobre a folha de pagamento (22%), bem como as incorporações salariais decorrentes de exercício em funções e cargos comissionados (DAI, DAS), adicional de tempo de serviço (triênio) e mudança de faixa salarial. Estes gastos geram aumento significativo no montante do custo.

Desta forma, infere-se que a melhor opção para o Projeto Piloto é a opção 3, pois apresenta menor custo, maior flexibilidade nas alternativas operacionais dos serviços e implantação mais rápida.

ANÁLISE DE RISCO

Identificaram-se alguns riscos que podem influenciar a implantação do Projeto.

Item	Descrição	P	I	P x I	Estratégia	Ação	Responsável
1	Devido à comunicação deficiente poderá ocorrer a falta de integração da equipe multidisciplinar o que levará a ineficácia do tratamento.	1	3	6	Mitigar	Reuniões periódicas com a equipe para alinhamento de informação	Coordenador do tratamento
2	Devido à contratação de profissionais pouco capacitados, poderá ocorrer um diagnóstico equivocado do aluno, o que levará a um tratamento inadequado.	1	3	3	Evitar	Capacitação contínua da equipe contratada	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC
3	Devido à falta de comprometimento do responsável pelo aluno no tratamento, poderá ocorrer uma descontinuidade, o que levará a exclusão do aluno no projeto.	2	3	6	Evitar	Conscientização do responsável da importância do tratamento.	Escola
4	Devido à grande aceitação do projeto piloto, poderá ocorrer a ampliação para outras CRE's, o que levará a ajustes no projeto para adequação das especificidades de cada CRE.	3	1	3	Aceitação	-	Secretaria Municipal de Educação - SME

Nota:

P - Probabilidade

I - Impacto

CONCLUSÃO

Com os resultados encontrados durante a coleta de dados, reiteramos a fragilidade existente no sistema de ensino municipal, no qual as crianças incluídas ou que frequentam Classes Especiais possuem um escasso acompanhamento e tratamento clínico/terapêutico não continuado, o que acaba comprometendo o seu desenvolvimento e a qualidade do seu aprendizado, aumentando os índices de evasão e repetência.

Além disso, identificamos uma demanda crescente, em que os responsáveis orientados a buscar acompanhamento especializado muitas vezes desistem, por encontrar dificuldades nos serviços prestados pela rede municipal de Saúde.

Por isso, reafirmamos a necessidade de um local único de atendimento que proporcionaria à família e ao aluno matriculado na rede municipal de ensino um acolhimento digno, uma periodicidade de atendimento adequado a cada caso, além da interação entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação muito mais estreita e reforçada pela comunicação direta, sem entraves. Esta parceria promoverá um melhor atendimento do serviço público municipal, elevando a qualidade do ensino nas Escolas Municipais e propiciando uma inclusão social eficiente, de forma a garantir qualidade de vida a esses alunos.

Sugerimos com o Projeto **De Mãos Dadas** que Educação e Saúde caminhem de juntas em prol de um atendimento eficiente a esta parcela da população da Cidade do Rio de Janeiro.

ANEXOS

ANEXO I – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO ENSINO ESPECIAL DA 4ª CRE.

ANEXO II – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL.

ANEXO III – ENTREVISTA COM A DIRETORA DO INSTITUTO HELENA ANTIPOFF.

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO.

ANEXO V – FLUXO DO PROCESSO ALUNO SEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO.

ANEXO VI – FLUXO DO PROCESSO ALUNO COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO.

ANEXO VII – MODELO DE RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO.

ANEXO VIII – REPORTAGEM PUBLICADA NO JORNAL O GLOBO.

ANEXO IX – PLANILHAS DE CUSTOS DO PROJETO.

ANEXO I

ENTREVISTA REALIZADA EM 23/10/2012

NOME: TANIA MARA BATALHA GOMES

ATUAÇÃO: GED (GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO) DA 4ª CRE - ENSINO ESPECIAL

DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE MATRÍCULA DE UM ALUNO PNEE EM UMA ESCOLA DA PCRJ:

- Matrícula pelo responsável em classe regular, sinalizando no ato da matrícula o tipo de deficiência da criança.
- Professor observa o aluno e junto com a coordenação pedagógica da escola preenche o relatório de observação inicial (modelo padrão), anexa laudos, receitas, exames, se houver.
- Direção da escola encaminha o relatório para a GED.
- Um elemento da GED-Ensino Especial entra em contato com a escola e agenda uma entrevista com o responsável na CRE (Coordenadoria Regional de Educação). O responsável deve levar a criança na entrevista.
- Após avaliação pela GED, o aluno é encaminhado para um dos tipos de atendimento abaixo descritos:
 - **Sala de recursos** (oferecido no contraturno) – caso a escola em que o aluno é matriculado não possua essa classe, é oferecido o serviço em uma escola mais próxima da residência do aluno. Nesse caso o atendimento é feito uma ou duas vezes por semana, durante uma hora, por uma professora que faz adaptações curriculares para atender e auxiliar a dificuldade do aluno. Essa professora vai, uma vez por mês, à escola onde o aluno é matriculado para auxiliar a professora da turma.
 - **Professor Itinerante**- um professor vai à escola onde o aluno é matriculado, uma vez por semana, durante aproximadamente quatro horas, e direciona o trabalho do professor da turma em que o aluno está incluído, com adaptações curriculares que auxiliem o desenvolvimento deste aluno.
 - **Classe Especial**- o responsável precisa aceitar que o aluno seja enturmado em uma Classe Especial, pois essa não é uma turma regular. O atendimento se dará de acordo com a necessidade do aluno: sozinho (tempo estabelecido: uma ou duas horas) ou em grupos de, no máximo, cinco alunos, diariamente. Caso a escola em que o aluno está matriculado não possua essa Classe, o mesmo será transferido para uma escola próxima a sua residência.

- **Estagiário** – a escola solicita à CRE um estagiário que acompanhe o aluno diariamente em todas as atividades realizadas. Esses estagiários são estudantes de Pedagogia que fazem o estágio Bolsa Formação e recebem um pagamento mensal. O número de estagiários não atende à demanda de alunos. Mesmo com o estagiário, o aluno tem o atendimento na Sala de Recursos.
- O acompanhamento destes alunos pelo IHA é feito por meio de reuniões com os professores das Salas de Recursos, Classes Especiais e Professores Itinerantes, que avaliam e discutem os casos em equipe.

CONSIDERAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO OFERECIDO NAS ESCOLAS:

O número de alunos PNEE está crescente e só o atendimento oferecido nas escolas não é adequado ao desenvolvimento integral destes alunos.

É preciso que a família se conscientize da importância de buscar tratamento multidisciplinar que propicie a esse aluno um desenvolvimento físico, cognitivo e sensorial, visando melhorar a sua qualidade de vida.

A maioria destes responsáveis acaba não buscando atendimento na área da Saúde ou não dando continuidade ao tratamento indicado: psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, etc., seja pela dificuldade de buscar o atendimento na Rede Pública, seja por não encontrar esse atendimento próximo a sua residência.

NECESSIDADE DE ATENDIMENTO:

A demanda de alunos PNEE é crescente. Há uma necessidade de atendimento específico aos distúrbios de cada um. É preciso facilitar este atendimento para que os responsáveis por estes alunos tenham condições de obtê-los, satisfatoriamente, buscando a melhoria do desenvolvimento dos seus filhos.

ANEXO II

ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL

REALIZADA EM 10/11/2012

1. Você considera existir uma lacuna no atendimento a crianças matriculadas na Rede Municipal de Ensino, incluídas ou que frequentam Classes Especiais ?

A lacuna que parece existir seria um espaço, como uma creche infantil (necessário pensar em um nome legal), que recebesse esta clientela, no turno em que ela não está nem na escola, nem no CAPSi, nem em outro atendimento da rede e que, por isso, necessita de um local para que os pais possam deixá-la para trabalhar, por exemplo.

2. O que você acharia de um projeto de parceria intersetorial entre a Saúde e Educação, para tratamento e acompanhamento dos alunos incluídos e de Classes Especiais matriculados na Rede Municipal de Ensino?

O receio é que cada vez apareçam dispositivos novos, como se fossem "a saída" e acabem, por um lado, repetindo ações, por outro, centralizando, no sentido de não fazer a rede necessária e isolando esta criança em um local que, muitas vezes, como já disse, também é fora do seu território.

3. Como você identifica a demanda de alunos incluídos nas Escolas Municipais? O atendimento existente atualmente é capaz de atender a esta demanda?

Veja a questão de um centro, mesmo com a boa intenção que você aponta, não resolveria por si só o problema, já que temos crianças espalhadas por diversas escolas no nosso Município. Assim, a questão da dificuldade de acesso se mantém.

4. Identificamos uma dificuldade grande dos pais em encontrar um local único de atendimento para seus filhos e das escolas em acompanhar este atendimento diretamente, com os profissionais da área de Saúde envolvidos no tratamento destes alunos. Você pode dar sua opinião sobre isso?

A Saúde Mental tem a opinião de que devemos tratar/cuidar destas crianças no território, o que significa o mais perto possível de suas casas, para que não aconteça exatamente o que você aponta: o abandono do tratamento, pela dificuldade dos responsáveis em levar, buscar, ir de um lugar a outro.

Por outro lado, também achamos que estas crianças devem frequentar o território. O que isso significa? Significa que devem estudar em escolas, serem tratadas nas clínicas da família e CMS, hospitais da rede, sempre que necessário, e nos casos que você aponta - dos transtornos mentais - aí incluído o autismo (mas não o retardo, que tem outra

Secretaria envolvida, a SMPD, com projetos, diferentes das crianças autistas, por exemplo), nos CAPSis da rede. O que temos que lutar é que cada vez mais escolas abram suas portas, com a qualificação necessária, para que estas crianças possam ter acesso e que a rede CAPSi, que hoje conta com 6 serviços (2 recém criados neste semestre) se amplie, de forma a poder atender a criança/adolescente no seu território.

5. O que você acha de um centro de atendimento que tivesse um link direto entre Saúde e Educação e a centralização dos atendimentos às crianças matriculadas nas Escolas Municipais, de forma a propiciar à família a regularidade no tratamento, a economia de tempo e recursos, bem como o foco em uma parcela da sociedade, tão carente de atenção e acolhimento?

Essa Casa/Centro poderia apenas contar com psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de Educação Física, psicopedagogos, estagiários do cursos normal (para que desde a formação se apercebam que existe uma clientela que necessita de uma atenção diferenciada), talvez ainda fonoaudiólogos... Este lugar manteria contato frequente com os locais de tratamento e de Educação desta criança e um realimentando o outro, discutindo o projeto terapêutico (a cargo do CAPSi, quando for o caso), discutindo o caso clínico, todos juntos poderia ser algo bastante positivo pra esta clientela.

ANEXO III

ENTREVISTA REALIZADA EM 25/10/2012

NOME: KATIA NUNES

ATUAÇÃO: DIRETORA DO IHA (INSTITUTO HELENA ANTIPOFF)

1. A QUE SETOR DA SME (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO) O IHA PERTENCE?

O IHA é o órgão responsável pela Educação Especial na Rede Pública Municipal.

É o Centro de Referência Municipal em Educação Especial no Município do Rio de Janeiro.

2. QUAL É O PÚBLICO ALVO DE ATENDIMENTO DO IHA?

Alunos matriculados nas Escolas Públicas Municipais.

3. QUAIS SÃO AS ATIVIDADES DO IHA?

Centro de Estudo e Pesquisa - o trabalho de pesquisa orienta e fundamenta os processos criativos de metodologia.

Apoio à CRE por meio das equipes de acompanhamento – caracterizado por visitas semanais à CRE com o objetivo de discutir, orientar e dar formação continuada aos profissionais que apoiam diretamente as escolas com alunos incluídos e Classes Especiais.

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DA MATRÍCULA DE UM ALUNO COM DEFICIÊNCIA NA REDE MUNICIPAL.

Logo após a matrícula, avaliação na CRE, inclusão ou encaminhamento do aluno para Classe Especial, o IHA tem o mapeamento desta matrícula: aluno, tipo de deficiência, tipo de serviço oferecido e escola em que o aluno está matriculado.

Atualmente são 10.700 alunos.

5. VOCÊ CONSIDERA QUE ESSE NÚMERO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA TEM AUMENTADO? POR QUÊ?

Tem aumentado, sim. É crescente porque antes eles estavam dentro de casa. Atualmente as políticas públicas estão voltadas para os direitos das pessoas com deficiência. Com legislações específicas que garantem que a Educação é um direito de todos. Os responsáveis por estes alunos têm buscado a inclusão em Escolas Municipais, acreditando que este é o caminho para a socialização e o desenvolvimento dos seus filhos.

A escola escolhida pela família tem que se estruturar para receber este aluno e a família tem que fazer a sua parte, buscando um tratamento na área da Saúde que auxilie o trabalho da escola.

6. VOCÊ CONSIDERA QUE A INCLUSÃO DO JEITO QUE É FEITA HOJE CONTEMPLA UM ATENDIMENTO SATISFATÓRIO A ESTES ALUNOS?

Não. O movimento tem que caminhar com um olhar para todos. A inclusão está sendo construída de maneira compartilhada. Inclusão não é uma metodologia de ensino, e sim um processo, uma proposta política de mundo, e não apenas de Educação.

A Constituição de 1988 já sinalizava para a implementação da Educação Inclusiva. O Artigo 208 III prescreve que o dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de atendimento especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na Rede Fundamental de Ensino.

O Artigo 206 I determina que o Ensino seja ministrado com base em vários princípios e o primeiro deles é o de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

7. VOCÊ CONSIDERA QUE OS ATENDIMENTOS OFERECIDOS PELA SAÚDE AOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA SÃO SATISFATÓRIOS? ATENDE A DEMANDA CRESCENTE?

Considero que existem locais que começam a oferecer serviços que eu chamaria de parcerias intersetoriais que são eficientes. Ex: CIAD, CAPSI, e outros. Mas considero que ainda não atende completamente a demanda existente.

ANEXO IV

PESQUISA DE OPINIÃO

1. A criança possui atendimento clínico?

sim () não ()

Quais ?

fonaudiólogo () psicólogo () psicopedagogo () neurologista ()
outros ()

Frequência:

1 vez por semana () 2 vezes por semana () 3 vezes por semana ()

2. Você considera ser responsabilidade da escola proporcionar esse tratamento?

sim () não ()

3. Você gostaria que esse atendimento fosse oferecido em um local único?

sim () não ()

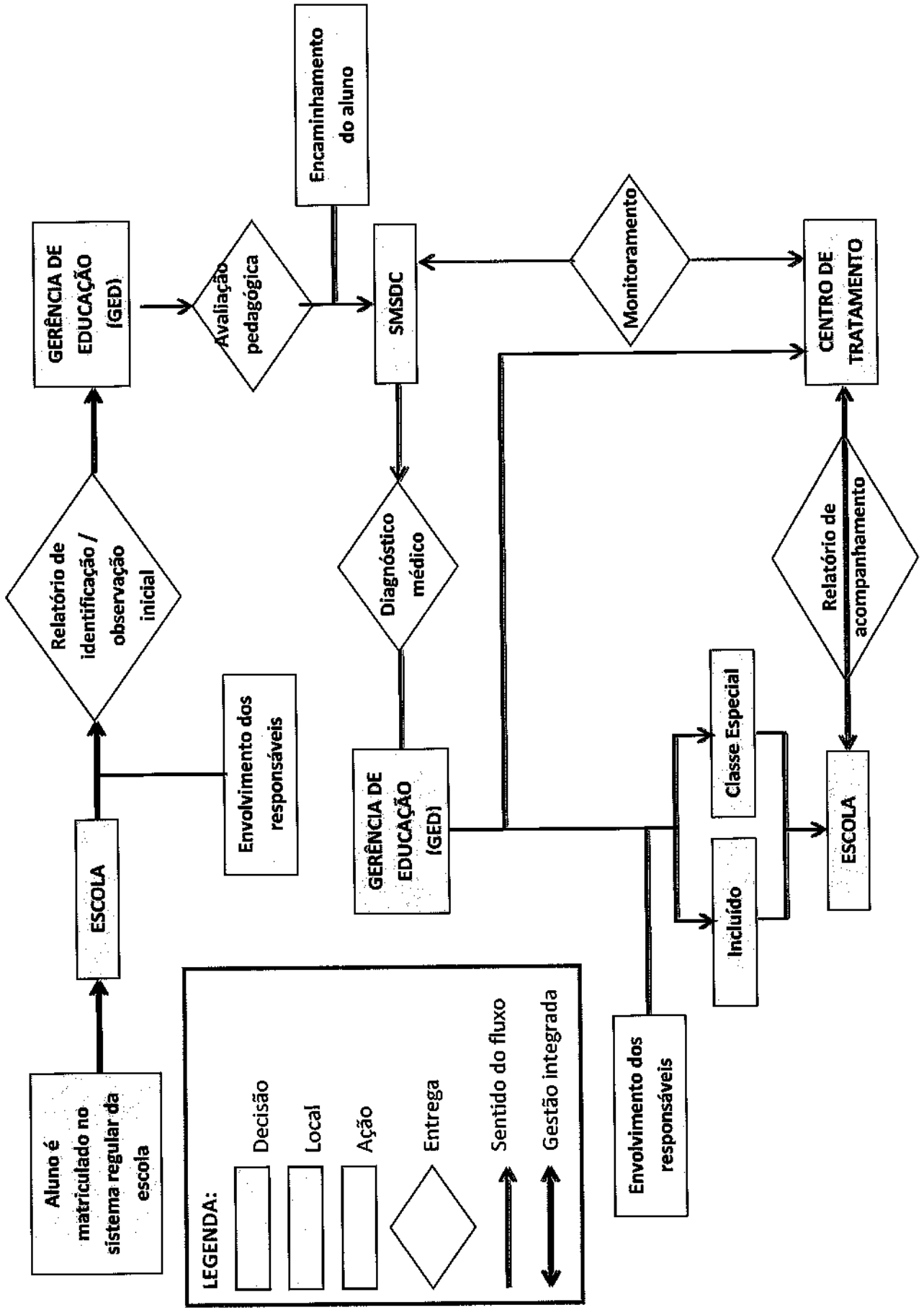
4. Você já tentou algum tipo de atendimento e ele foi interrompido?

sim () não ()

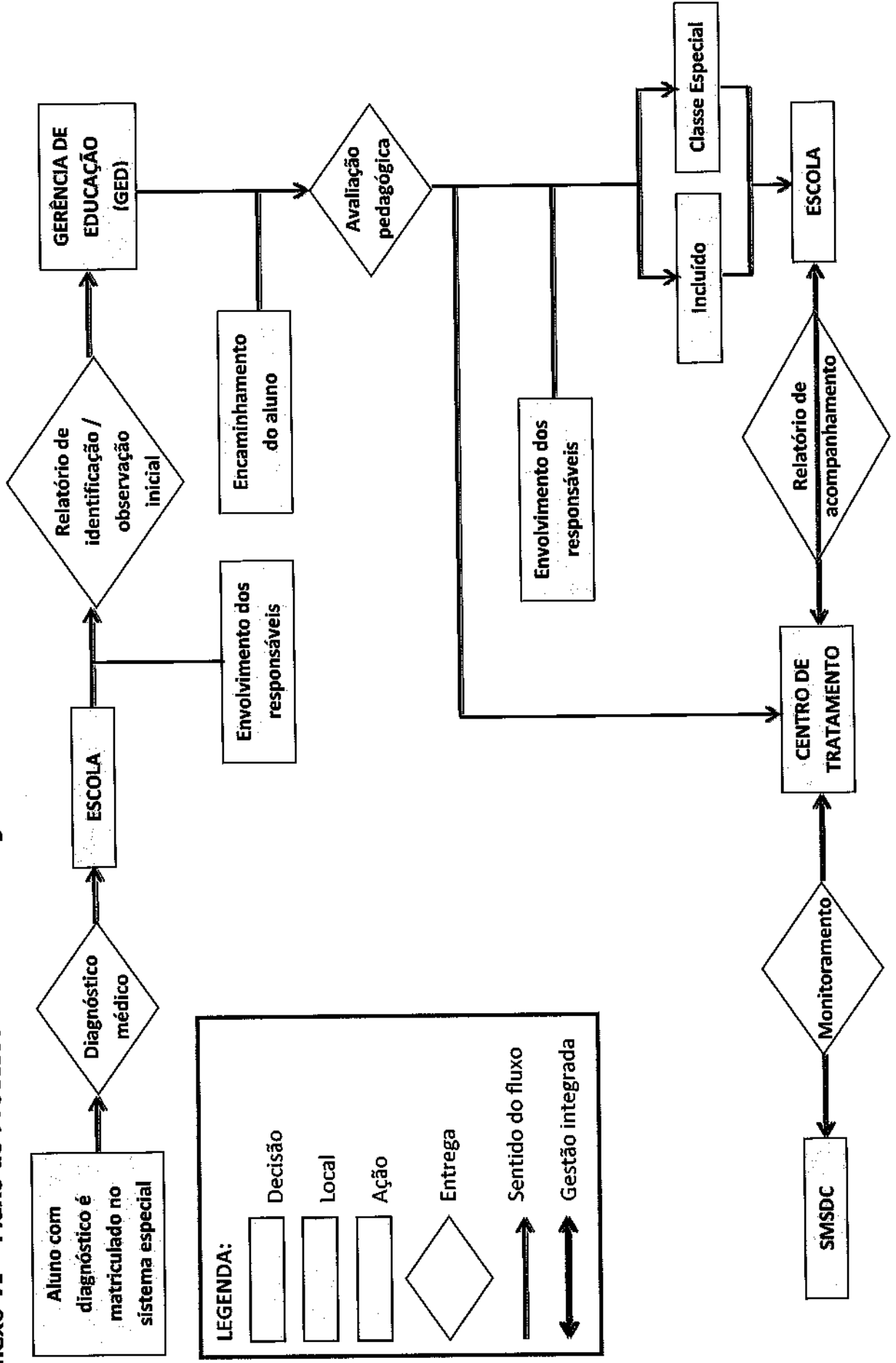
5. Qual motivo?

tempo ()
transporte ()
distância ()
financeiro ()
outros ()

Anexo V – Fluxo do Processo Aluno Sem Diagnóstico Prévio



Anexo VI – Fluxo do Processo Aluno Com Diagnóstico Prévio



ANEXO VII

MODELO DE RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO EDUCAÇÃO

ESCOLA: _____

MÊS: _____

NOME: _____ NASCIMENTO _____

CENTRO DE ATENDIMENTO: _____

TIPO DE ATENDIMENTO QUE RECEBE:

- () INCLUÍDO
- () CLASSE ESPECIAL
- () PROFESSOR ITINERANTE
- () SALA DE RECURSOS
- () ESTAGIÁRIO

COMPORTAMENTO EM SALA DE AULA:

COMPORTAMENTO COLEGAS/PROFESSOR

REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIRIGIDAS:

PARTICIPAÇÃO NAS AULAS:

MODELO RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO SAÚDE

LOCAL DO ATENDIMENTO: _____

MÊS: _____

NOME: _____ NASCIMENTO _____

ESCOLA: _____

ATENDIMENTO REALIZADO DURANTE O MÊS:

FREQUÊNCIA

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| () FONOAUDIÓLOGO | () VEZES |
| () PSICÓLOGO | () VEZES |
| () NEUROLOGISTA/PSIQUIATRA | () VEZES |
| () PSICOPEDAGOGO | () VEZES |

MEDICAÇÃO:

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO:

ANEXO VIII

Reportagem publicada no jornal O Globo, em 28/10/2012.

UMA ANGÚSTIA PRECOCE E CARENTE DE SOCORRO

Crianças portadoras de distúrbios psíquicos sofrem à espera de tratamento adequado na rede pública

Reportagem de Fabíola Gerbase.



Foto de Mônica Imbuzeiro.

“RIO - Em questão de segundos, Antônio passa da brincadeira à agressão com seus colegas de turma (para proteger a identidade das crianças e de seus pais, os nomes usados nesta reportagem são fictícios). De noite, as horas de sono do menino de 7 anos, que mora na Ilha do Governador, são escassas. Não muito longe dali, Tales, de 15 anos, sente medo de sair sozinho e de ser esquecido nos passeios com a escola — prefere não ir. Já Paulo, que fará 8 anos em janeiro, recusa-se a entrar em sala de aula e não consegue ficar parado um minuto. Luana, de 14 anos, lê com dificuldade e tem o semblante apático. Aos 11 anos, Bruna pouco conversa, tem explosões de raiva e alivia sua angústia recorrendo à automutilação: cortes em seu rosto e furos pelo corpo levam a mãe da menina às lágrimas.

Além de conviverem com os sintomas de que algo não está bem em suas vidas, essas crianças compartilham a espera e as dificuldades para ter tratamento adequado na rede pública da cidade para seus distúrbios psíquicos. Com uma demanda crescente, os poucos serviços de psicologia e psiquiatria dedicados ao público infantojuvenil no Rio têm filas de espera, número insuficiente de profissionais e pequena capacidade de olhar a complexidade de cada caso com a atenção necessária.

No setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Santa Casa de Misericórdia, no Centro, onde são atendidas cerca de 900 crianças por mês, a fila de espera é de três meses. No Ambulatório de Distúrbios de Aprendizagem e Comportamento na Infância e Adolescência do Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC), da UFRJ, na Praia Vermelha, pais e filhos passam quase o dia todo aguardando a vez de entrarem na consulta, que acontece com intervalos de um a três meses. Só a médica responsável pelo ambulatório, a neurologista Vânia Motta, prestou 260 atendimentos entre julho e setembro. Para fazer uma avaliação neuropsicológica no instituto — importante para ajudar a fechar um diagnóstico em certos casos —, o tempo de espera chegou recentemente a dois anos. Depois de um mutirão da equipe, o setor consegue agora começar a atender pedidos feitos em 2011 e 2012. À espera da avaliação de sua filha Luana desde 2010, na Santa Casa, João Luiz resume a situação:

— Procuramos ajuda em diferentes lugares desde que ela entrou na alfabetização e até hoje não temos um quadro fechado. Como minha filha vai ter tratamento adequado assim? Vivemos uma angústia enorme. O atendimento para as crianças é precário. Ela já fez psicólogo, fonoaudiólogo e toma remédios há dois anos, mas não vejo progresso. Ela tem grandes dificuldades na escola, tem coordenação motora fina ruim, lê pausadamente, se confunde com as palavras. Acaba ficando triste, frustrada.

O Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Uerj, em Vila Isabel, só tem dado conta da demanda interna, de pacientes encaminhados pelos setores de pediatria e neurologia. Em 2011, foram atendidos lá 599 pacientes, dos quais 269 eram familiares das crianças. Hoje, quando pais batem à porta do ambulatório com os filhos, vindos até de outras cidades, a solução é encaminhar para outros locais.

Na rede municipal de Saúde, os casos complexos, como os de autismo e psicose infantil, são atendidos pelos sete Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Cada um tem em média 180 crianças e adolescentes matriculados. Há ainda um CAPSi federal, ligado ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ, onde são acompanhados hoje 176 pacientes. Para avaliação, chega lá, em média, um caso novo por dia. Sua coordenadora, a psicóloga e psicanalista Nathália Armony, diz que a demanda tem crescido muito e que precisa de uma equipe maior. Hoje ela conta com 13 profissionais, entre psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. No resto do estado, há outros 20 CAPSis. Nos últimos anos, a rede estadual tem conseguido ampliar sua capacidade de atendimento: enquanto em 2004 havia 538 pacientes sendo acompanhados nos centros, em 2011, o número saltou para 3.934. Nos casos de distúrbios mais simples, que não são recebidos pelos CAPSis, é mais difícil achar locais de tratamento. Os serviços de psicologia das universidades, que oferecem psicoterapia gratuita ou a preços populares, costumam ser uma opção.

“Se insisto, fico agressiva”

A menina Bruna, de 11 anos, fez tratamento de psicoterapia por dois anos e depois não quis mais. Seus rompantes de raiva tornaram a vida escolar difícil a tal ponto que ela decidiu abandonar os estudos. Sua mãe, Amélia, conta que ela vinha se desenvolvendo bem até que, por volta dos 6 anos, se fechou:

— Dá para conversar normalmente com ela até certo momento. Quando ela não está mais à vontade, se tranca. Se tentamos tirar algo dela, fica agressiva. No segundo ano da escola, um menino puxou o cabelo dela e a professora disse que ela arrancou a camisa dele e rasgou. Um dia, ela estava em casa com a minha filha mais velha e mordeu o rosto da irmã só porque ela mudou de canal. Depois fica triste com o que fez. Já fui a vários médicos. Ela já tomou todo tipo de remédio desde os 7 anos e engordou muito. Está com 80 quilos. Tem quase dois anos que ela não quer fazer nada, só ficar em casa e ver televisão. O que me deixa mais triste é quando ela passa gilete no rosto e se fura — diz Amélia, com os olhos vermelhos de chorar.

Há cerca de dois meses, Amélia levou a filha ao serviço da Santa Casa. Na segunda consulta de avaliação, ela saiu de lá com caixas de um novo remédio para Bruna. Segundo o chefe do serviço, o psiquiatra Fábio Barbirato, o tratamento de cerca de 60% dos pacientes se resume a tomar uma ou mais medicações. Barbirato diz que eles são encaminhados para psicoterapia no próprio setor da Santa Casa, mas que as famílias costumam não ter dinheiro para pagar passagem de ônibus semanalmente para as sessões. Com isso acabam indo apenas às consultas médicas, uma vez a cada dois meses, quando buscam os remédios. No caso de Bruna, Barbirato afirma que ela recebera um diagnóstico errado:

— Ela tem um transtorno de humor. Com o tempo de observação, poderemos ver se é um transtorno bipolar. Sem formação adequada, as pessoas dão diagnósticos errados. Um estudo feito aqui no ano passado mostrou as confusões que acontecem. De 141 crianças pré-diagnosticadas com depressão, depois da triagem, apenas 28 tinham de fato apenas depressão. As outras 113 tinham Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno do Humor Bipolar (THB), retardo mental, psicose infantil, autismo ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Entre as depressivas, 78% disseram ter dificuldade de se divertir e baixa autoestima, e 64% afirmaram ter problemas de relacionamento.

O psiquiatra infantil e professor do Instituto de Medicina Social da Uerj Rossano Cabral Lima acredita que dificilmente um tratamento que inclua apenas medicação possa resolver os problemas de comportamento de uma criança:

— Mesmo eficazes para atenuar alguns mal-estares e problemas, os remédios são limitados. Por isso, é preciso conjugá-los com psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional. Não critico a medicação em si, mas o fato de, muitas vezes, se lançar mão dessa intervenção de forma apressada, sem buscar outras possíveis soluções.

A escola costuma ser o espaço onde diferentes dificuldades ficam evidentes. Quando a menina Julia chegou aos 5 anos ao consultório da psiquiatra infantil Gabriela Dias, mulher de Barbirato, seus pais relataram que os colegas da mesma idade haviam se

afastado dela. Segundo Gabriela, a menina apresentava irritabilidade intensa, desafiava os pais e a professora e tinha explosões de raiva. Encaminhada pela escola, a mãe procurou uma psicopedagoga, que pediu uma avaliação médica. Com um diagnóstico de Transtorno do Humor Bipolar, Julia passou a fazer terapia e tomar remédio. Numa das consultas com Gabriela, quando recebeu o pedido de que fizesse um desenho, Julia traçou dois corações: um feliz, outro triste. A imagem não mostrava apenas seus conflitos de emoções, mas sua ligação com o pai. Naquela época, ele havia sido submetido a uma cirurgia cardíaca, e a menina só queria saber de desenhar corações.

Os sintomas que levam os pais a buscar ajuda psicológica ou psiquiátrica para os filhos são muito variados: dificuldade de se relacionar e se divertir, baixo rendimento escolar, fobias, ansiedade, hiperatividade, baixa autoestima, doenças físicas sem explicação. A maior procura por tratamento para crianças e adolescentes diagnosticados com distúrbios como depressão, TDAH e autismo é apontada por psicólogos e médicos tanto do serviço público quanto de consultórios particulares. E as causas para esse aumento são explicadas de diferentes formas. O maior esclarecimento sobre os distúrbios faz com que os pais busquem ajuda com mais frequência. A especialização dos profissionais é outro fator, apesar de ainda haver poucos psiquiatras infantis no Brasil e no Rio — respectivamente, cerca de 300 e 30 profissionais, segundo o vice-presidente da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil — Rio de Janeiro (Abenepi-RJ), Lucio Simões de Lima.

Mas é olhando as mudanças no modo de vida das famílias e nas expectativas que cercam crianças e adolescentes, numa sociedade voltada para o sucesso e o consumo, que aparece a maior parte das explicações. Para o psiquiatra infantil Rossano Cabral Lima, os parâmetros mudaram muito:

— Mudanças no modo de vida nas grandes cidades fazem com que tratemos como patologias coisas que antes eram normais. Antigamente, não se esperava que crianças pequenas tivessem tanta capacidade de controle de sua inquietude e de manter o foco de atenção. Há algumas décadas, elas nem estavam em creches e escolinhas. Umas vão conseguir atender às expectativas, outras, não. No caso dos menores, será que podemos dizer que quem não consegue tem uma patologia que precisa ser medicada?

Psicólogas e diretoras do Centro de Estudos da Família, Adolescência e Infância (Cefai), Berenice Flalho, Gilda Archer e Maria Helena Bartholo, acostumadas a abordar os distúrbios considerando as relações familiares, apontam diferentes fatores que podem desestabilizar as crianças. Uma rotina de miniexecutivos, chela de atividades, pode ser bem encarada por algumas crianças e virar um problema para outras. Outra questão é a antecipação de valores do mundo adulto, que aparece em situações como a banalização da sexualidade dos pequenos ou mesmo na moda das festas a bordo de limusines. Segundo Maria Helena, a criança acaba adotando posturas que atendem a essa antecipação, mais para estar inserida num grupo do que por desejo próprio, e se vê vivendo emoções estranhas a seu universo natural.

— Quanto mais você segmenta a infância, mais nichos de mercado você cria. A maquiagem é um bom exemplo. Antigamente, você via a menina mexendo nas coisas da mãe para pegar um batom. Hoje, ela tem sua própria linha de maquiagem. Você perde

uma interação importante, que agora se dá no nível do consumo. Vemos também as marcas de roupas de adulto criando versões iguais para os filhos, que ficam vestidos de miniadultos — pondera Berenice.

Para Gilda Archer, outro problema está no hábito dos pais de chegar em casa depois do trabalho e continuar conectados:

— Nas sessões de terapia familiar, as crianças não costumam reclamar que a mãe trabalha. Costumam até ter orgulho disso. Elas reclamam é que a mãe chega, mas parece que ainda está fora, porque fica de olho no e-mail, trabalhando no computador.

O TDAH é um dos diagnósticos que têm se multiplicado nos consultórios. Como no caso de outros distúrbios, seu desenvolvimento é explicado por uma combinação de fatores genéticos com o histórico de vida da pessoa. O TDAH é com frequência atribuído — até por quem não entende do assunto — às crianças que têm dificuldade de aprendizado e são muito agitadas. Esse é o perfil dos meninos Antônio e Paulo, cujas mães buscaram tratamento no Ambulatório de Distúrbios de Aprendizagem e Comportamento na Infância e Adolescência do INDC, da UFRJ, depois de passar por vários lugares. A professora do Instituto de Psicologia da UFRJ e coordenadora do setor de neuropsicologia do INDC, Cristina Wigg, no entanto, alerta para o risco de diagnósticos precipitados.

— Tem havido mais estudo desse problema em pesquisas e, com isso, esse diagnóstico cresceu de repente, e todas as crianças com dificuldade na escola passaram a ter TDAH. Isso não é correto. Uma dificuldade de aprendizado pode ter diferentes causas, tanto ligadas à dinâmica familiar quanto ao sistema de ensino — diz a professora, com mais de 20 anos de trabalho no setor do INDC. — O número de crianças que chegam aqui com essa dificuldade tem crescido muito. Por isso, em 2010, decidi criar um projeto de pesquisa para estudar essa situação.

Um dos estudos do projeto exemplifica o risco que Cristina chama de banalização do diagnóstico do TDAH. Na avaliação feita do funcionamento cognitivo de 42 estudantes com dificuldades de aprendizado e idades entre 7 e 16 anos, cerca de 25% deles apresentaram desempenho acima da média no quesito atenção. Quem tem TDAH apresenta grande perda da capacidade de manter o foco da atenção, além de um comportamento inquieto e impulsivo, às vezes também agressivo. Num outro estudo coordenado pela professora, os resultados colocaram em dúvida a prática recorrente de prescrição de remédios como a Ritalina (nome comercial da droga usada para aumentar a capacidade de concentração) para tratar o TDAH. A avaliação dos pacientes mostrou que, apesar do uso de medicamentos, as dificuldades de aprendizado persistiam, assim como o baixo desempenho intelectual.

O menino Paulo, de 7 anos, que vive uma rotina de problemas na escola, tanto de aprendizagem quanto de comportamento, está passando este mês pela avaliação neuropsicológica do instituto, que é feita em sessões com testes e entrevistas. Ela ajudará a dizer se ele tem TDAH ou não. Sua mãe, Gisela, buscou um psicólogo para ele há cerca de três anos por causa de seu "jeito indomável". O tratamento durou apenas seis meses. Na escola onde ele entrou ainda bebê e está até hoje, ganhou o apelido

"tubarão branco" quando seus dentes estavam crescendo, porque mordida colegas e professores.

— Ele sempre foi agitado, mas foi na escola que o problema piorou, porque ele começou a aprontar muito. Diz para as professoras que elas não mandam nele e só faz o que quer. Toca o terror mesmo. Na alfabetização, começou a ter preguiça de escrever. Todo dia eu recebia aviso de que ele não quis copiar o conteúdo. As professoras viviam correndo atrás dele para colocá-lo em sala, até que passou a se recusar a entrar. Uma das minhas dificuldades é achar psicólogos que atendam crianças pelo plano de saúde. Ele está tomando remédios para desacelerar. Digo que ele está na metade da agitação normal — conta Gisela, enquanto Paulo corre pelo hall do instituto da UFRJ e dá vários abraços e beijos na mãe.

Muito comunicativo, ele conta que tem três gatos, torce pelo Botafogo e pelo Brasil e adora sorvete. O que gosta de fazer na escola? Nada, ele diz, para depois lembrar que adora jogar futebol. No meio da conversa, ele pergunta a Gisela:

— Mãe, você namorava com meu pai?

Até três meses atrás, o menino morava apenas com ela — Gisela se separou do pai dele há seis anos, após episódios que ela lembra como trágicos. Casada novamente, Gisela agora tem a expectativa de que o padrasto ajude Paulo trazendo "uma referência masculina mais constante".

Expectativa parecida vive Janaína, mãe de Antônio, de 7 anos. Depois de dois anos de separação, seu marido e pai de Antônio está voltando para casa:

— Ele sentiu muito a saída do pai, apesar de terem ficado sempre em contato. Meu filho é muito amoroso, mas desde pequeno batia nas outras crianças. Na creche, todos dormiam, menos ele. De noite, dorme pouco. Tem sono agitado. Está tomando remédio para dormir e para melhorar a concentração, porque não consegue aprender as coisas no colégio. Até hoje, não sei o que ele tem.

Antônio estuda numa Escola Municipal na Ilha do Governador e consegue ficar pouco tempo na aula com a turma. Num horário alternativo, ele faz atividades na chamada sala de recursos, destinada a alunos com algum tipo de deficiência ou distúrbio. Das 1.074 escolas municipais do Rio, apenas 314 são equipadas com uma sala dessas. Um relatório de uma professora de Antônio de março deste ano dá a dimensão dos problemas que ele enfrenta: "O aluno costuma abandonar a sala correndo e eu tenho que correr atrás dele, porque ele tenta subir na murada do corredor, o que me deixa apreensiva, pois as salas de aula ficam no 2º andar. Sobe nas cadeiras e mesas, e vai empurrando tudo e quem estiver na sua frente. Agride as crianças que estiverem próximas a ele. Não fica quieto um minuto sequer. Fala sozinho o tempo todo e tem rompantes de berros. Os melhores momentos dele são na hora de comer e, mesmo assim, ele fica balançando o corpo e falando sozinho. Deita na cadeira para comer e vez ou outra pega na mochila uma chupeta que o deixa um pouco mais calmo".

ANEXO IX

Considerando 10 equipes divididas em 3 centros

Opção 1 - centro PCRI + servidores (sem considerar o valor previdenciário + incorporações salariais)

	Custo ano 0			Custo ano 1		
	mão de obra	benefícios	qtde	valor total/mês	valor total/ano	
medico	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	10	R\$ 22.811,20	R\$ 296.545,60	
enfermeiro	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	6	R\$ 13.686,72	R\$ 177.927,36	
psicologo	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	10	R\$ 22.811,20	R\$ 296.545,60	
psicopedagogo	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	10	R\$ 22.811,20	R\$ 296.545,60	
terapeuta ocupacional	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	10	R\$ 22.811,20	R\$ 296.545,60	
fonoaudiólogo	R\$ 1.896,12	R\$ 385,00	10	R\$ 22.811,20	R\$ 296.545,60	
técnico de enfermagem	R\$ 1.463,59	R\$ 385,00	6	R\$ 11.091,54	R\$ 144.190,02	
administrador	R\$ 2.179,44	R\$ 385,00	3	R\$ 7.693,32	R\$ 100.013,16	
coordenador técnico	R\$ 5.017,12	-	3	R\$ 15.051,36	R\$ 195.667,68	
agente Administração	R\$ 3.667,12	-	3	R\$ 11.001,36	R\$ 143.017,68	
Total mão de obra / ano	R\$ 1.388,74	R\$ 385,00	10	R\$ 17.737,40	R\$ 230.586,20	

	manutenção	valor/centro	qtde	valor/mês	valor total/ano
manutenção, contratos,	-	R\$ 47.700,00	3	R\$ 143.100,00	R\$ 1.717.200,00
consumo	-	-	-	-	-
Total manutenção / ano					R\$ 1.717.200,00

	construção	qtde	valor total/ano
Construção predial baseado no valor de CAPSI	R\$ 3.000.000,00	3	R\$ 9.000.000,00
Total investimento / ano			R\$ 9.000.000,00

Custo total / ano	R\$ 4.191.330,10
--------------------------	-------------------------

mão de obra = vencimento + gratificação
vale refeição = R\$ 12,00

tabela de vencimentos = Julho/2012 (Decreto nº 35.806 de 22/06/2012 - reajuste 5%)
salário mínimo: R\$622,00 (Decreto Federal nº 7.655/2011 (D.O.U.26/12/2011)

benefícios = vale refeição + auxílio transporte

auxílio transporte: Decreto nº 17.110/98 (Tarifa única ônibus = R\$2,75, Resol. SMTR nº 2171 de 30/12/2011, D.O.M. 02/01/2012)

Fonte: Portal Transparência Carioca

Considerando 10 equipes divididas em 3 centros

Opção 2 - centro PCRJ + OS

	Custo ano 0				Custo ano 1			
	mão de obra	benefícios	encargos	qtde	valor total/mês	valor total/ano	valor total/ano	valor total/ano
medico	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 147.914,05	R\$ 1.774.968,61		
enfermeiro	-	R\$ 385,00	81,24%	6	R\$ 47.425,71	R\$ 569.108,53		
psicologo	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21		
psicopedagogo	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21		
terapeuta ocupacional	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21		
fonoaudiólogo	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21		
técnico de enfermagem	-	R\$ 385,00	81,24%	6	R\$ 16.712,06	R\$ 200.544,66		
administrador	-	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 16.511,83	R\$ 198.141,93		
diretor	-	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 29.017,39	R\$ 348.208,65		
coordenador técnico	-	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 26.298,79	R\$ 315.585,45		
agente administração	-	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 20.603,83	R\$ 247.245,91		
Total mão de obra / ano					R\$ 670.655,05			
manutenção, contratos,								
consumo								
Total manutenção / ano								
manutenção, contratos,								
consumo								
Total manutenção / ano								
Construção predial baseado no								
valor de CAPSI		R\$ 3.000.000,00		3	R\$ 143.100,00	R\$ 1.717.200,00		
Investimento para construção								
Custo total / ano						R\$ 9.165.060,61		

mão de obra = salário base + insalubridade
 benefícios = vale refeição + auxílio transporte
 salário de 40 hs
 Fonte: SMSDC

Considerando 10 equipes divididas em 3 centros

Opção 3 - aluguel + OS

	Custo ano 0				Custo ano 1				valor total/ano
	mão de obra	benefícios	encargos	qtde	valor total/mês	encargos	qtde	valor total/mês	
medico	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 147.914,05	R\$ 1.774.968,61
enfermeiro	-	-	-	6	R\$ 385,00	81,24%	6	R\$ 47.425,71	R\$ 569.108,53
psicologo	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21
psicopedagogo	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21
terapeuta ocupacional	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21
fonocardiologo	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 79.042,85	R\$ 948.514,21
técnico de enfermagem	-	-	-	6	R\$ 385,00	81,24%	6	R\$ 16.712,06	R\$ 200.544,66
administrador	-	-	-	3	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 16.511,83	R\$ 198.141,93
diretor	-	-	-	3	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 29.017,39	R\$ 348.208,65
coordenador técnico	-	-	-	3	R\$ 385,00	81,24%	3	R\$ 26.298,79	R\$ 315.585,45
agente Administração	-	-	-	10	R\$ 385,00	81,24%	10	R\$ 20.603,83	R\$ 247.245,91
Total de consórcio								R\$ 670.655,05	R\$ 8.143.800,00
manutenção, contratos, consumo	-	-	-	3	R\$ 47.700,00		3	R\$ 143.100,00	R\$ 1.717.200,00
Total manutenção, etc									R\$ 1.717.200,00
Aluguel baseado no valor de CAPSI Maria Clara									R\$ 82.800,00
Total aluguel, etc									R\$ 82.800,00
Obras de adaptação									R\$ 9.165.060,61
Obras de adaptação de imóvel									R\$ 3.600.000,00
Total obras de adaptação/ano									R\$ 9.165.060,61
Custo total / ano									R\$ 9.165.060,61

mão de obra = salário base + insalubridade
 benefícios = vale refeição + auxílio transporte
 salário de 40 hs
 Fonte: SMSDC

Considerando 10 equipes divididas em 3 centros

Opção 4 - contratação de clínicas particulares				
Consulta com psicólogo (1x semana)	R\$ 100,00	1680	R\$ 672.000,00	R\$ 8.064.000,00
Consulta com fonoaudiólogo (1x semana)	R\$ 100,00	1680	R\$ 672.000,00	R\$ 8.064.000,00
Consulta com neurologista (1x mês)	R\$ 150,00	1680	R\$ 252.000,00	R\$ 3.024.000,00
Consulta com psicopedagogo (1x semana)	R\$ 80,00	1680	R\$ 537.600,00	R\$ 6.451.200,00
Despesa / criança / mês	R\$ 1.270,00			
Total contratação / ano			R\$ 2.158.600,00	R\$ 25.995.200,00

Fonte: valores consultados a clínicas particulares

