Vanini Mandaj

**Caracterização da rede de atenção psicossocial das
crianças com transtorno do espectro autista do
município de Taboão da Serra**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina Molini-
Avejonas

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2021**

Vanini Mandaj

**Caracterização da rede de atenção psicossocial das
crianças com transtorno do espectro autista do
município de Taboão da Serra**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina Molini-
Avejonas

**São Paulo
2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP)**

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mandaj, Vanini

Caracterização da rede de atenção psicossocial das
crianças com transtorno do espectro autista do
município de Taboão da Serra / Vanini Mandaj. -- São
Paulo, 2021.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Daniela Regina Molini-Avejonas.

Descritores: 1. Transtorno do espectro autista
2. Sistema Único de Saúde 3. Pesquisa em sistemas
de saúde pública 4. Políticas públicas de saúde
5. Serviços de saúde mental 6. Serviços de saúde
para pessoas com deficiência

USP/FM/DBD-031/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

A meu filho, Pedro, luz da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar em todos os momentos.

A esta Universidade, ao corpo docente, à direção e administração, por transformarem minha prática em saber científico.

A minha orientadora, Profa. Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas, pela cumplicidade e parceria na elevação da saúde mental como saber valioso.

Aos meus pais, Pedro e Veronica, meu filho, Pedro, e familiares, por sempre acreditarem em mim.

À Dra. Raquel Zaicaner e demais servidores da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Taboão da Serra, pelo apoio e valorização do conhecimento e pesquisa na rede de saúde do município.

Aos meus amigos, em especial Alessia e Rafael, que me trouxeram amor e alegria nos momentos mais difíceis.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta pesquisa e contribuíram na construção deste conhecimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP*: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP: Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, et al. 3ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2016.

Timeo hominem unius libri.
[Temo o homem de um livro só.]
(São Tomás de Aquino)

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	
Lista de figuras	
Lista de quadros	
Lista de tabelas	
Resumo	
Summary	
1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)	48
4 JUSTIFICATIVA	53
5 OBJETIVOS	54
5.1 Objetivos específicos	54
6 MÉTODO.....	55
6.1 Território.....	55
6.1.1 Estatísticas do município de Taboão da Serra.....	57
6.1.2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).....	60
6.1.3 Vulnerabilidade social	61
6.2 Participantes	62
6.3 Procedimento	62
6.4 Análise dos dados.....	64
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
7.1 Mapeamento dos serviços de saúde do território – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)	65
7.1.1 Projeto institucional.....	67
7.1.2 Acolhimento	68
7.1.3 Técnico de Referência (TR).....	68
7.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	69
7.1.5 Grupos terapêuticos.....	69

7.1.6 Grupos familiares/cuidadores	69
7.1.7 Homeopatia.....	70
7.1.8 Psiquiatria	70
7.1.9 Atendimento individualizado	70
7.1.10 Alta.....	70
7.1.11 Ações intersetoriais.....	71
7.1.12 Atividades externas.....	71
7.2 Rede de Atendimento em Saúde de Taboão da Serra	71
7.3 Levantamento: autismo na rede de saúde (UBSs e SER)	75
7.4 Quantidade de usuários com TEA no CAPSi Taboão.....	76
7.5 Caracterização da amostra de usuários com TEA no CAPSi Taboão ...	78
7.6 Usuários com TEA em atendimento ambulatorial no CAPSi em abril de 2019	80
7.7 Caracterização socioeconômica dos usuários com TEA no CAPSi Taboão da Serra	81
7.8 Questionário “O que se sabe sobre autismo”	82
7.9 Questionário PCATool adaptado.....	87
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
ANEXOS	97
A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	97
B – Questionário Socioeconômico	99
C – Questionário “O que se sabe sobre autismo”	100
D – Aprovação da Comissão de Ética.....	102
APÊNDICES.....	105
A – Questionário de Levantamento da Rede	105
B – Questionário PCATool adaptado	107
C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
REFERÊNCIAS.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS

6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo

AB – Atenção Básica

ABA – Applied Behavior Analysis

ABRA – Associação Brasileira de Autismo

AME – Atendimento Médico Especializado

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ASD – Autism Spectrum Disorder

AVDs – Atividades de Vida Diária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial Diurno para Adultos

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CDPD – Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas

CECO – Centro de Cultura e Convivência

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEO – Centro Especializado Odontológico

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia

CID-10 – Código Internacional de Doenças, versão 10

CID-11 – Código Internacional de Doenças, versão 11

CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

COSEMS-SP – Congresso de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo

COVID-19 – Coronavirus Disease 19

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CREI – Centro de Referência em Educação Inclusiva

CRSM – Centro de Referência em Saúde da Mulher

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais edição IV

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais edição V
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia em Saúde da Família

F84 – Transtorno Global do Desenvolvimento

FJP – Fundação João Pinheiro

HGP – Hospital Geral do Pirajussara

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IML – Instituto Médico Legal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

LBI – Lei Brasileira de Inclusão

M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organização Social

PAD – Pronto Atendimento Domiciliar

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSI – Pronto-Socorro Infantil

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RH – Recursos Humanos

RMSP – Região Metropolitana de São Paulo

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SER – Serviço Especializado em Reabilitação

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO – Serviço de Verificação de Óbitos

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication
Handicapped Children

TR – Terapeuta de Referência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas para a
Infância

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

VE – Vigilância Epidemiológica

VS – Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quadro evolutivo da classificação do Transtorno do Espectro Autista.....	50
Figura 2 – Mapa da Região Metropolitana de São Paulo com destaque para Taboão da Serra.....	56
Figura 3 – População residente segundo sexo no município de Taboão da Serra-SP, Censos de 1991, 2000 e 2010	57
Figura 4 – Distribuição da população residente segundo faixa etária e sexo no município de Taboão da Serra-SP, 2010.....	58
Figura 5 – Índice de Desenvolvimento Humano do município de Taboão da Serra-SP, segundo os Censos de 1991, 2000 e 2010.....	60
Figura 6 – Usuários atendidos no CAPSi Taboão por CID em abril de 2019 ...	77
Figura 7 – Idade dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão ..	78
Figura 8 – Origem dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão em abril de 2019	80
Figura 9 – Como os funcionários ouviram falar sobre autismo.....	83
Figura 10 – Como ocorreu o contato dos funcionários com indivíduos autistas	83
Figura 11 – Profissionais que os funcionários consideram indispensáveis no atendimento ao autista.....	86
Figura 12 – Idade dos usuários da amostra aleatória do CAPSi Taboão, junho e julho de 2020	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre as despesas de saúde segundo indicadores, no município de Taboão da Serra-SP, 2018.....	59
Quadro 2 – Vulnerabilidade social no município de Taboão da Serra-SP, segundo os Censos de 1991, 2000 e 2010	61
Quadro 3 – Equipe multidisciplinar do CAPSi de Taboão da Serra.....	66
Quadro 4 – Rede de Atendimento em Saúde de Taboão da Serra-SP.....	72
Quadro 5 – Recursos Humanos da Rede de Saúde Mental de Taboão da Serra-SP	74
Quadro 6 – Dados da rede de saúde de usuários com TEA em abril de 2019	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sexo dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão ..	78
Tabela 2 – Tipo de atendimento utilizado pelos usuários com TEA em atendimento no CAPSi.....	79
Tabela 3 – Usuários com TEA em atendimento ambulatorial no CAPSi em abril de 2019.....	81
Tabela 4 – Caracterização socioeconômica dos usuários com TEA no CAPSi Taboão da Serra, abril de 2019	81
Tabela 5 – O que os funcionários conhecem sobre autismo.....	84
Tabela 6 – O que os funcionários conhecem de um indivíduo autista	85
Tabela 7 – Sexo da amostra aleatória do CAPSi Taboão, junho e julho de 2020.....	87
Tabela 8 – Origem dos usuários da amostra aleatória do CAPSi, junho e julho de 2020.....	89
Tabela 9 – Tipo de atendimento atual da amostra aleatória do CAPSi, junho e julho de 2020	89
Tabela 10 – Distribuição das respostas ao questionário de avaliação do serviço	89
Tabela 11 – Serviço para qual o usuário foi encaminhado após a alta dos grupos de atendimento no CAPSi, junho e julho de 2020	92

RESUMO

Mandaj V. *Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista do município de Taboão da Serra* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Com a Reforma Psiquiátrica, usuários com Transtornos do Espectro Autista (TEA) depararam-se com dificuldades nos novos “lugares” criados. Cada localidade tem encontrado caminhos para suprir as suas demandas, procurando garantir as necessidades desses usuários, seja pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou pelos Centros de Reabilitação (CER). Mas tem sido afirmada internacionalmente a necessidade de uma rede intersetorial que abarque os cuidados desses indivíduos de forma integral. Taboão da Serra é um município localizado na Região Metropolitana de São Paulo que apresenta uma rede de saúde com CAPS e CER, além de uma rede de saúde mental descentralizada e multidisciplinar nas unidades básicas de saúde (UBSs). Levando-se em consideração a situação das pessoas com TEA e o território de Taboão da Serra, fez-se necessário uma reflexão da rede de saúde mental do TEA nesse território, visando à garantia de direitos e ao compromisso de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral deste estudo foi caracterizar a rede de atenção psicossocial de Taboão da Serra, para verificar a linha de cuidado dos sujeitos com TEA e os princípios do SUS. O estudo foi desenvolvido de forma observacional, retrospectivo, quantitativo, exploratório e descritivo com usuários da rede de atendimento com diagnóstico/hipótese diagnóstica de TEA até 18 anos de idade. Os dados mostraram que, partindo do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), 174 usuários foram atendidos em abril de 2019 e destes, 110 possuíam o diagnóstico/hipótese diagnóstica de TEA, 74% eram do sexo masculino, 17% estavam na faixa de idade de 5 anos, realizavam atendimento semanalmente e 50% realizavam atendimento com especialidade medicamentosa exclusiva de homeopatia. Destes, 22% vieram encaminhados pelo fonoaudiólogo da UBS, e a média do tempo de tratamento era de 32 meses. Dos usuários que

permaneciam em nível ambulatorial no CAPSi, encontramos 78 com diagnóstico/hipótese diagnóstica de TEA. A fonoaudiologia foi a especialidade mais citada nos encaminhamentos posteriores. Dentro da rede de saúde externa ao CAPSi, encontramos 76 usuários com TEA e somente 8 pacientes realizavam atendimento no SER, sendo computada uma amostra de 237 usuários com TEA na rede de saúde de Taboão da Serra em abril de 2019. Percebeu-se a referência dos casos ao CAPSi, porém observou-se uma baixa relação na contrarreferência, diminuindo a integralidade e equidade do sistema. Conclui-se que uma rede pautada em atendimentos segundo a demanda individualizada do sujeito seria mais eficiente, pois o indivíduo poderia utilizar os serviços de acordo com a sua necessidade. Essa proposta criaria serviços mais humanizados, personalizados, assertivos, sem desperdício financeiro e atenderia o sistema da garantia de direitos dentro do SUS.

Descritores: Transtorno do Espectro Autista; Sistema Único de Saúde; Pesquisa em sistemas de saúde pública; Políticas Públicas de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Serviços de Saúde para pessoas com deficiência.

SUMMARY

Mandaj V. *Characterization of the psychosocial care network of children with autism spectrum disorder in the municipality of Taboão da Serra* [Dissertation]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2021.

With the Psychiatric Reform, users with Autistic Spectrum Disorders (ASD), faced difficulties in the new “places” created. Each location has found ways to meet their demands, seeking to guarantee the needs of these users, whether through the Psychosocial Care Centers (CAPS) or the Rehabilitation Centers (CER). However, the need for an intersectoral network that encompasses the care of these individuals in an integrated healthcare has been internationally stated. Taboão da Serra is a municipality located in the metropolitan region of São Paulo that has a health network with CAPS and CER, in addition to a decentralized and multidisciplinary mental health network in basic health units (UBSs). It is necessary to reflect on the mental health network of ASD in this territory, aiming at guaranteeing rights and the commitment to implement the principles of the unified health system (SUS). The aim of this study is to characterize the psychosocial care network of Taboão da Serra, to verify the line of care of subjects with ASD, and the principles of SUS. The study was developed in an observational, retrospective, quantitative, exploratory and descriptive method, with users of the service network with diagnosis/diagnostic hypothesis of ASD, up to 18 years of age. The data show that 174 users were attended in April of 2019 and of these, 110 had the diagnosis/diagnostic hypothesis of ASD, 74% were male, 17% were in the age group of 5 years, attended once a week and 50% attended exclusively by homeopathy. Of these, 22% were referred by the UBS speech-language pathologist and the average treatment time was 32 months. Of the users who remained on an outpatient basis at CAPSi, we found 78 with a diagnosis/diagnostic hypothesis of ASD. Speech therapy was the specialty most cited in subsequent referrals. In the health network external to CAPSi, we found 76 users with ASD and only 8 patients attended the CER. The reference of cases to CAPSi is notable, however, we observed a low relation in

the counter-reference, decreasing the integrality and equity of the system. It was concluded that a network based on attendance according to the individualized demand of the subject would be more efficient, since the individual could use the services according to their needs. This proposal would create more humanized, personalized, assertive services, without financial waste and would meet the system of guaranteeing rights within the SUS.

Descriptors: Autism Spectrum Disorder; Unified Health System; Public Health Systems Research; Public Health Policy; Mental Health Services; Health Services for Persons with Disabilities.

1 APRESENTAÇÃO

Desde antes da minha formação em Fonoaudiologia tive o interesse pelo setor público. Morei em Santos, fiz estágio durante a graduação na Prefeitura Municipal e tive a honra de acompanhar como espectadora o processo da Reforma Psiquiátrica em Santos e as mudanças do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhava corpo na década de 1990, bem como a administração do grande sanitarista David Capistrano como secretário de saúde e depois prefeito de Santos.

Durante a graduação, me interessava pelas questões públicas, mas foi somente após quinze anos de formação que voltei ao serviço público, agora na cidade de Taboão da Serra, onde resido atualmente.

Fui alocada em dois serviços de grande importância no SUS, na Estratégia em Saúde da Família (ESF) do Jardim das Margaridas e no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Na ESF aprendi muito sobre território e no CAPSi sobre a saúde mental e articulação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Após cinco anos fiquei integralmente no CAPSi e iniciei uma especialização em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), o que certificou a minha paixão pelo SUS. Participei dos três últimos Congressos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/SP) com trabalhos inscritos nos três eventos.

O trabalho cresceu em experiência, mas algumas questões ainda eram insuficientemente solucionadas com o exercício da prática. Foi quando me inscrevi no mestrado buscando respostas na experiência acadêmica para os questionamentos que encontrava na prática em relação à saúde mental, Transtorno do Espectro Autista (TEA), territórios e articulações de RAS.

A patologia de TEA é amplamente discutida em Taboão da Serra no meu equipamento de trabalho, sendo esta uma realidade mundial, o que proporcionou fóruns de debates e simpósios a fim de encontrar equilíbrio entre a prática e as escassas possibilidades de recursos do setor público. Como todas essas questões poderiam ser articuladas de forma harmônica a fim de amenizar os

problemas enfrentados por essas famílias e a demanda no território por serviços públicos de qualidade era o desafio proposto.

A prática baseada em evidência construída durante o mestrado expandiu os meus horizontes no serviço diário e garantiu a possibilidade de mudanças da prática a partir da ciência. Espero que o estudo de fato seja um transformador de sistemas, de vivências e de vidas para o território de Taboão da Serra e sirva de inspiração para quem também se encontra nesse mesmo desafio.

2 INTRODUÇÃO

A visão que a sociedade adota em relação à saúde mental e à deficiência se beneficia do contínuo avanço das ciências humanas e biológicas, caracterizando-se como fenômeno histórico e cultural. Muitos avanços foram colhidos na garantia dos direitos das pessoas com transtornos psíquicos e deficiências. Transformaram redes de saúde, famílias e, principalmente, sujeitos.

Esse percurso para a transformação do cuidado e a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental tem início com o processo de desinstitucionalização influenciado por Basaglia, na Itália, que propunha que se colocasse a doença entre parênteses e não o sujeito. Muitos movimentos no Brasil, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (1978), a Declaração de Caracas (1990), as I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) foram os alicerces para a Reforma Psiquiátrica brasileira e fundamentaram a Lei 10.216/2001 que, enfim, redireciona o modelo de atenção em saúde mental, assegurando direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Mesmo com toda a história evolutiva positiva relacionada à saúde mental no Brasil, as crianças e adolescentes tiveram sua inclusão tardia na história. Elas eram mantidas em instituições totais sem priorização do cuidado integral, sem o olhar da reinserção social ou sem relação com outros setores sociais. Para essa parcela da população, dois marcos históricos foram importantes: a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, ambos trouxeram às crianças e adolescentes a condição de cidadania. Porém, foi somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) que essa temática surgiu e foi eleita como foco prioritário e obrigatório de políticas públicas específicas.

Couto (2004) cita que “ao olhar para o histórico da atenção produzida para crianças e adolescentes no cenário nacional, é possível encontrar duas situações principais vivenciadas por essa população: crianças e adolescentes que habitam os abrigos para deficientes de lógica asilar e à margem do sistema formal de saúde mental, e crianças e adolescentes diagnosticados como autistas

ou psicóticos que são encontrados peregrinando em busca de atendimento especializado, sem que os localizem”.

Observamos que esse quadro ainda pouco se modificou. É perceptível que as pessoas com TEA apresentam inúmeras dificuldades em identificar, mesmo após anos de conquistas, qual é seu “lugar” na trama dos sistemas públicos em saúde. Garantir direitos conquistados, visibilidade e espaços de acolhimento às particularidades encontradas nessas pessoas durante toda sua trajetória de vida ainda são desafios, e não regra.

Os estudos realizados e a criação de leis e documentos de orientação por parte do Estado ainda não trouxeram um consenso a respeito da definição de quais lugares e caminhos devem ser percorridos pelos usuários com TEA no serviço público. Esses consensos parecem estar muito mais a cargo da apropriação do TEA como de sua competência, do que refletir sobre todas as necessidades desses usuários na rede de atendimento. Assim, as diferentes localidades apresentam diferentes propostas, que variam de acordo com seu território e com a equipe de gestão disponível naquela realidade.

Independentemente do lugar, a demanda desses usuários é real e necessita de uma cautelosa investigação, devido ao enorme espectro de sintomas e manifestações desses usuários, caracterizando, assim, um fenômeno de abrangência tanto do peculiar quanto do genérico na formulação de cuidados e intervenções. Isso acontece porque faltam informações de diagnóstico e efetividade de tratamento, mesmo após décadas de estudo.

Os serviços preconizados como referência pelo SUS para o atendimento do TEA abrangem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro Especializado em Reabilitação (CER). A articulação dessas unidades, tanto entre si quanto entre os demais níveis do sistema de saúde e áreas afins do sistema de garantia de direitos, forma a rede intersetorial – tão necessária para o atendimento da integralidade das demandas de cada usuário. Esse é um ponto de grande desafio a ser enfrentado em cada território.

É no seu território que o usuário convive e deve criar seus laços sociais. É nesse espaço, percorrido a princípio em busca do seu atendimento, que ele constrói sua rede vital de pessoas e serviços. Por outro lado, a forma como o

poder público vê esse usuário no território também é essencial. Temos, assim, o terreno fértil para refletir sobre a rede que temos e queremos construir.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como o equipamento de referência para o estudo, o CAPSi, foram o ponto de partida para este estudo, pois são as referências no município para o cuidado dessa população. Refletir sobre os caminhos percorridos em busca do diagnóstico e tratamento pelos usuários com TEA e conhecer a rede de saúde disponível, bem como a população existente de TEA em Taboão da Serra nos trará reflexões ricas para tentar compreender esse lugar almejado por esses usuários. Esta reflexão pode contribuir para traçar redes de tratamento mais eficazes e humanizadas, e que também contemplem as especificidades de cada sujeito, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, além da garantia de seus direitos, historicamente perseguidos pela Reforma Psiquiátrica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Foi no contexto da Reforma Sanitária no Brasil que paralelamente surgiram as transformações relacionadas à Reforma Psiquiátrica. Em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, inconformados com a situação degradante das instituições psiquiátricas do país, iniciou-se o movimento intitulado “Por uma Sociedade sem Manicômios”, conhecido como Movimento de Luta Antimanicomial.

Sob forte influência da desinstitucionalização italiana, exigia-se uma Política Nacional de Saúde Mental, com o rompimento do modelo centrado em hospitais, em medicações e na doença. A Declaração de Caracas, de 1990, assevera princípios e diretrizes para a estruturação da atenção em saúde mental (Braga et al., 2019). “O campo veio a romper com a perspectiva curativa e passou a orientar suas ações guiada pelo princípio da inclusão social dos excluídos por motivo de transtorno mental” (Reis et al., 2013).

Porém, as ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscrita a um ideário de proteção que paradoxalmente redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e uma concepção segmentada e não integradora da população infantojuvenil. No início do século XX, um conjunto de medidas lógico-higienistas expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico (Ministério da Saúde, 2005).

Quatro conferências nacionais em saúde mental aconteceram (1987, 1992, 2001 e 2010), as três primeiras foram importantes dispositivos para a organização, construção e consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica, operando transformações complexas na saúde mental, com desdobramentos para além da dimensão jurídico-política (Braga, 2019). Do êxito da III Conferência Nacional de Saúde Mental (“Cuidar sim, Excluir, não”) dependerá a construção de marcos norteadores para uma era na saúde mental em nosso país, mais consoante com os ideais de equidade e justiça social em que se baseia o SUS. A III Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe a necessidade

de garantir a implantação de serviços comunitários de saúde mental, integrados aos programas de atenção básica e à rede geral de serviços, utilizando-se das estratégias mais adequadas a cada região/território, no intuito de superar o modelo tradicional (Ministério da Saúde, 2002). Além disso, “A elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental respeitando as diretrizes do processo da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)” (Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002).

E foi em 2001, no Brasil, que se concretizou essa reestruturação, com a promulgação da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Com a lei, foram criadas as condições concretas para a construção de políticas públicas também para crianças e adolescentes.

A Lei 10.216, no Art. 3, também traz uma importante conquista: “é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde” (Brasil, 2001).

Couto (2008) refere que, nesse âmbito histórico, a saúde mental infantojuvenil teve a inclusão tardia na agenda das políticas de saúde mental, devido a extensa e variada gama de transtornos do desenvolvimento (como o autismo), variável período de incidência, complexidade na avaliação e particularidade do cuidado.

Segundo Ribeiro (2006), “A saúde mental infantil no Brasil enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança, não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria e quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, Hospício D. Pedro II em 1852”. Porém, “As políticas públicas para crianças e adolescentes não podem ser extensão das dos adultos por suas especificidades” (Couto, 2008).

Hoffman (2008), citando Schechtman (1992) e Rizzini (2004), reitera o vazio histórico na cobertura da saúde mental infantojuvenil, preenchido ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se em algumas localidades as únicas opções de cuidado disponíveis às crianças, jovens e suas famílias. “Ademais, a partir da década de 1920, a tendência à psiquiatrização e medicalização de problemas de ordem comportamental ou educacional adotou como diretriz a suposição de que muitas famílias não apresentavam condições de cuidar e de se responsabilizar pelo bem-estar de seus filhos, levando muitas crianças e jovens à internação em abrigos e educandários”.

Nesse contexto, dois marcos externos à saúde mental foram importantes, a Constituição Federal de 1988 e o ECA de 1990. O Art. 227 da Constituição Federal prevê que cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, e o ECA considera a criança e o adolescente sujeitos de direito e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. O ECA também alinha a parceria entre profissionais de saúde e do campo da defesa dos direitos como de suma importância para a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes e para garantia de acesso aos serviços e às ações de saúde e de saúde mental de qualidade na rede do SUS (Ministério da Saúde, 2014).

Cabe incluir que o SUS, por meio da sua Lei Orgânica 8.080/1990 e 8.142/1990 e de suas diversas políticas, assumiu responsabilidades sanitárias voltadas às crianças e adolescentes e suas famílias. No que concerne às políticas destinadas às crianças e adolescentes, há que se observar o princípio de proteção integral e a necessidade de que todos os serviços e pontos de atenção disponíveis na rede façam o acolhimento das necessidades e as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população (Ministério da Saúde, 2014). “No Brasil é fato recente o reconhecimento pelas instâncias governamentais de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do SUS, o que historicamente eram delegadas aos setores educacional e de assistência” “com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais” (Couto, 2008; 2015).

Assim, Couto (2015) refere que, para crianças e adolescentes, a Reforma Psiquiátrica não trouxe a superação do modelo hospitalar, mas sim a superação da desassistência de cuidados. “Configura-se para a Reforma, portanto, um percurso distinto dos adultos, mesmo que equivalente no que diz respeito à necessária inscrição de princípios e diretrizes potentes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade” (Couto, 2015).

Essa política de saúde mental para crianças e adolescentes emergente “Requer novo modelo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante, dirigido a novos cidadãos, sujeitos de direitos e de responsabilidades, não mais deficientes” (Ministério da Saúde, 2005).

Até o final do século XX, a população com TEA se encontrava majoritariamente excluída da abrangência da saúde mental pública brasileira. Quando ocorria, o cuidado ao paciente era oferecido pelas Secretarias da Educação, Assistência Social, por instituições de caráter filantrópico ou em serviços de associações de familiares. “Em São Paulo, algumas crianças e adolescentes com autismo recebiam tratamento em serviços-ilha, fracamente integrados aos demais equipamentos de seu território, enquanto outros indivíduos eram acompanhados em ambulatorios tradicionais, cuja abordagem era predominantemente medicamentosa. Muitos outros, ainda, permaneciam simplesmente sem qualquer atendimento” (Lima et al., 2014).

Dentre as ações prioritárias da III Conferência Nacional de Saúde Mental a serem desenvolvidas no âmbito do SUS para uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, destacamos a criação de dispositivos de atenção psicossocial seguindo a lógica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com a Portaria 336, de 2002, cria-se a principal estratégia da reforma psiquiátrica: os CAPSs. “Os CAPSs são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas em busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico” (Ministério da Saúde, 2004).

No contexto da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, os “CAPSs são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, cujas ações devem obedecer ao modelo de redes de cuidados, de base territorial e atuação transversal com outras políticas

específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (Ministério da Saúde, 2004).

Para a população infantojuvenil, então, criou-se o CAPSi. O CAPSi é um “serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente e estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, os psicóticos, neuróticos graves e todos aqueles indivíduos que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (Ministério da Saúde, 2004).

As atividades desenvolvidas nos CAPSis são voltadas ao desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia, deverá ser composta por: um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); cinco profissionais de nível médio (técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Couto et al. (2008), “os CAPSis são a principal ação brasileira de intervenção em saúde mental para crianças e jovens com transtornos mentais severos e persistentes, visto responderem à demanda de ampliação do acesso ao tratamento para casos que, até então, encontravam-se aquém do alcance do sistema formal de saúde mental (como os casos de autismo), ao mesmo tempo em que visam a melhorias no conhecimento clínico-epidemiológico e sobre a organização de serviços no campo da saúde mental infantojuvenil”. Vale ressaltar que a montagem de serviços multiprofissionais, de base comunitária e mais especializados para tratamento de jovens com transtornos mentais, vem sendo reafirmada internacionalmente.

Yassuí (2006) apresenta a ideia de compreender o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência, concretizada pela organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, e que não se limita ou se esgota em sua implantação como um serviço de saúde.

O CAPS é um “equipamento ordenador da rede, por isso jamais se pretendeu que todo paciente seja acolhido e tratado em um CAPS com renúncia a qualquer outro serviço. O CAPS vai acolher, problematizar, absorver algumas delas e vai encaminhar outras, acompanhando o encaminhamento como um ato seu, pelo qual é responsável, vai convocar vários setores e instâncias do território além de outros equipamentos de saúde mental e de saúde, vai chamar outras redes educacional, assistencial e jurídica” (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2003, um ano após a Portaria de criação dos CAPS, foi realizada uma pesquisa, relatada por Hoffman et al. (2008), caracterizando os usuários e serviços prestados por CAPSis. Foram levantados dados dos registros de sete CAPSis habilitados, no Brasil, durante todos os meses do ano do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Dos sete CAPSis habilitados, quatro encontravam-se na região Sudeste, dois na região Sul e um na região Centro-Oeste. No total foram atendidas 1.456 pessoas, sendo que 62,8% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 11,1 anos. O número de atendimentos anual foi de 238 pessoas. Com relação ao diagnóstico, 44,5% estavam no grupo de Transtornos do Comportamento (F90-F98), 19,8% apresentavam Transtornos Neuróticos (F40-F49) e 14,2% estavam nos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-F89). O tempo médio entre a primeira consulta e a última foi de 5,39 meses. Apesar de a pesquisa relatar compatibilidade com as normas e a literatura, um elevado número de problemas de habilidades escolares colocava a necessidade de investimento na articulação e discussão com os profissionais da educação com a finalidade de reduzir os encaminhamentos. A pesquisa também refere a necessidade de maiores informações sobre aspectos sociais e história de vida, comorbidades, interação com outras redes de atenção a fim de enriquecer as análises.

Em 2003 é promulgada a Portaria 1.946, que cria o grupo de trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, destinado a analisar o diagnóstico da situação de atendimento psicossocial de crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área. Esse fórum deve funcionar como espaço de articulação intersetorial (Ministério da Saúde, 2003).

Então, em 2004, a Portaria 1.608 (Brasil, 2004) constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, favorecendo um momento de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para essa área, consolidando a proposta do grupo de trabalho de 2003. O Fórum também foi responsável por estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo de atenção à saúde mental infantojuvenil, promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população, além de favorecer a produção de conhecimento e dados que subsidiaram as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos daquela gestão, incorporando, assim, as diretrizes do ECA (Ministério da Saúde, 2004).

Couto et al. (2008) apontam uma defasagem evidente entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela, em todos os países no mundo, sendo especialmente significativo nos países em desenvolvimento. A principal finalidade da política pública em saúde mental infantojuvenil é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades das crianças e adolescentes. “Duas ações principais estão em implantação no SUS nos últimos anos: os CAPSis e a construção de estratégias para articulação intersetorial de saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescente como saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos com vistas à integralidade do cuidado” (Couto et al., 2008).

Em uma pesquisa com seis municípios de Minas Gerais, os discursos de gestores e coordenadores de práticas em promoção de saúde revelaram que há reconhecimento sobre a necessidade de ações intersetoriais para potencializar os resultados. “A intersetorialidade é entendida como uma estratégia para resolver problemas que extrapolam o âmbito da atuação setorial e é referida como uma política proposta para orientar e organizar a promoção da saúde nos municípios cenários” (Silva et al., 2014).

São afirmadas no panorama internacional a criação e a necessidade de uma rede articulatória, que abarque serviços de qualidade, reverberando desde

aos mais até aos menos especializados e sob fundamento intersetorial, formando um *continuum* de resposta para efetividade do cuidado em saúde mental infantil e juvenil (Couto et al., 2008).

No que diz respeito à intersectorialidade no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, o principal problema parece residir na presença desarticulada dos serviços oferecidos e não na ausência absoluta de recursos. “Tal trama não se reduz à simples presença de serviços: mas efetiva-se, somente, quando uma linha de ação comum vem a ser pactuada, aplicada e mantida entre diferentes programas. O esforço se concentra em encontrar uma direção comum, no vasto mundo das diferenças setoriais, sob a perspectiva das necessidades da saúde mental” (Couto et al., 2008). Essa rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental no município. Uma rede se conforma à medida que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (Ministério da Saúde, 2005).

Carvalho (2009) afirma que, no Brasil, a intersectorialidade é apontada como caminho para mudança do modelo assistencial, no entanto permanecem obstáculos referentes à operacionalização das práticas intersectoriais no cotidiano dos serviços. Andrade (2006) afirma que, apesar do consenso sobre as virtudes da intersectorialidade, persistem dúvidas quanto às formas de planejar, organizar, avaliar e gerir tais intervenções em colaboração.

Buscando uma melhor compreensão e reflexão, em 2005, o Ministério da Saúde lança um documento intitulado Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, no qual aborda princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Dentre os pontos importantes, esse documento contempla: criança e adolescente como sujeito de direitos, acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente de rede, território e intersectorialidade. “Não há banco de intersectorialidade congelado. Cada situação-problema ou território irá demandar uma resposta diferente de articulação, adquirindo seu DNA próprio” (Mendes, 2007).

Reis et al. (2013) afirmam que “A proposta de rede implica uma nova forma de organização do trabalho e da assistência, estabelecem-se relações horizontais entre os diversos recursos que a compõem, o que todavia não impossibilita a existência de funções específicas. Dessa forma, ela estimula que

os múltiplos agentes compartilhem responsabilidades e saberes ampliando o olhar sobre as mesmas questões, acolhendo a pessoa que sofre e considerando suas complexas necessidades”. O elo básico entre os integrantes de uma rede é a comunicação (Whitaker, 1993; in Reis et al., 2013).

Com a Política Nacional de Humanização da Saúde, do Ministério da Saúde, de 2007, propõem-se mudanças organizacionais do SUS. Ela traz o conceito de clínica ampliada como instrumento para o trabalho clínico além de pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial de saberes. Traz o sujeito como parte integrante de seu Projeto Terapêutico Singular e insere a Atenção Básica não mais como um equipamento que encaminha, já que ela compartilha, ficando ainda responsável pelos sujeitos de seu território.

Yassuí e Rosa (2008) remetem a um novo paradigma, que situe a saúde mental no campo da saúde coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandem uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado.

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2009) referem novas propostas de prática, levando em conta outras dimensões além da biológica: estilos de vida, meio ambiente e sistema de saúde; produção da saúde como processo de produção social a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Reafirmam a atenção básica como porta de entrada e que sua articulação com a saúde mental deve contemplar: apoio matricial das equipes de saúde mental às equipes de ESF, priorização da saúde mental na formação das equipes de atenção básica e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica.

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (apud Cavalcante et al., 2012) apresentam essa relação entre atenção básica e atenção especializada: “como sujeito em desenvolvimento, a criança pode ser bem sensível ao trabalho da Atenção Básica, que possibilita duas atividades primordiais em saúde mental: a promoção da percepção de sinais de sofrimento psíquico e, a partir daí, a escuta qualificada; e, a proposta de acompanhamento na UBS ou encaminhamento dos usuários

para serviços especializados”. Cavalcante no mesmo estudo considera que, apesar dos avanços históricos, a criança ainda tem pouca visibilidade no cenário da saúde mental, os profissionais apresentam dificuldade em lidar com problemas de saúde mental em crianças, e muitas vezes esse cuidado tem implicado a centralização na medicalização.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental intersetorial, em junho de 2010, teve como tema “Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, na qual a saúde mental na infância e juventude foi tratada como agenda prioritária para atenção integral e intersectorialidade. Ratificou-se a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico através da estruturação de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental, com base comunitária e fundamento intersectorial, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade e sob a égide do ECA, da Lei 10.216, dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS. Reafirmou a função do CAPSi como ordenador da demanda de saúde mental infantil e juvenil e trouxe a proposta da implantação de projetos piloto (proposta 571), com objetivo de avaliar a efetividade da articulação entre a área da saúde e da educação no cuidado continuado de pessoas com autismo maiores de 18 anos, e de outros usuários adultos anteriormente atendidos em serviços de saúde mental infantis e juvenis.

A construção teórica e legal ainda não correspondia à prática. Favero-Nunes e Santos (2010), em pesquisa em duas instituições especializadas de dois municípios paulistas para verificar o itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com TEA, referem “em relação à atenção em Saúde Mental é necessário repensar as políticas de cuidado e a organização dos serviços do ponto de vista das necessidades dos usuários, aproximando-se da realidade por ele vivenciada quando busca resolver seu problema”.

Teixeira et al. (2010) relatam, em sua revisão da literatura científica sobre o TEA, que existe uma demanda urgente por evidências que contribuam para o desenvolvimento de programas de identificação e intervenção do TEA no Brasil. Os autores afirmam que a elaboração de políticas públicas de saúde depende

de resultados advindos de estudos com rigor metodológico, que devem ser divulgados por meio de revistas científicas nacionais e internacionais de qualidade. Os dados dessa revisão revelam que a diminuta produção científica de pesquisadores brasileiros não corresponde à significativa demanda real do país.

Um estudo de Ronchi e Avellar (2010), com 51 prontuários em um CAPSi de Vitória/ES, revelou que, no primeiro ano de funcionamento desse CAPSi, foram atendidos 162 crianças e adolescentes, 33 estavam ainda em avaliação, 60 usuários foram encaminhados ou desligados por não serem elegíveis e 13 foram acolhidos, mas não deram continuidade. Dos prontuários analisados, 60,8% foram do sexo masculino e 39,2% do sexo feminino. A média de idade foi de 10,9 anos. Destes, 35% foram encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS); 13,7% pela Assistência Médica Ambulatorial (AMA); 11,8% por demanda espontânea; 9,8% pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); e 7,8% pela escola. Segundo os diagnósticos, foram encontrados: 7,8% sem nenhum diagnóstico; 29,4% – Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais (F90-F99); 27,5% – Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-F89); 19,6% – Esquizofrenia (F20-F29); 13,7% – Retardo Mental (F70-F79); e 2% – Transtorno de Personalidade (F60-F69). Dos 51 prontuários analisados, 48 pacientes faziam uso de medicamentos.

Na perspectiva da necessidade de acolher a demanda em saúde mental de forma intersetorial, promulga-se Portaria 3.088 (2011), que institui a RAPS, que compartilha dos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e das políticas de desinstitucionalização. A RAPS se baseia nos princípios de *Quality Rights* (instrumentos da Organização Mundial da Saúde – OMS, baseados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que fornecem aos países informações práticas e ferramentas para avaliar e melhorar os padrões de qualidade e direitos humanos nas unidades de saúde mental e assistência social) associando a qualidade de serviços com a garantia de direitos cujo foco se encontra em direitos humanos como base para todas as ações; melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental; educação de usuários, famílias e profissionais de saúde para entender e fazer valer os direitos humanos nessa área; apoio à colaboração mútua dos usuários e da sociedade

para influenciar as decisões políticas e disseminação dos princípios de boas práticas e direitos humanos. A RAPS também regula e organiza as demandas e os fluxos assistenciais e torna possível monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Ministério da Saúde, 2014).

Com o objetivo de auxiliar na criação da rede de cuidados do paciente e dos familiares, fortalecendo a construção de uma humanidade possível das pessoas com transtornos mentais, em 2011, o Ministério da Saúde publicou um Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. O processo matricial abre oportunidades para organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, fazendo uso de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência, no caso, as equipes de ESF (Ministério da Saúde, 2004). Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade (Ministério da Saúde, 2005). Porém, “A lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, bem como a hegemonia do modelo biomédico e a consequente fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano”, segundo pesquisa realizada por Delfini e Reis (2012) em cinco regiões da cidade de São Paulo.

Em uma pesquisa abrangente de banco de dados de pesquisas científicas, livros e documentos nacionais e regionais e outros documentos de política relacionados à saúde mental, Paula et al. (2012) revelaram em seus achados nos nove CAPSis credenciados da cidade de São Paulo um padrão de diagnósticos principais: F84, F88 e F89 de 28,8%; F90 de 14,7%; e Transtorno de Humor Afetivo (F30-F39) de 11,4%. Revalidam que “são necessárias alternativas para reduzir o ônus da doença entre crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. Os serviços existentes, principalmente as unidades de atenção primária são recursos alternativos em potencial”.

Nesse mesmo ano, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo lança a Cartilha dos Direitos das Pessoas com Autismo, diante da falta de um padrão de atendimento no estado de São Paulo. Determinou-se que diagnósticos e encaminhamentos devem ser realizados a partir da rede de serviços disponíveis em cada município, assim que forem notados os primeiros sinais de risco para o

desenvolvimento infantil. Nesses casos, o médico deve encaminhar, o quanto antes, a criança para avaliação de uma equipe de profissionais especializados no serviço de referência do seu município, que pode ser um CAPSi, APAE, ou outras organizações especializadas ou outros serviços públicos disponíveis em seu território (Escola da Defensoria do Estado, 2011).

Em conformidade com o ocorrido no Brasil, um estudo realizado por Marques e Dixe (2011) relata que as maiores necessidades inventariadas pelos pais de crianças e jovens com autismo são: a falta de informações sobre os serviços (médicos e de segurança social) de que o filho possa vir a beneficiar-se e a necessidade de ajuda para discutir os problemas e encontrar soluções.

Ao lado da RAPS, começa a se fortalecer, no Brasil, o movimento das pessoas com deficiência pela garantia também de seus direitos. O Decreto 7.612, de 2011, institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Plano Viver Sem Limites, com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. São consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condição com as demais pessoas.

Esse Plano foi uma afirmativa da Portaria 1.060, de 2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa “portadora” de Deficiência, e do Decreto 6.949, de 2009, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinado em 2007. Esse decreto traz dentre os princípios gerais o respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade. “Os Estados-Partes tomarão todas as medidas para assegurar o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as demais crianças. Os serviços de Habilitação/Reabilitação devem começar o mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multiprofissional das necessidades e pontos fortes de cada pessoa”.

A OMS em 2011 referiu que 1 bilhão de pessoas viviam com deficiência no mundo, ou seja, uma em cada sete pessoas tinha uma deficiência, sendo que 80% dessas pessoas viviam em países em desenvolvimento (OMS, 2011). Segundo o Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2006 havia 150 milhões de crianças e adolescentes com deficiência no mundo.

Então, a Portaria 793, de 2012, institui a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, que traz como diretrizes importantes: promoção da equidade; garantia de acesso de qualidade aos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e organização dos serviços em rede de atenção regionalizada intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Dentre os equipamentos dessa rede, além da atenção básica, temos os serviços especializados denominados CERs. Em 2017 havia 187 CERs habilitados (Rocha et al., 2019).

Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência, após a entrada em vigor da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD), a deficiência é, cada vez mais, considerada uma questão de direitos humanos, importante questão de desenvolvimento, cujas medidas socioeconômicas se encontram pioradas por seus efeitos deletérios e acumulativos. As recomendações do relatório devem permanecer válidas até o ano de 2021, quando serão revistas. Ele traz reflexões que pensam a deficiência como parte da condição humana e propõe a transformação do modelo médico para um modelo social. Os sistemas que devem proteger, em diversas ocasiões acabam podendo se tornar obstáculos. Embora sem a intenção de discriminar, indiretamente o sistema pode vir a excluir as pessoas com deficiência, se não levar em consideração suas peculiaridades dentro de uma ampliação do conceito do “normal”. Pesquisas realizadas apontaram que as necessidades de suporte – tanto as atendidas quanto as não atendidas – são importantes para as políticas e programas públicos. As necessidades de suporte não atendidas podem estar relacionadas ao treinamento e facilitação do indivíduo à oportunidade de realizar suas atividades diárias, preservar seus cuidados pessoais, ter acesso a cuidados e equipamentos específicos, direito à educação,

emprego, atividades sociais e modificações nas suas casas ou em seus locais de trabalho (OMS, 2012).

Ainda nesse Relatório, diz-se que os governos podem melhorar as condições de saúde das pessoas com deficiência melhorando o acesso a serviços de assistência médica de qualidade e economicamente acessíveis, fazendo um uso mais responsável dos recursos disponíveis.

Com relação à saúde mental, o Relatório aponta que, para aumentar o acesso dos portadores de doenças mentais aos serviços, é necessário reforçar os sistemas de assistência comunitária. Isso deve incluir mais integração entre assistência e saúde, primeiramente desestimulando a internação especial em hospitais psiquiátricos, para, concomitantemente, fortalecer a assistência mental ambulatorial utilizando equipes móveis e de acompanhamento.

A publicação do Relatório Mundial sobre a Deficiência resultou em grandes mudanças na política de saúde em diversos cenários, evidenciou os desafios inerentes à diversidade nacional e, conseqüentemente, apresentou desafios inerentes ao planejamento e prestação de contas/serviços.

Para atender a esse contexto, a Lei Federal 12.764, de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e o Decreto 8.368, de 2014, que a regulamenta, incluiu as pessoas com TEA como pessoas com deficiência para efeitos legais. O documento afirma que as pessoas com TEA têm direito a diagnóstico e tratamento precoces por equipe multiprofissional, nutrição e medicação adequadas, informações sobre alternativas e opções de tratamento, acesso à educação adequada e treinamento profissional sempre que possível, assim como moradia protegida sempre que necessário. A lei traz, como algumas das diretrizes: a intersetorialidade no desenvolvimento das ações, a participação da comunidade na formulação de políticas públicas e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação. Começamos então a pensar o TEA como uma deficiência, além do pensamento já construído historicamente de transtorno psíquico.

No ano seguinte, em 2013, a fim de colaborar no atendimento às pessoas com TEA, o estado de São Paulo lançou um Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamentos de Pacientes com Transtorno do Espectro

Autista (TEA). Esse documento, além de discorrer sobre os aspectos de identificação do TEA, considera que os locais de atendimento de saúde devem ser utilizados conforme o grau de prejuízo psicossocial que o paciente apresenta, em seus níveis de especificação e complexidade. Casos de menor gravidade devem ser mantidos em tratamento pelas UBSs, ESFs e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), enquanto os CAPSs realizam matriciamento dos casos no território. Esse Protocolo também promove a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos direitos humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Ainda em 2013, a Portaria 962 criou o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com TEA no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com TEA no âmbito do SUS.

Como resultado desse impasse entre deficiência-reabilitação e transtorno psíquico-atenção psicossocial, em 2014 foi lançado um documento do Ministério da Saúde intitulado Diretrizes de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Esse documento revela um breve histórico dos conceitos de autismo e TEA e afirma-se que uma das principais razões da abordagem descritiva dos sistemas de classificação psiquiátrica utilizados atualmente é que existe muito pouco conhecimento sobre os transtornos mentais. As classificações diagnósticas são consideradas ferramentas valiosas para a sistematização da experiência clínica e dados de pesquisa, pois facilitam a comunicação entre os profissionais e contribuem para o planejamento e a organização dos serviços e tratamentos oferecidos. No entanto, a classificação deve ser considerada uma diretriz fluida, sempre aberta a refinamentos e mudanças, sendo utilizada apenas no contexto de um processo diagnóstico contínuo e complexo, considerando como prioridade o indivíduo em si, não o transtorno que ele apresenta (Ministério da Saúde, 2014). O exercício do fonoaudiólogo no âmbito do cuidado aos pacientes com TEA é claramente enfatizado no capítulo sobre diagnóstico precoce e identificação de fatores de risco, sendo a falta de iniciativa na expressividade comunicativa apontada como

um importante alerta a esse profissional. Sinais precoces, como esse, são muito sensíveis a distúrbios de comunicação e interação, mas não específicos do TEA; portanto, a participação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar de diagnóstico é essencial.

Algumas questões especificamente relacionadas às características da comunicação verbal e não verbal são descritas como um alerta para as manifestações a que os pais e profissionais devem estar atentos. A descrição do diagnóstico diferencial possível inclui comprometimentos específicos da linguagem e perda auditiva severa. As orientações para intervenção enfatizam a necessidade de integração da equipe multidisciplinar (Fernandes et al., 2014).

O documento de Diretrizes ainda acrescenta que, além dos processos de cuidado à saúde no contexto da atenção especializada que tencionam responder às especificidades clínicas, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, dispostos a acolher e responder às necessidades gerais de saúde das pessoas com TEA, o que inclui o acompanhamento (básico e especializado) tanto da equipe de habilitação/reabilitação quanto do médico, odontólogo e saúde mental, sempre que se fizer necessário. É de extrema importância que os cuidados de saúde da pessoa com TEA sejam pensados para existir ao longo da vida dos indivíduos, articulados nas ações e progressos conquistados nas áreas da proteção social, da educação, do lazer, da cultura e do trabalho para o cuidado integral, assim como enfoquem ao máximo as capacidades de autonomia e independência nas atividades de vida diária desses indivíduos e de suas famílias.

Em 2014, o Ministério da Saúde lançou um documento recapitulando as recomendações e eventos significativos de 2005 a 2012 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Dentre as proposições, surgiu a garantia do cuidado integral em saúde para crianças e adolescentes com autismo em todos os pontos de atenção das redes de atenção à saúde, sendo recomendado que as ferramentas utilizadas no cuidado às pessoas com autismo se baseiem nos princípios da saúde mental infantojuvenil, sem se restringirem a uma única abordagem. Reafirma que os CAPSis atendam às pessoas com autismo e suas famílias, e que esse cuidado também deve incluir todos os demais pontos da RAPS.

A questão da necessidade da rede de cuidados é também abordada no Reino Unido, quando um estudo, realizado por Pellicano (2014), com autistas mostrou que, nas últimas décadas, os projetos financiados concentraram-se na ciência básica (sistemas neurais e cognitivos, genética e outros fatores de risco), quando deveriam concentrar-se em pesquisas que auxiliem o dia a dia, identificar os serviços públicos eficazes e intervenções baseadas em evidências, desenvolver programas para melhorar habilidades de vida, sobre a estrutura de pensamento e do aprendizado em pessoas autistas, assim como compreender o lugar dessas pessoas na sociedade.

Sobre a intersectorialidade, ainda observamos um estudo nas publicações acerca do CAPSi do estado de São Paulo, realizado por Zaniani e Luzio (2014), que, através de registros de prontuários, concluíram significativa ausência de registros de atendimentos nos prontuários, e os existentes apontam que as ações “estão centradas no interior dos serviços pesquisados e não revelam práticas extramuros, tais como as visitas domiciliares que são incipientes”.

Teixeira e Jucá (2014) realizaram uma pesquisa com 480 pacientes de um CAPSi no município de Salvador/BA e relataram que 134 apresentavam Transtorno Global do Desenvolvimento e 2,9% apresentavam suspeita de TEA. Das queixas, 13,1% vinham das famílias, psiquiatras de outras instituições, das quais 0,4% eram de autismo. A maior porcentagem de atendimentos, 72%, eram de usuários do sexo masculino. Dentre os pacientes com diagnóstico do Transtorno Global do Desenvolvimento, 84% eram do sexo masculino, 46% eram de autismo, e estavam na faixa de 4 a 9 anos de idade, 53,72%. Do total de usuários, 68% já frequentaram ou frequentam outra instituição simultaneamente.

O número de CAPSi no Brasil passou de 75 em 2006 para 201 em 2014 (Ministério da Saúde, 2015).

Retomando o impasse entre deficiência e transtorno psíquico, em 2015 o Ministério da Saúde lançou outro documento, intitulado Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, reafirmando a garantia de direitos das pessoas com TEA e seus familiares, do desenvolvimento do trabalho em rede intersectorial, assim como a interação com os sistemas de

garantia de direitos. Suas diretrizes originais visam oferecer orientação às equipes multiprofissionais sobre o cuidado à saúde das pessoas com TEA e suas famílias, no contexto da atenção à saúde das pessoas com deficiência, assim como fornecer uma breve revisão sobre conceitos e descrições de TEA, das experiências pioneiras da agenda política de saúde e dos sinais de alerta precoce e ferramentas para diagnóstico precoce. O documento forneceu, adicionalmente, instruções específicas sobre as primeiras entrevistas, avaliação e aconselhamento dos pais, incluindo os cuidados visando à integralidade, inseridos em uma rede ampla de serviços de saúde mental, caracterizada por uma imensa complexidade de demandas. A articulação de dispositivos além da saúde garante maior resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com TEA e suas famílias.

A perspectiva de linha de cuidado reafirma os princípios para a organização dos pontos de atenção da RAPS e subsidia estratégias para a ação, o que inclui a tomada de decisões sobre os caminhos a serem percorridos para que se alcance a atenção qualificada, visando à garantia da produção do cuidado continuado, comunitário/territorial, incluindo a atenção básica e o acesso à complexa densidade tecnológica.

Ambos os documentos, Diretrizes de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, assinados por áreas técnicas distintas do Ministério da Saúde, refletem a discussão entre as linhas de reabilitação e saúde mental no TEA, que ocorre em nível mundial – muito mais no campo da legitimidade do que no campo epistemológico ou clínico. Segundo Oliveira et al. (2017), “Foram dois grupos distintos que historicamente desenvolveram suas ações de maneira simultânea, mas em paralelo: de um lado, o grupo composto, em sua maior parte, por trabalhadores e gestores do campo da Atenção Psicossocial, além de partidários da Reforma Psiquiátrica, integrantes das ações diretamente ligadas à política pública de saúde mental no SUS. De outro, as associações de pais e familiares de autistas que começaram a construir suas próprias estratégias assistenciais para os filhos, em um período

do século XX, os anos 80, marcado pela lacuna de recursos públicos destinados ao atendimento dessa clientela”.

Diante desse contexto histórico, surgiu a Lei Federal 13.146, de 2015, que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) da Pessoa com Deficiência, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, com base na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 186, de 2008. O artigo 15, item IV, reforça a ideia da oferta de serviços articulados com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência. A LBI veio mostrar que a deficiência está no meio que a circunda, não sendo endógena à pessoa que a manifesta diretamente.

Um estudo no município de Campinas/SP, realizado por Teixeira et al. (2015), mostrou uma grande reestruturação dos dois equipamentos de saúde mental infantojuvenil da cidade que passaram a atuar como CAPSis. Os pesquisadores analisaram 120 prontuários selecionados, verificando que, antes da reestruturação, 67,5% indicavam abandono ou 20% encaminhamentos para outros serviços, e após a reestruturação houve um aumento expressivo de usuários com projeto terapêutico em andamento, 55%; e diminuição significativa do abandono, 37,5%. Após essa reestruturação também verificaram a maior presença da atenção básica, enfatizando a importância desta na ampliação do acesso, maior proximidade entre os serviços e a população, bem como o caráter menos estigmatizante que apresenta na busca por cuidado, quando comparada aos serviços específicos de saúde mental infantojuvenil. O estudo mostrou uma baixa presença da educação na origem dos encaminhamentos, um predomínio do sexo masculino e de adolescentes. Aponta para a necessidade de uma maior regularidade e qualidade de dados nos registros e informações geradas pelos serviços de saúde mental de criança e adolescente e pela rede intersetorial. “Sem uma base consistente de registros, a possibilidade de análise, a avaliação dos efeitos produzidos pelas diretrizes atuais ficará comprometida” (Teixeira et al., 2015).

Outra pesquisa realizada por Ebert et al. (2015) sobre percepções e trajetórias de mães com crianças com TEA mostrou que as famílias dessas crianças necessitam realizar constantes mudanças na rotina de vida para

atender a criança. A lacuna de estudos existente no Brasil para analisar a busca terapêutica dessas famílias permanece desconhecida, o que pode impedir uma atenção planejada, voltada às demandas e necessidades da criança e suas famílias. Reforça a importância da instrumentalização dos enfermeiros e pediatras da atenção primária na detecção precoce dos sintomas do autismo. O resultado dessa pesquisa indica que as mães enfrentam dificuldades nas trajetórias percorridas em busca do diagnóstico do filho, peregrinam pelos serviços de saúde, passam por diversos profissionais e, em muitos casos, a confirmação diagnóstica ocorre tardiamente.

Um estudo sobre a satisfação de familiares com atendimento oferecido por um CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, realizado por Thiengo et al. (2015), com 120 familiares, revelou que, no CAPSi em estudo, 40,2% apresentavam o diagnóstico de autismo; a média de tempo de serviço era de 40,7 meses; classe econômica C, 62,7%; e a média de idade dos pacientes era de 11,6 anos. As queixas apresentadas foram: 8,8% – falta de atendimento individual aos pacientes; 7,8% – falta de infraestrutura; 37,3% acreditavam que o serviço poderia ser melhorado.

Gomes et al. (2015) realizaram uma pesquisa de revisão dos desafios familiares das pessoas com TEA e suas estratégias de enfrentamento. A pesquisa relata que os principais fatores responsáveis pela sobrecarga emocional aumentada dos pais dessas crianças foram classificados em seis categorias: postergação diagnóstica, dificuldades de lidar com o diagnóstico e com os sintomas, deficiente acesso ao serviço de saúde e apoio social, escassez de atividades de lazer e educacionais, situação financeira e preocupação com o futuro.

Em outro estudo, Garcia et al. (2015) mostram 208 CAPSis em funcionamento no Brasil até abril de 2014, distribuídos em 23 das 27 unidades federativas. Os CAPSis representavam 7,8% do total de CAPSs, com 52,9% deles localizados no Sudeste. A média de atendimento foi de 32.240 usuários/mês, porém atendiam de 0,72% a 1,32% da demanda somente. Dos atendimentos, 65,8% concentravam-se em três grupos de diagnóstico: 29,7% nos transtornos do comportamento e transtornos que habitualmente aparecem na infância (F90-F98); 23,6% nos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico

(F80-F89) e 12,5% no Retardo Mental (F70-F79). Os autores desse estudo concluíram que a rede CAPSi é ainda insuficiente e desigualmente distribuída, sendo um serviço público predominantemente municipal.

Em 2015, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) lançou um documento intitulado “Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS-Sistema do CFFa 25 anos do SUS: a Fonoaudiologia na luta pela integralidade da atenção à saúde”, em que reforça a mudança de paradigma da concepção da saúde para além da biomédica, inclui os determinantes sociais e a incorporação dos vários profissionais, entre eles o fonoaudiólogo. “A fonoaudiologia na equipe mínima dos CAPSis contribui não apenas na ampliação do acesso aos serviços de fonoaudiologia mas também, em conjunto com outros profissionais da equipe multidisciplinar, na prestação do cuidado necessário à saúde global do usuário”. Esse documento lembra que CAPSi não tem intervenção clínica, e sim uma abordagem focada nos aspectos psicossociais, trabalhando o usuário dentro do contexto de suas relações comunitárias, e a fonoaudiologia, nesse espaço, não realiza reabilitação (terapia propriamente dita). Nos atendimentos individuais ou em grupo, baseia-se promover momentos que estimulem o desenvolvimento da comunicação oral, e ao ser identificado algum distúrbio de comunicação, insere-se no projeto terapêutico a necessidade de reabilitação fonoaudiológica e se realiza encaminhamento à rede especializada.

Em 2016, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde e o Cuidado da Pessoa com TEA no SUS pelo Ministério da Saúde, baseada no Plano Viver sem Limites e outros documentos nacionais e internacionais já citados como marcos nesta revisão. Dentre esses cuidados, destacamos: acompanhamento do desenvolvimento infantil, identificação precoce, ampliação da rede para diagnóstico diferencial, tratamento, habilitação/reabilitação e projeto terapêutico devem considerar as especificidades e necessidades de cada pessoa com TEA, incluindo o desenvolvimento da linguagem, ampliação das capacidades funcionais, interação social e tratamento medicamentoso.

Em 2016, a Lei 13.257 altera a Lei 8.069 e dispõe sobre políticas públicas para a primeira infância, e em seu artigo 21 é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e adolescente, por intermédio do SUS, respeitando o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para

promoção, proteção e recuperação da saúde. No parágrafo terceiro, refere que profissionais atuantes no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.

Lima et al. (2017), em seu artigo *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes com Autismo nos CAPSis da região metropolitana do Rio de Janeiro*, retomam outras pesquisas sobre o TEA, como de Viviane e Rabello (2012), que relatam a ausência de iniciativas de detecção precoce e constante peregrinação das famílias em busca de diagnóstico e tratamento. Lima et al. (2014) apontam a lacuna da ausência de estudos avaliativos de serviços comunitários. Nesse estudo também retomam uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Autismo (ABRA), que investigou serviços de atendimento ao TEA públicos ou não, durante os anos de 2011 e 2012; e das 106 instituições pesquisadas, 40 atendiam somente autismo, e a maior porcentagem de atendimento estava na faixa etária de 6 a 12 anos de idade (35,73%). Na pesquisa desse artigo, foram analisados 14 CAPSis da região metropolitana do Rio de Janeiro, em 2011, através de questionários; encontrando 2.213 usuários em atendimento regular, 35% eram autistas (aponta achado maior que outras pesquisas), maior faixa etária de atendimento era de 10 a 19 anos (64%), 81% eram do sexo masculino e 80% estavam no serviço há mais de 12 meses. Relata falta de informação sobre usuários autistas residentes em áreas de ESFs (42%), e referiu poucas parcerias intersetoriais no território para inclusão. A pesquisa conclui que se necessita de um maior investimento na produção de dados qualificados que auxiliem avaliações coletivas para melhoria da assistência. “A relevância adquirida pelo tema autismo nas últimas décadas exige do campo da atenção psicossocial a definição de estratégias claras tendo na intersectorialidade um princípio de ação e na figura do CAPSi a peça fundamental de sua implementação e desenvolvimento”.

Portolese et al. (2017) fizeram um estudo do mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com TEA no Brasil, e encontraram, considerando a estrutura atual do SUS, que o tratamento às pessoas com TEA acontece principalmente nos níveis da atenção básica e da atenção

especializada. A atenção básica teria o papel de realizar a identificação e o manejo dos casos, já a atenção especializada dos CAPSis é responsável não só pelos cuidados clínicos, mas também por gerenciar a rede ampliada pautada na intersetorialidade e na corresponsabilidade. Os autores trazem que os serviços do SUS não são estruturados com base em transtornos específicos, o que de um lado evita a estigmatização, mas, por outro lado, mostra uma ausência de tratamentos específicos e a dificuldade de identificar as características da população de TEA, quantos são e onde estão. Nesse mapeamento, identificaram 650 instituições em todas as regiões do Brasil, sendo que o maior número se encontra nas regiões Sudeste e Sul, 431 no estado de São Paulo, 35 no Rio de Janeiro, 24 em Minas Gerais e 39 no Rio Grande do Sul. O maior número de instituições, 33,6%, é formado pelas APAEs, seguidas pelos CAPSis, 30,9%, e destaca-se a cobertura das Organizações Não Governamentais (ONGs), 28,3%. A pesquisa conclui que o número de instituições de atendimento a pessoas com TEA é insuficiente e são distribuídas irregularmente pelo país.

Rossi et al. (2018) realizaram uma pesquisa sobre os Caminhos Virtuais e Autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da análise das redes sociais, e os resultados encontrados sugerem que as fontes virtuais originadas pelas ONGs exercem importante influência no fluxo de informações disponível virtualmente. As instituições filantrópicas vêm tendo um protagonismo na construção de políticas públicas brasileiras para o autismo e a atual divergência entre o campo da atenção psicossocial e o campo da reabilitação, o que pode dentro da rede demonstrar o afastamento do que é preconizado pelo SUS. Referida pesquisa conclui afirmando que se percebe a importância da melhor visibilidade, ocupação e apropriação dos espaços virtuais por entidades governamentais, tendo em vista sua forte influência como meio de acesso à informação.

Já uma pesquisa de Rocha et al. (2019), que analisou o perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de TEA atendida por um CER (regional de doze cidades) de uma cidade do sul do Brasil, encontrou 1.251 usuários atendidos, sendo que 685 com suspeita de TEA na faixa etária de 0 a 12 anos. Foram desligados a pedido dos pais 10,5%; 55% tiveram alta; 0,5% não continuaram a avaliação; 5,1% receberam diagnóstico de outra instituição; e

20,3% abandonaram o tratamento. Eram do sexo masculino 83,8%, e a média de idade era de 5,47 anos. O estudo conclui que é necessário realizar uma boa triagem na atenção primária para motivar o encaminhamento para o CER. Chama a atenção a quantidade de prontuários com informações incompletas.

Araújo et al. (2019) levantam uma questão que parece ajudar na reflexão dessa rede de serviços tão almejada: “Estariam todos esses dispositivos aptos a oferecer os atendimentos de reabilitação recomendados pelo Ministério da Saúde? Por exemplo, seria o CAPS o local adequado para a oferta de intervenções com alto grau de especialização (tais como ABA, Integração Sensorial e TEACCH)? Ou algumas dessas terapias seriam oferecidas apenas no CER e Centros de Reabilitação Intelectual, enquanto atendimentos clínicos, medicamentoso e atenção psicossocial em geral aconteceriam no CAPS e CAPSi?”. O bom funcionamento da rede implica a oferta de serviços alinhados com as funções de cada instituição, considerando inclusive os recursos humanos e a infraestrutura disponíveis. Uma definição mais clara dos papéis de um desses dispositivos de rede e dos serviços por ele oferecidos poderia evitar confusões e favorecer uma melhor organização da rede por parte da gestão pública.

Segundo Cunha et al. (2011), “A reestruturação da atenção à saúde mental que pressupõe o rompimento da lógica que regia o atendimento a esta questão por mais de um século, não se altera simplesmente com a promulgação de leis, mas necessita da construção de um novo paradigma nas relações estabelecidas no cotidiano do atendimento, e, para tanto, a prática deve estar aliada a uma reflexão crítica”.

Couto et al. (2008) relatam que a existência de desafios específicos envolvidos no atendimento de saúde mental infantil e juvenil indica que apenas o conhecimento consubstanciado das particularidades dos diferentes contextos, de ações concretas realizadas pela atenção especializada e da distribuição de serviços nos diferentes setores pelo território nacional pode guiar a construção de uma política pública que proporcione efetiva melhoria do atendimento e do cuidado à infância e adolescência. Segundo a mesma autora, os desafios se encontram na necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados, aumento do número de CAPSis, assim como de ambulatorios e demais dispositivos de saúde mental, em particular daqueles

voltados para infância e adolescência, gestão territorial das demandas e da articulação dos serviços.

Finalizando, Silva e Furtado (2019) relatam que “Ampliar as possibilidades de inserção do autista no laço social, produzir autonomia, levar em consideração a singularidade e garantir direitos é uma questão complexa e que se faz necessário na rede SUS. Entretanto, restringir-mo-nos às práticas e abordagens que limitam a participação do sujeito engessam o processo de cuidado e inviabilizam a construção de uma rede viva”.

3.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Dentre todos os distúrbios de linguagem, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresenta uma alta prevalência, o que justifica o foco deste tema.

Os dados sobre prevalência têm mudado bastante, com aumento importante nos números (Lancet, 2016). Estima-se que a prevalência do TEA esteja em torno de 1,5% da população mundial, sendo mais comum no sexo masculino. O governo dos Estados Unidos (Center for Disease Control and Prevention – CDC) divulgou, em março de 2020 (dados referentes a 2016), a atualização dos números de prevalência do TEA: 1 para cada 54 crianças de 8 anos, em 11 estados. O número anterior era de 1 para cada 59 (2018) – um aumento de 10%.

O conceito, definição e nomenclatura do TEA é uma construção histórica: iniciado no século XVIII para XIX por uma idiopatia que cobria todo o quadro de psicopatologia no campo de crianças e adolescentes; esquizofrenia infantil em 1933 por Howard Potter; e somente a partir de 1940 com Leo Kanner e Hans Asperger, que descreveriam distúrbios de um comportamento de dificuldades de relacionamentos e interação. Em 1981, Lorna Wing levaria ao fortalecimento da noção de “espectro do autismo”. Desde 1980, o autismo deixa de ser incluído entre as psicoses infantis e passa ser considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento. Com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V), em 2013 surge então a classificação como Transtorno do Espectro do Autismo, localizado no grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento (Ministério da Saúde, 2015).

O Transtorno do Espectro Autista é um termo que engloba um grupo de afecções do neurodesenvolvimento, cujas características envolvem alterações qualitativas e quantitativas da comunicação, seja linguagem verbal e/ou não verbal, da interação social e do comportamento caracteristicamente estereotipado, repetitivo e com gama restrita de interesses. No espectro, o grau de prejuízo varia consideravelmente: de pessoas que apresentam um quadro leve, e com total independência, com discretas dificuldades de adaptação, a pessoas que serão dependentes para as atividades de vida diária (AVDs) ao longo de toda a vida (DSM-V, 2013). Dessa forma, seu impacto nas famílias não é desprezível (Barbosa e Fernandes, 2009). Esses déficits estão presentes na criança desde antes dos três anos de idade, sendo que ainda não foram identificados indicadores bioquímicos e/ou anormalidades neuroanatômicas específicas associadas. Assim, o diagnóstico baseia-se em avaliações clínicas e comportamentais (Landrigan, 2010). Os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida, embora possam ser vistos antes dos 12 meses (DSM-V, 2013).

O Código Internacional de Doenças (CID-10) trazia vários diagnósticos dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD – sob o código F84), como: Autismo Infantil (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3), Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros TGD (F84.8) e TGD sem Outra Especificação (F84.9). A nova versão da classificação une todos esses diagnósticos no Transtorno do Espectro do Autismo (código 6A02 – em inglês: Autism Spectrum Disorder – ASD), as subdivisões passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual. A nova versão entrará em vigor em 1 de janeiro de 2022 (OMS, 2018).

Assim como no DSM-V, a nova CID uniu os transtornos do espectro num só diagnóstico. O TEA passou a constar na nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-11 (ICD-11, na sigla em inglês para International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), lançada em 2018 pela OMS. O documento seguiu a

alteração feita em 2013 na nova versão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, o DSM-V.

Na Figura 1 podemos acompanhar a evolução dessa classificação diagnóstica:

Figura 1 – Quadro evolutivo da classificação do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

DSM IV	DSM V	CID 10	CID 11 PARA 2022
Transtornos Globais do Desenvolvimento Transtorno Autista Transtorno de Rett Transtorno Desintegrativo da Infância (síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa) Transtorno de Asperger Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.	Transtornos do Espectro Autista (TEA) Nível 1: Grau Leve (necessita de pouco suporte) Com suporte, pode ter dificuldade para se comunicar, mas não é um limitante para interações sociais. Problemas de organização e planejamento impedem a independência. Nível 2: Grau Moderado (necessitam de suporte) Semelhante às características descritas no nível 3, mas com menor intensidade no que cabe aos transtornos de comunicação e deficiência de linguagem. Nível 3: Grau severo (necessitam de maior suporte/apoio) Diz respeito àqueles que apresentam um déficit considerado grave nas habilidades de comunicação verbais e não verbais. Ou seja, não conseguem se comunicar sem contar com suporte. Com isso apresentam dificuldade nas interações sociais e tem cognição reduzida. Também possuem um perfil inflexível de comportamento, tendo dificuldade de lidar com mudanças. Tendem ao isolamento social, se não estimulados.	F84: Transtornos Globais do Desenvolvimento F84.0 Autismo Infantil F84.1 Autismo Atípico F84.2 Síndrome de Rett F84.3 Outro Transtorno Desintegrativo da Infância F84.4 Transtorno com Hiperinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento F84.9 Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento (TID SOE).	6A02 Transtorno do Espectro do Autismo - (TEA) 6A02.0 TEA Sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com Comprometimento Leve ou Ausente da Linguagem Funcional; 6A02.1 TEA Com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com Comprometimento Leve ou Ausente da Linguagem Funcional; 6A02.2 TEA Sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com Linguagem Funcional Prejudicada; 6A02.3 TEA Com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com Linguagem Funcional Prejudicada; 6A02.4 TEA Sem Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com Ausência de Linguagem Funcional; 6A02.5 TEA Com Desordem Do Desenvolvimento Intelectual e com Ausência de Linguagem Funcional; 6A02.Y Outro Transtorno do Espectro Do Autismo Especificado; 6A02.Z Transtorno do Espectro Do Autismo, Não Especificado.

Fonte: *Autimates Brasil*. Acesso em: 23 jun. 2018.

O diagnóstico de TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com os pais e/ou cuidadores. Há instrumentos que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, eles detectam sinais de risco que podem estar relacionados ao espectro, mas não determinam o diagnóstico, como no caso do IRDI e M-CHAT (Ministério da Saúde, 2014).

Independentemente do critério diagnóstico adotado, ou da abordagem conceitual adotada, quando existe a hipótese etiológica e o critério diagnóstico envolvendo autismo infantil, a linguagem sempre se apresenta como aspecto fundamental a ser observado nessa patologia (Fernandes et. al., 2000), tanto em caráter diagnóstico como marcador de prognóstico, já que o surgimento da linguagem até a faixa dos cinco anos está diretamente relacionado com progressos comunicativos futuros. Tais afirmações ressaltam a importância do fonoaudiólogo como profissional indispensável nesses casos.

Considerando o período em que o diagnóstico é idealmente feito, cabe discutir o conceito de neuroplasticidade, que se refere à capacidade dos neurônios de reorganizar e alterar sua conectividade anatômica e funcional em resposta à informação ambiental (Desarkar et al., 2015). Segundo Losardo et al. (2016), a neuroplasticidade pode ser definida como a habilidade que o cérebro possui de reorganizar tecidos neurais a partir de dadas experiências, efeito esse mediado pelas mudanças nos circuitos neurais, processo intenso nos primeiros anos de vida de uma criança. A partir dessas considerações, é possível afirmar que uma exposição frequente e adequada a estímulos pode maximizar o potencial do cérebro de se reorganizar de maneira funcional, o que aponta diretamente para a importância da intervenção terapêutica precoce, quando em casos de hipótese diagnóstica de autismo. Lent (2015) afirma que existe um período crítico, de “janelas de oportunidades”, de desenvolvimento do cérebro e, consequentemente, de plasticidade neural, que se estende da primeira infância até os dez anos de idade. Todavia, sabe-se que, especialmente em crianças na primeira infância (seis anos de idade), a plasticidade neuronal e o potencial para aprendizado são enormes, dado o aumento da conectividade e comunicação entre os neurônios, que é maior nesses primeiros anos de vida (Desarkar et al., 2015).

Sendo a linguagem uma função neurológica superior e complexa, ressalta-se a importância da intervenção precoce como melhor estratégia para um bom prognóstico da criança com TEA. Nesse cenário, é de suma importância que a rede de atendimento ao autismo esteja funcionando adequadamente para que o período crítico não seja perdido.

O documento Diretrizes de Atenção do Ministério da Saúde (2014) relata que, além dos processos de cuidado à saúde no âmbito da atenção especializada que objetivam responder às especificidades clínicas, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, estando preparados para acolher e responder às necessidades gerais de saúde, o que inclui o acompanhamento (básico e especializado) tanto da equipe de habilitação/reabilitação quanto o médico, odontológico e de saúde mental. Ressalta a importância dos cuidados ao longo da vida articulados às ações e programas no âmbito da proteção social, educação, lazer, cultura e trabalho para

o cuidado integral e favorecer o máximo de autonomia e independência nas atividades de vida diárias.

E o documento da Linha de Cuidado do Ministério da Saúde (2015) também reforça a ideia da rede de atenção e de que as diferentes abordagens e a intensidade do cuidado realizado pelo CAPSi devem ser adequadas às singularidades das demandas de cada pessoa com TEA e de suas famílias e devem incluir outros pontos de atenção à saúde e de outros setores que disponham de recursos à qualidade da atenção, podendo ser UBS, CER, escola, assistência social, trabalho, esporte, cultura e lazer.

Com a Lei 13.861, de 18/07/2019, o TEA passa a ser incluído no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A partir de então, poderemos saber quantas pessoas com autismo existem no Brasil e como elas estão distribuídas no território, a fim de refletir e direcionar políticas públicas mais assertivas.

4 JUSTIFICATIVA

Levando-se em consideração as discussões em nível mundial sobre a rede de cuidados com os sujeitos com TEA e o “lugar” em que eles se encontram no contexto dos cuidados em saúde e o sistema de garantia de direitos, bem como a restrita quantidade de pesquisas a respeito e o território de Taboão da Serra, faz-se necessária uma reflexão sobre a caracterização da população com TEA nesse território, a fim de compreender o perfil dessa população e como ela se orienta e se comporta nesse município, para verificar sua consonância com as propostas do Ministério da Saúde do Brasil. Ressalta-se a importância da reflexão sobre o conhecimento da rede de saúde oferecida para o cuidado do TEA lançando luz sobre o quanto esse ponto pode interferir no cuidado integral do usuário na rede.

5 OBJETIVOS

Caracterizar a população com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Taboão da Serra-SP que é responsável pelo cuidado do TEA, a fim de verificar se a linha de cuidado das crianças com TEA, presente no território, está em conformidade com a preconizada pelo Ministério da Saúde.

5.1 Objetivos específicos

1. Mapear a rede de saúde geral do município de Taboão da Serra quanto aos equipamentos e recursos humanos existentes.
2. Caracterizar os usuários com TEA no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).
3. Verificar o grau de conhecimento dos profissionais sobre o TEA na rede de saúde.
4. Verificar a linha de cuidado seguida pelos usuários com TEA após alta dos grupos terapêuticos do CAPSi.

6 MÉTODO

6.1 Território

O território é espaço fundamental para a saúde mental, por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar conhecer e interagir com as dimensões da vida cotidiana dos usuários e de sua rede social. Dessa forma, trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias.

“Territórios são instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo casa, escola, igreja, clube, lanchonetes, cinemas, praça, casa dos colegas, UBS” (Ministério da Saúde, 2005). “O território é o lugar psicossocial do sujeito, atravessado em sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais em que está inserido. O território ultrapassa a área da saúde” (Amstalden, Hoffman e Monteiro, 2013; in Reis et al., 2013).

O território deste estudo é o município brasileiro de Taboão da Serra, localizado na sub-região sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Sua localização está evidenciada na Figura 2:

Figura 2 – Mapa da Região Metropolitana de São Paulo com destaque para Taboão da Serra

Fonte: Laboratório de Estudos das Cidades UNIVAP (2020).

Localizado externamente à área de mananciais, Taboão da Serra possui um terreno acidentado e cortado por inúmeros córregos que deságuam na Bacia do Pirajuçara. É transversal pela Rodovia Régis Bittencourt (BR-116), principal via de acesso local e uma das rotas mais importantes de ligação ao sul do País. É o quinto menor município em área geográfica do estado de São Paulo, com uma área de 20.388 km², e o segundo maior município do estado paulista em densidade demográfica, 12.049,90 hab./km², segundo o IBGE, Censo (2010).

Ainda de acordo com o IBGE (Censo, 2010), sua população de 244.528 habitantes vive em zona urbana, perfazendo uma taxa de urbanização de 100%, e ocupa a posição 238ª entre os municípios brasileiros segundo o IDHM.

Nas décadas de 1980 e 1990, o setor de saúde foi ampliado e aprimorado, com o Pronto-Atendimento do Parque Assunção, o Hospital e Maternidade da Antena e postos de saúde. Na década de 1990, começou a funcionar o Hospital Geral do Pirajussara, do Governo do Estado, para atender toda a região, que abrange também o município de Embu.

O sistema de saúde do município de Taboão da Serra é regionalizado e hierarquizado, tendo as UBSs e prontos-socorros como porta de entrada no sistema. As UBSs do município de Taboão da Serra atuam dentro de um processo de territorialização, com as áreas de abrangência estabelecidas a partir do estudo de utilização dos serviços pela população (SARGSUS, 2012). Cabe ressaltar que, em cada UBS, há uma equipe mínima de saúde mental com um psicólogo, um fonoaudiólogo e um psiquiatra.

6.1.1 Estatísticas do município de Taboão da Serra

Na Figura 3 podemos visualizar o crescimento da população em Taboão da Serra, segundo os últimos três censos:

Figura 3 – População residente segundo sexo no município de Taboão da Serra-SP, Censos de 1991, 2000 e 2010

Fonte: Adaptado de IBGE, Censos 1991, 2000 e 2010.

Segundo o Atlas Brasil (2013), entre os anos de 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 2,37%, enquanto no Brasil essa taxa foi de 1,63% no mesmo período. Entre 2000 e 2010, a população de Taboão da Serra cresceu a uma taxa média anual de 2,15%, enquanto no Brasil foi de 1,17% no mesmo período.

Para a Fundação SEADE (2015), a estimativa da população para Taboão da Serra é de 264.574 habitantes e a taxa de crescimento 2010/2015 é de 1,62%, enquanto a taxa média anual de crescimento da RMSP é de 0,78% e a do estado de São Paulo, 0,87%.

A população de Taboão da Serra é 100% urbana.

A Figura 4 apresenta a distribuição da população do município a partir do Censo IBGE (2010):

Figura 4 – Distribuição da população residente segundo faixa etária e sexo no município de Taboão da Serra-SP, 2010

Fonte: Adaptado de IBGE, Censo 2010.

Observa-se que em Taboão da Serra predomina uma população na fase adulta. O município apresenta um índice de envelhecimento em 2010 de 33,02%, com uma estimativa para 2015 de 42,44%, enquanto na RMSP esse índice é de 60,30%, e no estado de São Paulo é de 67,20% (SEADE, 2015). Essa taxa, ainda abaixo da RMSP e do estado de São Paulo, apresentou crescimento.

A razão de sexos observada é de 91,58, portanto uma predominância de mulheres. A população com menos de 15 anos é de 23,95%, enquanto a população com 60 anos ou mais é de 7,90%.

No Quadro 1 verificamos as despesas de saúde do município de Taboão da Serra em 2018:

Quadro 1 – Informações sobre as despesas de saúde segundo indicadores, no município de Taboão da Serra-SP, 2018

INDICADOR	TRANSMISSÃO
Participação da receita de impostos na receita total do município	22,24%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município	56,88%
Participação das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município	7,11%
Participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município	94,80%
Participação das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município	23,47%
Participação da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município	55,63%
Despesa total com saúde, em R\$/hab., sob a responsabilidade do município	R\$ 427,03
Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde	50,47%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde	0,00%
Participação da despesa com serviços de terceiros-pessoa jurídica na despesa total com saúde	43,91%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde	0,08%
Despesas com instituições privadas sem fins lucrativos	0,00%
Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde	18,91%
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012	31,82%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2018).

Importante notar no Quadro 1 que o município de Taboão da Serra investe em saúde um valor acima do estipulado pela Emenda Constitucional n. 29/2000 e pela Lei Complementar n. 141/2012, de 15%.

6.1.2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi apresentado em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, com a colaboração do economista Amartya Sen. Em seu discurso, Mahbub apontou diversos avanços nas políticas sociais, ao mesmo tempo que enfatizou a necessidade das nações, em especial as em desenvolvimento, em investir nas políticas públicas para o combate à pobreza, à fome e à mortalidade infantil. A popularização do pensamento de Mahbub ul Haq se deu com a criação e adoção do IDH como medida do grau de desenvolvimento humano de um país, como alternativa para o Produto Interno Bruto (PIB), utilizado à época como medida de desenvolvimento. O IDH reúne três requisitos importantes: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde), de ter acesso ao conhecimento (educação) e de poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda).

De acordo com o Atlas Brasil (2013), “O IDH tornou-se uma forma de compreensão e fomento da discussão e reflexão ampla sobre o significado do desenvolvimento humano para a sociedade”. O município de Taboão da Serra ocupa a 238ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse *ranking*, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul/SP) e o menor é 0,418 (Melgaço/PA) (Atlas Brasil, 2013). Na Figura 5 visualizamos o IDH de Taboão da Serra:

Figura 5 – Índice de Desenvolvimento Humano do município de Taboão da Serra-SP, segundo os Censos de 1991, 2000 e 2010

Fonte: PNUD, Ipea e FJP (2010).

6.1.3 Vulnerabilidade social

O Índice de Vulnerabilidade Social diz respeito ao acesso, ou à ausência, ou à insuficiência de três subíndices: infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho, princípios que deveriam estar à disposição de todo cidadão, pela força da ação do Estado. O Índice de Vulnerabilidade Social constitui-se em instrumento de identificação das falhas de oferta de bens e serviços públicos (IVS/Ipea).

O Índice de Vulnerabilidade Social de Taboão da Serra encontra-se em 0,294, ou seja, longe do nível da pior situação de vulnerabilidade, equivalente a 1, o qual é verificado no Quadro 2:

Quadro 2 – Vulnerabilidade social no município de Taboão da Serra-SP, segundo os Censos de 1991, 2000 e 2010

Crianças e jovens	1991	2000	2010
– Mortalidade infantil	28,05	16,90	11,75
– % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	–	77,58	49,00
– % de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	12,58	5,28	3,11
– % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis na população dessa faixa	–	8,24	6,15
– % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,50	2,75	2,48
– Taxa de atividade – 10 a 14 anos	–	6,91	3,53
Família			
– % de mães chefes de família com ensino fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	16,45	18,12	15,32
– % de vulneráveis e dependentes de idosos	0,61	0,72	0,83
– % de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais	2,05	2,68	3,34
Trabalho e renda			
– % de vulneráveis à pobreza	22,93	24,60	17,56
– % de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	–	36,33	23,27
Condição de moradia			
– % da população em domicílios com banheiro e água encanada	94,91	95,27	98,01

Fonte: PNUD, Ipea e FJP (2015).

6.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram os usuários da rede de saúde de Taboão da Serra que possuem hipótese ou diagnóstico de TEA, até 18 anos de idade, seus familiares ou cuidadores, técnicos da rede de saúde do município (atenção básica e especializada), sem distinção do cargo que ocupam.

Os dados dos participantes foram coletados dos prontuários do CAPSi Taboão com autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice A).

Os critérios de inclusão foram:

Para os usuários:

1. Ter hipótese ou diagnóstico F84 segundo o CID-10, unicamente ou em comorbidades.
2. Ser usuário da rede de cuidados do município de Taboão da Serra.
3. Ter até 18 anos de idade.

Para familiares/cuidadores:

1. Ser familiar ou cuidador que acompanhe o usuário ao serviço de forma frequente.

Para funcionários:

1. Funcionários da rede de saúde em geral do município de Taboão da Serra que trabalham na atenção básica ou especializada.

Não há critérios de exclusão.

6.3 Procedimento

O estudo é observacional, retrospectivo, prospectivo, quantitativo, exploratório e descritivo. Ele só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAEE 04886818.0.0000.0065 (Apêndice A). As etapas estão descritas a seguir:

1) A rede de saúde do município de Taboão da Serra foi mapeada de modo geral e também quanto aos recursos humanos existentes em saúde mental, segundo dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2019.

2) Para o levantamento dos sujeitos com TEA na rede de saúde, foi criado um questionário e encaminhado por *e-mail* ao diretor das unidades (UBSs e SER), através da coordenação de saúde mental, em abril de 2019 (Anexo A).

3) Quantificou-se o número de usuários com TEA no CAPSi dentre a população total atendida, segundo os dados dos prontuários no equipamento em abril de 2019.

4) Foram levantados, com autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B), dados dos usuários que possuem hipótese ou diagnóstico de TEA nos prontuários do CAPSi, durante os meses de abril, maio e junho de 2019. Esses dados se referiam ao sexo, idade, tempo de atendimento, tipo de atendimento realizado e a origem desses usuários.

5) Durante os meses de abril a junho de 2019 foi aplicado de forma presencial o questionário socioeconômico, padrão da ABEP de 2018, aos usuários do CAPSi com hipótese ou diagnóstico de TEA (Anexo C).

6) O grau de conhecimento dos profissionais da rede sobre o TEA foi avaliado por meio do preenchimento do questionário “O que se sabe sobre o Autismo” (Amato et al., 2017) (Apêndice B), o qual foi transformado em formulário do Google Forms e aplicado, em caráter voluntário, aos profissionais de saúde da atenção básica (UBS e CECO) e especializada (CAPSi, CAPS II, CAPSad e SER), independentemente do cargo que ocupam, através do compartilhamento do aplicativo de mensagens WhatsApp, durante os meses de outubro e novembro de 2019.

7) Durante a pandemia de covid-19, nos meses de junho e julho de 2020, foram selecionados aleatoriamente 30 indivíduos com TEA que já receberam alta dos grupos terapêuticos e estão em tratamento somente ambulatorial no CAPSi, os quais receberam um questionário desenvolvido para esta pesquisa, baseado no PCATool (Brasil, 2010) (Apêndice C). Esse questionário foi transformado em um formulário do Google Forms, encaminhado

através do grupo de mensagens do CAPSi no aplicativo WhatsApp, e também contemplava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

8) Os dados foram registrados em tabelas para futura análise e caracterização da Rede de Atenção Psicossocial.

6.4 Análise dos dados

As informações coletadas foram analisadas por vertente quantitativa, direcionada às comparações dos dados encontrados e o preconizado no Ministério da Saúde. Os dados foram analisados estatisticamente, por profissional especializado na ciência em questão.

Quanto à estatística descritiva, as variáveis qualitativas são apresentadas através de suas frequências e porcentagens.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Mapeamento dos serviços de saúde do território – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

A Prefeitura de Taboão da Serra trabalha desde 1997 com uma Coordenação de Saúde Mental como área responsável pela organização do Programa de Saúde Mental em seu território. Tal programa está delineado pela implantação e condução de diversos outros programas a fim de possibilitar aos munícipes atenção territorializada e comunitária em saúde mental, garantindo à população estratégias de atendimento especializado e prevenção de adoecimento e promoção de saúde.

Os programas implantados pela Coordenação de Saúde Mental incluem o Programa de Atenção à Infância e Adolescência, que tem como representante o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O CAPSi é um centro terapêutico, de gestão municipal, responsável pela organização e implantação de serviços especializados de atenção psicossocial territoriais à população infantojuvenil em sofrimento psíquico severo e persistente.

Antes da implantação do CAPSi, Taboão da Serra não contava com nenhum serviço em saúde para atenção à população infantojuvenil com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Só havia a disponibilização de um Centro Municipal de Habilitação e Reabilitação “Amor Perfeito”, direcionado ao deficiente mental moderado, em regime parcial de quatro horas por turno, com uma equipe multiprofissional (fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta e professor de educação especial) e atuação voltada para área escolar. Esse equipamento é ainda existente no município.

Considerou-se, então, a criação de um equipamento para o atendimento terapêutico das necessidades de crianças e adolescentes com sofrimento mental severo e persistente tal qual o CAPSi com equipe multidisciplinar.

Esse equipamento, fundado em setembro de 2007, trabalha em rede com os outros equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde, tais como a Rede de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde), Centro de Convivência (CECO),

Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Serviço Especializado em Reabilitação (SER), Pronto-Socorro Municipal e Pronto-Socorro Infantil e Hospital Geral do Pirajussara (HGP). Também atua de modo intersetorial, desenvolvendo parcerias com as Secretarias Municipais de Assistência Social, Educação, Desenvolvimento Econômico, Cultura e Esportes e serviços de proteção aos direitos das crianças e adolescentes, como o Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) e Promotoria de Justiça da Infância.

Neste mesmo espaço e data, também foi inaugurado o Centro Especializado em Reabilitação, que no município de Taboão da Serra chama-se SER (Serviço Especializado em Reabilitação). Dispõe de recursos interventivos de uma equipe multiprofissional e de diversos tipos de condutas terapêuticas, a depender das necessidades de cada paciente e, portanto, de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). A gestão do trabalho da equipe está organizada por meio de dispositivos operatórios mediadores das atividades e das tarefas que, em conjunto, modelam práticas multiprofissionais. Privilegia, assim, a interdisciplinaridade, a construção e o acompanhamento coletivo dos casos, a direção institucional dos cuidados psicossociais e o aprendizado contínuo da equipe.

A equipe multidisciplinar do CAPSi está indicada no Quadro 3:

Quadro 3 – Equipe multidisciplinar do CAPSi de Taboão da Serra

Quantidade	Cargo	Carga horária semanal
02	Fonoaudióloga	30
01	Professor de Educação Física	20
01	Terapeuta Ocupacional	30
01	Médico Pediatra Homeopata com especialização em Saúde Mental	20
03	Psiquiatras infantis	20

05	Psicólogos	30
01	Assistente Social	30
03	Enfermeiros	30
02	Auxiliares de Enfermagem	30
02	Auxiliares Administrativos	30
01	Auxiliar de Serviços Gerais	30
01	Coordenador	40

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, abril 2019.

7.1.1 Projeto institucional

Em 2012, a direção institucional dos cuidados psicossociais no CAPSi Taboão foi organizada sob a estratégia da “Prática entre Vários”, que se fundamenta na construção coletiva dos casos, referência terapêutica e projetos interventivos singulares.

Antônio Di Ciaccia (1999) cunha, em *Antenne 110*, que esta prática não se funda na presença do *Um* do Mestre, do discurso do Mestre, mas sim na falta deste *Um*. É na possibilidade mesma da falta no grande Outro intervir que cada um pode repensar sua prática na direção de uma clínica feita a partir de vários. É “um processo de construção de um saber do sujeito sobre si mesmo, sobre seus modos de gozo, sobre seu sintoma” (Ferreira, 2001). Uma clínica entre vários é uma aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção (Abreu, 2008).

Os grupos terapêuticos, portanto, são compostos dos usuários e dos técnicos de referência que ficam todos juntos, interagindo com os usuários que os convocam e lhes apresentam as demandas. Através do brincar, acontece a interação entre todos e consequentemente as intervenções necessárias segundo o PTS de cada um. Nessa abordagem, os técnicos devem conhecer todos os PTS mesmo que não sejam o TR do usuário.

7.1.2 Acolhimento

O acolhimento é a porta de entrada a todos os centros de atenção psicossocial. A entrada no CAPSi Taboão se faz por encaminhamentos da rede de saúde, externa do município ou outras secretarias, e também por demanda espontânea do próprio usuário. No CAPSi Taboão da Serra, o acolhimento se faz durante cinco encontros agendados com o mesmo técnico que acolheu o usuário e seu responsável no primeiro dia de atendimento.

A sequência dos encontros contempla:

1. Acolhimento inicial e coleta de dados pessoais e demanda.
2. Anamnese.
3. Coleta da sintomatologia atual e rede psicossocial do usuário.
4. Observação em grupo de crianças, de mesma faixa etária.
5. Devolutiva ao usuário e seu responsável após a discussão do caso em

equipe multidisciplinar.

Se a criança/adolescente for inserida no serviço, o técnico que a acolheu torna-se seu técnico de referência. Caso não seja inserida, a criança/adolescente será encaminhada ao serviço que possa suprir a sua demanda.

7.1.3 Técnico de Referência (TR)

O Técnico de Referência (TR) segue o preconizado pelo Ministério da Saúde: terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades, a frequência de participação no serviço e o contato com os demais serviços da rede para atendimento integral. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (Brasil, 2004). No CAPSi Taboão, os Técnicos de Referência são psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistente social.

7.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Ao ser inserido, cada usuário recebe seu Projeto Terapêutico Singular, que pode contemplar o atendimento em grupo terapêutico de crianças/adolescentes e familiares/cuidadores (obrigatório), individual (dependente da demanda, geralmente adolescentes), homeopático (obrigatório, salvo se o usuário não desejar), psiquiátrico (se necessário, dependente da demanda de cada usuário). No PTS também se contemplam as ações intersetoriais necessárias à integralidade do cuidado do caso. O PTS deve ser revisto com frequência acompanhando a demanda atualizada do usuário. O PTS e todas as intervenções e ações realizadas são inseridas em prontuários individuais de cada usuário.

7.1.5 Grupos terapêuticos

As crianças/adolescentes inseridas no CAPSi Taboão frequentam os grupos terapêuticos semanalmente ou com frequência maior, caso necessário. Os grupos têm duração de 45 minutos e compõem-se em média de 12 crianças. Os usuários são inseridos nos grupos divididos segundo sua idade e a fim de que, na interação com os demais usuários, suas demandas possam ser trabalhadas terapeuticamente.

7.1.6 Grupos familiares/cuidadores

Simultaneamente aos atendimentos das crianças/adolescentes, os familiares ou responsáveis participam de grupos familiares. Esses grupos são formados de modo que os pais tenham liberdade de fala e partilha de angústias, dificuldades cotidianas e também soluções. Dois Técnicos de Referência participam do grupo para fazer circular a palavra e garantir a participação de todos.

7.1.7 Homeopatia

A abordagem homeopática é a terapêutica obrigatória para todos os usuários, salvo aqueles que não desejarem. A homeopatia trata de forma sistêmica o usuário e permite que o desenvolvimento infantil seja respeitado o mais próximo possível do normal. Os usuários geralmente frequentam a homeopatia trimestralmente.

7.1.8 Psiquiatria

Os usuários que não conseguirem uma resposta positiva com a terapêutica homeopática isoladamente são acompanhados com a psiquiatria, porém as duas terapêuticas podem atuar conjuntamente.

7.1.9 Atendimento individualizado

Os atendimentos individualizados restringem-se aos atendimentos com os Técnicos de Referência, assistência social ou outra especialidade para aqueles usuários que, pela demanda, necessitam de um atendimento anterior preparatório aos grupos, geralmente adolescentes em tentativas de suicídio ou com depressão grave.

7.1.10 Alta

Quando os usuários estiverem com suas demandas estabilizadas e já possuírem ou tiverem resgatado seus laços sociais e interação social, eles recebem alta dos grupos terapêuticos. Continuam com os atendimentos em nível ambulatorial com os médicos até que estes também permitam a alta ou encaminhem a uma UBS ou, ainda, ao CAPSII ao completarem 18 anos. A alta não exclui a piora dos quadros, e a qualquer momento o usuário pode retornar aos grupos terapêuticos.

7.1.11 Ações intersetoriais

Dentro do PTS, as ações intersetoriais são realizadas de acordo com a necessidade de cada usuário. Elas são realizadas pelo TR ou em reuniões com a equipe multiprofissional. Acontecem mais comumente entre os equipamentos de saúde ou com setores da educação (unidades escolares) e assistência social (Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS). De forma fixa, mensalmente, ocorrem as reuniões com o Centro de Referência em Educação Inclusiva (CREI) para discussão e acompanhamento dos casos de inclusão em comum com o CAPSi.

7.1.12 Atividades externas

As atividades externas são complementares às atividades terapêuticas dentro da instituição. Elas têm o objetivo de ampliar a construção de laços sociais e a interação entre os familiares/cuidadores e a instituição.

7.2 Rede de Atendimento em Saúde de Taboão da Serra

A rede de saúde foi mapeada segundo os dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde de Taboão da Serra em abril de 2019. No Quadro 4, estão apresentados os equipamentos de saúde do município de Taboão da Serra-SP:

Quadro 4 – Rede de Atendimento em Saúde de Taboão da Serra-SP

REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA		
QUANTIDADE	FUNÇÃO	EQUIPAMENTO
01	Especialidades Médicas e Audiologia	CEM
01	Pronto-Atendimento	UPA (Gestão realizada por Organização Social)
01	Pronto-Socorro e Maternidade	Unidade Mista ANTENA (Gestão realizada por Organização Social)
01	Pronto-Socorro Infantil	PSI (Gestão realizada por Organização Social)
01	Hospital Geral	Hospital Geral Regional Pirajussara (Administração Estadual via Organização Social)
01	Atendimento Médico Especializado	AME (Administração Estadual via Organização Social)
01	Centro de Especialidades Odontológicas	CEO
01	Centro de Referência em Saúde da Mulher	CRSM
01	Coordenadoria dos Direitos da Mulher	Coordenadoria dos Direitos da Mulher
01	Centro Especializado em Reabilitação	SER
01	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
01	Pronto Atendimento Domiciliar	PAD
01	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	CAPSi
01	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	CAPSad
01	Centro de Atenção Psicossocial Adulto	CAPS II
01	Centro de Convivência e Cultura	CECO
01	Farmácia Popular	Farmácia Popular
01	Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Infectocontagiosas	DST/AIDS
01	Vigilância Epidemiológica	VE

01	Vigilância Sanitária	VS
01	Centro de Zoonoses	Zoonoses
13	Unidades Básicas de Saúde com equipe mínima de saúde mental: psiquiatra, psicólogo e fonoaudiólogo	UBS (06 Estratégias em Saúde da Família – ESF)
01	Instituto Médico Legal	IML
01	Serviço de Verificação de Óbitos	SVO
01	Central de Regulação	Central de Regulação
01	Ouvidoria	Ouvidoria
01	Serviço de Transporte Ambulatorial	Serviço de Transporte Ambulatorial

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, abril 2019.

A rede de saúde de Taboão da Serra contempla os equipamentos essenciais de uma rede de saúde nos três níveis de complexidade. Com relação à saúde mental, verificamos a presença dos CAPS II, CAPSad e CAPSi, além do Centro de Convivência e Cultura (CECO). A rede também contempla um Centro Especializado em Reabilitação (SER) e uma Central Odontológica Especializada. Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) possuem equipe mínima de saúde mental com psiquiatra, psicólogo e fonoaudiólogo e, destas, seis unidades são unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Quadro 5 – Recursos Humanos da Rede de Saúde Mental de Taboão da Serra-SP

RECURSOS HUMANOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE TABOÃO DA SERRA	
QUANTIDADE	PROFISSIONAL
35	Psicólogos
28	Psiquiatras
19	Fonoaudiólogos
08	Enfermeiros
07	Auxiliares de Enfermagem
06	Administrativos
05	Assistentes Sociais
05	Terapeutas Ocupacionais
01	Arte Educador
01	Auxiliar de Serviços
01	Educador Físico
01	Nutricionista
01	Pediatra homeopata especializado em saúde mental
01	Clínico geral

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, abril 2019.

Observa-se no Quadro 5 que o município conta com um recurso humano (Rh) referente a saúde mental favorável ao desenvolvimento das ações nas linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde e equipes mínimas de CAPS. Apresenta um alto número de psiquiatras e, destes, três são infantis e estão alocados no CAPSi. Apesar de esse Rh ser referente às unidades de atendimento em saúde mental (CAPSs e CECO), vale notar que psiquiatras,

psicólogos e fonoaudiólogos também estão presentes nas equipes mínimas de saúde mental das UBSs.

7.3 Levantamento: autismo na rede de saúde (UBSs e SER)

Foram coletados dados na rede de saúde (UBSs e SER) dos usuários com TEA. Foram relatados 76 usuários em atendimento. Os dados referentes ao local de atendimento, quantidade de usuários, especialidade de atendimento e quantidade de usuários dessas unidades que realizam atendimento no CAPSi concomitantemente estão descritos no Quadro 6:

Quadro 6 – Dados da rede de saúde de usuários com TEA em abril de 2019

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE	UNIDADE/CAPSi
SER	8	Fisioterapia Fonoaudiologia Terapia Ocupacional Psicologia	1
UBS Santo Onofre	8	Fonoaudiologia Psicologia	5
UBS Margaridas	2	Pediatria Fonoaudiologia	1
UBS Jardim América	8	Pediatria Fonoaudiologia Odontologia	6
UBS Santa Cecília	6	Fonoaudiologia Pediatria Psicologia	3
UBS Panorama	5	Nenhuma	0
UBS Sílvio Sampaio	7	Fonoaudiologia	3
UBS Parque Pinheiros	14	Fonoaudiologia	4
UBS Clementino	12	Fonoaudiologia Pediatria Odontologia Psiquiatria Psicologia	2
UBS Salete	5	Fonoaudiologia Pediatria Psicologia	2
UBS Suiná	1	Fonoaudiologia	Não se sabe
UBS Record	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
UBS Maria José	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
UBS Oliveiras	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
Total da rede	76	-----	27

Com relação às perguntas que constavam também no questionário, uma sobre o conhecimento da quantidade de usuários, duas unidades responderam sim, duas responderam que não sabiam e dez não responderam; e, sobre o questionamento sobre alguma orientação ou política de atendimento para esses usuários, três unidades responderam que sim, uma unidade respondeu que não, e dez unidades não responderam à pergunta. Das respostas positivas foram indicadas: a hidroterapia na unidade SER, sensibilização de funcionários no mês de abril e discussão de casos entre a fonoaudióloga e a psicóloga, numa das UBS.

Verificamos que três unidades não responderam ao questionário, 21,42%. O fonoaudiólogo é o profissional de atendimento frequente em todas as unidades, e o pediatra das unidades, que devem continuar sendo referência de atendimento no território, só aparece em cinco unidades. O SER, equipamento preconizado pelo Ministério da Saúde na Linha de Cuidado nas Deficiências, que inclui o Autismo, referiu somente oito usuários em atendimento, um número muito pequeno em comparação ao equipamento CAPSi, ficando 68 em atendimento nas UBSs. Do total de 76 usuários em atendimento na rede, 27 destes faziam atendimento no CAPSi conjuntamente, 35%. Excetuando-se esse número, podemos considerar que 49 usuários com TEA estão na rede de saúde e não estão em atendimento no CAPSi. Os dados informados, pelos gestores, são dos usuários que estão em atendimento no período, não levando em consideração o número total na unidade, já que somente duas unidades informaram que sabiam do número total de usuários com TEA no equipamento.

7.4 Quantidade de usuários com TEA no CAPSi Taboão

Nota-se na Figura 6 que, no mês de abril de 2019, dos 174 usuários em atendimento semanal no CAPSi Taboão, 110 possuíam hipótese ou diagnóstico de F84, único ou em comorbidades, segundo o CID-10 (63,21%), seguido de F90 com 33 usuários (18,96%).

Figura 6 – Usuários atendidos no CAPSi Taboão por CID em abril de 2019

Os dados encontrados foram verificados nos prontuários dos usuários do equipamento, não havendo até o período nenhum sistema informatizado na unidade de controle ou registro dos usuários.

Encontramos um número maior de usuários no CAPSi Taboão com diagnóstico de TEA, 63,21%, do que em outras pesquisas realizadas, as quais apontaram 2,9%, 28,8%, 35% e 40,2% (Teixeira e Jucá, 2014; Paula et al., 2012; Lima et al., 2017; Thiengo et al., 2015).

Na literatura encontramos uma lacuna de dados de pesquisas relacionadas à caracterização da população nos CAPSis, e especificamente de dados de pesquisas nesse equipamento no atendimento de casos com TEA para comparações. As pesquisas realizadas em CAPSis englobaram os diagnósticos por grupos do CID-10, como as pesquisas de Ronchi e Avellar (2010), que encontraram 27,5%; e Garcia et al. (2015), que encontraram 23,6% no grupo entre F80 e F89.

Também encontramos estudos que referem ausência de dados nos registros no CAPSi e CER prejudicando a produção e qualidade de informações (Teixeira et al., 2015; Lima et al., 2017; Rocha et al., 2019).

Chama a atenção dentro do município a grande discrepância entre os equipamentos e linhas de cuidado referenciadas pelo SUS no atendimento ao TEA. CAPSi com 110 usuários em atendimento e SER com 8 usuários em atendimento no mesmo período. Esses dados sugerem um encaminhamento do município dos casos de TEA ao CAPSi e na Linha de Cuidado em Saúde Mental, deixando a cargo clínico terapêutico aos profissionais técnicos nas UBSs, já que verificamos o total de 68 usuários, no mínimo, em tratamento fonoaudiológico nestas unidades.

7.5 Caracterização da amostra de usuários com TEA no CAPSi Taboão

Dos 110 usuários com TEA atendidos no CAPSi Taboão em abril de 2019 verificamos que 81 usuários (73,63%) são do sexo masculino e 29 usuários (26,36%) são do sexo feminino. A faixa etária predominante é de 5 anos com 19 usuários (17,27%), como mostram a Tabela 1 e a Figura 7:

Tabela 1 – Sexo dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão

SEXO	USUÁRIOS
Masculino	81
Feminino	29
TOTAL	110

Figura 7 – Idade dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão

Verifica-se a predominância do sexo masculino, assim como demonstrado na literatura e em todas as pesquisas realizadas. Com relação à idade, vimos que os usuários do CAPSi Taboão apresentam uma faixa etária similar à da pesquisa de Teixeira e Jucá (2014), com 4 a 9 anos de idade, e menor que outras pesquisas, 11,6 anos em Thiengo et al. (2015). Esse dado sugere que os usuários chegam ao CAPSi numa idade em que o diagnóstico já deveria ter acontecido.

De acordo com os dados obtidos até o dia 30 de abril de 2019, nota-se uma média de 32 meses de atendimento semanal pelos usuários que ainda estão em tratamento, considerando que o tempo mínimo foi de 2 meses e o tempo máximo de 156 meses. Verificou-se que 21 usuários estão em atendimento há mais de 50 meses. Esse tempo encontrado foi menor que na

pesquisa de Thiengo et al. (2015), que encontraram 40,7 meses. A grande variação de tempo de tratamento encontrada neste estudo pode ser explicada pelo conceito do espectro do TEA que varia de grau leve ao grau severo.

Com relação ao tipo de atendimento, verificamos na Tabela 2 que 55 usuários são atendidos em grupos terapêuticos e com a terapêutica medicamentosa da homeopatia (50%), seguidos por 48 usuários com atendimento dos grupos terapêuticos e ambas as intervenções medicamentosas da homeopatia e psiquiatria (43,63%), e somente 5 usuários além dos grupos terapêuticos se utilizavam da terapêutica da psiquiatria isoladamente (4,54%). Não foram verificados em nenhum dos estudos encontrados dados sobre a abordagem homeopática em usuários com TEA em CAPSi.

Tabela 2 – Tipo de atendimento utilizado pelos usuários com TEA em atendimento no CAPSi

ATENDIMENTO	USUÁRIOS
Grupos Terapêuticos	2
Grupos Terapêuticos + Homeopatia	55
Grupos Terapêuticos + Psiquiatria	5
Grupos Terapêuticos + Homeopatia + Psiquiatria	48
TOTAL	110

Em relação à origem dos encaminhamentos, 24 usuários (21,81%) vieram pelo fonoaudiólogo da rede de saúde, seguidos por 19 usuários (17,27%) encaminhados da escola e 18 usuários (16,36%) encaminhados de serviços fora do município (Figura 8).

Figura 8 – Origem dos usuários com TEA em atendimento no CAPSi Taboão em abril de 2019

AB = Atenção Básica; AME = Atendimento Médico Especializado; Espontânea = próprio usuário; Externo = fora do município; Fono rede = fonoaudiólogo da rede; Neuro rede = neurologista da rede; Psico rede = psicólogo da rede; PSQ rede = psiquiatra da rede

Os dados sugerem a importância do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar para o diagnóstico do TEA, seguido pela escola, pois apresenta uma convivência mais ampla e frequente com o usuário, e depois pela rede externa ao município, o que poderia ser explicado pela procura incessante dos familiares/responsáveis pelo diagnóstico, como visto na literatura. Observamos que a Atenção Básica (AB), excetuando o fonoaudiólogo e o psicólogo, estava em quinto lugar nos encaminhamentos, o que pode sugerir a pouca formação dos pediatras e das equipes de enfermagem para diagnóstico, como sugerido também na literatura.

7.6 Usuários com TEA em atendimento ambulatorial no CAPSi em abril de 2019

Após a alta dos grupos terapêuticos, verificamos que os usuários continuam em atendimento ambulatorial medicamentoso no CAPSi, conforme descrito na Tabela 3:

Tabela 3 – Usuários com TEA em atendimento ambulatorial no CAPSi em abril de 2019

TIPO DE ATENDIMENTO	USUÁRIOS
Somente Homeopatia	21
Somente Psiquiatria	25
Homeopatia + Psiquiatria	32
TOTAL	78

Verificamos que, mesmo após a alta dos grupos terapêuticos, o CAPSi permanece com um número alto de usuários com TEA, 78 usuários em atendimento medicamentoso. Destes, 41,02% permanecem com ambas as abordagens da Psiquiatria e Homeopatia, 32,05% com a Psiquiatria, e 26,92% somente com a abordagem da Homeopatia. A Homeopatia continua presente de forma potencial no tratamento desses usuários.

Podemos também concluir que o total de usuários com TEA na rede de saúde, se os dados não foram subestimados, foi: em atendimento no CAPSi semanalmente, 110 usuários; na rede de saúde informada, 49 usuários; e 78 usuários em atendimento somente ambulatorial no CAPSi com hipótese/diagnóstico com TEA; totalizando 237 usuários conhecidos com TEA em abril de 2019 no município de Taboão da Serra.

7.7 Caracterização socioeconômica dos usuários com TEA no CAPSi Taboão da Serra

Na Tabela 4 podemos verificar a caracterização socioeconômica dos usuários com TEA no CAPSi Taboão da Serra segundo a metodologia do Critério Brasil de 2015.

Tabela 4 – Caracterização socioeconômica dos usuários com TEA no CAPSi Taboão da Serra, abril de 2019

	A1	0,00%
	A2	0,60%
	B1	8,50%
	B2	24,90%
Nível Socioeconômico (ABEP)*	C1	15,80%
	C2	49%
	D	0,60%
	E	0,60%
		p < 0,001

*Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2015.

Segundo a metodologia do Critério Brasil (2015) de classificação de domicílios, a população com TEA no CAPSi Taboão da Serra encontra-se no nível C2, que corresponde também ao maior nível encontrado na região sudeste (26,3% para C2), e seguido de perto pela região metropolitana de São Paulo (26,8% para C1 e 26,1% para C2).

7.8 Questionário “O que se sabe sobre autismo”

Foram respondidos 39 questionários no período de outubro e novembro de 2019. Verificamos que 97,43% dos funcionários têm nacionalidade brasileira; 76,92% nasceram em São Paulo; 10,25%, na Bahia; seguidos por 5,12%, no Piauí; e 7,68%, em outros estados.

De acordo com a profissão, obtivemos: 25,64% eram psicólogos; 20,51%, fonoaudiólogos; 12,82% eram enfermeiros; 12,82%, nutricionistas; 10,25%, médicos, e 5,12% se diziam psiquiatras; 2,56% eram terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dentista e advogado. Observamos que o maior interesse em responder ao questionário concentrou-se nas profissões de psicólogo e fonoaudiólogo, dois técnicos de suma importância no diagnóstico do TEA.

Com relação à idade, temos 38,46% entre 30 e 39 anos; 23,07% entre 18 e 29 anos; 20,51% entre 50 e 59 anos; e 17,94% entre 40 e 49 anos. Observamos uma parcela dos profissionais até 49 anos, jovens. Eram do sexo feminino 87,2% e 12,8% eram do sexo masculino. O sexo feminino ainda prevalece nas profissões de cuidados em saúde.

Todos referiram que conhecem alguma coisa sobre autismo e já ouviram falar no termo. E 97,3% já tiveram contato com algum autista.

Observamos na Figura 9 que, em relação a como os funcionários ouviram falar sobre o Autismo, encontramos as maiores porcentagens através do trabalho ou da internet (73% em ambas), o que pode sugerir alguma ação ou discussão local dos casos.

Figura 9 – Como os funcionários ouviram falar sobre autismo

Na Figura 10, observamos que o maior contato que os funcionários tiveram com autistas foi no exercício de sua profissão, lembrando que a maior parcela dos funcionários que responderam ao questionário são psicólogos e fonoaudiólogos.

Figura 10 – Como ocorreu o contato dos funcionários com indivíduos autistas

Tabela 5 – O que os funcionários conhecem sobre autismo

O que você conhece sobre Autismo	SIM	NÃO
É uma deficiência?	57%	43%
É um estado psicológico?	32%	68%
É uma condição social?	16%	84%
É uma doença?	51%	49%
É uma doença que se nasce com ela?	57%	43%
Tem origem genética?	86%	14%
É hereditário? Passa de mãe para filho?	19%	81%
Tem cura?	3%	97%
É contagioso?	0	100%
É uma doença rara?	5%	95%
É uma doença adquirida?	5%	95%
Existem vários tipos?	97%	3%
É causado por fatores ambientais?	49%	51%
Existem medicamentos?	51%	49%
Existe exame que detecta?	27%	73%
Sua causa é conhecida?	8%	92%
Sua causa é determinada?	11%	89%
É considerado um trauma?	3%	97%
É um distúrbio do desenvolvimento?	89%	11%
É causado por vacina?	0	100%

Verifica-se na Tabela 5 que os funcionários têm um bom conhecimento sobre o autismo e não revelaram grandes discrepâncias com a literatura e as pesquisas mais atuais. Consideram uma deficiência 57% (talvez por causa da lei

que o considera uma deficiência para efeitos legais); 89% um distúrbio do desenvolvimento; 51% uma doença; e que se nasce com ela, 57%. Acreditam que se tem vários tipos 97%; 73% que não existem exames para detecção; e 92% que a causa ainda é desconhecida. A percentagem que contemplou alguma dúvida foi nos itens: causados por fatores ambientais e que existam medicamentos, ambas respostas próximas de 50% para sim e não.

Tabela 6 – O que os funcionários conhecem de um indivíduo autista

O que você conhece de um indivíduo autista

	Todos	Muitos	Alguns	Nenhum
Isolamento	16%	57%	24%	3%
Comportamentos agressivos	0	51%	49%	0
Dificuldades no convívio social	40%	46%	14%	0
Não fazer contato visual	3%	67%	30%	0
Não falar	3%	38%	59%	0
Contato visual alterado	30%	43%	27%	0
Dificuldades para se comunicar	27%	57%	16%	0
Características físicas específicas	0	38%	32%	30%
Déficit intelectual	5%	41%	49%	5%
Habilidades especiais	14%	40%	46%	0
Alterações de sono	3%	43%	51%	3%
Audição comprometida	3%	46%	32%	19%
Dificuldades alimentares	8%	54%	38%	0
Dificuldades visuais	0	46%	30%	24%
Dificuldades respiratórias	2%	38%	30%	30%
Dificuldades para brincar	19%	54%	27%	0
Ausência de respostas quando é chamado pelo nome	5%	60%	35%	0

Ausência de demonstrações de carinho, afeição por ninguém	5%	54%	41%	0
Repetição de frases, palavras descontextualizadas (ecolalia)	3%	65%	32%	0
Consegue ser independente, assumir a condução da própria vida	3%	54%	40%	3%
Comportamentos de abanar as mãos, balançar, girar ou olhar fixamente	3%	70%	24%	3%

Fonte: Questionário “O que se sabe sobre autismo” na rede de saúde de Taboão da Serra, outubro/novembro 2019.

Na Tabela 6, verificamos que, com relação ao que os funcionários conhecem sobre um indivíduo autista, encontramos respostas dentro do esperado na literatura, por exemplo, 40% acreditam que todos os autistas apresentam dificuldade no convívio social; 57% imaginam que muitos apresentam isolamento; 51% acham que muitos apresentam comportamentos agressivos; 67% que muitos não fazem contato visual; 57% que muitos têm dificuldade para se comunicar; 54% que muitos apresentam dificuldade de brincar; 60% que muitos não respondem quando chamados; 54% que não apresentam demonstração de carinho; 65% que muitos apresentam ecolalia; e 70% que os autistas apresentam estereotípias. Chamam a atenção as respostas que 38% acreditam que muitos apresentam características físicas específicas; 46% imaginam que muitos apresentam dificuldades auditivas; e 46% acham que muitos apresentam dificuldades visuais, o que pode estar relacionado a crenças populares antigas.

Figura 11 – Profissionais que os funcionários consideram indispensáveis no atendimento ao autista

No item quais profissionais os funcionários consideravam indispensáveis no atendimento ao Autista, percebe-se na Figura 11 que os funcionários relataram como as cinco principais especialidades: psicólogo (94,6%); fonoaudiólogo (91,9%); terapeuta ocupacional (86,5%); pediatra (78,4%); e psiquiatra (75,7%), todos os profissionais que se inserem na equipe multidisciplinar para diagnóstico e atendimento ao TEA segundo a literatura.

7.9 Questionário PCATool adaptado

Este questionário foi realizado com familiares/responsáveis de crianças e adolescentes com TEA até 18 anos de idade e que já realizaram atendimento nos grupos terapêuticos do CAPSi e atualmente estão em atendimento ambulatorial de homeopatia ou psiquiatria. Dos 30 usuários selecionados aleatoriamente dentro dos critérios, encontramos 70% do sexo masculino, como vimos na Tabela 7, e com relação às idades: 16,66% na faixa etária de 9 anos e 16,66% na faixa etária de 11 anos, seguidos por 13,33% com 6 anos, 13,33% com 12 anos, 10% com 10 anos, 6,66% com 14 anos, 3,33% com 5 anos, 3,33% com 13 anos, 3,33% com 15 anos e 3,33% com 16 anos, segundo a Figura 12.

Tabela 7 – Sexo da amostra aleatória do CAPSi Taboão, junho e julho de 2020

SEXO	USUÁRIOS
Masculino	21
Feminino	7
TOTAL	30

Figura 12 – Idade dos usuários da amostra aleatória do CAPSi Taboão, junho e julho de 2020

Percebe-se pela Tabela 7 e Figura 12 que o sexo continua com a predominância masculina conforme descrito na literatura. Com relação à idade, como são crianças que já fizeram o tratamento nos grupos terapêuticos, observamos a maior frequência na faixa etária com 9 anos, mais velhas que o grupo ainda em atendimento.

Com relação à origem dos encaminhamentos, observa-se na Tabela 8 que a maior quantidade de encaminhamentos ao CAPSi veio da escola, 33,33%; seguidos do fonoaudiólogo, com 30%; e demanda espontânea, com 13,33%; neuropediatra, 6,66%; psicólogo, 3,33%; neurologista, 3,33%; externo, com 3,33%; psiquiatra, 3,33%; e Hospital Geral do Pirajussara, 3,33%. As duas principais fontes de encaminhamentos se repetem da amostra dos grupos terapêuticos semanais. Esse fato mostra a importância dessas duas fontes de levantamento de suspeitas, seja pela frequência e intensidade do contato da escola com os usuários ou pela procura do profissional fonoaudiólogo dada a dificuldade na comunicação.

Tabela 8 – Origem dos usuários da amostra aleatória do CAPSi, junho e julho de 2020

ORIGEM	USUÁRIOS
Escola	10
Neuropediatra	2
Fonoaudiólogo	9
Espontâneo	4
Psicólogo	1
Neurologista	1
Externo	1
Psiquiatra	1
Hospital Geral do Pirajussara	1
TOTAL	30

Segundo o tipo de atendimento que ainda realizam no CAPSi, observamos na Tabela 9 que 53,33% são acompanhados somente pela terapêutica da Homeopatia; 16,66% somente pela Psiquiatria; e 30% se utilizam das duas abordagens conjuntamente. Verificamos que, mesmo após a alta dos grupos terapêuticos, os usuários permanecem com a abordagem medicamentosa da homeopatia unicamente em grande maioria.

Tabela 9 – Tipo de atendimento atual da amostra aleatória do CAPSi, junho e julho de 2020

TIPO DE ATENDIMENTO	USUÁRIOS
Homeopatia	16
Psiquiatria	5
Homeopatia + Psiquiatria	9
TOTAL	30

Tabela 10 – Distribuição das respostas ao questionário de avaliação do serviço

	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei, não lembro
Quando você chegou ao CAPSi, seu acolhimento foi imediato?	90%	6,66%	3,33%	0	0
Quando você precisa de orientação em saúde, você procura o CAPSi?	73,33%	20%	6,66%	0	0

Quando você precisa consultar um outro especialista, o CAPSi realiza encaminhamento?	70%	20%	0	3,33%	6,66%
Você sabia quem era seu Técnico de Referência?	86,66%	6,66%	0	0	6,66%
Quando você precisava de alguma orientação, seu Técnico de Referência tinha disponibilidade para atendê-lo?	80%	13,33%	3,33%	0	3,33%
Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para realizar atendimento no CAPSi?	16,66%	23,33%	30%	30%	0
É fácil marcar hora para uma consulta no CAPSi?	63,33%	30%	3,33%	3,33%	0
Se você tinha uma pergunta podia telefonar e falar com o Técnico de Referência?	66,66%	16,66%	6,66%	6,66%	3,33%
Você achava que o Técnico de Referência entendia o que você dizia?	80%	16,66%	3,33%	0	0
O Técnico de Referência respondia as suas perguntas de maneira que você entendia?	90%	6,66%	0	3,33%	0
O médico responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	100%	0	0	0	0
O Técnico de Referência sabia de todos os medicamentos que o usuário estava tomando?	66,66%	23,33%	6,66%	3,33%	0
O CAPSi auxilia a obtenção da medicação?	66,66%	13,33%	0	6,66%	13,33%
O CAPSi indica outros especialistas no tratamento?	66,66%	16,66%	6,66%	6,66%	3,33%
Se o usuário fazia outro tratamento conjuntamente, seu Técnico de Referência sabia?	73,33%	20%	0	0	6,66%
O Técnico Referência fazia contato com os outros profissionais que atendiam o usuário?	46,66%	6,66%	20%	10%	16,66%
O Técnico de Referência parecia interessado na qualidade do cuidado integral da sua criança?	80%	13,33%	3,33%	3,33%	0
Se você já recebeu alta dos grupos, você foi encaminhado a outro serviço?	50%	16,66%	16,66%	13,33%	3,33%
Nesse serviço encaminhado, você foi inserido prontamente?	36,66%	16,66%	10%	23,33%	13,33%
Quando você vai ao CAPSi, o prontuário está sempre disponível?	66,66%	13,33%	6,66%	6,66%	6,66%
Você poderia ler/consultar o prontuário se quisesse no CAPSi?	20%	33,33%	10%	10%	26,66%

Você é orientado a participar de algum programa de assistência social?	53,33%	26,66%	0	10%	10%
Você recebe orientações para manter o usuário saudável, como alimentação, higiene ou sono?	76,66%	6,66%	0	13,33%	3,33%
Você recebe orientações sobre o crescimento e desenvolvimento do usuário?	80%	6,66%	3,33%	10%	0
Você recebe orientações de como lidar com os comportamentos do usuário?	66,66%	6,66%	6,66%	16,66%	3,33%
O seu Técnico de Referência perguntou sobre doenças ou problemas que existem na sua família?	90%	10%	0	0	0
O seu Técnico de Referência se reuniria com outros membros da família se você achasse necessário?	53,33%	33,33%	3,33%	0	10%
Alguém do CAPSi fez visitas domiciliares?	3,33%	10%	16,66%	16,66%	20%

O questionário do PCATool foi adaptado para avaliação de um serviço secundário (CAPSi), e os dados encontrados, por porcentagem de respostas no total da amostra das questões, estão descritos na Tabela 10.

Dos dados mais relevantes do questionário, encontramos: 90% declararam acolhimento imediato no CAPSi; 73,33% procuram o CAPSi quando precisam; 70% relataram que o CAPSi encaminha o usuário quando precisa. Com certeza sim, 86,66% sabiam quem era o seu Técnico de Referência (TR); 80% relataram que ele estava disponível sempre que precisavam; 90% respondiam às perguntas de forma que entendiam; 73,33% o TR sabia de outros tratamentos que faziam; e 46,66%, o TR fazia contato com os outros profissionais que atendiam o usuário. Também, com certeza sim em 100% relataram que o médico responde às perguntas de forma que entendem; e 66,66% o CAPSi indica um especialista caso necessário. Relataram com certeza sim, 50% que foram encaminhados a outros serviços; 36,66% foram inseridos prontamente; e 53,33% foram orientados a algum programa da assistência social.

A partir desses dados, observamos que o atendimento ao usuário dentro do equipamento se faz de maneira adequada, porém eles mostram que metade dos usuários somente foram encaminhados a outros serviços e 36,66% foram inseridos prontamente como continuidade do tratamento. O contato com outros programas como o de assistência social fica próximo da metade da amostra somente.

Também foi questionado para qual serviço, após a alta dos grupos de atendimento, o usuário havia sido encaminhado, e as respostas encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11 – Serviço para qual o usuário foi encaminhado após a alta dos grupos de atendimento no CAPSi, junho e julho de 2020

ENCAMINHADO PARA	USUÁRIOS
Fonoaudiólogo e Psicólogo	3
Psiquiatria	1
Nenhum	8
Fonoaudiólogo e Esporte	1
Esporte	5
Já realizava atendimento particular	2
Não lembra	2
Psicologia e Psiquiatria	1
Psiquiatria, Homeopatia e Cardiologia	1
Não sei	1
Fonoaudiólogo	2
Psicologia	1
Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)	2
TOTAL	30

Considerando essas respostas, podemos observar que aqueles que não foram encaminhados a nenhum serviço, aqueles que não lembram, não sabem ou já faziam acompanhamentos em rede particular somam 13 usuários, 43,33%. Dentre os profissionais que foram mais apontados como encaminhamentos, o fonoaudiólogo aparece com mais constância em 6 vezes, seguido pelo psicólogo em 5 vezes, porém não foi relatado o equipamento, UBS ou SER. Fora da rede de saúde, temos como encaminhamentos o serviço da Secretaria de Esportes e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Os dados mostram que, infelizmente, ainda não existe um protocolo ou registro dele para o acompanhamento do usuário após a alta dos grupos terapêuticos, apesar de fazer parte do Projeto Terapêutico Singular e o CAPSi continuar com esse usuário em acompanhamento ambulatorial médico, ou pelo menos isso não foi relatado ou entendido pelo usuário. O fonoaudiólogo é uma fonte de encaminhamento importante em ambas as amostras e também destino desses usuários após a alta dos grupos terapêuticos. Também observamos a ausência ou pequeno número de encaminhamentos a outros setores além da rede de saúde, o que pode sugerir a falta de equipamentos e a dificuldade de inclusão desses usuários, fato que dificulta a concretização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade tão desejadas para garantia de direitos.

Muitas limitações foram enfrentadas neste estudo. Iniciamos com as dificuldades da falta de um sistema digital em saúde mental para coleta de

dados, fazendo com que a coleta fosse feita de forma manual. O atraso da comissão de ética foi um fator também de atraso ao início da pesquisa de campo. A falta de iniciativa por parte dos profissionais e das famílias no preenchimento dos questionários também comprometeu a coleta dos dados de forma mais rápida. Porém, a grande dificuldade se deu no surgimento da pandemia de covid-19 no decorrer do estudo, o que provocou a mudança no meio de coleta dos dados e da construção de novos meios para alcançar os objetivos devido ao isolamento social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o território de Taboão da Serra apresenta uma rede de atendimento suficiente para cumprir as prerrogativas do Ministério da Saúde para o cuidado dos indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), tanto com relação aos equipamentos de referência quanto aos profissionais exigidos, o que garante a universalidade do cuidado. Apesar de a referência do território ser a Rede de Atenção Psicossocial e o CAPSi, sabemos que esse equipamento por si só não acolhe nem atende a todas as necessidades dos sujeitos com TEA. Verificamos pouca participação da Atenção Básica, do SER e pouca articulação entre os serviços. A falta de protocolos ou sistematização de dados compromete a qualidade desses dados e a quantificação dos usuários com TEA no território e consequentemente a construção de políticas públicas mais assertivas e pautadas na realidade local.

O diferencial da rede de atendimento está no conhecimento sobre o TEA por parte dos funcionários, na presença da abordagem terapêutica alta da homeopatia, que pode refletir na diminuição da medicalização excessiva da infância, e também na abertura do município às abordagens mais integrativas de tratamento.

A fonoaudiologia é a fonte principal de encaminhamentos ao CAPSi e um dos destinos principais após a alta dos grupos semanais do equipamento. Isso mostra que o fonoaudiólogo é profissional essencial na rede formada no território, e talvez peça-chave na construção na Atenção Básica, ao lado do pediatra e enfermeiro da família, do protocolo de observação do risco psíquico e intervenção precoce.

A pouca participação do equipamento SER pode deixar a desejar as intervenções clínicas necessárias ao tratamento do TEA no município. Responsabilizar os equipamentos com relação as suas funções pode fazer a rede de saúde mais adequada à integralidade do cuidado. Atenção Básica como primeiro contato e manutenção longitudinal dos casos, CAPSi como equipamento de atenção psicossocial na construção de laços sociais e SER na

habilitação, estimulação precoce e reabilitação podem compor a rede de saúde desejada, mas não limitada a ela própria.

A pouca presença, ou a falta, de registros sobre a articulação da rede deixa uma lacuna importante. A rede deve ser compreendida como algo além da saúde para os profissionais, para o poder público e principalmente para os usuários. A rede intersetorial desejada e certificada deve ocorrer no cotidiano da prática, e é ela que de fato faz o tratamento acontecer e garante um dos mais essenciais princípios do SUS, a equidade.

As conquistas legais garantidas pelos sujeitos com TEA ainda não foram garantia de mudanças na vida prática. Apesar dos avanços positivos, não podemos acreditar que leis por si só podem transformar as barreiras existentes. A ciência pode e deve mostrar essa diferença através das pesquisas e estudos que provam essa lacuna e mostram os caminhos a seguir. O investimento em pesquisa deve ser constante e deve abarcar não somente estudos em tratamentos mais eficazes, mas também na acessibilidade desses sujeitos às redes de serviços.

Independentemente da Linha de Cuidado a ser seguida por esses indivíduos, Atenção Psicossocial ou Reabilitação, alguns pontos permanecem constantes em ambas: intervenção precoce, equipe multiprofissional e atendimento em rede intersetorial.

É na Atenção Básica, representada aqui pelas UBSs, que esse primeiro encontro acontece e deve ser priorizado. Formação adequada e permanente das equipes para um olhar mais aguçado aos transtornos da infância precisa ser compreendida como essencial para alcançarmos a intervenção precoce e o encaminhamento à Atenção Especializada de forma mais assertiva, seja qual for o equipamento existente no território.

A equipe multiprofissional existente na Atenção Especializada, através dos conhecimentos compartilhados, é capaz de acolher e atender as demandas, seja qual for o caminho escolhido ou existente no território. Mas ela por si só também não basta. É nesse momento, na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, que a rede formada por ele se torna o ponto mais alto de seu tratamento. É no olhar individual das demandas do sujeito que o caso se constrói, se trata e se efetiva na transformação de qualquer técnica em vida prática.

Portanto, a rede intersetorial desejada deve ser formada para cada um a partir de suas demandas e especificidades dentro das diferentes realidades dos territórios.

A existência de serviços não garante um tratamento eficaz, mas a articulação dos serviços existentes, sim. Portanto, uma rede intersetorial pautada nas demandas individuais pode solucionar a grande demanda existente nos serviços seja qual for a realidade do território, diminuir a demanda num único equipamento e evitar o desperdício financeiro. No conjunto formado pelos saberes da Saúde, Educação, Assistência Social, Justiça, Esporte, Cultura, Lazer e Trabalho que a rede intersetorial acontece. Somente nesse compartilhamento poderemos garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade, a fim de que o sujeito com TEA deixe de ser visto como um segregado da sociedade, passivo de intervenções, mas um cidadão ativo de suas ações e escolhas de seus, não mais único, “lugares” na sociedade.

ANEXOS

Anexo A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Taboão da Serra
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Saúde Mental

Taboão da Serra, 13 de junho de 2019.

À Secretaria Municipal de Saúde,
A/c da Dra Raquel Zaicaner

Eu, Vanini Mandaj, estou elaborando um projeto de pesquisa para o mestrado na Universidade de São Paulo e preciso inseri-lo na Plataforma Brasil (base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas, quando concluídas) para apreciação da comissão de ética, bem como poder depois da aprovação, poder trabalhar com os dados municipais. Para tanto, necessito da vossa anuência para o desenvolvimento desta pesquisa como autoridade competente da SMS. Segue resumo do projeto da pesquisa:

Com as mudanças advindas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, grupos de maior vulnerabilidade como os portadores dos transtornos do espectro autista (TEA), encontraram dificuldades de encontrarem-se nessa nova rede de atendimento. Esses "lugares", apesar de criados com a reforma, ainda não foram apropriados, ou ainda, esse fluxo de encaminhamentos não fora compreendido, tanto por parte dos profissionais, quanto dos usuários. Através da análise e reflexão da rede de atenção psicossocial atual das aproximadamente 120 crianças com TEA no município de Taboão da Serra, contribuiremos na caracterização de uma rede que contemple os princípios do sistema único de saúde, e abriremos propostas para uma rede de atendimento mais eficiente e

definida, e que principalmente garanta a humanização da saúde mental e direitos destas pessoas no município.

Com o incentivo desta secretaria e empenho neste trabalho, sei que posso contribuir com o aprimoramento dos serviços deste município e espero com todo respeito ter a sua autorização.

Grata,

Vanini Mandaj

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina Molini Avejonas
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia
Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo

Dra Raquel Zaicaner.
Secretária Municipal de Saúde.

Ana Lúcia Comino Funari.
Coordenadora Municipal de Saúde Mental

Adilson P. Torres
Gestor Capsi Taboão da Serra

www.plataformabrasil@saude.gov.br

Anexo B – Questionário Socioeconômico

Questionário socioeconômico

Nome:

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Anexo C – Questionário “O que se sabe sobre autismo”

O que se sabe sobre Autismo

I. Informações sobre você que está respondendo o questionário

Nacionalidade: Se não for brasileiro, não responda a próxima questão

Estado em que nasceu:

Estado em que reside:

Profissão:

Ocupação profissional:

Idade	Gênero	Etnia / Raça
() Entre 18 e 29 anos	() Feminino	() Preta
() Entre 30 e 39 anos	() Masculino	() Parda
() Entre 40 e 49 anos	() Outro:.....	() Branca
() Entre 50 e 59 anos		() Amarela
() 60 anos ou mais		() Indígena
		() Outro:
Rendimento mensal de sua família	Qual a sua formação acadêmica	
() Menos de R\$1000,00	() Até fundamental (até 4º ano ou antiga 4ª série)	
() Entre R\$1000,00 e R\$3000,00	() Até fundamental II (até 9º ano ou antiga 8ª série)	
() Entre 3000,00 e R\$6000,00	() Ensino Superior (bacharelado / licenciatura incompleto)	
() Mais de 6000,00	() Ensino Superior (bacharelado / licenciatura completo)	
() Não sei	() Ensino Superior (mestrado)	
() Prefiro não responder	() Ensino Superior (doutorado)	

II. Informações sobre como você conhece sobre Autismo

Você conhece alguma coisa sobre autismo?	SIM	NÃO
Você já ouviu o termo autismo?	SIM	NÃO
Como você soube? Onde você ouviu? (Marque todas as opções que considerar pertinente)		
() Não sei () Não ouvi () Assisti na TV () Ouvi no trabalho () Na minha família () Em conversa com conhecido		
() Na internet () Outro – especificar:		
Você já teve contato com algum autista?	SIM	NÃO
O contato ocorreu por que?		
() sou familiar de um indivíduo autista. Especificar parentesco:		
() trabalho com indivíduos autistas. Especificar se é: () profissão ou () convívio profissional		
() conheço um indivíduo autista. Especificar:		

III. Informações sobre o que você conhece sobre Autismo

Autismo é uma deficiência?	SIM	NÃO
Autismo é um estado psicológico?	SIM	NÃO
Autismo é uma condição social?	SIM	NÃO
Autismo é uma doença?	SIM	NÃO
Autismo é uma doença que você nasce com ela?	SIM	NÃO
Autismo tem origem genética?	SIM	NÃO
Autismo é hereditário? Passa de mãe / pai para filho (a)?	SIM	NÃO
Autismo tem cura?	SIM	NÃO
Autismo é contagioso?	SIM	NÃO
Autismo é uma doença rara?	SIM	NÃO
Autismo é uma doença adquirida?	SIM	NÃO
Existem vários tipos de autismo?	SIM	NÃO
Fatores ambientais causam autismo?	SIM	NÃO
Existem medicamentos para o autismo?	SIM	NÃO
Existe exame que detecta o autismo?	SIM	NÃO
A causa do autismo é conhecida?	SIM	NÃO
A causa do autismo é determinada?	SIM	NÃO
O autismo é consequência de um trauma emocional?	SIM	NÃO
O autismo é um distúrbio do desenvolvimento?	SIM	NÃO
Vacina causa autismo?		

IV. Informações sobre o que você conhece de um indivíduo autista. Considere as características que são específicas

Isolamento	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Comportamentos agressivos	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldade no convívio social	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Não fazer contato visual	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Não falar	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Contato visual alterado	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldade para se comunicar	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Características físicas específicas	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Déficit intelectual	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Habilidades especiais	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Alterações de sono	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Audição comprometida	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldades alimentares	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldades visuais	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldades respiratórias	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Dificuldade para brincar	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Ausência de resposta quando é chamado pelo nome	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Ausência de demonstrações de carinho, afeição por ninguém	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Repetição de frases, palavras descontextualizadas (ecolalia)	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Consegue ser independente, assumir a condução da própria vida	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM
Comportamentos de abanar as mãos, balançar, girar ou olhar fixamente	TODOS	MUITOS	ALGUNS	NENHUM

V. Informações sobre quais são os profissionais indispensáveis, para você, ao atendimento de um indivíduo autista

Psiquiatra	Fonoaudiólogo	Pediatra	Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta
Neurologista	Neuropediatra	Psicólogo	Psicopedagogo	Psicomotricista
Educador Físico	Dentista	Professor especializado	Geneticista	Nutricionista

Anexo D – Aprovação da Comissão de Ética

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista no município de Taboão da Serra

Pesquisador: Daniela Regina Molini Avejonas

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 04886818.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.622.331

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto com múltiplos objetivos que visa avaliar a rede de atendimento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) em Taboão da Serra (SP) para verificar em 3 etapas, que por sua vez tem algumas subetapas: As principais etapas são: 1- mapeamento da rede, fluxo, e de portadores de TEA; 2- análise dos dados; 3- terceira serão aplicados os conhecimentos obtidos para melhorar aspectos da rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a rede de atenção psicossocial do município de Taboão da Serra, São Paulo, a fim de verificar se a linha de cuidado das pessoas com TEA está sendo seguida de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Objetivo Secundário:

-Mapear a rede de saúde mental do município de Taboão da Serra quanto aos equipamentos e recursos humanos existentes; verificar o grau de conhecimento da população sobre o TEA; caracterizar os usuários que possuem diagnóstico de TEA no município; mapear a linha de cuidado seguida pelos pacientes com TEA; aplicar o questionário baseado no PCATool para que a percepção de usuários e profissionais sobre a rede seja avaliada.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 3.622.331

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como não haverá intervenção, mas somente aplicação de questionários, os riscos são mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem múltiplos objetivos tais como mapeamento da rede de atendimento de portadores de TEA em Taboão da Serra enviando questionário para os gestores da rede de saúde da região (" Levantamento da rede"); caracterização socioeconômica da população (questionário ABEP); avaliação do grau de conhecimento do TEA pelos pais ou responsáveis (questionário "o que você sabe sobre autismo") e, principalmente, avaliação do grau de satisfação dos usuários com o atendimento (questionário "PCA Tool"). De acordo com nossas observações anteriores, a pesquisadora anexou todos os instrumentos que serão utilizados na pesquisa, uma a vez que alguns deles não constavam nas versões anteriores, o que facilitou agora melhor compreensão da natureza do projeto. Assim, entendemos que se trata de projeto de levantamento de dados, não havendo hipóteses específicas a serem testadas, uma vez que não há um grupo controle. Neste caso o projeto pode ser classificado somente como descritivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de anuência da Secretária Municipal da Saúde de Taboão da Serra e TCLE inclusos e adequados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1162728.pdf	30/09/2019 09:59:52		Aceito
Outros	PCATool_Anexo_1.docx	30/09/2019 09:47:23	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.docx	30/09/2019 09:45:29	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Outros	AnuenciaSMS.pdf	01/07/2019	Daniela Regina	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.622.331

Outros	AnuenciaSMS.pdf	13:08:49	Molini Avejonas	Aceito
Outros	Questionario_Socio_Economico.pdf	26/06/2019 16:20:29	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Outros	Levantamento_rede.pdf	26/06/2019 16:20:08	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Outros	O_que_se_sabe_sobre_Autismo.pdf	26/06/2019 16:19:50	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre.pdf	26/06/2019 15:55:44	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Outros	cep_126_formulario_para_cadastro_de_projeto_atualizado_2018_assinado.pdf	12/12/2018 10:14:45	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	22/07/2018 19:00:23	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Outubro de 2019

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Levantamento da Rede

Levantamento dos sujeitos com TEA na rede de saúde de Taboão da Serra

A pesquisa de mestrado realizada através da Faculdade de Medicina da USP e com ciência da secretária de saúde Dra. Raquel Zaicaner, “Caracterização da rede de Atenção Psicossocial das crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista no município de Taboão da Serra”, busca em uma das etapas a quantificação destes sujeitos atendidos na rede. Espero a sua colaboração enquanto gestor de unidade de saúde para conhecermos nossa população e poder refletir sobre políticas públicas a esta população.

Equipamento:

Gestor:

Contato:

1) Você sabe quantos pacientes até 18 anos com Transtorno do Espectro Autista (F84) existem na unidade?

2) Você poderia informar o nome (somente para excluir caso de duplicidade de indivíduos na pesquisa), sexo, data de nascimento e por qual especialidade é atendido nesta unidade (se não estiver em atendimento, marcar com X)?

Nome	Sexo	DN	Especialidade(s) em atendimento	Encaminhado por

3) Existe alguma orientação ou política de atendimento para estes pacientes na unidade?

Encaminhar o questionário para o e-mail: vaninimandaj@usp.br

Grata,

Vanini Mandaj

Mestranda do Departamento de Ciências da Reabilitação da FMUSP

Fonoaudióloga CAPSi Taboão da Serra

Apêndice B – Questionário PCATool adaptado

Questionário para Avaliação da Rede de Atendimento do TEA em Taboão da Serra

Nome da criança/adolescente:

Nome do responsável:

1 – Quem encaminhou (nome) para o serviço no CAPSi?

	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei, não lembro
Quando você chegou ao CAPSi, seu acolhimento foi imediato?	4	3	2	1	9
Quando (nome) precisa de orientação em saúde, você procura o CAPSi?	4	3	2	1	9
Quando (nome) precisa consultar um outro especialista, o CAPSi realiza encaminhamento?	4	3	2	1	9
Você sabe quem é o seu Técnico de Referência?	4	3	2	1	9
Quando você precisa de alguma orientação, seu Técnico de Referência tem disponibilidade para atendê-lo?	4	3	2	1	9
Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para realizar atendimento no CAPSi?	4	3	2	1	9

É fácil marcar hora para uma consulta no CAPSi?	4	3	2	1	9
Se você tiver uma pergunta sobre a saúde do (nome) pode telefonar e falar com o Técnico de Referência?	4	3	2	1	9
Você acha que o Técnico de Referência de (nome) entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
O Técnico de Referência de (nome) responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
O médico de (nome) responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
O Técnico de Referência sabe de todos os medicamentos que (nome) está tomando?	4	3	2	1	9
O CAPSi auxilia a obtenção da medicação de (nome)?	4	3	2	1	9
O CAPSi indica outros especialistas no tratamento de (nome)?	4	3	2	1	9
Se (nome) faz outro tratamento conjuntamente, seu Técnico de Referência sabe?	4	3	2	1	9
O Técnico Referência de (nome) faz contato com os outros profissionais que atendem (nome)?	4	3	2	1	9

O Técnico de Referência parece interessado na qualidade do cuidado integral da sua criança?	4	3	2	1	9
Se você já recebeu alta dos grupos, você foi encaminhado a outro serviço?	4	3	2	1	9
Nesse serviço encaminhado, você foi inserido prontamente?	4	3	2	1	9
Quando você leva (nome) no CAPSi, o prontuário está sempre disponível?	4	3	2	1	9
Você poderia ler/consultar o prontuário de (nome) se quisesse no CAPSi?	4	3	2	1	9
Você é orientado a participar de algum programa de assistência social?	4	3	2	1	9
Você recebe orientações para manter (nome) saudável, como alimentação, higiene ou sono?	4	3	2	1	9
Você recebe orientações sobre o crescimento e desenvolvimento de (nome)?	4	3	2	1	9
Você recebe orientações de como lidar com os comportamentos de (nome)?	4	3	2	1	9
O seu Técnico de Referência já perguntou sobre doenças ou problemas que existem na sua família?	4	3	2	1	9

O seu Técnico de Referência se reuniria com outros membros da família de (nome) se você achasse necessário?	4	3	2	1	9
Alguém do CAPSi fez visitas domiciliares?	4	3	2	1	9

Qual serviço após a alta dos grupos de atendimento você foi encaminhado?

(Baseado no PCATool Brasil, 2010.)

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O título de nossa pesquisa é **“Caracterização da rede e atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista no município de Taboão da Serra”**. Essa pesquisa tem como objetivo analisar e refletir a rede de atenção psicossocial do município de Taboão da Serra, São Paulo, a fim de verificar se os direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) estão sendo garantidos no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

1 – Sua participação nesta pesquisa é voluntária e precisará apenas responder a um questionário sobre o que você conhece sobre o Transtorno de Espectro Autista.

2 – O questionário não implica nenhum risco para sua saúde, mas apenas a disponibilidade de tempo para responder às perguntas.

3 – Caso venha a sentir algum desconforto em relação ao fornecimento de informações, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

4 – Ressaltamos que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

5 – Sua participação no estudo não lhe trará despesas pessoais e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

A pesquisa está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é a **Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas** e a pesquisadora executante é a **Fga. Vanini Mandaj**, que podem ser encontradas no endereço Rua Cipotania, 51 – Cidade Universitária – São Paulo; Telefone(s): 3091-7455 ou 3091-7452. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

– Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar – sala 36 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP: 01246-000. Tel.: 3893-4401/3893-4407 – e-mail: cep.fm@usp.br.

Eu conversei com a Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas ou com a Fga. Vanini Mandaj sobre a minha decisão em participar voluntariamente desse estudo e acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Caracterização da rede e atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista no município de Taboão da Serra” e concordo em participar.

Assinatura do Entrevistado

_____ Data

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador responsável

_____ Data

REFERÊNCIAS

ABEP. *Classificação socioeconômica*. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Abreu DN. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*. 2008;8(1):74-82.

Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4291-300.

Amato CAH, Avejonas-Molini DR, Varanda ACA. *Information and impression regarding ASD questionnaire answered by foreigners living in Brazil*; 2017.

American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5a ed. Trad. de Maria Inês Correa Nascimento et al. Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli et al. Washington (DC): American Psychiatric Association; Porto Alegre: Artmed; 2013.

Andrade; 2006. In: Silva KL, Sena RR, Arkeman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4361-70.

Araújo JAMR, Veras AB, Varella AAB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. *Rev Psicologia e Saúde*. 2019;11(1):89-98.

Barbosa MRP, Fernandes FDM. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2009;14(4):482-6.

Braga CP, D'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental da criança e do adolescente: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(2):401-10.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988.

Brasil. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Direitos das pessoas com autismo*. Movimento Pró-Autista e Edepe (Escola de Defensoria do Estado). São Paulo; 2011.

Brasil. Lei 13.861, de 18/07/2019. Altera a Lei n 7.853 de 24/10/1989 para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Brasília (DF); 2019.

Brasil. Lei Federal 10216, de 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001.

Brasil. Lei Federal 12764, de 27/12/2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo; e altera o § 3º do art. 98 da Lei n. 8112, de 11/12/1990. Brasília; 2012.

Brasil. Lei Federal 13146, de 06/07/2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília; 2015.

Brasil. Lei Federal 13257, de 08/03/2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n. 8069 (13/07/1990), o Decreto-Lei n. 3689 (03/10/1941), a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5452, de 01/05/1943, a Lei n. 11770 (09/09/2008) e a Lei n. 12662 (05/06/2012). Brasília; 2016.

Brasil. Lei Federal 8069, de 13/07/1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília; 1990.

Brasil. Lei Orgânica 8080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool

e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. 2015. ano 10, n. 12. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2a ed. Brasília; 2007.

Brasil. MS. Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde (DAPES). Secretaria de Atenção à Saúde. *Rede de Atenção à Saúde e o cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista no SUS*; 31 jun. 2016.

Brasil. MS. Decreto 6949, de 25/08/2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30/03/2007. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília; 2009.

Brasil. MS. Decreto 7612, de 17/11/2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. Brasília; 2011.

Brasil. MS. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

Brasil. MS. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Org. de Dulce Helena Chiaverini et al. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: MS; 2011.

Brasil. MS. *Guia sobre Lei Brasileira de Inclusão*. Brasília; 2015.

Brasil. MS. *III Conferência de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não*. Brasília (DF); 2002.

Brasil. MS. Portaria 1060, de 05/06/2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília; 2002.

Brasil. MS. Portaria 1946, de 10/10/2003. Cria o grupo de trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília; 2003.

Brasil. MS. Portaria 793, de 24/04/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. MS. Portaria 962, de 22/05/2013. Institui o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com TEA no âmbito do MS. Brasília; 2013.

Brasil. MS. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência de Saúde Mental Intersectorial*. Brasília (DF); 2010.

Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Série F. *Comunicação e educação em saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília; 2004.

Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf.

Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil*. Série B. Textos básicos em Saúde. 2a ed. Brasília (DF); 2005.

Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações 2005 a 2012*. Brasília (DF); 2014.

Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Brasil. Portaria GM/MS 1608, de 03/08/2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília; 2004.

Brasil. Portaria GM/MS 3088, de 23/12/2011. 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 SUS. Brasília; 2011.

Brasil. Portaria GM/MS 336, de 19/02/2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2002.

Carvalho; 2009. In: Silva KL, Sena RR, Arkeman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4361-70.

Cavalcanti CM, Jorge MSB, Santos DCM. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(1):161-78.

Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s_cid=ss6904a1_w.

Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic Clin*. 2015;27:17-40.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(4):390-8.

Couto; 2014. In: Braga CP, D'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental da criança e do adolescente: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(2):401-10.

Cunha CC, Boarini ML. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*. 2011;3(1):68.

Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):357-66.

Desarkar P, Rajji TK, Ameis SH, Daskalakis ZJ. Assessing and stabilizing aberrant neuroplasticity in autism spectrum disorder: the potential role of transcranial magnetic stimulation. *Front Psychiatry*. 2015 Sep 9;6:124. DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00124.

Ebert M, Lorenzini E, Silva EF. Mães de crianças com transtorno do espectro autístico: percepções e trajetórias. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 2015;36(1):49-55.

Elsabbogh M, Divan G, Kohn YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental. *Autism Res*. 2012;5(3):160-79. DOI: 10.1002/aur239.

Favero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologias: Reflexão e Crítica*. 2010;23(2):208-21.

Fernandes FDM, Amato CAH, Defense-Netrval DA, Molini-Avejonas DR. Speech language intervention for children with autism spectrum disorder in Brazil. *Topics in Language Disorders*. 2014;34(2):155-67.

Fernandes FDM, Santos THF, Amato CAH, Molini-Avejonas DR. Recursos de informática na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2010;22(4):415-20. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872010000400009>.

Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(12):2649-54.

Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araujo LA, Souza NM. Autismo no Brasil: uma revisão sistemática dos desafios familiares e estratégias de enfrentamento. *Jornal de Pediatria*. 2015;91:111-21.

Hoffman MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial infantojuvenil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):633-42.

Landrigan PJ. What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(2):219-25. DOI: 10.1097/MOP.0b013e328336eb9a.

Lent R, Tovar-Moll F. How can development and plasticity contribute to understanding evolution of the human brain?. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015;9:208.

Lima RC, Couto MCV, Delgado PGG, Oliveira BDC. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede CAPSi da região metropolitana do RJ. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(3):715-39.

Lima RC, Couto MCV, Solis FP, Oliveira BDC, Delgado PCG. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSis da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde Soc*. 2017;26(1):196-201.

Losardo A, McCullough KC, Lakey ER. Neuroplasticity and young children with autism: a tutorial. *Anat Physiol*. 2016;6:209. DOI: 10.4172/2161-0940.1000209.

Mandaj V. *Análise da saúde pública no município de Taboão da Serra-SP*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

Marques MH, Rodrigues MA. Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Dixe/RevPsiq Clin*. 2011;38(2):66-70.

Mendes; 2007. In: Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeSI. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4291-300.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília (DF); 2014.

Oliveira BDC, Feldman C, Couto MCV, Lima RC. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017;27(3):707-26.

Organização Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. *Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS: 25 anos do SUS: a Fonoaudiologia na luta pela integralidade da atenção à saúde*. 2015. Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/cms/files/Publicacoes/CartilhaSUS.pdf>.

Paula CS, Lauridsen-Ribeiro E, Wissow L, Bordin IAS, Evans-Lacko S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2012;14(3):334-41.

Pellicano E, Dinsmore A, Charmam T. What should autism research focus upon? Community views and priorities from the UK. *Special Issue Article-Autism*. 2014;18(7):756-70. DOI: 10.1177/1362361314529627.

Portolese J, Bordini D, Lowenthal R, Zach EC, Paula CS. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2017;17(2):79-91.

Prefeitura Municipal de Taboão da Serra. Disponível em: <http://taboaodaserra.sp.gov.br/>.

Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtornos do Espectro Autista (TEA). São Paulo: SEDPcD; 2013.

Reis, et al.; 2013. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, editores. *Saúde pública: bases conceituais*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2013.

Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*. 2006;11(1):29-38.

Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, editores. *Saúde pública: bases conceituais*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2013.

Rocha CC, Souza SMV, Costa AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um centro especializado em reabilitação de uma cidade do sul do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(4):e290412.

Ronchi JP, Avellar LZ. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2010;12(1):71-89.

Rossi LP, Lovisi GM, Abelha L, Gomide M. UFRJ. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Caminhos virtuais e autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da análise de redes sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018;23(10):3319-26.

Silva KL, Sena RR, Arkeman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4361-70.

Silva LS, Furtado LAR. O sujeito autista na rede SUS: (im)possibilidades de cuidado. *Fractal: Rev de Psicologia*. 2019;31(2):119-29.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. *Triagem precoce para autismo/transtorno do espectro autista*, n. 1, abr. 2017.

Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(2):477-86.

Tanaka; 2009. In: Cavalcanti CM, Jorge MSB, Santos DCM. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(1):161-78.

Teixeira MCTV, Mecca TP, Velloso RL, Bravo RB, Ribeiro SHB, Mercadante MT, Paula CS. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev Associação Med Bras*. 2010;56(5):607-14.

Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. 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*. 2015;32(4):698-703.

Teixeira RM, Santos-Jucá VJ. Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil no município de Salvador (BA). *Rev de Psicologia*. 2014;5(2):70-84.

Thiengo DL, Fonseca D, Abelha L, Lovisi GM. Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;23(3):298-308.

United Nations Enable. The invisibility of disability. Disponível em: www.un.org/disabilities_

Withaker; 1993. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, editores. *Saúde pública: bases conceituais*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2013.

World Health Organization. The World Bank. *Relatório Mundial sobre Deficiência*. Trad. de Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo; 2012.

Yasuí S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2008; 32(78-80):27-37.

Yasuí; 2006. In: Yasuí S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2008; 32(78-80):27-37.

Zaniani EJM, Luzio CA. A intersetorialidade nas publicações acerca do centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Psicologia em Revista*. 2014;20(1):56-77.