

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANE CRISTINA LOURENÇO

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIS E O CUIDADO A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA E SUAS FAMÍLIAS

SÃO CARLOS -SP
2020

MARIANE CRISTINA LOURENÇO

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS E O CUIDADO A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUAS
FAMÍLIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Thelma Simões Matsukura

São Carlos-SP
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Mariane Cristina Lourenço, realizada em 27/03/2020.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura (UFSCar)

Profa. Dra. Martha Morais Minatel (UFS)

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato (UFSCar)

Profa. Dra. Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes (UFSCar)

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

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

Dedico este trabalho ao meu pai, Carlos Lourenço, o qual sempre me incentivou à curiosidade e à vontade de aprender. Até o fim mostrou-se preocupado e interessado em minha formação e agora segue cuidando e iluminando meus caminhos em outro lugar.

AGRADECIMENTOS

A Deus por se mostrar perfeito em todas as ações, por me abrir portas e caminhos por onde eu jamais poderia imaginar. Por ser força e refúgio nos momentos mais sombrios ao longo desta caminhada e por me fazer acreditar que o sol sempre volta a brilhar.

Aos meus pais, Carlos e Dalva, por me apoiarem incondicionalmente em todas as minhas escolhas. Por cuidarem do ambiente para que eu me sentisse acolhida e capaz. Por sonharem comigo e vibrarem comigo a cada conquista e por, mesmo na dor, jamais deixarem de ser lugar de conforto e acolhimento.

Ao meu companheiro de vida e de aventuras, Roberto Vicente, por caminhar ao meu lado em todos os caminhos até aqui. Por acreditar em meu potencial mesmo quando eu mesma duvidava, por ser o abraço que conforta e o lugar para onde eu posso sempre voltar.

À minha orientadora, Thelma. De profissional admirada tornou-se professora, orientadora, mestra. Depois, tornou-se amiga, confidente, parceira. Em muitos momentos foi apoio, suporte, exemplo de disponibilidade. Juntando todos esses papéis, me ensinou sobre relações horizontais e sobre construções baseadas no afeto e nos bons encontros.

À minha família, por me acolherem, cuidarem de mim, torcerem por mim e por serem parte da construção de quem eu sou: Sandra, Silvia, Julia, Marcelo, Laura, Michele, Edie, Tia Dóra, Vó Nena (em memória). Muito obrigada. E para minha segunda família, obrigada por todo o apoio e carinho: José Roberto, Sandra e Victor.

Às queridas companheiras do LaFollia que com alegria, afeto e muita paixão pela Saúde Mental me ensinaram e ensinam, cotidianamente, sobre cuidado, empoderamento, emancipação e inclusão social, sobretudo dos sujeitos em sofrimento psíquico. Em especial, agradeço a Amanda, Mayara, Marina e Laysla pelas parcerias e reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil.

Às amigas, companheiras que tornaram mais leve e mais possível esta jornada que é a Pós-Graduação: Gabriela Bráz, Isabela Paschoalotto, Vitória Beltrame, Daffini Henrique, Letícia Barbano, Fredcarne Tima, Raquel Pinheiro, Vanessa Barros, Natália Moreno Ulrich, Leticia Pereira e Aline Gonçalves (Picote).

E às companheiras e companhias de estudo diário no Departamento. Obrigada pelos cafés, pelas reflexões, pelos aprendizados em conjunto – Belle, Ana, Vivi, Sofia e a

querida Maria que com sua alegria e com seu cuidado nos ajudava a espairecer, dar risadas e entender que fazer pesquisa também é conviver, estar junto.

Aos amigos campineiros que me acolheram e me deram casa, comida e possibilidades de realizar esta pesquisa: Eduardo, Carolina, Kize e Fábio. Em especial, agradeço à Kize por todas as trocas e reflexões sobre a Terapia Ocupacional e sobre a vida – que é muito mais do que a T.O. E um agradecimento especialíssimo ao Davi e ao Lucas que cederam seu quarto de brinquedos para que eu pudesse ali me hospedar, descansar e escrever meu Diário de Campo.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa com envolvimento e afinco, por mostrarem como as micropolíticas são potentes criadoras de vida e de práticas antimanicomiais. Seguimos na luta por uma vida extramuros!

Aos familiares que compartilharam suas histórias, suas angustias e suas alegrias e possibilitaram que eu conhecesse um pouco mais seu cotidiano e suas demandas. Muito obrigada. Essa pesquisa foi feita com vocês e espero que lhes traga bons retornos.

A todos que estiveram comigo ao longo destes dois anos e , sobretudo, nestes últimos e difíceis oito meses. Obrigada por cada abraço, cada palavra, cada café ou cerveja ou mensagem no “whatsapp”. Aprendi e confirmei a força e a potência das relações humanas e a importância da tal “rede de suporte social”.

*Nem todo trajeto é reto
Nem o mar é regular
Estrada, caminho torto
Me perco pra encontrar
Abrindo talho na vida
Até que eu possa passar
Como um moinho que roda
Traçando a linha sem fim
E desbravando o futuro
Girando em volta de mim*

(Cobra Rasteira, Metá Metá)

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) constituem a primeira iniciativa de incluir o autismo no Campo da Saúde Mental pública do Brasil. As intensas discussões que ocorrem entre defensores dos CAPSij enquanto um possível lugar de cuidado a essa população e aqueles que defendem um cuidado pautado na clínica especializada, evidenciam a necessidade de compreender sobre as potências e os desafios da atenção a população autista e seus familiares nos CAPSij. Assim, essa pesquisa teve por objetivo compreender as potencialidades e limites do cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos CAPSij. Trata-se de um estudo de abordagem qualiquantitativa, desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa contou com a participação de gestores dos quatro CAPSij da cidade de Campinas/SP e buscou caracterizar as crianças e os adolescentes com TEA inseridos nos CAPSij do município, bem como identificar as ações de cuidado desenvolvidas junto a essa população. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário junto aos gestores dos serviços e de consulta a prontuários. A segunda etapa caracterizou-se como uma Etnografia, possibilitando maior aproximação e compreensão do fenômeno estudado. Colaboraram para esta etapa técnicos, familiares, crianças e adolescentes com TEA e demais atores vinculados a um CAPSij do mesmo município. O principal instrumento utilizado para a colheita de dados foi o Diário de Campo. Além desse, outros recursos como entrevistas, registros fotográficos e consulta a prontuários também foram utilizados. Os principais resultados da Etapa 1 revelaram que crianças e adolescentes com TEA correspondem a aproximadamente 30% dos usuários dos CAPSij. Em relação a idade dos usuários com TEA, é perceptível um número consideravelmente maior de crianças que adolescentes nos quatro CAPSij. Dentre as principais ações de cuidado citadas pelas gestoras estão os atendimentos individuais em fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia; atendimentos grupais; além da escuta e acompanhamento das famílias. Como principais desafios as gestoras apontaram a escassez de recursos, a complexidade de demandas inseridas nos CAPSij, a dificuldade de articulação do cuidado em rede e a dificuldade em se pensar o cuidado aos adolescentes com TEA. Já na Etapa 2, os principais resultados evidenciam inúmeras potências tais como o acolhimento e cuidado voltado para as famílias; o espaço de livre circulação e encontro com diferentes pessoas, favorecido pelo dispositivo da Ambiência; as ações e articulações com o território e a formação continuada de profissionais da Atenção Básica pelo Apoio Matricial; além do desenvolvimento de ações em diferentes espaços que compõem o território. Um importante desafio enfrentado pelo CAPSij e percebido ao longo da Etnografia envolve a complexa questão do diagnóstico, buscado por muitas famílias enquanto uma garantia de acesso a direitos, mas que cria rótulos e estigmas. Outro desafio revelado está na dificuldade que o CAPSij tem em estabelecer parcerias com outros equipamentos intra e intersetoriais que poderiam ofertar cuidados especializados para os sujeitos com TEA, rompendo com a postura excludente e aumentando o leque de ferramentas que podem ser diferenciais para a ampliação do poder contratual, engajamento e inclusão social destes sujeitos. Considera-se que o estudo atingiu os objetivos propostos. Os resultados contribuem para reflexões e aprimoramento das ações de cuidado à população com TEA nos CAPSij e na Rede de Atenção Psicossocial como um todo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Serviços de Saúde Mental. Crianças. Adolescentes. Terapia Ocupacional

ABSTRACT

The Brazilian health service called “Psychosocial Care Centers for children and adolescents” (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis - CAPSij) are the first initiative to include autism in the field of public Mental Health in Brazil. The intense discussions that take place between people who advocate for CAPSij as a possible care service for this population and people who advocate for a care based in specialized clinics highlight the need to understand about the potentialities and challenges of the care offered for people with autism and their families in CAPSij. This research aimed to understand the potentialities and the limits of the care offered for children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) at CAPSij. This study used a mixed-methods approach and was developed in two stages. The first stage had the participation of managers from the four CAPSij located in Campinas city/São Paulo state and sought to characterize children and adolescents with ASD inserted in the four CAPSij located in this county, as well as to identify the care actions developed with this people. The data were collected through the application of a questionnaire to service managers and the consultation to medical records. The second stage, was developed an Ethnography study, which enabled a greater approximation and understanding of the studied phenomenon. For this stage, technicians, family members, children and adolescents with ASD, and other actors linked to a CAPSij located in the same city collaborated. The main instrument of data harvest was the Filed Journal. Besides this, another resources like interviews, photographic records and the consultation to medical records were used. We sought to know and understand CAPSij's everyday life in more depth, especially regarding to the care offered to children and adolescents with ASD and their families, identifying the potentialities and limits of this health equipment and of this kind of care. The main results of Step 1 revealed that children and adolescents with ASD correspond to approximately 30% of CAPSij users. Regarding the age of users with ASD in the four CAPSij, the number of children was considerably larger than the number of adolescents. Among the main care actions mentioned by the managers are: individual assistance in speech therapy, occupational therapy and psychology, group sessions, besides listening and assistance for the families. As main challenges, the managers pointed out the scarcity of resources, the complexity of demands inserted in the CAPSij, the difficulty of articulating network care, and the difficulty in thinking about the care for adolescents with ASD. In Step 2 the main results revealed countless potentialities such as: the welcoming and caring offered for the families; the space for free movement and meeting with different people, favored by the “Ambience” device; the actions and articulations with the territory; the continuous training of professionals in Primary Health Care through “Matrix Support”; and the development of actions in different territory spaces. One of the perceived challenges is the complex issue of the diagnosis, sought by many families as a guarantee of access to rights, but which creates labels and stigmas. Another important challenge revealed is the difficulty that the CAPSij has in establishing partnerships with other intra and intersectoral equipment that could offer specialized care to people with ASD, breaking with the excludent posture and increasing the range of possibilities that can be differential for the expansion of the contractual power, engagement, and social inclusion of these people. In conclusion, this study have achieved its goals. The results contribute for reflexions and improvement of care actions destined for people with ASD inserted in the CAPSij and in the Psychosocial Care Network as a whole.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Mental Health Services. Children. Adolescent. Occupational Therapy.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 01 - Proporção de Usuários com TEA nos CAPSij

Gráfico 02 - Proporção de Meninos e Meninas entre os usuários com TEA

Gráfico 03 - Proporção de Crianças e Adolescentes entre os Usuários com TEA

Gráfico 04 - Idade com que os Usuários com TEA chegam aos CAPSij Pitangueira e Floresta

Gráfico 05 - Motivos de Alta para usuários com TEA no CAPSij Pitangueira (N=13)

Figura 01- Fluxograma de chegada e procedimentos iniciais nos CAPSij

Figura 02 – Cartaz Reflexivo para atividade na Ambiência

Figura 03 - Movimento Abraça RAPS no CAPSij Pitangueira

Figura 04 - Arpilleras confeccionadas por familiares durante a Ambiência

Figura 05- Sala de Entrada do CAPSij Pitangueira

Figura 06 – Quintal do CAPSij Pitangueira

Figura 07 - Quintal do CAPSij Pitangueira

Figura 08 – Sala do Computador e Refeitório

Figura 09 – Cartaz fixado no Mural do CAPSij

Figura 10 – Evento Realizado pelo Movimento da Luta Antimanicomial

Figura 11 – Crianças, Território e o Abraça RAPS

Figura 12 - Crianças, Território e o Abraça RAPS

Figura 13 - Crianças, Território e o Abraça RAPS

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01 - Apresentação dos CAPSij
- Quadro 02 - Caracterização das Gestoras participantes
- Quadro 03 - Caracterização dos CAPSij
- Quadro 04 - Composição das equipes dos CAPSij por categoria profissional
- Quadro 05 - Equipamentos Intrasetoriais no Território de Abrangência
- Quadro 06 - Principais parcerias intrasetoriais
- Quadro 07 - Setores e equipamentos intersetoriais em diálogo com os CAPSij
- Quadro 08 - Demais equipamentos envolvidos no cuidado aos sujeitos com TEA
- Quadro 09 - Ofertas de cuidado para os familiares dos usuários com TEA
- Quadro 10 - Demandas e expectativas dos familiares de usuários com TEA
- Quadro 11 - Desafios apontados no cuidado para com os usuários com TEA
- Quadro 12 - Potências percebidas em relação ao cuidado dos usuários com TEA nos CAPSij
- Quadro 13 - Ofertas grupais no CAPSij Pitangueira
- Quadro 14 - Percurso e Demandas de Lucas
- Quadro 15 - Percurso e Demandas de Julia
- Quadro 16 – Ações e Articulações que a família sente falta no CAPSij
- Quadro 17 – Percurso e Demandas de Eduardo e sua família
- Quadro 18 – Percepções positivas que as famílias têm sobre o CAPSij

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Equipamentos que encaminham usuários com TEA para os CAPSij

Tabela 02 – Atividades para os usuários com TEA nos CAPSij Pitangueira e Floresta

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – Applied Behavior Analysis
ABS – Atenção Básica em Saúde
APA – American Psychiatric Association
AVDs – Atividades de Vida Diária
CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CEOs – Centro de Especialidades Odontológicas
CERs – Centros Especializados em Reabilitação
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONADE – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CS – Centro de Saúde
CSA – Comunicação Suplementar e Alternativa
DI – Deficiência Intelectual
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EC – Emenda Constitucional
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
OSS – Organização Social de Saúde
PMC – Prefeitura Municipal de Campinas
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
QCCTEA - Questionário de Identificação – os CAPSij e as ofertas de Cuidado aos usuários com TEA nos CAPSij
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SMIJ – Saúde Mental Infantojuvenil

SPA – Substancias Psicoativas

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children

TGD – Transtorno Global do Desenvolvimento

TO – Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	19
3. OBJETIVOS	33
3.1.OBJETIVO GERAL.....	33
3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4 MÉTODO	34
4.1. ETAPA 1.....	34
4.1.1. Participantes	34
4.1.2. Local	34
4.1.3. Instrumentos	36
4.1.3.1. Questionário de Identificação.....	36
4.1.3.2. Formulário para Levantamento de Dados em Prontuário.....	36
4.1.4. Procedimentos	36
4.1.4.1. Procedimentos Éticos.....	36
4.1.4.2. Elaboração e Aplicação Teste dos Instrumentos.....	36
4.1.4.3. Coleta de Dados.....	37
4.1.4.4. Análise dos Dados.....	38
4.2. ETAPA 2.....	38
4.2.1. Colaboradores	39
4.2.2. Local	39
4.2.3. Instrumentos	39
4.2.4. Procedimentos	40
4.2.4.1. Colheita de Dados.....	40
4.2.4.2. Análise dos Dados.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1. ETAPA 1.....	43

5.1.1. Caracterização dos Gestores.....	43
5.1.2. Caracterização dos CAPSij.....	43
5.1.3. Territórios de Abrangência e Parcerias Intra e Intersetoriais	48
5.1.4. Crianças e Adolescentes com TEA nos CAPSij.....	56
5.1.5. Cuidado a Crianças e Adolescentes com TEA e suas Famílias.....	61
5.2. ETAPA 2.....	82
5.2.1. Eixo 1 - Aspectos Políticos, Relacionais e Organizacionais do CAPSij	
Pitangueira	84
5.2.1.1. Contextos Macro e Micropolíticos.....	85
5.2.1.2. Organização do Serviço e Processos de Trabalho.....	95
5.2.2. Eixo 2 - Crianças e Adolescentes com TEA Enquanto Usuários dos	
CAPSij.....	109
5.2.3. Eixo 3 -Ações e Articulações Externas: CAPSij Extramuros	141
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICES.....	164
ANEXO.....	175

1. APRESENTAÇÃO

O autismo, ou como agora chamamos, Transtorno do Espectro Autista, entrou na minha vida em 2014. Na época, aluna do quarto ano do curso de Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), me vi, logo em meu primeiro estágio, tendo que pensar ações para desenvolver na casa de uma criança autista. Entre as diferentes brincadeiras e tentativas de interação social, o momento que aquela criança mais aceitava minha presença e se comunicava comigo era quando saíamos para passear pelas ruas do seu bairro.

Foi meu primeiro contato com o autismo e também meu primeiro contato com a Saúde Mental. Esse contato e as experiências nesse estágio me levaram a pleitear uma vaga no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP/SP. Aprovada, passei os anos de 2016 e 2017 inserida na Rede de Atenção Psicossocial do município de Campinas, com tudo o que ela poderia me proporcionar e me ensinar.

Entre as inúmeras vivências e serviços conhecidos, fiz uma inserção longitudinal em um CAPSij do município no qual me vi, novamente, bem próxima aos autistas. Desta vez, não apenas autistas crianças, mas também alguns adolescentes.

O lugar de residente me possibilitava experimentações e mais tempo livre para criações inventivas e descobertas. Logo me vi com um destes adolescentes autistas andando pela cidade, pegando ônibus, indo ao centro da cidade para comprar um relógio que ele queria. O ônibus era meu setting e era ali que aquele adolescente me contava coisas do seu dia a dia; era ali que eu buscava trabalhar sua autonomia.

Quando minha residência finalizou e eu tive que sair do CAPSij, uma das grandes angústias que tive foi a de quem continuaria realizando o trabalho que eu realizava com aquele adolescente que, naquele momento, já estava às vésperas de completar 18 anos. Em muitas discussões sobre o caso vi poucas possibilidades de a equipe continuar realizando os Acompanhamentos Terapêuticos.

Percebi, ao longo de minha residência, que havia poucas opções e ofertas de cuidado para os adolescentes autistas. Em alguns momentos eu pensava que as equipes não sabiam o que fazer com eles. Isso me angustiava ainda mais.

Foi essa angústia, advinda de uma experiência real e prática, que me mobilizou a desenvolver esta pesquisa. Por acreditar e conhecer a potência do CAPSij, não conseguia me convencer de que os CAPSij não pudessem avançar em relação aos adolescentes autistas. Para

além disso, sabia da riqueza das muitas ações que eram desenvolvidas ali com as crianças com TEA e com suas famílias.

Assim, voltei à Campinas, ao local da minha residência, desta vez em um outro papel, buscando entender potencialidades e desafios neste cuidado junto aos autistas.

As páginas a seguir contarão mais sobre este processo, sobre minha pesquisa junto aos quatro CAPSij do município e minha inserção etnográfica em um destes CAPSij. Junto com os resultados minuciosamente descritos, trago pontuações e reflexões que sustentam a minha hipótese na potência do CAPSij e do cuidado pautado pelos princípios da Atenção Psicossocial. Será possível visualizar, ainda, os desafios diários de uma instituição que vem sofrendo ataques e desmontes nos últimos anos, os quais refletem diretamente nas ações, articulações e cuidado ofertados.

Não poderia encerrar esta apresentação sem antes mencionar o lugar que esta pesquisa ocupou em minha vida. Ela possibilitou reflexões e embasamentos teóricos que complementam a prática que eu admiro e defendo. Além disso, tornou-se um refúgio em momentos difíceis, um lugar para onde eu pudesse me voltar para pensar. Esta pesquisa fez, ainda, com que eu me reaproximasse das correntes teórico-metodológicas que embasam a Terapia Ocupacional, servindo de alimento que fortaleceu e reafirmou minha escolha profissional.

Por fim, reafirmo que este é um trabalho que surgiu a partir de afetos, afetações e incômodos e que se estruturou baseado na crença e admiração pelo Sistema Único de Saúde, pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e por todos os profissionais que, cotidianamente, lutam de forma criativa e inventiva por uma sociedade inclusiva que respeita a diversidade e a subjetividade... e por uma sociedade sem manicômios reais e existenciais.

2. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi descrito pela primeira vez em 1943 pelo psiquiatra Léo Kanner, que denominou o TEA enquanto um distúrbio do contato afetivo (LAMPREIA, 2004). Quase 80 anos se passaram desde aquela primeira apresentação sistemática feita por Kanner e, ao longo desse tempo, diferentes denominações para o TEA ganharam espaço não apenas no meio científico, mas também entre os familiares, trabalhadores e população em geral.

Psicose, síndrome, distúrbio, patologia, doença, deficiência, identidade autística. Essa gama de nomenclaturas e denominações evidenciam a multiplicidade de compreensões e leituras sobre o TEA que, ao longo dos anos, ganharam mais ou menos força, algumas caindo por terra, outras ganhando espaço e sendo defendidas por grupos distintos.

Geschwind e Levitt (2007) retomam a enorme variedade na manifestação das características do TEA, pontuando que, dentro do espectro, há pessoas com e sem dificuldades na linguagem oral, com mais ou menos dificuldades no relacionamento entre pares, pessoas com comorbidades como a deficiência intelectual e pessoas sem qualquer comorbidade. Mesmo em relação à manifestação inicial das características do TEA, algumas crianças as manifestam bem precocemente, enquanto outras sofrem uma regressão no comportamento por volta dos dois ou três anos de idade. Diante dessa diversidade de manifestações, esses autores propõem pensar no TEA enquanto “autismos” e não como uma síndrome unitária (GESCHWIND; LEVITT, 2007). Essa compreensão também se fortaleceu com a publicação mais recente do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), como se verá adiante.

Lampréia (2004) entende que a compreensão sobre o TEA, sua etiologia e possíveis tratamentos, pode ser visualizada a partir de três diferentes fases. Na primeira fase, mais marcante entre as décadas de 1940 e 1960, vê-se um predomínio da compreensão do autismo sob as lentes psicanalíticas influenciadas, inclusive, por Kanner e seus apontamentos (LAMPREIA, 2004). De acordo com Lima, 2017, nessa época, o autismo era influenciado pelos estudos sobre a esquizofrenia infantil, e o enfoque era voltado para o quadro de isolamento social e inabilidades socioafetivas. Essa fase foi marcada também pela culpabilização dos familiares a respeito do quadro de autismo nas crianças (LIMA, P., 2017).

Ainda de acordo com Lampréia (2004), a segunda fase que ganhou força entre as décadas de 1970 e 1980, o autismo passa a ser compreendido, sobretudo, enquanto um

distúrbio cognitivo relacionado a disfunções cerebrais. Lima (2017) salienta que muitos dos estudos e teorias dessa fase foram desenvolvidas por autores que atuavam na área e que também eram pais de autistas. Este envolvimento de familiares de autistas marca o início das associações de familiares (LIMA,P., 2017). Importante salientar, ainda nessa fase, a apresentação da Teoria da Mente, teoria de base cognitivista que defendia que os autistas “não tinham habilidade para imaginar e compreender o estado mental dos outros” (LAMPREIA, 2004, p. 113).

A terceira fase, de acordo com Lampréia (2004), surge a partir da década de 1980 e marca a adoção por diversos autores de um enfoque desenvolvimentista que se debruça com maior afinco sobre os prejuízos sociais no autismo. Para esses autores, a dificuldade dos autistas em se relacionar com as pessoas afetaria o desenvolvimento da linguagem e da comunicação não-verbal, percepção que diverge dos autores cognitivistas da segunda fase (LAMPREIA, 2004).

É perceptível ainda, um pouco mais recentemente, a ascensão de uma nova concepção sobre o TEA. Talvez não seja o caso de se nomear uma nova fase, mas sim o fortalecimento e consolidação de um movimento denominado Movimento da Neurodiversidade, pensado e difundido por Judy Singer, socióloga e portadora da Síndrome de Asperger. Esse movimento entende o autismo enquanto uma “conexão neurológica atípica (ou neurodivergente)” (LIMA, P., 2017, p.44).

Assim, pelo Movimento da Neurodiversidade entende-se o autismo enquanto uma diferença humana que precisa ser respeitada. O movimento critica a perspectiva de cura pois afirma que o autismo não é uma doença a ser tratada, mas sim uma forma de ser (LIMA,P., 2017; ORTEGA, 2009).

Diante do exposto, fica nítida a existência de diferentes compreensões sobre os fatores associados ao autismo, alguns deles concomitantes e ainda válidos. Importa destacar que a adoção de determinada linha de compreensão, em consonância com seus referenciais teóricos e epistemológicos, implicará diretamente na implementação de diferentes abordagens de intervenção (MATSUKURA, 1997).

As diferentes percepções sobre o TEA foram apontadas e mais ou menos defendidas, ao longo dos anos, nos manuais diagnósticos. Um desses manuais é o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), desenvolvido pela American Psychiatric Association (APA).

Atualmente em sua quinta edição, o DSM V apresenta o autismo como um espectro de severidade de déficits invasivos que aparecem no início da infância e perduram ao

longo da vida, com uma grande variedade na expressão dos sintomas e nível de funcionalidade dos indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo o DSM-V, os sintomas incluem prejuízos persistentes na comunicação, déficits na interação e ao menos dois padrões de comportamentos restritos e repetitivos. Outros sintomas podem incluir déficit intelectual, déficit de linguagem, déficits motores, comportamento de autoagressão, distúrbios do sono, além de comorbidades psiquiátricas como depressão e ansiedade. A edição aponta, ainda, e de forma inédita, para a existência dos transtornos de base sensorial, presentes em 90% dos indivíduos com TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Importante ressaltar que é a partir do DSM V que oficialmente passamos a nomear o autismo e suas derivações enquanto Transtorno do Espectro do Autismo.

Em relação ao comprometimento, o DSM-V também traz mudanças. Diferentemente da edição anterior, o DSM- IV-TR (2000), que classificava o comprometimento em níveis denominados “Leve”, “Moderado” e “Grave”, a atual edição do DSM classifica o comprometimento a partir do nível de suporte que aquele sujeito necessita. No caso do TEA, o nível de suporte que o sujeito necessita para a interação social/comunicação, e em relação ao comportamento. Dessa forma os sujeitos são classificados em Níveis, sendo o Nível 1 o que necessita de pouco suporte, o Nível 2 que demanda um suporte substancial e o Nível 3 aquele no qual o sujeito necessita de suporte muito substancial¹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Outro manual muito utilizado para a classificação de doenças e , entre elas, o autismo é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, popularmente conhecida como CID. Trata-se de um manual de diagnósticos em saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) , utilizado por todos os Estados membros da Organização Mundial de Saúde, entre eles o Brasil. Sua 10ª revisão, elaborada em 1989, permanece em vigor atualmente e será substituída em 2022 pela nova revisão – CID-11 (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA de SAÚDE, 2018).

Na CID-10, o autismo encontra-se dentro dos chamados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sendo identificado pelo código F84 e apresentado enquanto

um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um

¹ Não fica claro no manual o que seria este suporte substancial, abrindo espaço novamente para uma avaliação subjetiva que se dá de forma clínica.

repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões (CID-10, 2008 sem página).

Ainda no CID 10, o TGD apresenta subtipos, sendo eles o Autismo Típico, o Autismo Atípico, a Síndrome de Rett, Outros Transtornos Desintegrativos da Infância, Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento. Todos esses subtipos trazem características peculiares mantendo, no entanto, as características centrais do TGD que estão relacionadas à interação social, linguagem e comportamentos restritos e/ou repetitivos (CID-10, 2008).

De acordo com artigo publicado pelo grupo “TISMOO”, um grupo voltado para melhorar a qualidade de vida de pessoas com TEA e seus familiares, a 11ª revisão do CID também adotará a nomenclatura “Transtorno do Espectro do Autismo (6A02)”, unindo todos os subtipos já mencionados anteriormente. Haverá apenas duas subdivisões relacionadas à linguagem funcional e à deficiência intelectual (TISMOO, 2018).

Bianchi (2016) reflete sobre as consequências destas novas classificações diagnósticas, debruçando-se especificamente sobre a quinta edição do DSM, levantando a hipótese de que a nova classificação relacionada ao TEA contribui para os processos de medicalização da vida. (BIANCHI, 2016).

A chamada “Epidemia do Autismo” está cada dia mais presente nos jornais, nas notícias em geral. Rios et al. (2015) citam Grinker (2008), apontando que uma das possíveis causas desta “Epidemia” seriam as mudanças nos critérios diagnósticos que passaram a englobar características e comportamentos já presentes na população com certa frequência (GRINKER², 2008 apud RIOS et al., 2015).

Além disso, alguns outros estudos apontam o aumento da prevalência do TEA relacionado com a substituição de outros diagnósticos, como o de Deficiência Intelectual (DI), pelo diagnóstico de TEA. Um desses estudos foi realizado por King e Bearman (2009) na Califórnia, levantando o histórico diagnóstico e de tratamento de pacientes com deficiências, entre estas, DI e TEA. Os autores concluíram que há um maior número de substituição de diagnósticos de DI para TEA em momentos onde há uma revisão a respeito dos critérios diagnósticos para o TEA. Nesse estudo especificamente, a partir de estudos probabilísticos, os autores encontraram, com base nos dados analisados, que aproximadamente 25% dos sujeitos

² Grinker RR. Unstrange minds: remapping the world of autism. Philadelphia: Basic Books; 2008.

diagnosticados com D.I. entre 1992 e 2005 tiveram seus diagnósticos substituídos pelo diagnóstico de TEA (KING; BEARMAN, 2009).

De acordo com Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em 2018, uma em cada 59 pessoas com menos de 18 anos apresentava o Transtorno do Espectro Autista (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 2018). Esse estudo não pretendeu se debruçar especificamente sobre o aumento da prevalência do TEA na população, mas tal aumento reflete diretamente na busca por serviços, tratamentos e suporte em diferentes setores: saúde, educação, serviço social, entre outros.

Em 2014, durante a 67ª Assembleia Mundial de Saúde realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi lançada a resolução "*Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders (ASD)*", proposta por um conselho executivo composto por mais de 50 países de todo o mundo. Dentre os países proponentes da referida resolução tem-se, na América Latina, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Peru e México. A OMS solicita que todos os membros participantes da Assembleia Mundial de Saúde adotem a resolução (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A redação final da resolução traz quatro pontos principais que se voltam para o fortalecimento de pesquisas na área; desenvolvimento de políticas, programas e serviços que abarquem o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias; compartilhamento de dados referentes a boas práticas, serviços e tratamentos para pessoas com TEA; inclusão de pessoas com TEA no mercado de trabalho; suporte para as famílias; diminuição do estigma, entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). A seguir, apresenta-se alguns destes apontamentos traduzidos livremente do documento oficial.

O primeiro deles aborda a questão do desenvolvimento científico e tecnológico em relação ao TEA,

Desenvolvimento, fortalecimento, atualização e implementação de políticas, estratégias, programas e leis sobre as necessidades das pessoas com TEA, dentro do contexto mais amplo da Saúde Mental e em consonância com evidências, melhores práticas, a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e outros direitos humanos internacionais regionais (...) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p.3, tradução da autora).

Também é salientada a importância da detecção de sinais precoces nos equipamentos de atenção básica,

Integração do monitoramento e promoção do desenvolvimento infantil nos serviços primários de saúde, a fim de garantir a detecção precoce do TEA e outros distúrbios do desenvolvimento(...) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p.3, tradução da autora).

Assim como o investimento em serviços de base territorial em saúde mental, bem com e ações multissetoriais para esta população

Mudar sistematicamente o foco dos cuidados das instalações de saúde de longa permanência para ambientes de saúde não especializados, com maior cobertura de intervenções baseadas em evidências para o TEA; usar uma rede de serviços de saúde mental baseados na comunidade, incluindo creches e cuidados primários, apoio a pessoas com distúrbios do espectro do autismo que vivem com suas famílias e moradia apoiada (...) Desenvolvimento e implementação de abordagens multissetoriais para a promoção da saúde e bem-estar psicossocial das pessoas com TEA, prevenção de deficiências e comorbidades associadas e redução da estigmatização, discriminação e violações dos direitos humanos, e que respondem a necessidades específicas ao longo da vida e integradas às políticas nacionais de saúde mental e promoção da saúde(...) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p.3 e 4, tradução da autora).

É possível perceber que a resolução da OMS considera, a todo momento, ações que dialogam com a Saúde Mental e ações que dialogam com a rede de cuidados às pessoas com deficiência.

A partir das especificidades do TEA e entendendo as múltiplas possibilidades de cuidado e intervenção junto a essa população, é preciso enfatizar que não existe uma abordagem única a ser privilegiada no cuidado às pessoas com TEA, mas sim que a escolha entre as abordagens existentes visa à efetividade e segurança, levando em consideração as especificidades de cada caso (BRASIL, 2015).

Alguns estudos internacionais ilustram diferentes possibilidades de cuidados ofertados aos sujeitos com TEA (NARENDORF; SHATTUCK; STERZING, 2011; MIRE et al., 2015; RYAN; LAI; WEISS, 2018;). O estudo realizado por Mire et al. (2015), na América do Norte, apontou que, em relação ao tratamento, para as crianças há um predomínio das terapias de fala, bem como da terapia ocupacional, presentes nos serviços escolares. Tratamentos comportamentais e medicamentosos também são comuns. Já na adolescência, os tratamentos de fala, terapia ocupacional e comportamentais mostram ter um declínio considerável (MIRE et al., 2015).

Já o estudo desenvolvido por Ryan, Lai e Weiss (2018), no Canadá, mostra que há também a busca pelos denominados “serviços de saúde mental” pela população com TEA. Os autores encontraram que algumas comorbidades tais como ansiedade, depressão, agitação, levam crianças e adolescentes com TEA a procurarem estes serviços. Tais agravos são denominados pela literatura internacional “desordens psiquiátricas” e a presença de tais desordens acaba justificando a busca dos serviços de saúde mental (RYAN; LAI; WEISS, 2018).

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos evidencia que aproximadamente metade dos adolescentes com TEA acessou algum serviço de saúde mental. Os autores enfatizam que, embora se saiba que a análise comportamental é frequentemente uma prática recomendada para esses sujeitos, pouco é sabido sobre métodos efetivos para tratar desordens relacionadas à saúde mental dessa população (NARENDORF; SHATTUCK; STERZING, 2011).

McPheeters et al. (2011) enfatizam a necessidade de levar em conta que crianças com TEA possuem risco elevado de depressão ou ansiedade na adolescência (McPHEETERS et al, 2011). Na mesma linha, Stewart et al. (2006) explicam que, ao se tornarem adolescentes, os sujeitos com TEA estão socialmente mais conscientes e acabam sendo envolvidos por situações de maior complexidade social. Tais fatores favorecem à medida que esses sujeitos crescem o aumento de casos de depressão e ansiedade (STEWART et al., 2006). Embora jovens com autismo tenham maior incidência de problemas de saúde mental, se comparados a jovens que apresentam desenvolvimento típico, pouco é sabido sobre o tipo de cuidado em saúde mental que recebem (RYAN; LAI; WEISS, 2018). Assim há, em nível internacional, uma demanda por entender melhor as chamadas “desordens psiquiátricas” nos sujeitos com TEA, bem como possibilidades de serviços e intervenções de cuidado a serem ofertadas para essa população.

A partir do exposto, é possível depreender que os estudos desenvolvidos na América do Norte, envolvendo o campo da saúde mental relativamente ao TEA, abordam essa inserção a partir da sintomatologia (depressão e ansiedade) e que, na ausência de questões da esfera “psiquiátrica”, o autismo vincula-se marcadamente ao setor educacional e de reabilitação, com enfoque nas terapias comportamentais.

No Brasil, a vinculação do TEA ao setor saúde e especificamente ao campo da Saúde Mental, acompanha o percurso do próprio campo da Saúde Mental em relação à população de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Historicamente, o cuidado despendido a essa população tinha um caráter tutelar, disciplinar e institucionalizado (TAÑO;

MATSUKURA, 2015). Até o final do século XX, as pessoas com TEA eram, em sua grande maioria, assistidas por instituições de caráter filantrópico, associações familiares, espaços educacionais especiais e alguns serviços ambulatoriais de saúde mental (COUTO; DELGADO, 2015).

Apenas em 2001, com a promulgação da Lei 10.216, também conhecida como Lei da Saúde Mental (BRASIL, 2001) e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002a) que possibilitaram a ampliação das ações da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é que a infância e adolescência passaram a ganhar um lugar de cuidado e atenção sob responsabilidade do Estado (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em 2002, com a portaria 336 (BRASIL, 2002b), surgiu o primeiro projeto de atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) e o TEA, bem como outras problemáticas de Saúde Mental, passaram a ser efetivamente responsabilidade do Estado, necessitando de políticas públicas voltadas para a construção de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico (COUTO; DELGADO, 2015).

De acordo com a Portaria 336 (BRASIL, 2002b), os “CAPS i tipo II”, ou seja, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08 às 18h, destinam-se ao atendimento de crianças e adolescentes, sendo referência para uma região com população em torno de 200 mil habitantes. São atribuições do CAPSi³: constituir-se como serviço ambulatorial, ofertando ações diárias para crianças e adolescentes com transtornos mentais; fazer a regulação da porta de entrada da rede de assistência do território; organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental do território; supervisionar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental do território na atenção à infância e adolescência (BRASIL, 2002b).

As ações que devem ser desenvolvidas nos CAPSi incluem: atendimentos individuais; atendimentos em grupo; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimentos à família; atividades comunitárias que visem à integração da criança e do adolescente na comunidade; o desenvolvimento de ações intersetoriais (educação, justiça, assistência social) (BRASIL, 2002b).

Como se pode perceber, a portaria 336 (BRASIL, 2002b) não deixa claro quais são as populações compreendidas dentro dos chamados “transtornos mentais”. Em 2004, um documento lançado pelo Ministério da Saúde e intitulado “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004) traz diversas especificações e explicações sobre os

³ Embora na portaria 336 seja usada a sigla CAPSi, os movimentos e documentos atuais têm optado pela inclusão da abreviatura IJ (infantojuvenil), a fim de salientar a presença da população juvenil nestes serviços. Neste trabalho será usada a denominação CAPSi, no entanto, quando forem realizadas citações, será apresentada a nomenclatura utilizada pelos autores.

CAPS. Em relação aos CAPSij, tal documento elucidada, em relação à população alvo, crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico e cita como exemplo “portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (BRASIL, 2004 p.23).

Assim, tem-se os CAPSij enquanto possibilidade de cuidado para esta população e suas famílias. Por outro lado, as instituições filantrópicas e associações de familiares de autistas nascidas antes da criação dos CAPSij não deixam de existir, ao contrário, crescem e se fortalecem (NUNES; ORTEGA, 2016). Oliveira et al. (2017) ilustram como o atual cenário nacional de serviços e políticas voltadas para pessoas com TEA se constituiu, destacando dois grandes grupos envolvidos nesta construção - um deles o grupo de trabalhadores e gestores do campo da Atenção Psicossocial, bem como militantes da Reforma Psiquiátrica e o outro grupo composto pelas associações de pais e familiares de pessoas com TEA. (OLIVEIRA et al., 2017).

O autores realizaram um estudo baseado nos dois eixos de tratamento previstos para esta população em nível do Sistema Único de Saúde: o eixo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que inclui os sujeitos com TEA no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, e o eixo da Reabilitação que entende o autismo enquanto uma deficiência (OLIVEIRA et al., 2017).

A pesquisa baseou-se na análise documental de duas publicações lançadas concomitantemente pelo Ministério as Saúde. A primeira delas, intitulada “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (BRASIL, 2014) aborda o TEA como pertencente ao campo das deficiências. Traz aspectos relativos à identificação precoce de sinais de risco para o TEA, debruçando-se sobre aspectos como fala, comportamentos motores, sensoriais, de rotina e aspectos emocionais. Apresenta um instrumento de rastreio e identificação precoce do TEA e também possíveis avaliações para serem realizadas pela equipe de saúde.

Em relação à oferta de tratamentos e estratégias de cuidado, esse documento direciona a oferta de serviços para a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, apontando que o tratamento

deve ser estabelecido de modo acolhedor e humanizado (...) direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidade e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou retardo de possível deterioração das capacidades funcionais, por meio de processos de

habilitação e reabilitação focados no acompanhamento médico e no de outros profissionais da saúde envolvidos com as dimensões comportamentais, emocionais, cognitivas e de linguagem (oral, escrita e não-verbal) (BRASIL, 2014, p.58).

O documento traz, ainda, um fluxograma para orientar as ações desde a primeira identificação de possíveis sinais até a oferta de tratamentos e serviços de cuidado, citando o CAPS enquanto um serviço de atenção especializada possível para o cuidado a essa população, juntamente com os Centros Especializados em Reabilitação (CERs), Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo, Institutos e Ambulatórios de Especialidades de Psiquiatria e Neurologia e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, 2014).

O segundo 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" (BRASIL, 2015) compreende o autismo como um transtorno mental, relacionado ao campo de cuidados da atenção psicossocial. Esse documento faz um panorama histórico sobre o autismo, desde sua descoberta, em 1943. Aborda o TEA tanto enquanto um transtorno mental, como enquanto um transtorno do desenvolvimento. Debruça-se sobre o cuidado às pessoas com TEA dentro da Rede de Atenção Psicossocial, mas também aborda a necessidade de articulação com a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015).

Nas tecnologias de cuidado, o documento cita a abordagem psicanalítica, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), a Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), a Integração Sensorial, o Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), o Acompanhamento Terapêutico e os tratamentos medicamentosos (BRASIL, 2015).

OLIVEIRA et al. (2017) pontuam que, embora existam diferenças epistemológicas entre essas duas políticas, tais diferenças não ocupam um lugar central na disputa. Para os autores, o que parece predominar é uma disputa política sobre qual grupo seria detentor de uma expertise e de maior legitimidade em relação aos sujeitos com TEA. Sendo assim, “a divergência entre o campo da reabilitação e o da atenção psicossocial, no caso do atendimento aos autistas, tem um caráter mais político do que epistemológico ou clínico [...], A luta pela legitimidade é o cerne do debate” (OLIVEIRA et al., 2017, p.723).

Dessa forma, é possível encontrar em ambos os documentos pontos de convergência e de diálogos possíveis. Fica evidente que cada documento se ancora em

determinados referenciais e bases epistêmicas, que podem tecer diálogos. As “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (BRASIL, 2014) usam em seu texto termos como “reabilitar”, “funcionalidade”, “aquisição de habilidades”, enquanto o documento “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” (BRASIL, 2015) usa termos como “fortalecimento do protagonismo”, “participação social”, “construção de autonomia”. Contudo, é possível identificar objetivos em comum, mas que ainda parecem pouco percebidos, permanecendo com maior ênfase as diferenças e polarizações entre os grupos.

Intensificando ainda mais essa polarização, em 2012, foi sancionada a lei 12.764 (BRASIL, 2012) a partir de uma mobilização intensa das associações de pais de autistas. A chamada “Lei do Autismo” reconhece o TEA como uma deficiência, colocando o chamado “portador de transtorno do espectro autista” em um novo lugar de reconhecimento social (OLIVEIRA et al., 2017). A lei 12.764 é considerada, por muitos pais de autistas como um marco na luta pelos direitos das pessoas com TEA, uma vez que ela possibilita o acesso dessas pessoas à direitos como benefícios financeiros, acesso a escolas regulares e mercado de trabalho (OLIVEIRA et al., 2017).

Nunes e Ortega (2016) acentuam que a classificação do autismo enquanto uma deficiência busca não apenas promover o acesso a direitos, mas também se configura enquanto um arranjo de poder que visa legitimar determinados modelos de serviço em detrimento de outros.

Os autores realizaram uma pesquisa com duas principais associações de Pais e Familiares de Autistas no estado do Rio de Janeiro a fim de compreender como as reivindicações dessas associações se inserem no contexto das políticas públicas existentes para essa população. Os resultados apontam que esses grupos não consideram os Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis como modelo de atenção a seus filhos. Criticam o não-especialismo dos CAPSij, a insuficiência de tempo de atendimento, a alta medicalização dos sujeitos e a abordagem centrada na psicanálise. Além disso, exigem do governo serviços especializados que se pautem, sobretudo, na linha das Terapias Cognitivo-comportamentais (NUNES; ORTEGA, 2016).

Apesar disso, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência (CONADE) reconhece a Rede de Atenção Psicossocial e, dentro dela, os CAPSij enquanto lugar de cuidado para com essa população e salienta a necessidade de qualificar e fortalecer a RAPS para dar continuidade ao atendimento a esses usuários (NUNES; ORTEGA, 2016).

Sobre os CAPSi, Taño e Matsukura (2015, p.444) apontam que

Sua função organizadora pode residir na capacidade de produzir cidadania para as crianças e adolescentes muitas vezes afastadas de outros locais de sociabilidade. Impõe-se a tarefa de fazer crescer os locais de vida desta população, a partir primeiramente da complexificação dos modos pelos quais os grupos acessam e permanecem nos serviços e pelas práticas exercidas nos CAPSi.

Dias e Dacal (2016) explicam que a proposta dos CAPSi é a oferta de espaços de convivência e contato com diferentes formas de ser e de estar no mundo. As autoras entendem o cuidado aos sujeitos com TEA, nos CAPSi, enquanto o cuidado à infância e à adolescência, deixando de lado especificidades clínicas e diagnósticas e salientam que :

[...] se o mandato social dos CAPSi está na ampliação do laço social e este é um dos impasses apresentados por pessoas com TEA, então, por que não os CAPSi como um local possível para este cuidado? (DIAS; DACAL, 2016, p. 139).

Ao mesmo tempo, Katz e Lugon (2016) propõem um diálogo importante e necessário entre os princípios e diretrizes defendidos na RAPS e aqueles defendidos pelas políticas para pessoas com deficiência. Os autores salientam que tanto a RAPS quanto os serviços de reabilitação precisam, podem e devem compartilhar de forma efetiva o cuidado às crianças e adolescentes com TEA, superando o antigo debate sobre perfil diagnóstico de cada serviço. Ainda sobre essa diversificada oferta de serviços e estratégias que, de acordo com autores, precisam ser complementares e dialogarem entre si, os mesmos salientam que

O eixo fundamental da atenção à pessoa com autismo deve ser o da não segregação. Se a desabilidade da pessoa com autismo é estar com os outros, não há sentido clínico em, na conta de uma intervenção especializada, produzir segregação (KATZ; LUGON, 2016, p. 238).

Assim, os autores apresentam dois desafios presentes no cuidado para com as crianças e adolescente com TEA : em primeiro, a necessidade de sustentar o CAPSi enquanto

lugar estratégico para o cuidado desses sujeitos e de suas famílias, levando em consideração que o CAPSij não é lugar de especialismos e permite uma centralidade não na patologia mas sim na subjetividade de cada sujeito; em segundo, a importância de considerar que “o CAPSi e a rede de reabilitação devem pactuar territorialmente a composição do cuidado a crianças e adolescentes com autismo” (KATZ; LUGON, 2016, p.241).

Diante disso, é reconhecida a necessidade de espaços de cuidado e atenção a esses sujeitos que se pautem na não-segregação e na busca pela inclusão social e pelo exercício da cidadania. Para tanto, entende-se o CAPSij como um dos possíveis espaços potentes para esse cuidado e intervenção. Apesar desses equipamentos, Taño e Matsukura (2015) apontam a necessidade de maiores pesquisas a fim de descrever e refletir sobre como têm sido efetivadas as ações voltadas a essa população no cotidiano dos serviços (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em pesquisa feita por Quaresma e Silva (2011), que objetivou descrever o tratamento a crianças autistas e seus familiares a partir de um CAPSij, os autores encontraram como principais ofertas as oficinas terapêuticas, atividades lúdicas, atendimentos individuais e acompanhamento familiar. O trabalho focou a atuação do psicólogo no CAPSij junto a essa população e aponta a necessidade de ampliar o estudo a fim de ouvir percepções de outros profissionais e também de familiares a respeito do cuidado ali ofertado (QUARESMA; SILVA, 2011).

Couto (2012), em sua pesquisa, se propôs a analisar a implementação da política nacional de saúde mental no Brasil, entre os anos de 2001 e 2010 entendendo os CAPSij enquanto um dos pilares dessa política. A respeito das crianças e adolescentes com TEA, a autora aponta que, embora haja grande número dessa população nos CAPSij, ainda não existem informações sistematizadas que elucidem os cuidados oferecidos nesses espaços (COUTO, 2012).

Nesta mesma linha, Lima, R., et al. (2017) salientam a falta de informações sistematizadas a respeito do tratamento oferecido aos autistas nos CAPSij. Os autores realizaram recente pesquisa em 14 CAPSij da região metropolitana do Rio de Janeiro, que objetivou apresentar e discutir dados do perfil psicossocial e projetos terapêuticos de crianças e adolescentes com TEA, inseridos nestes CAPSij. Os resultados revelaram que os CAPSij tinham 2213 usuários em atendimento regular e desses, 782 (35%) eram autistas. Os usuários autistas concentravam-se na faixa etária dos 10-14 anos (32%) e dos 15-19 anos (32%). Em relação ao cuidado ofertado para essa população, 61% dos usuários autistas estavam em atendimento semi-intensivo, 11% em não intensivo e 16% em intensivo. Além disso os autores apresentam e discutem sobre as ofertas de cuidado disponibilizadas no momento da

pesquisa, tais como atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e atendimento familiar e apontam para a necessidade de os CAPSij estabelecerem parcerias com outros setores e equipamentos presentes no território a fim de possibilitar a ampliação das estratégias de cuidado e inclusão social dessa população (LIMA,R., et al., 2017).

Os estudos citados acima evidenciam a carência de conhecimento a respeito da inserção, do rol de atividades e das possibilidades de cuidados a crianças e adolescentes com TEA nos CAPSij, bem como ofertas de cuidado para suas famílias. Considerando tal indicação de relevância científica, social e política para estudos que se debruçam sobre esse objeto de pesquisa, somado às políticas de saúde vigentes no país e à defesa por parte de trabalhadores e estudiosos da área quanto ao CAPSij como lugar de cuidado à população TEA e suas famílias, estudos, que busquem compreender as potencialidades e limitações dos CAPSij no cuidado ofertado às crianças e adolescentes com TEA tornam-se necessários.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as potencialidades e limites do cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista no CAPSij.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I) Caracterizar crianças e adolescentes com TEA inseridas nos CAPSij;
- II) Identificar as ofertas de cuidado voltadas para crianças e adolescentes com TEA nos CAPSij;
- III) Compreender as ofertas de cuidados que envolvem as famílias de crianças e adolescentes com TEA inseridos nos CAPSij.

4. MÉTODO

O estudo caracteriza-se a partir de uma abordagem qualiquantitativa, de caráter exploratório, uma vez que procura se debruçar e conhecer melhor a problemática em questão, buscando a formulação clara do problema e de hipóteses, no intuito de solucioná-las; e descritivo, almejando conhecer melhor o objeto de estudo, descrevendo as características e relações estabelecidas na população estudada (TRIVIÑOS,1987).

Para responder aos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa buscou caracterizar as crianças e adolescentes com TEA inseridas nos CAPSij, bem como as ações de cuidado desenvolvidas junto a essa população. A segunda etapa teve como referencial teórico metodológico a Etnografia, buscando aprofundar a compreensão sobre o fenômeno estudado. Cada etapa será apresentada separadamente, a seguir.

4.1. ETAPA 1

4.1.1. Participantes

Participaram dessa etapa as gestoras dos quatro CAPSij do município onde a pesquisa se desenvolveu.

4.1.2. Local

A Etapa 1 desta pesquisa foi desenvolvida nos quatro CAPSij do município de Campinas, município de grande porte localizado no interior do estado de São Paulo. Dados do Censo apontam que a cidade conta com uma população estimada em 1.194.095 pessoas, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

A escolha pelo município de Campinas foi feita por conveniência (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016), levando em consideração a presença, no município, de uma sólida rede de serviços de Saúde Mental construída e constituída a partir da militância e envolvimento de profissionais, usuários e familiares comprometidos com um cuidado respeitoso e democrático, tida como referência em nível nacional (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011; FERIGATO,2013; FARIA, 2017).

Campinas conta, atualmente, com 6 CAPS tipo III, 4 CAPS AD também tipo III e 4 CAPSij tipo II. Além disso, possui equipes de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda e Inclusão pelo Trabalho para usuários da saúde mental, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de saúde mental em Hospital Geral, além de equipes de saúde mental na Atenção Básica (CAMPINAS, 2018). Grande parte desses serviços é gerenciado pelo prestador de serviços Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), a partir de um convênio no formato de cogestão instituído pela lei n 6215/1990 (CAMPINAS, 1990)

Além desses serviços, Campinas conta com 64 Centros de Saúde, serviços responsáveis pela Atenção Básica em Saúde; três Policlínicas em Saúde, que são unidades de saúde secundárias que contam com atendimentos ambulatoriais; 2 hospitais municipais que também contam com atendimentos ambulatoriais – Hospital Municipal “Dr. Mario Gatti” e Complexo Hospitalar “Prefeito Edvaldo Orsi”, também conhecido como Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) (CAMPINAS, 2018).

Além disso, há outros serviços conveniados. Entre eles o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP, o Centro de Atenção Integral à saúde da Mulher (CAISM), também na UNICAMP, o Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP, e a Maternidade de Campinas. O Hospital das Clínicas da Unicamp tem abrangência regional e também regula vagas para o município de Campinas (CAMPINAS, 2018)

A cidade está dividida em 5 grandes regiões de saúde, chamadas de distritos nos quais os serviços são distribuídos (CAMPINAS, 2018).

O quadro 01 a seguir apresenta os quatro CAPSij do município, bem como suas regiões de saúde. Optou-se pela utilização de nomes fictícios para os CAPSij a fim de garantir o sigilo ético necessário.

Quadro 01 – Apresentação dos CAPSij

CAPSij	Distrito de Saúde	População na Área de Abrangência	Tipo de administração
Pitangueira	Verde	230 mil habitantes	Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (SSCF)
Manjeriçã	Azul e Amarelo	500 mil habitantes	Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (SSCF)
Floresta	Vermelho	250 mil habitantes	Prefeitura Municipal de Campinas (PMC)

Ypê	Roxo	200 mil habitantes	Prefeitura Municipal de Campinas (PMC)
-----	------	--------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

4.1.3. Instrumentos

4.1.3.1. Questionário de Identificação – os CAPSij e as ofertas de Cuidado aos usuários com TEA – QCCTEA: contendo questões abertas e fechadas, foi aplicado junto às gestoras dos CAPSij e buscou caracterizar os serviços, compreender o território de abrangência, a população atendida e as ações de cuidado direcionadas a crianças e adolescentes com TEA (APÊNDICE 1).

4.1.3.2. Formulário para Levantamento de Dados em Prontuário: voltado para os serviços que indicaram a necessidade de busca de dados em prontuário a fim de obter algumas respostas relativas aos usuários com TEA inseridos nos serviços (APÊNDICE 2).

4.1.4. Procedimentos

4.1.4.1. Procedimentos Éticos

O projeto em questão foi enviado para avaliação para a Secretaria de Saúde de Campinas e também para o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, obtendo pareceres favoráveis para sua execução (APÊNDICES 3 e 4). Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, sendo aprovado com parecer nº 3.050.794/2018 (APÊNDICE 5).

Todos os colaboradores que participaram de entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 6).

Pactuou-se com todos os serviços uma devolutiva após a finalização da pesquisa. Uma devolutiva parcial já foi realizada, em maio de 2019, com os profissionais do serviço onde ocorreu a inserção etnográfica. Será agendada uma devolutiva a ser feita com as famílias que colaboraram com o estudo na fase da inserção etnográfica.

4.1.4.2. Elaboração e Aplicação Teste dos Instrumentos

O QCCTEA foi elaborado pela pesquisadora, a partir da literatura da área e levando em consideração os objetivos da pesquisa.

Conforme sugere Manzini (2003), o instrumento foi enviado para juízes que são especialistas na área que avaliaram as questões, sua aplicabilidade e se as mesmas estavam de acordo com os objetivos do estudo. O instrumento foi enviado para seis juízes e quatro responderam, sugerindo alterações e complementações.

Após realizar as adequações necessárias, procedeu-se à aplicação teste junto à gestora de um CAPSij que não compunha a amostra. Após essa aplicação teste, novas adequações foram feitas, resultando na versão final do instrumento.

O Formulário de Levantamento para Dados em Prontuário também foi elaborado pela pesquisadora e levou em consideração os dados solicitados pelo QCCTEA, bem como os dados que os serviços não tinham em mãos.

4.1.4.3. Coleta de Dados

Foi realizado contato telefônico com as gestoras dos CAPSij. No momento do contato telefônico foi explicado brevemente sobre a pesquisa, os objetivos e a autorização da Prefeitura Municipal de Campinas e do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira para a realização da mesma. Os CAPSij Ypê e Manjerição solicitaram que a pesquisadora apresentasse os objetivos da pesquisa apenas para a gestora, enquanto que os CAPSij Floresta e Pitangueira solicitaram que a pesquisa fosse apresentada em reunião de equipe.

Uma vez apresentada a pesquisa – ou para a gestora ou em reunião de equipe, o QCCTEA foi deixado no serviço para que pudesse ser conhecido previamente pelas gestoras. Foi agendado um melhor dia e horário para a entrevista com as gestoras.

A entrevista com as gestoras aconteceu individualmente em dia e horário pactuado antecipadamente com cada uma delas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Cada entrevista teve duração média de uma hora, e as gestoras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as entrevistas foi utilizado o QCCTEA.

Os CAPSij Ypê e Manjerição realizaram todo o levantamento dos dados relativos ao número de prontuários ativos, bem como caracterização das crianças e adolescentes TEA inseridos nos serviços sem auxílio da pesquisadora. Os CAPSij Floresta e Pitangueira necessitaram de ajuda da pesquisadora para o levantamento de dados em prontuário, principalmente os dados relacionados especificamente aos sujeitos com TEA inseridos no

CAPSij. Com estes CAPSij. foi utilizado o Formulário de Levantamento de Dados em Prontuário⁴.

4.1.4.4. Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram organizados e apresentados descritivamente. Já os dados qualitativos foram analisados a partir da Análise Categorial, uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977).

4.2. ETAPA 2

Trata-se de uma Pesquisa Etnográfica. De acordo com Angrosino (2009), Etnografia significa “descrição de um povo” (ANGROSINO, 2009, p.16), sendo uma forma de estudar pessoas organizadas em grupos e sociedades. Para Sanjurjo, Carmargo e Kebbe (2016), a Etnografia não se limita a um conjunto de técnicas e procedimentos para coleta de dados, sendo entendida enquanto uma forma de produção de conhecimento sobre os seres humanos e suas relações (SANJURJO; CAMARGO; KEBBE, 2016).

Nakamura (2011) aponta o crescente uso da Etnografia em pesquisas na área da saúde, apontando alguns pressupostos inerentes ao método etnográfico que colaboram para uma maior compreensão e aproximação do pesquisador com o campo a ser estudado. A autora enfatiza a necessidade de “contatar os nativos” (p. 100), ou seja, as pessoas que estarão presentes no cenário da pesquisa e atuarão ativamente durante a inserção do pesquisador no campo; além da necessidade essencial do pesquisador em “despir-se de seus preconceitos e valores para compreender os de outros” (NAKAMURA, 2011, p. 100).

A etnografia lança mão de diversos métodos para colher⁵ os dados existentes no campo de imersão do pesquisador, tais como a Observação Participante, a qual ocupa um lugar central na Etnografia. Além da Observação Participante, outros métodos podem auxiliar na colheita dos dados tais como entrevistas e análise documental (ANGROSINO, 2009).

⁴ Para essa etapa contou-se com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa que cursa o último ano de graduação de Terapia Ocupacional. A aluna foi devidamente treinada e supervisionada ao longo do levantamento.

⁵ Optou-se, nessa etapa, pelo uso do termo “colheita de dados”, levando em consideração os referenciais etnográficos e a compreensão de que não há uma produção de dados mas sim a observação atenta e a leitura de cenários e relações presentes no Campo de Inserção os quais corroboram para reflexões e levantamento de hipóteses que poderão ou não ser respondidas.

4.2.1. Colaboradores⁶

Os colaboradores desta etapa foram todos os atores sociais presentes no cenário de inserção da pesquisadora, ou seja, profissionais da equipe, familiares e cuidadores, crianças e adolescentes, e, de modo especial, crianças e adolescentes com TEA e seus familiares.

Colaboraram também neste estudo quatro profissionais vinculados a equipamentos do setor educacional, localizados no território de abrangência do CAPSij, os quais receberam a pesquisadora em seus locais de trabalho e concederam entrevistas.

4.2.2. Local

A escolha do CAPSij no qual seria feita a Etnografia foi feita por conveniência e levou em consideração o tempo de funcionamento do serviço, bem como tamanho da equipe. Assim, de início já foram descartados os CAPSij de administração via Prefeitura (CAPSij Floresta e CAPSij Ypê) pois são CAPSij que, embora apresentem a equipe mínima completa, têm um número bastante reduzido de profissionais se comparado com os CAPSij de administração indireta, realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira (SSCF).

Um segundo fator considerado para a escolha foi o fato de que o CAPSij Manjerição já tem uma longa tradição de cuidado com crianças e adolescentes com TEA, uma vez que já foi um Centro Especializado para essa população. Entendeu-se que esta tradição poderia diferenciar os processos de cuidado, tornando esse serviço uma exceção quando se pensa em outros CAPSij.

Sendo assim, optou-se por realizar a Etnografia no CAPSij Pitangueira.

4.2.3. Instrumentos

O principal instrumento utilizado nesta etapa foi o Diário de Campo, “o instrumento mais básico para o pesquisador que está fazendo uma etnografia” (CAPRARA; LANDIM, 2008, p. 369). Trata-se de um documento pessoal no qual se busca registrar as observações do campo de inserção, bem como pensamentos, hipóteses, sentimentos e reflexões (CAPRARA; LANDIM, 2008).

⁶ O uso do termo “Colaboradores” em substituição ao termo “Participantes”, vai de encontro aos estudos Etnográficos nos quais se compreende que os atores sociais envolvidos na pesquisa são colaboradores para que ela aconteça, tendo participação ativa durante todo o processo de trabalho de campo.

Para Lourau (1993), a escrita do diário busca apresentar todo o trabalho de campo tido pelo pesquisador, aproximando o leitor do cotidiano pesquisado, evitando interpretações ilusórias (LOURAU, 1993).

Neste estudo o diário de campo foi composto por três dimensões, conforme orienta Weber (2009), sendo elas o diário etnográfico, o diário de pesquisa e o diário íntimo. O primeiro contém os eventos, as conversas, entrevistas, relações observadas no campo de inserção; o segundo busca relacionar os fenômenos observados com os lugares ocupados pelos sujeitos em contato com o contexto social, histórico, cultural e político; por fim, o diário íntimo no qual o pesquisador apresenta seus sentimentos, angústias, aspectos íntimos do momento de sua inserção em campo (WEBER, 2009).

Weber (2009) propõe, ainda, a escrita cronológica do Diário de Campo, justificando que a sucessão das datas facilita a compreensão dos processos e do desenvolvimento da investigação.

Além do Diário de Campo, foram utilizadas entrevistas realizadas com os profissionais do CAPSij e com alguns familiares, bem como leituras de documentos (sobretudo prontuários) a fim de complementar e validar os dados observados em campo.

4.2.4. Procedimentos

4.2.4.1. Colheita de Dados

Em dezembro de 2018, foi realizado contato telefônico com a gestora do CAPSij Pitangueira e combinou-se uma data para que o projeto fosse apresentado em reunião de equipe. Ficou estabelecido que a apresentação do projeto e o início da inserção aconteceriam em janeiro de 2019.

O projeto foi apresentado em reunião de equipe no dia 08/01/2019. Foram esclarecidas dúvidas sobre os objetivos e a escolha do campo para a inserção. Além disso, a equipe pediu uma devolutiva, após a pesquisa, que envolvesse não apenas os membros da equipe, mas também os familiares, pontuando a necessidade de ser uma devolutiva com linguagem acessível.

A inserção da pesquisadora teve início em 22/01/2019 e teve duração de 4 meses. No primeiro mês, a pesquisadora realizou uma inserção intensa, estando no serviço todos os dias, das 08h às 18h. Nos meses seguintes, a pesquisadora esteve em campo duas ou três vezes por semana.

Algumas entrevistas foram realizadas e compuseram com a colheita de dados. As entrevistas não seguiram roteiro estruturado, sendo baseadas em pontos e hipóteses obtidos ao longo da Etnografia. Participaram das entrevistas quatro profissionais do CAPSij e 10 familiares cujos filhos apresentam diagnóstico, ou hipótese diagnóstica de TEA, e que estavam inseridos no CAPSij. As entrevistas foram realizadas no próprio equipamento, em local reservado. Tiveram duração média de uma hora, foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Todos os entrevistados assinaram o TCLE.

4.2.4.2. Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir da leitura de prontuários foram inseridos no Diário de Campo de forma a complementar os dados referentes à observação. As entrevistas realizadas com familiares e membros da equipe foram transcritas na íntegra. Tanto o Diário de Campo quanto as entrevistas foram lidos exaustivas vezes, buscando-se identificar temáticas frequentes que dialogassem com os objetivos e as hipóteses deste estudo.

A escolha por cenas e trechos para serem apresentados nos resultados levou em consideração o potencial analisador dos mesmos. Conforme explicam Rossi e Passos (2014), o conceito de analisador, proposto por Félix Guattari, diz respeito a algo que provoque análises e permita explicitar elementos dentro de uma realidade institucional. Sendo assim, o analisador pode ser utilizado enquanto uma ferramenta para a análise de contextos, papéis adotados e relações estabelecidas, sendo compreendido tanto enquanto um evento que denuncia quanto pode propor e suscitar mudanças (ROSSI; PASSOS, 2014).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Vamos passear depois do tiroteio
Vamos dançar num cemitério de automóveis
Colher as flores que nascerem no asfalto
Vamos todo mundo...tudo que se possa imaginar
Vamos duvidar de tudo o que é certo
Vamos namorar à luz do polo petroquímico
Voltar pra casa num navio fantasma
Vamos todo mundo... ninguém pode faltar
Se faltar calor, a gente esquenta
Se ficar pequeno, a gente aumenta
E se não for possível, a gente tenta
Vamos velejar no mar de lama
Se faltar o vento, a gente inventa
Vamos remar contra a corrente
Desafinado coro dos contentes*

(Pose, Humberto Gessinger)

5.1. ETAPA 1

A Etapa 1 objetivou apresentar e caracterizar os quatro CAPSij envolvidos neste estudo, dando enfoque para a inserção e o cuidado ofertado às crianças e adolescentes com TEA nestes equipamentos. Nesta seção serão apresentados os resultados referentes às entrevistas com as gestoras dos CAPSij, bem como os dados levantados junto aos prontuários do CAPSij Pitangueira e do CAPSij Floresta⁷. Os resultados serão apresentados seguindo a ordem do Questionário de Identificação– QCCTEA (Apêndice 1).

5.1.1. Caracterização dos Gestores

Quadro 02 - Caracterização das Gestoras participantes

CAPSij	GESTOR	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO NO SERVIÇO	TEMPO NA GESTÃO
Pitangueira	A	20 anos	5 anos e 9 meses	5 anos e 9 meses
Manjerição	B	12 anos	2 anos	2 anos
Floresta	C	16 anos	5 anos	4 anos
Ypê	D	26 anos	4 anos e meio	5 anos

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

Todas as gestoras são do sexo feminino e todas têm mais de 10 anos de formação. A formação profissional varia, sendo duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma psiquiatra. É possível perceber que as gestoras A e B estão na gestão o mesmo período de tempo em que estão inseridas nos serviços. A gestora C tem um tempo de inserção no serviço de 5 anos, porém, só e está na função de gestão há 4 anos. Já a gestora D, um caso peculiar, exerce a gestão por mais tempo do que está inserida no serviço, isso deve-se aos arranjos municipais pelos quais ela começou a gerenciar o serviço enquanto ainda estava alocada em outro local.

⁷ Apenas os prontuários destes dois CAPSij foram disponibilizados para consulta pois ambas as gestoras afirmaram não terem em mãos alguns dados solicitados pelo Questionário de Caracterização. Os CAPSij Manjerição e Ypê forneceram todos os dados solicitados, não justificando a busca em prontuários.

5.1.2. Caracterização dos CAPSij

O quadro 03, a seguir, traz informações a respeito dos CAPSij, abordando tempo de funcionamento, tipo de administração e número de prontuários ativos.

Quadro 03 – Caracterização do CAPSij

CAPSij	Tempo de Funcionamento	Tipo de Administração	Número de Prontuários Ativos
Pitangueira	10 anos	SSCF	122
Manjerição	10 anos	SSCF	188
Floresta	2 anos	PMC	217
Ypê	4 anos	PMC	106

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Como se pode observar, os CAPSij Pitangueira e Manjerição são os com mais tempo de funcionamento, são também os dois CAPSij de administração indireta, sendo administrados pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (SSCF). Como já mencionado anteriormente, este vínculo entre o SSCF e a Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) foi formalizado em 1990 a partir da Lei 6215 (CAMPINAS, 1990) a qual autorizava o poder executivo a firmar convênio com o, na época, Sanatório Dr. Cândido Ferreira. Em seu artigo segundo, a Lei prevê que “o convênio tem por objetivo a administração conjunta do Sanatório ‘Dr. Cândido Ferreira’ que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e atender clientela universalizada” (CAMPINAS, 1990, p. única).

De acordo com Sartory (2011), este convênio instituiu um “regime de cogestão e cooperação mútua” (p.386) entre o SSCF e a PMC que garantia, por um lado, que os cuidados voltados à Saúde Mental e à RAPS estivessem cobertos pelo SSCF e, por outro lado, que o SSCF teria autonomia para gerenciar seus equipamentos e funcionários. Sartory (2011) explica, ainda, que o SSCF desde então se configura enquanto uma Associação Civil sem fins lucrativos que possui um caráter público não estatal, destinando-se a atender usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O SSCF está, inclusive, sujeito aos mecanismos de controle social do SUS (SARTORY, 2011).

Queiroz e Delamuta (2011) apontam, em relação a este convênio, que o mesmo se mostra instável e depende de renegociações a cada novo governo municipal (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011). Isto será melhor abordado na Etapa 2 neste estudo mas, por ora, cabe já

pontuar que nos últimos anos as relações entre o SSCF e a administração da PMC tornaram-se, cada vez, mais difíceis e, atualmente, o convenio do SSCF se assemelha aos contratos que a PMC tem para com as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

As Organizações Sociais de Saúde surgiram no Brasil entre os anos de 1994 e 1995, após a Reforma do Estado, com o intuito de ser um modelo de administração pública baseado na união de estratégias entre o Estado e a sociedade, marcando a transição de atividades estatais para o chamado terceiro setor, assim, “emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas” (MORAIS et al., 2018, p.2).

Muylaert et al. (2015) destacam as complexidades dessa terceirização da área da saúde pelas OSS, chamando atenção, sobretudo, para os serviços no campo de atenção à saúde mental infantojuvenil. Os autores apontam como uma das principais dificuldades a precarização do trabalho, com falta de investimento e número reduzido de profissionais contratados, impactando diretamente o trabalho desses profissionais e o atendimento ofertado para os usuários. Os autores chamam atenção, ainda, para a menor dedicação e envolvimento de profissionais contratados pelas OSS devido às próprias relações de trabalho e também à instabilidade relacionada ao vínculo contratual (MUYLAERT et al., 2015).

Assim, cabe questionar os impactos do vínculo entre SSCF e PMC no tocante ao serviço ofertado para a população. Como se verá a seguir, os CAPSij gerenciados pelo SSCF possuem maior número e variedade de profissionais. Não se pode afirmar que esse fator influencie positiva ou negativamente na oferta de cuidados e tampouco esse foi um dos objetivos do presente estudo, porém, é possível refletir sobre os rebatimentos implicados nos diferentes tipos de gestão. A Etapa 2 deste estudo, realizada em um CAPSij administrado pelo SSCF poderá trazer maiores elementos para esta discussão.

Abaixo, serão apresentados mais alguns dados comparativos entre os CAPSij no que se refere à composição das equipes, número de usuários com TEA inseridos em cada serviço, entre outros.

Em relação ao número de prontuários ativos, como se pôde observar no Quadro 03, o CAPSij Floresta apresenta o maior número, embora seja o CAPSij com menor tempo de funcionamento. Uma hipótese para isso é que, quando foi inaugurado, este CAPSij localizava-se em uma região central e de fácil acesso para a população. Além disso, como veremos a seguir, este CAPSij não possui funcionários administrativos, fato que pode influenciar na organização e sistematização dos dados, criando dados errôneos, dificultando a baixa de usuários que já não frequentam mais o serviço, entre outros desdobramentos.

Sobre a composição da equipe, os CAPSij de administração indireta apresentam um maior e mais variado número de profissionais quando comparado com os CAPSij de administração da Prefeitura. O quadro 04 traz um comparativo entre a composição das equipes dos quatro CAPSij.

Quadro 04 – Composição das equipes dos CAPSij por categoria profissional

	Pitangueira	Manjeriçã	Floresta	Ypê
Assistente Administrativo	1	1	0	0
Auxiliar de Enfermagem	4	2	5	6
Enfermeiro	2	2	2	1
Farmacêutico	1	1	0	0
Fonoaudiólogo	1	1	1	1
Médico Pediatra	1	1	0	1
Médico Psiquiatra	3	2	2	1
Monitor	1	3	0	0
Psicólogo	3	3	2	2
Terapeuta Ocupacional	2	2	2	1
Equipe de Limpeza	2	2	2	1
Vigia	1	0	0	0
Motorista	1	1	0	0
Gestor	1	1	1	1

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Como já mencionado, os CAPSij de administração da Prefeitura não possuem assistentes administrativos. Esses CAPSij também não possuem farmacêutico, uma vez que a prefeitura mantém algumas farmácias centrais nas quais a população pode retirar a medicação.

Outra categoria profissional que não aparece nos CAPSij Prefeitura são os monitores, ou também denominados como educadores sociais. São cargos de nível médio, responsáveis pela oferta de oficinas, desenvolvimento de atividades de convivência, facilitação das atividades realizadas na ambiência, entre outros.

Em alguns CAPSij apareceram a figura do motorista e do vigia. O vigia tem por finalidade, principalmente, controlar o portão. O único CAPSij com vigia era o CAPSij Pitangueira o qual fica localizado em uma rua com intenso tráfego de veículos, incluindo

ônibus. Assim, o vigia tinha por principal função evitar que as crianças saíssem para a rua desacompanhadas.

Como se verá na Etapa 2 deste estudo, o vigia também se envolvia em outras atividades tais como assembleias, grupo de música, ensaios para o carnaval e, assim como a equipe de limpeza, muitas vezes eram estes profissionais que primeiro conseguiam formar vínculo com alguns usuários. Esse fato também foi pontuado por Ronchi e Avellar (2013) que, ao se debruçarem sobre a rotina de um CAPSij, perceberam que a vinculação de alguns usuários com o serviço se dava inicialmente através do vigia (RONCHI; AVELLAR, 2013). Do mesmo modo, o estudo de Fernandes e Matsukura (2016) revelou que os profissionais de apoio no CAPSij (motorista, vigia, equipe da limpeza) exercem importante função de cuidado e vínculo para com os usuários, não sendo algo exclusivo aos profissionais técnicos que desenvolvem ações diretamente voltadas para os usuários (FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

Todos os CAPSij contavam com psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, enfermeiro e técnico de enfermagem. O CAPSij Ypê não tinha médico pediatra, mas os demais também contavam com esta categoria profissional.

A diversidade de categorias profissionais e a pluralidade de saberes compõem um cuidado amplo e abrangente que pode abarcar diferentes aspectos do sujeito e de sua família. A ideia do trabalho interdisciplinar enquanto eixo norteador das ações no CAPSij soma com a proposta de um cuidado horizontal que valoriza diferentes saberes, inclusive os saberes da cozinheira, do motorista, do vigia, da moça da limpeza, do usuário e de sua família. Esta interdisciplinaridade dialoga intimamente com as propostas do modelo de cuidado em Saúde Mental que entende que não é mais apenas o saber médico que conta.

A portaria 336 (BRASIL, 2002b) indica como equipe mínima para um CAPSij os seguintes profissionais: um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; cinco profissionais de nível superior entre as categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e cinco profissionais de nível médio podendo ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção.

A não especificidade por determinados núcleos profissionais trazida na portaria pode, por um lado, deixar espaço para o caráter interdisciplinar da política de Saúde Mental, entendendo que todos os núcleos citados têm contribuições para oferecer à população atendida. Por outro lado, pode lançar a ideia de que o essencial, citado e nomeado, é o médico

e o enfermeiro, colocando novamente nestes profissionais a responsabilidade maior pelo saber e valorizando determinadas técnicas em detrimento de outras.

O documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004, diz sobre a equipe de um CAPSij:

As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe (BRASIL, 2004,p. 23).

Este documento enfatiza um pouco mais o trabalho interdisciplinar e a composição, junto com o núcleo médico, de outros núcleos de saber.

5.1.3. Territórios de abrangência e parcerias intra e intersetoriais

Em relação aos territórios de abrangência, como já visto no quadro 01, cada CAPSij está inserido em uma região/ distrito de saúde da qual é referência, com exceção do CAPSij Manjerição que é responsável por duas regiões de saúde. O quadro 05 traz dados sobre a presença de equipamentos intrasetoriais em cada território de abrangência.

Quadro 05 – Equipamentos Intrasetoriais no Território de Abrangência

	Distrito de Saúde Verde	Distrito de Saúde Amarelo	Distrito de Saúde Azul	Distrito de Saúde Vermelho	Distrito de Saúde Roxo
CAPSij de Referência	Pitangueira	Manjerição		Floresta	Ypê
Centros de Saúde	13	22		17	13
Equipes NASF	2	2		1	0
Outros CAPS	2 CAPS tipo III e 1 CAPS AD tipo III	2 CAPS tipo III e 1 CAPS AD tipo III		1 CAPS tipo III e 1 CAPS AD tipo III	1 CAPS tipo III e 1 CAPS AD tipo III
Centro de Convivência	1	2		1	1

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

No distrito de saúde Roxo e no distrito de saúde Azul há, ainda, oficinas de inclusão no trabalho e geração de renda voltadas para usuários da rede de Saúde Mental, maiores de 18 anos. Estas oficinas recebem usuários de todos os distritos de saúde. Há, ainda, duas equipes de Consultório na Rua que também são referência para todos os distritos de saúde.

No quadro 06 é possível observar quais são as principais ações desenvolvidas em conjunto com os equipamentos intrasetoriais citados no quadro 05, e também outros serviços tais como Hospital Geral, Policlínicas e ambulatórios.

Quadro 06 -Principais parcerias intrasetoriais

Questão Norteadora	Equipamentos Citados	Parcerias estabelecidas
Com quais equipamentos do setor da saúde o CAPSij estabelece parcerias?	Unidade Básica de Saúde	Compartilhamento dos casos; matriciamento; encaminhamento para o CAPSij; capacitações
	Policlínica	Encaminhamento para o CAPSij
	Hospitais Gerais	Leitos em momentos de crise
	CAPS adulto	Transferência do cuidado; acompanhamento do familiar
	Consultório na Rua	Ajudar o CAPSij a encontrar usuários que são do CAPSij e estão em situação de rua
	Centro de Convivência	Compartilhamento do cuidado; festas; oficinas
	Oficinas de Geração de Renda	Inserção no mercado de trabalho; transferência do cuidado

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

A partir dos apontamentos das gestoras, percebe-se uma importante relação com os equipamentos da Atenção Básica em Saúde, o que pode indicar sobre o fluxo e as parcerias efetivadas no dia a dia dos serviços, entendendo tais equipamentos enquanto pontos que compõe a Rede de atenção à Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ). Conforme apontam Delfini e Reis (2012), a ABS é um lugar privilegiado para a construção e efetivação de uma nova prática de cuidados em saúde mental devido à maior proximidade com a população no território de abrangência, possibilitando maiores vínculos e identificação de situações que necessitam de intervenção (DELFINI; REIS, 2012) e os resultados do presente estudo indicam que os CAPSij tem compartilhado desta construção.

No entanto, apesar dessa importância, muito estudos têm revelado dificuldades por parte da ABS em reconhecer e atuar junto a sujeitos em sofrimento psíquico (DELFINI;

REIS, 2012; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; LOURENÇO, 2017; FERNANDES;2019). Teixeira, Couto e Delgado (2017) apontam como principais dificuldades das equipes de ABS a falta de qualificação voltada para compreensão e cuidados em SMIJ, fator que compromete o acolhimento do sujeito, dificulta possíveis intervenções e gera encaminhamentos errados e/ou desnecessários. Os autores também apontam como dificuldade o fato das equipes de ABS não conhecerem os serviços e equipamentos que compõem a rede de cuidado no território (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). Este aspecto também foi identificado por Fernandes (2019) que percebeu que a falta de conhecimento da Rede por partes da equipe da ABS faz com que usuários e famílias façam longas peregrinações atrás de um serviço que acolha suas demandas.

Uma importante estratégia que busca qualificar as equipes de ABS e possibilita a construção e efetivação do trabalho em Rede é o Apoio Matricial. Proposto por Campos (1999), o Apoio Matricial busca aumentar a resolutividade dos serviços de saúde propondo que áreas especializadas ofereçam apoio técnico às equipes de ABS.

Cabe destacar que a lógica do Apoio Matricial se pauta na ideia de relações horizontalizadas, superando a tradicional concepção de pirâmide que gerencia fluxos e saberes e busca superar o modelo biomédico hegemônico, considerando outros saberes e favorecendo a Clínica Ampliada (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009). De acordo com as autoras,

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 130).

Assim, importa salientar o Apoio Matricial enquanto importante ferramenta para fomentar o cuidado em SMIJ na ABS, promovendo compreensão a respeito do campo da SMIJ, sensibilizando os atores inseridos neste cenário de atenção, além de proporcionar capacitações e ações de educação continuada para a equipe de ABS (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; DELFINI; REIS, 2012). Conforme os resultados deste estudo, o

trecho a seguir mostra um pouco sobre o arranjo do Apoio Matricial e as possibilidades de construção, a partir desse, de projetos e capacitações.

Nosso maior parceiro de relação são as unidades básicas de saúde. A gente matricia todas as unidades. E a partir do matriciamento, as vezes a gente desenvolve algum projeto de parceria, alguma ação que vai ser desenvolvida na atenção básica. As vezes capacitações já aconteceram como intervenções com escola. Então isso vai se dando a partir de uma construção que se dá pela equipe que está fazendo o apoio matricial com a equipe que é matriciada (Gestora A).

Ainda, além da ABS, outros serviços foram citados enquanto possibilidades de ações intrasetoriais, compondo a rede de cuidados. As falas a seguir ilustram alguns desses serviços.

Então a gente costuma ir vendo junto com o consultório (na rua) ou a gente dá um toque quando precisa, olha o fulano tá desaparecido, se você achar pelo centro e quiser trazer pode trazer. Então a gente tem esse trânsito direto, entre nós e o consultório na rua. E não é função do Consultório da Rua atender os adolescentes, mas aumentou muito o número de adolescentes na rua, criança também. (Gestora B).

Com os Centros de Convivência nós temos uma ótima parceria, a gente vai e faz atividade junto, tem grupos que acontecem no Centro de Convivência... O Centro de Convivência vem até aqui. A gente participa das festas (Gestora B).

Também foi perguntado às gestoras sobre possíveis redes intersetoriais e serviços com os quais os CAPSij articulam ações e estabelecem parcerias. Os setores e equipamentos citados estão no Quadro 07.

Quadro 07 - Setores e equipamentos intersetoriais em diálogo com os CAPSij

Questão Norteadora	Setores citados	Principais equipamentos citados
Com quais equipamentos intersetoriais o CAPSij estabelece parcerias?	Assistência Social	CRAS, CREAS, Casas de Acolhimento Infantil, ONGs
	Educação	Escolas, projetos de contraturno escolar, escolas especializadas em autismo, ONGs
	Sistema Judiciário	Vara da infância, Ministério Público, Defensoria, Conselho Tutelar
	Cultura, esporte e lazer	Praças e parques, quadras e piscinas públicas, shopping, teatro, SESI, SESC

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Entende-se a intersetorialidade enquanto estratégia na qual diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas, buscam se articular de modo a garantir um cuidado integral para com o sujeito, levando em consideração que

as ações de cuidado ultrapassam aquelas implantadas pela política de saúde e incluem todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais, instituições e serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.) que compõem a rede de relações do sujeito (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 59).

No presente estudo, o setor mais citado pelas gestoras ao se pensar em parcerias intersetoriais foi a Assistência Social, resultado que difere de alguns estudos recentes que apontam o setor educacional como o mais envolvido nas ações intersetoriais (TAÑO, 2017; LOURENÇO; 2017). Setores como cultura, esporte e lazer também foram citados, mas as gestoras apontaram grande dificuldade em estabelecer parcerias e se apropriar dos espaços de esporte, cultura e lazer.

Com os serviços da intersetorialidade nosso maior parceiro são os serviços da rede do SUAS. Então os CRAS, os CREAS, os serviços que acompanham as famílias em situações de vulnerabilidade, a grande maioria das nossas famílias estão nessa condição (Gestora A).

Uma hipótese para essa maior parceria com os serviços da Assistência Social seria a ausência de assistentes sociais nos CAPSij os quais poderiam auxiliar e encaminhar algumas demandas sem a necessidade de interlocução com serviços especializados.

Oliveira e Mendonça (2016) citam, como principais setores que dialogam diretamente com os serviços de SMIJ, a Educação, a Assistência Social e a Justiça. (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2016). Outros estudos apontam a construção de ações intersetoriais envolvendo infância e adolescência entre os setores de saúde, educação e assistência social (DUARTE et al., 2010; AZEVEDO; PELICION; WESTPHAL, 2012). No presente estudo, também predominou a referência a equipamentos e serviços que compõem a Assistência Social e a Educação, além das parcerias intrasetoriais com a ABS, como já mencionado.

A gente tem as reuniões intersetoriais, que são por microrregiões de unidades básicas de saúde. **Nessas reuniões intersetoriais as escolas participam**, tanto as municipais quanto as estaduais. É aí que a gente consegue fazer alguma parceria. Mais nesse viés do que ir na escola, conversar, fazer ações preventivas. Muitas escolas não deixam a gente entrar, principalmente as estaduais. Com as municipais a gente tem uma parceria maior, porque aí a gente tá falando mais das crianças menores e que aí podem ter alguma coisa com TEA ou transtorno de conduta, ou hiperatividade ou todas essas siglas, né, que a gente enche as crianças. Então a gente costuma fazer, mas não tem nenhum programa específico pra que isso (Gestora B, grifo da autora).

Ainda que na presente pesquisa a escola não tenha sido identificada como principal responsável pelos encaminhamentos, é possível que o faça indiretamente, através dos encaminhamentos para a AB. Reforçando esta hipótese verifica-se que a escola (Setor Educacional) aparece, em muitos estudos, como responsável por grande parte da identificação de problemáticas relacionadas à SMIJ, sendo também responsável por um considerável número de encaminhamentos, sendo um dos principais atores com o qual a saúde compartilha o cuidado (LOURENÇO, 2017; TAÑO, 2017; DUARTE; SOUZA; RODRIGUES, 2017; FERNANDES, 2019).

Ainda que se considere a escola como fundamental para o compartilhamento do cuidado intersetorial na SMIJ, Taño (2017) problematiza que a falta de políticas públicas voltadas para a relação entre Educação e SMIJ geram silenciamentos e desassistência. Por outro lado, a autora apresenta algumas ações micropolíticas que buscam reverter esta situação.

Dentre elas, a participação de equipamentos educacionais nas ações de Apoio Matricial coordenadas pelos CAPSij. Tal fato também foi citado no presente estudo, como pode ser observado na fala da gestora B apresentada anteriormente na qual ela cita a presença das escolas nas reuniões intersetoriais.

Apesar de indicarem sobre ações pontuais tais como discussões de caso e reuniões intersetoriais, vale indicar a relevância de ações de caráter longitudinal, integrando possibilidades de construção conjunta entre CAPSij e o setor educacional. A título de exemplo, tem-se o estudo realizado por Duarte, Souza e Rodrigues (2017) que encontraram ações longitudinais realizadas pelos CAPSij em algumas escolas buscando esclarecer o papel do CAPSij e dos demais componentes da Rede de cuidados à SMIJ, bem como promover crítica aos processos de medicalização e patologização da infância. (DUARTE; SOUZA; RODRIGUES, 2017).

Assim, seria possível pensar os CAPSij enquanto também articuladores destas ações nas escolas, dialogando com as propostas do Apoio Matricial em conjunto com a ABS. Tais ações possibilitariam não só a identificação de sujeitos em sofrimento psíquico, mas potencializariam as ações de cuidado territoriais, evitando encaminhamentos desnecessários e fomentando o conhecimento e a formação continuada dos profissionais da escola em Saúde Mental.

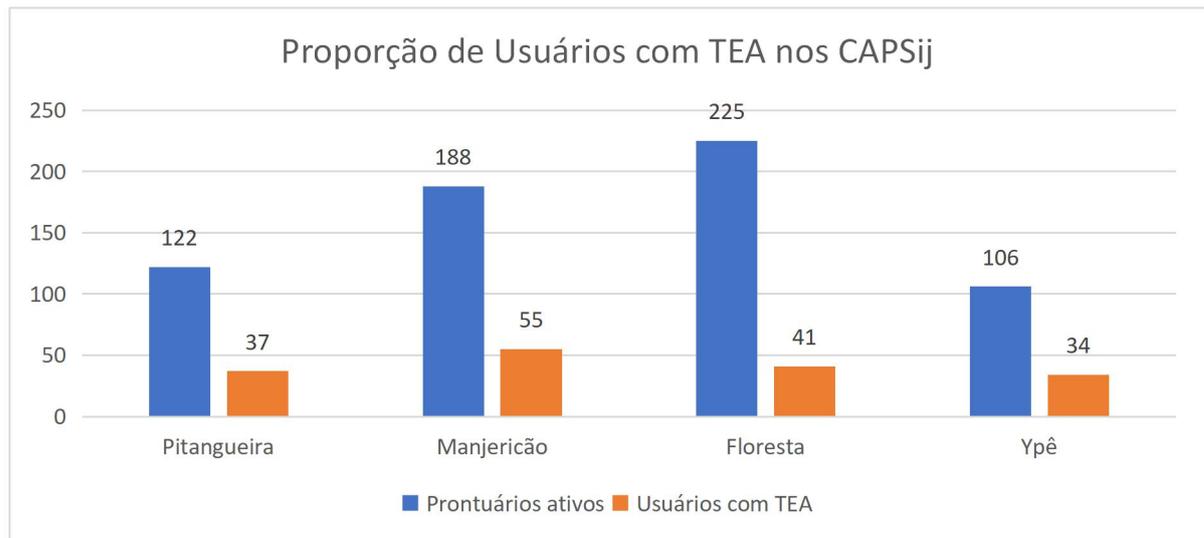
Neste sentido, Lykouropoulos (2010) chama a atenção para a política de inclusão escolar que, independente de linhas e referenciais teóricos, em um caráter mais amplo, dialoga com os princípios e pressupostos da Atenção Psicossocial no que se refere à inclusão social. Assim, a autora provoca a reflexão sobre qual cuidado em SMIJ tem sido produzido pelos equipamentos de saúde mental os quais buscam uma sociedade sem manicômios, mas, na maioria das vezes, reproduzem ações e tratamentos intramuros com pouca ou nenhuma articulação interdisciplinar no território (LYKOUROPOULOS, 2010).

Deste modo, fica evidente que tanto ações intrasetoriais quanto as intersetoriais têm enorme relevância para o trabalho dos CAPSij, possibilitando a efetivação das Redes de cuidado que dialogam com a proposta da clínica ampliada e da Atenção Psicossocial. Entretanto, conforme se revelará na Etapa 2 deste estudo, foi possível notar que a presença de equipamentos de diferentes setores e o fato de um usuário estar inserido nestes diferentes equipamentos, não estabelecia necessariamente o processo de Rede, representando apenas diálogos pontuais sem o aprofundamento e estabelecimento de redes de cooperação e compartilhamento efetivo do cuidado.

5.1.4. Crianças e Adolescentes com TEA nos CAPSij

O Gráfico 01 traz dados relativos à proporção o número total de usuários inseridos em cada CAPSij e o número de usuários com diagnóstico, ou hipótese diagnóstica de TEA

Gráfico 01 - Proporção de Usuários com TEA nos CAPSij



Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Como se pode observar, aproximadamente 30% dos usuários dos CAPSij se referem a crianças e adolescentes com TEA. Apenas em um dos CAPSij, o CAPSij Floresta, esta proporção foi menor (18%). Cabe lembrar, como já dito anteriormente, que o CAPSij Manjeriçã já possuía uma tradição de cuidado a crianças e adolescentes com TEA, apesar disso, não é o CAPSij com maior proporção de autistas, sendo o CAPSij Ypê o que, em relação ao número total de usuários, o que tem mais usuários autistas no serviço (32%).

A proporção de usuários com TEA encontrada nestes CAPSij é maior do que a proporção verificada em estudos anteriores. No estudo de Reis et al. (2010) realizado a partir do levantamento de dados em prontuário de 19 CAPSij do estado de São Paulo, a proporção de usuários com TEA ou, como ele denomina no estudo, usuários com transtornos do desenvolvimento psicológico, dentre ele, o Transtorno Global do Desenvolvimento, era de 19,8%, valor também menor do que o encontrado nos 4 CAPSij pesquisados (REIS et al., 2010).

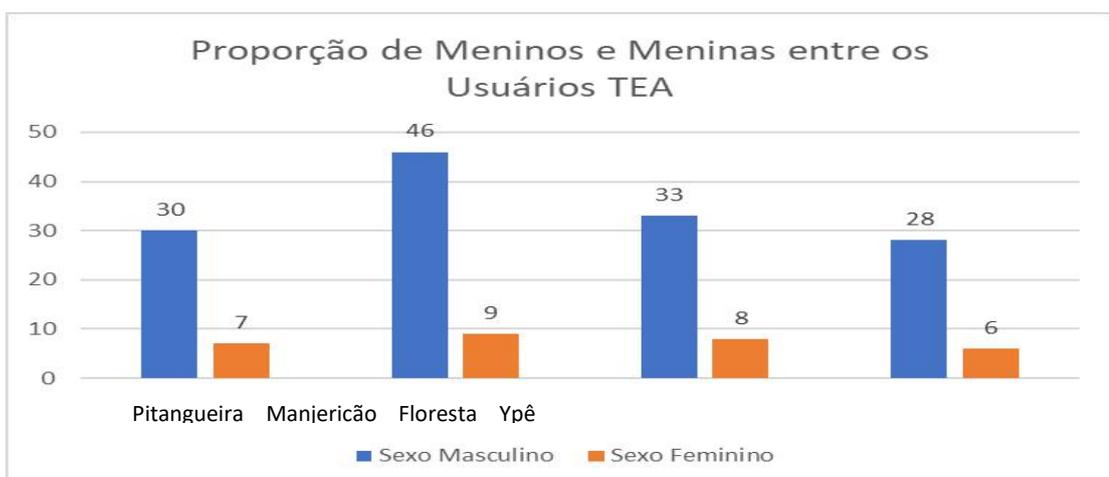
No estudo de Bueno (2013), a partir de entrevistas com terapeutas ocupacionais de 18 CAPSij do estado de São Paulo, a autora encontrou uma proporção de 20% de usuários com TEA nos serviços onde realizou sua pesquisa. (BUENO,2013).

Em estudo mais recente desenvolvido por Lima, R., et al. (2017) em 14 CAPSij da região metropolitana do Rio de Janeiro, os autores encontraram uma proporção de 35% de usuários com TEA em relação aos demais usuários dos CAPSij, dado que dialoga de forma mais próxima com nosso estudo (LIMA, R., et al, 2017). Assim, é possível observar um aumento no número de usuários com TEA nos CAPSij ao longo dos anos. Isso pode se dar devido ao aumento da incidência do TEA na população em geral (em função dos atuais critérios diagnósticos, entre outros) e também ao aumento no número de CAPSij, bem como maior conhecimento deste equipamento enquanto um possível local de tratamento para esta população.

No entanto, assim como também apontado por Bueno (2013), vale refletir sobre onde estão inseridas as crianças e adolescentes com TEA que não estão no CAPSij. Esta questão será uma constante neste estudo e evidenciará as atuais disputas no campo de cuidado a esta população bem como o difícil diálogo entre as diferentes instituições que se propõem a cuidar desta clientela.

Em relação a idade e sexo, os quatro CAPSij mostram um mesmo padrão, com predomínio de crianças (menores de 12 anos) e maioria dos usuários com TEA sendo do sexo masculino, como pode ser observado nos gráficos 02 e 03 a seguir:

Gráfico 02 –Proporção de Meninos e Meninas entre os Usuários TEA

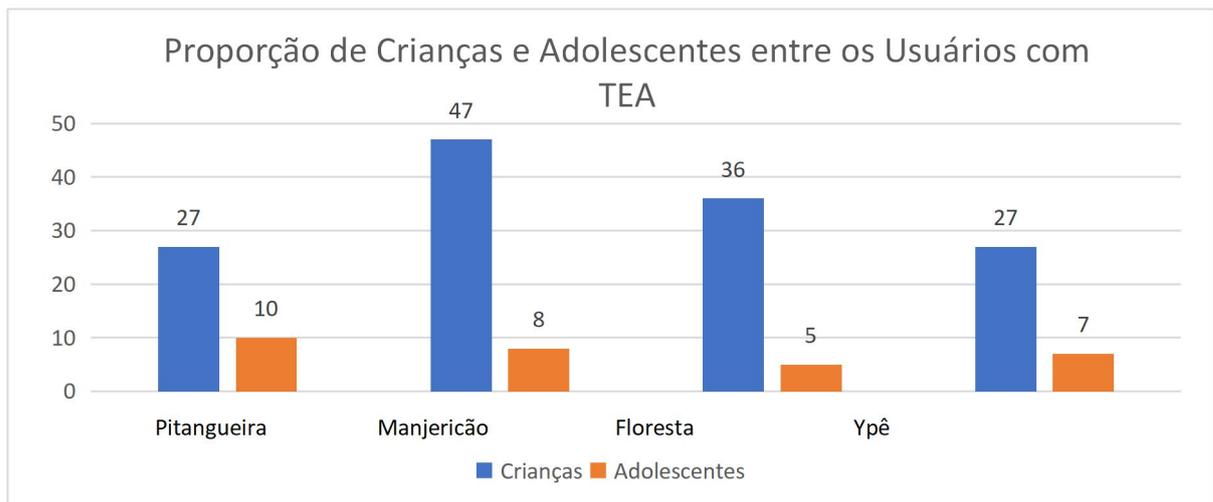


Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Em todos os CAPSij do estudo é predominante o número de usuários com TEA do sexo masculino, sendo a maior diferença proporcional presente no CAPSij Manjerição no qual 83% (n = 46) dos usuários com TEA são do sexo masculino. O CAPSij Floresta é o que tem a menor diferença proporcional entre os sexos com 75% (n = 33) de usuários com TEA do sexo masculino.

Estes números dialogam diretamente com a literatura que ao longo dos anos reafirma a maior incidência do TEA em meninos, na qual é possível observar a predominância do TEA no sexo masculino, em uma proporção de 4 para 1, de acordo com o Center for Disease Control in Prevention (CENTER FOR DISEASE CONTROL IN PREVENTION, 2018).

Gráfico 03 - Proporção de Crianças e Adolescentes entre os Usuários com TEA



Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Em relação à idade dos usuários com TEA, é perceptível um número consideravelmente maior de crianças nos quatro CAPSij, como se observa pode-se observar no Gráfico 03. Cabe salientar que foram consideradas crianças todos os usuários autistas com idade menor a 12 anos e adolescentes os usuários com idade igual ou maior a 12 anos.

A proporção maior de crianças é no CAPSij Floresta, com 88% (n = 36) de crianças. O CAPSij Pitangueira possuía a proporção mais baixa, se comparado com os demais CAPSij, com 73% (n = 27) de crianças.

Estudos têm evidenciado um declínio no tratamento de sujeitos com TEA com o passar dos anos (PLATOS; PISULA, 2019; MINATEL, 2013; ROSA, 2015; MIRE et al., 2015). Tal declínio pode estar relacionado ao predomínio, na adolescência e idade adulta, dos

tratamentos medicamentosos como apontam Mire e colaboradores. O estudo realizado por Platos e Pisula (2019) na Polônia, sobre o atendimento e o uso de serviços de diversas naturezas por adolescentes com TEA evidenciou que grande porcentagem desses adolescentes não estão em tratamento,

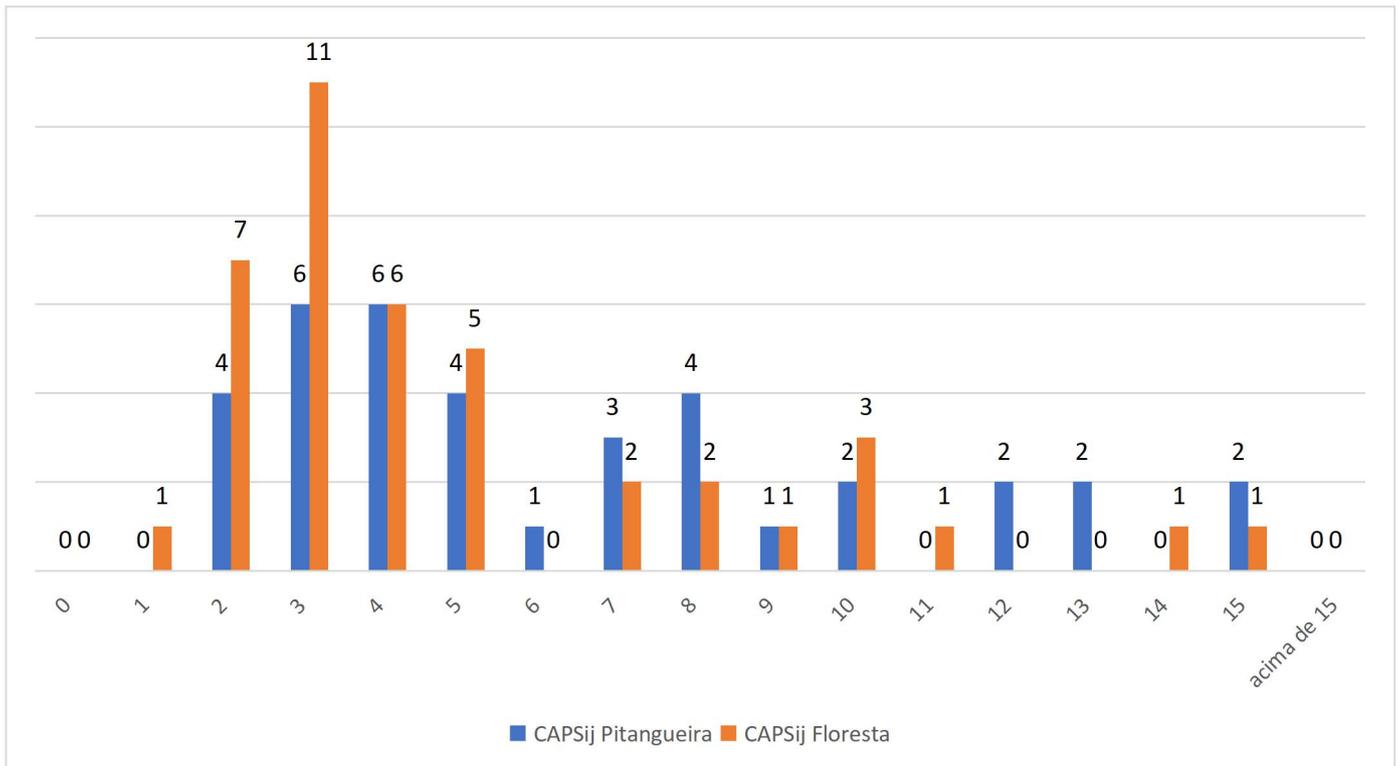
Algumas outras hipóteses para este fato levam em consideração a maior dificuldade dos cuidadores para manterem o tratamento de seus filhos (MINATEL, 2013) e menor disponibilidade de serviços diversos que atendam esta população, prevalecendo serviços de cunho pedagógico onde os sujeitos passam o dia ou um período do dia (ROSA, 2015).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de os serviços voltados para essa população melhorarem a disponibilidade e a acessibilidade dos adolescentes autistas aos serviços (PLATOS; PISULA, 2019).

Reforçando os resultados encontrados no presente estudo, ainda que não focalizando em adolescentes autistas especificamente, o estudo de Silva, J., et al. (2019) sobre os cuidados de adolescentes atendidos em um CAPSij ressaltam que as dificuldades de inserção ou adesão dos adolescentes estão presentes em outros espaços também, não só na atenção psicossocial, e que há necessidade de focalizar ações de atenção a esta população.

Este estudo reforça as considerações de Bueno (2013) que ressaltou a importância de refletir onde estão esses adolescentes com sofrimento psíquico, considerando necessário políticas públicas que direcionem ações específicas para esses jovens, vendo que essa fase do desenvolvimento é complexa e cheia de especificidades (BUENO, 2013).

Em relação à idade com que estes sujeitos chegam ao CAPSij, todos os CAPSij pontuaram uma idade entre 2 e 4 anos de idade. Em levantamento feito nos prontuários dos CAPSij Pitangueira e Floresta pode-se perceber que a maior concentração de chegada de usuários com hipótese diagnóstica de TEA está realmente nesta faixa etária dos 2 aos 4 anos de idade, tendo uma queda considerável no período da adolescência, ou seja, poucos adolescentes com TEA acionam o serviço nesta fase da vida, resultado este que dialoga com os estudos mencionados anteriormente (MIRE et al, 2015; PLATOS; PISULA, 2019). É o que mostra o gráfico 04 a seguir.

Gráfico 04 - Idade com que os Usuários com TEA chegam aos CAPSij Pitangueira e Floresta

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

O que parece ficar evidente, como tem sido observado com outras situações de curso crônico na infância (Deficiência Intelectual, Deficiências Físicas, etc.) há uma proporção considerável de dispositivos de cuidado e atenção voltados para a infância que cai substancialmente em relação ao que há disponível para a adolescência. E esse movimento de queda também é verificado com o Autismo, não apenas a nível nacional (ROSA, 2015).

Em relação à chegada destes sujeitos no CAPSij, pensando-se em processos de encaminhamento, três gestoras afirmaram ser da Atenção Básica o maior número de encaminhamentos de usuários com TEA, justificando ser este o fluxo adotado no município. Tal apontamento dialoga com os dados apresentados anteriormente que apontam a ABS enquanto forte parceira de ações e interlocuções em Rede. Assim, diferentemente de outros estudos (DELFINI; REIS, 2012; LOURENÇO, 2017; FERNANDES, 2019), a presente pesquisa aponta uma Rede na qual é possível evidenciar um papel articulado entre ABS e CAPSij, articulação essa favorecida pelas ações de Apoio Matricial.

A tabela 01 a seguir apresenta as proporções de encaminhamento de usuários com TEA, tendo como base as análises dos prontuários ativos dos CAPSij Pitangueira e Floresta.

Tabela 01 - Equipamentos que encaminham usuários com TEA para os CAPSij

CAPSij	Atenção Básica	Demanda Espontânea	Escola	Outros Serviços de Saúde ⁸	Serviços da Assistência Social	Rede Particular	Dado não Encontrado no Prontuário
Pitangueira	56,8%	27%	2,7%	8,1%	-	5,4%	-
Floresta	58,5%	12,2%	7,3%	14,6%	5 %	-	2,4%

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

A partir dos dados apresentados na Tabela 01, confirma-se que a maior porta de entrada tem sido a atenção básica, embora haja bastante procura via demanda espontânea também. Importa destacar que em Campinas, município no qual este estudo foi realizado, grande parte das equipes de ABS contam com profissionais de saúde mental em suas equipes (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional), fator que pode favorecer a identificação, encaminhamento e o diálogo entre a ABS e os serviços especializados de saúde mental.

5.1.5. Cuidado a crianças e adolescentes com TEA e suas famílias

Esta última parte do Questionário de Identificação – QCCTEA traz questões abertas as quais serão apresentadas em quadros buscando uma melhor compreensão e análise dos principais pontos abordados e trazidos pelas gestoras.

Em relação aos procedimentos realizados na chegada destes usuários, os quatro CAPSij apontaram como procedimento inicial o acolhimento para o qual todos os CAPSij utilizam a mesma ficha (ANEXO 1). O acolhimento busca escutar o acompanhante e observar a criança.

Após o acolhimento, no CAPSij Manjeriçã o usuário é inserido em um grupo denominado “Grupo de Chegada”. O grupo de chegada destina-se a todos os usuários que chegam ao CAPSij Manjeriçã, independente de diagnóstico ou faixa etária. O grupo é dividido por faixas etárias e busca avaliar e identificar as demandas do sujeito para, em seguida, ser pensado um PTS. O usuário costuma ficar no grupo de chegada cerca de quatro

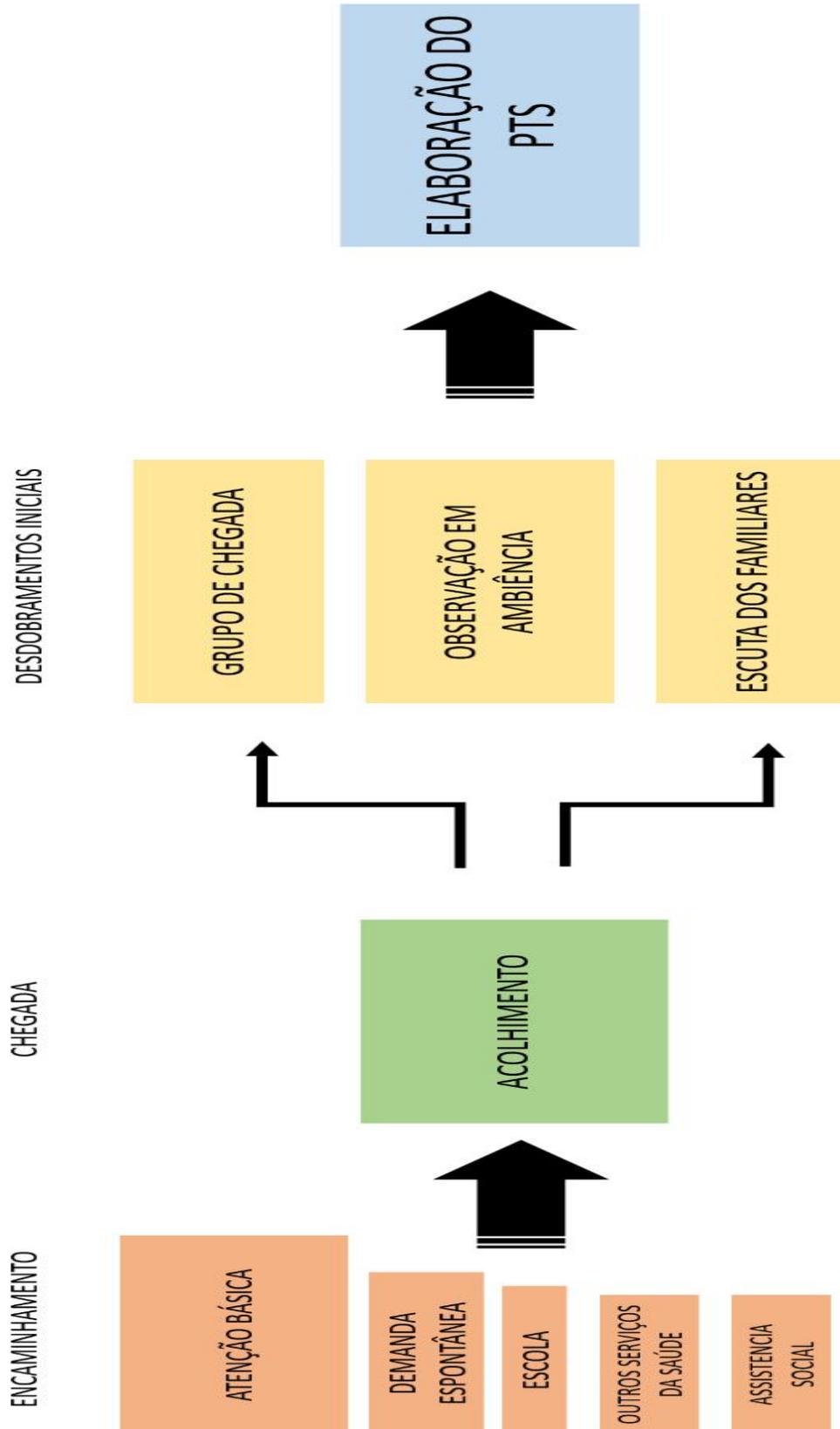
⁸ Nomeou-se como “Outros Serviços de Saúde” os ambulatórios de neurologia e a policlínica onde há atendimentos especializado em neurologia, fonoaudiologia, entre outros.

ou cinco meses e paralelamente a isso os pais também ficam em um grupo neste período onde são levantadas as demandas familiares.

Os CAPSij Pitangueira e Floresta pontuaram que a criança é avaliada no espaço da ambiência, enquanto um profissional faz a escuta do acompanhante da criança. Este processo pode durar dois ou três encontros, em seguida, o caso é discutido em reunião de equipe para se pensar no PTS da criança. O CAPSij Ypê não especificou como se dá este processo.

O Fluxograma a seguir evidencia este fluxo percorrido pelos usuários desde o encaminhamento para os CAPSij até a definição de um PTS:

Figura 01- Fluxograma de chegada e procedimentos iniciais nos CAPSiJ



Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Todos os gestores dos CAPSij salientaram que sempre buscam entrar em contato com o serviço que encaminhou o sujeito para entender mais sobre o caso. Quando o encaminhamento é via UBS, o CAPSij busca discutir este caso na reunião de apoio matricial para entender melhor sobre o sujeito e sua família.

Uma vez inseridos no CAPSij, após as avaliações e discussões iniciais, os quatro CAPSij referiram elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS configura-se enquanto um conjunto de propostas terapêuticas elaboradas para o sujeito, considerando sua singularidade e levando em consideração os apontamentos e saberes de toda a equipe multiprofissional. Além disso, o PTS pode ser elaborado pensando em um único sujeito (singular) ou em um coletivo como, por exemplo, a família (BRASIL, 2009a).

Durante a pesquisa, dois dos quatro CAPSij citaram discutir o caso e elaborar o PTS em reunião de equipe. Entretanto, nenhum dos CAPSij pontuou sobre elaborar o PTS em conjunto com a família. Resultado este que dialoga com o encontrado por Taño e Matsukura (2017) que, ao realizarem um estudo com familiares inseridos em CAPSij no estado de São Paulo, evidenciaram o distanciamento dos familiares em relação à elaboração do PTS de seus filhos. As autoras chamam atenção para a necessidade de considerar as famílias não apenas como meras informantes, mas que sejam consideradas enquanto atrizes do cuidado, em um papel ativo garantindo o “potencial de agenciamento que possuem” (TANÕ; MATSUKURA, 2017, p.64).

Adentrando de modo mais aprofundado nas ofertas de cuidado e ações desenvolvidas pelos CAPSij junto a esta população, outro ponto questionado junto às gestoras foi em relação à frequência destes sujeitos no CAPSij, as atividades que compõem o PTS e outros possíveis equipamentos em que estes usuários podem estar vinculados.

Os CAPSij Ypê e Manjeriçã apontaram que os usuários com TEA costumam ir uma ou duas vezes por semana para atividades pontuais, no entanto, não especificaram se tais atividades eram atendimentos individuais ou em grupo. No levantamento de prontuários dos CAPSij Pitangueira e Floresta foi possível verificar que a maioria dos usuários com TEA vai ao CAPSij uma vez na semana para atividades pontuais, sobressaindo os núcleos da terapia ocupacional, da fonoaudiologia e da psicologia como os que mais realizam atendimentos junto a esta população. Em nenhum dos quatro CAPSij foi citada a permanência dia, ou por meio período, como possibilidade para estes usuários.

A tabela 02 traz informações sobre as ofertas de atividades para os usuários com TEA dos CAPSij Pitangueira e Floresta.

Tabela 02 - Atividades para os usuários com TEA nos CAPSij Pitangueira e Floresta

	CAPSij Pitangueira (N = 37)	CAPSij Floresta (N = 41)
Apenas Atendimento Individual	32,5% (n = 12)	41,5% (n = 17)
Apenas Atendimento em Grupo	27% (n = 10)	9,8% (n = 4)
Atendimento Individual e em Grupo	16,2% (n = 6)	26,7% (n = 11)
Apenas Atendimento Médico	2,7% (n = 1)	4,9% (n = 2)
Em Processo de Acolhimento	13,5% (n = 5)	9,8% (n = 4)
PTS em Rediscussão	5,4% (n = 2)	-
Atendimento Territorial (No Centro de Saúde ou no domicílio do usuário)	2,7% (n = 1)	2,4% (n = 1)
Dado não encontrado	-	4,9% (n = 2)

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Como se pode observar, a maioria das ofertas em ambos os CAPSij são de atendimentos individuais. Chama a atenção o baixo percentual de duas atividades na semana, por exemplo atendimentos individuais e em grupo, acontecendo com apenas 18,9% dos usuários no CAPSij Pitangueira e 24,4% no CAPSij Floresta. Nenhuma inserção mostra-se maior que duas vezes por semana.

Identificou-se em consulta aos prontuários que alguns usuários estão exclusivamente em acompanhamento médico, não participando de grupos ou mesmo atendimentos individuais com outros profissionais. Isso gerou certa estranheza e pode ser percebido enquanto uma fragilidade de cuidado uma vez que a proposta dos CAPSij é um cuidado interdisciplinar que vá para além do mero controle e medicação de sintomas.

Por outro lado, verificou-se que os CAPSij Floresta e Pitangueira realizam atendimentos externos ao espaço físico do CAPSij. O CAPSij Floresta compartilha um caso com um Centro de Saúde (equipamento da atenção básica) e realiza atendimentos semanais no próprio centro de saúde, via apoio matricial; e o CAPSij Pitangueira realiza um atendimento domiciliar. Tais ofertas de cuidado ilustram a potência das parcerias entre os CAPSij e os equipamentos da ABS no sentido de propor ações que dialoguem com as propostas de Apoio Matricial, Clínica Ampliada, cuidado integral do sujeito, educação permanente em saúde, entre tantas outras.

Dando continuidade à oferta de atividades nos CAPSij, três dos quatro CAPSij disseram não fazer ofertas por diagnóstico, buscando inserir os usuários com TEA junto com outros usuários, usando como principal fator para a organização e ofertas destas atividades a idade dos usuários. Um dos CAPSij pontuou que como a maioria dos usuários que têm chegado ao CAPSij é autista, muitos grupos acabam sendo compostos exclusivamente por usuários com TEA.

Quando a gente percebe a questão dessa criança com TEA é a socialização porque ela tem dificuldade, brinca mais sozinha ou então briga muito com as outras crianças. Tem dificuldade com regras, tal a gente pensa que talvez fosse importante ela vivenciar essas situações aqui pra poder é... superar essas dificuldades, né. Então normalmente elas são inseridas em grupos, em atividades que elas vão conviver com outras crianças (Gestora C).

O CAPSij Manjerição mostrou ter uma linha de ofertas mais sistematizada para as crianças com TEA, com propostas já estruturadas e um caminho a ser percorrido dentro do CAPSij. O trecho a seguir, retirado da entrevista com a gestora, ilustra estas propostas:

Então pra criança a gente vai pro grupo de chegada que são quase todos pré diagnosticados com o TEA. É, e a gente vai ter vários grupinhos desses de triozinho, quartetinho ou parzinho... Conforme as crianças vão crescendo, aos pouquinho saem dessa primeira idade dos quatro anos, a gente vai tendo grupos de aprender a brincar junto, a sair já dessa coisa de contação de história, da fantasia, do que as vezes tá fazendo a lição em parzinho pra um grupo maior... Aprender o limite do meu corpo e o corpo do outro. Nessa fase as crianças já estão conseguindo conversar um pouco mais, elas param de balbuciar as mesmas palavras. A gente tem grupos de culinária para a experimentação de alimentos, de cheiros. E tem um grupo onde tudo isso se junta. Não só as crianças que tem TEA, mas as outras também, que é um grupo mais heterogêneo, que são os cães terapeutas (Pet terapia) (Gestora B).

Em relação aos adolescentes, apenas os CAPSij Manjerição e Floresta citaram ações desenvolvidas junto a adolescentes com TEA. No CAPSij Manjerição há duas ofertas para adolescentes com TEA, uma delas tem por objetivo exploração do território e fortalecimento da autonomia destes usuários (grupo Conhecer Lugares) e, a outra, trata-se de uma proposta

para a transição após os 18 anos (Tudo a ver), visando buscar novos espaços de cuidado ou de trabalho. O CAPSij Floresta também citou esta ação de articular novos espaços para os usuários autistas que completam 18 anos buscando, sobretudo, a inclusão destes no mercado de trabalho. Os CAPSij Ypê e Pitangueira disseram não ter, atualmente, adolescentes autistas no serviço.

Para os adolescentes tem o ‘Conhecer Lugares’, e tem o grupo ‘Tudo a ver’. O ‘Tudo a ver’ é quando já é mais adolescente, já mais pra idade de sair do CAPS, aí pra ver realmente quais são as possibilidades que tem tudo a ver com ele lá fora. Então a gente tem esses recursos, aí acho que o impacto que a gente tem é a transferência do cuidado pro CAPS adulto que é uma novidade, que nem sempre vão e nem sempre o CAPS recebe... a gente tem até os autistas assim com 19, quase 20 porque não tem pra onde a gente encaminhar... o que a gente mais tenta é que a pessoa não continue num tratamento de complexidade em saúde mental. Que ele possa ir pra uma atenção básica, Centro de Convivência e vida né, e trabalho e vida (Gestora B).

O que a gente tem tentado é pensar como fazer essa transição dos adolescentes com TEA para os adultos, para a saúde dos adultos né, que isso ainda é uma dificuldade. Então a gente tem pensado em mercado de trabalho, em que espaço eles vão dar continuidade ao tratamento, porque a gente sabe que a rede adulta tem uma dificuldade pra dar continuidade ao tratamento em adolescente com TEA, não tem tanto essa especificidade (Gestora C).

Assim, fica clara a pouca oferta de atividades estruturadas para os adolescentes com TEA tais como grupos e oficinas. Cabe frisar que em dois CAPSij estas ofertas são inexistentes. A Etapa 2 deste estudo poderá elucidar melhor quais outras possibilidades de ofertas de cuidado compõem o PTS desses sujeitos.

Ainda sobre as ações oferecidas pelos CAPSij aos autistas e especificidades do cuidado para esta população, percebe-se na fala da gestora A alguns paradoxos que evidenciam a complexidade do cuidado aos usuários com TEA e, também, a complexidade do manejo e organização da pluralidade que é o CAPSij.

Eu acho que cada um que está aqui tem a sua singularidade que precisa ser respeitada. Eu já na verdade não gosto quando a gente recorta, sabe... então todo mundo que tá aqui, tá aqui porque tem algum tipo de sofrimento. E ele

precisa ser acolhido, olhado, respeitado e ele tem que ter uma oferta terapêutica pra aquilo que é específico dele. Então isso não é diferente pros outros, não é uma questão dos meninos com investigação de TEA. Talvez, eu vou te dizer uma coisa, que faz as pessoas se arrepiarem... eu acho que ficam fazendo muita diferença pros meninos com TEA. Eu não acho que isso é bom. É... por exemplo as questões relativas ao barulho, então, têm incomodo pros meninos? Tem um incomodo pros meninos. Eu acho que tem, sim. E a gente precisa cuidar disso, não é a gente expor os meninos a fazer uma coisa louca, violenta, né. Expor os meninos ao volume alto, a um ambiente que super estimule, né. Mas também, eu acho que essa coisa muito clean... muito limpa, muito mesmo... igual sempre... eu acho que isso, talvez não possibilite a experimentação de outras coisas. De outros encontros. Então, a gente aqui, como a gente tem a coisa da ambiência, e os meninos chegam na ambiência, eles têm que se a ver, às vezes, muitas vezes com a música que já está tocando. Com as outras coisas que já estão acontecendo. A gente já fez coisas, como por exemplo, ir pro movimento da luta antimanicomial com crianças autistas, deu tudo certo. A gente correu por lá com eles, porque com eles era o que precisava naquele momento e deu tudo certo. Então dizer "Ah, a gente tem uma sala própria pra isso". Não eu não tenho uma sala própria pra isso. Eu preciso é ter oferta terapêutica que sejam mais condizentes e adequadas. Talvez, pra alguns casos, a gente não seja o melhor serviço. Eu não vou dizer isso, ai... a gente é o melhor pra atender autista. Eu não posso afirmar isso. O que eu posso dizer é que a gente tenta, e a gente procura e a equipe estuda muito a respeito disso pra que a gente possa promover reabilitação psicossocial... Agora é isso, eu não treino criança. Eu não treino criança, aqui não se treina as crianças. Aqui a gente tenta que as crianças se relacionem, né. A gente estimula isso através da brincadeira, do encontro com outro, do encontro com outros tipos de materiais. Com outros tipos de brincadeira que não seja só aquela brincadeira que ele consegue ou que ele já faz, né. Que as vezes é uma brincadeira repetitiva, com mesmo tipo de objeto. (Gestora A).

É possível observar, ainda que de uma forma não tão nítida, certa disputa e divergência em relação a abordagens e referenciais para o cuidado. Tal disputa, parece implicar tanto no que é proposto no próprio serviço, como vemos nas falas “aqui não se faz treino”, “aqui se mistura”, etc. – deixando cada vez mais claro uma inconsistência ou um desconforto entre reconhecer o que o sujeito com TEA precisa e o que o serviço não deve (ou deve) oferecer.

Fica evidente uma disputa de sentido entre o cuidado necessário para o autismo e os pressupostos defendidos pela Atenção Psicossocial. E aqui fica a questão de como os equipamentos pautados no paradigma psicossocial podem colaborar para o cuidado aos sujeitos com TEA.

Faz-se necessário pensar, ainda, sobre a questão do cuidado aos adolescentes e da transferência deste cuidado após o sujeito completar 18 anos. Algumas gestoras mostraram preocupação nesta transição, deixando claro que a rede não tem ofertas para absorver estes casos. Este apontamento dialoga diretamente com os achados de Rosa (2015) em seu estudo que identificou que na idade adulta a maioria dos sujeitos com TEA permanece em instituições educacionais especializadas e residindo na casa dos pais, sem qualquer preparo para a inclusão no mercado de trabalho ou para uma vida fora do eixo familiar (ROSA, 2015). Evidencia-se a necessidade de estudos futuros que busquem compreender quais outros caminhos podem ser trilhados e pensados para esta população e de que forma isso pode ser efetivado.

Entendendo que o cuidado não deve estar restrito ao CAPSij, justamente levando em consideração os apontamentos anteriores, a missão ideológica dos CAPSij e também suas limitações, buscou-se entender sobre a inserção desta população em outros equipamentos do município. As respostas das gestoras indicaram que a maior parte dos usuários autistas não são acompanhados em outros equipamentos do setor saúde e sim estão vinculados aos equipamentos educacionais. Porém a inserção dos usuários em outros equipamentos parece não implicar em parcerias. Algumas parcerias pontuais envolvendo, sobretudo, a educação especializada, são as únicas evidenciadas nas falas. O quadro 08 a seguir traz sobre outros equipamentos de vínculo das crianças e adolescentes com TEA, além de seu vínculo com o CAPSij.

Quadro 08- Demais equipamentos envolvidos no cuidado aos sujeitos com TEA

Questão Norteadora	Equipamentos Citados
Quais outros equipamentos os usuários com TEA que estão no CAPSij também frequentam?	Escolas regulares com o apoio da sala de recursos.
	Escolas especializadas em sujeitos com TEA
	Espaços ambulatoriais para atendimentos pontuais em neurologia, fonoaudiologia, psiquiatria (PUCC, UNICAMP, Policlínica)

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Chama a atenção o fato de a Atenção Básica não ter sido citada neste momento, embora seja ela a grande encaminhadora de usuários com TEA para os CAPSij. Cabe

questionar se, apesar de todo o investimento no Apoio Matricial, a relação com ABS se dá apenas em um fluxo de encaminhamentos uma vez que o cuidado territorial pode e deve se dar em parceria com os equipamentos da ABS.

Além disso, importa refletir sobre a real efetividade destas parcerias e se elas têm conseguido trabalhar conjuntamente para pensar e efetivar o cuidado a esses sujeitos. Para a gestora D, a maioria dos sujeitos com TEA estão apenas no CAPSij e isto vai contra o que é defendido pela inclusão e também pela atenção psicossocial:

Precisava estar ajudando essas outras crianças a entenderem que criança é essa que tem o autismo, fora desse espaço aqui. Fora dessas paredes. Porque aqui tá protegida. Aqui ela fica com igual (Gestora D).

A gestora B também faz este apontamento e reflete sobre a dificuldade, mesmo dentro da saúde, de compartilhar o cuidado destes usuários com serviços especializados.

Eu vejo que quando a criança que tem Transtorno de Espectro Autista está no CAPS parece que outros serviços não abrangem. ‘Ah já tá no CAPS’. Acho que é o que acontece as vezes a gente precisa de mais recursos, né. Por mais que a gente tenha uma equipe multiprofissional grande, com vários tipos de profissionais acho que acontece algumas coisas que... ‘ah, tá no CAPS tá sendo olhado’. Claro, tá sendo olhado; a gente tá fazendo o melhor possível. Mas as vezes a gente não tem uma sala de fonoaudióloga adequada, né. A gente não tem uma sala de recursos adequada. E eu acho que isso era importante, acho que a gente precisaria aumentar nossas interlocuções e parceria com os outros serviços, mas todos têm uma fila gigante (Gestora B).

As escolas especializadas em sujeitos com TEA apareceram na fala de todas as gestoras. São duas instituições no município as quais serão melhores apresentadas na Etapa 2 deste estudo. Elas serão chamadas de “Instituição 1” e “Instituição 2” a fim de garantir o sigilo ético necessário.

Muitas crianças e adolescentes com TEA que estão nos CAPSij estão também em uma destas instituições, a Instituição 1. Sobre isso, a gestora D faz o seguinte apontamento:

Olha... o que eu te falo disso. Existe uma série de questões para aquele espaço, né. Se a gente acha que aquele é o melhor lugar... eu diria que não (...), mas... pensando hoje, as crianças estão completamente excluídas na escola. Elas ficam completamente excluídas (...) se eles não estão na Instituição 1, eles vão estar em casa, porque eles não vão ter esse espaço na escola. E os poucos que estão ainda, estão sofrendo retaliações só por estarem nesse espaço (escola regular). E as mães brigando para que eles continuem (Gestora D).

Fica nítido a existência de poucas parcerias frente a enorme complexidade do autismo. As gestoras parecem entender que é necessário mais parcerias e um lugar para além do CAPSij que possa olhar as especificidades do TEA, porém, na prática, o que foi visto foram poucas articulações e raros compartilhamentos do cuidado.

O que aparenta é que a permanência do sujeito autista no CAPSij exclui a possibilidade de um tratamento especializado, seja ele dentro ou fora do CAPSij. Ao mesmo tempo, a questão do tratamento especializado aparecerá ao longo de todo este estudo, nas Etapas 1 e 2 e nas falas dos diferentes atores que compuseram o estudo (gestores, profissionais e familiares)

A relação com a escola, seja ela regular ou especializada, também se mostra como algo pontual ou inexistente, como já destacado anteriormente. Tais fatos levam a problematização de que as ações em Rede e as construções intersetoriais têm sido um grande desafio para o CAPSij e para os demais equipamentos que compõem esta Rede, não sendo algo exclusivo quando se pensa nos serviços e equipamentos voltados para sujeitos com TEA, porém, acrescidos da dimensão das especificidades que compõem as demandas desta população.

Em relação ao questionamento sobre o cuidado para com as famílias das crianças e adolescentes com TEA, os CAPSij também fizeram importantes apontamentos e mostraram desenvolver algumas estratégias de cuidado. O Quadro 09 traz de forma sistematizada estas ofertas.

Quadro 09 - Ofertas de cuidado para os familiares dos usuários com TEA

Questão Norteadora	Ofertas citadas
Quais são as ofertas de cuidado para as famílias destes usuários com TEA?	Grupos de Família
	Atendimento Individual
	Atendimentos de Referência
	Psicoterapia de Família
	Atendimentos Vinculares

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Assim como insistiram os gestores, importante salientar que estas ofertas não são exclusivas para familiares de crianças e adolescentes autistas. Todos os CAPSij citaram Grupos de Família e Atendimentos de Referência como estratégias principais de cuidado para com todas as famílias dos usuários inseridos no CAPSij. O CAPSij Floresta citou, ainda, um grupo de Psicoterapia de Família; e o CAPSij Ypê citou atendimentos individuais e os Atendimentos Vinculares, melhor explicados na fala abaixo:

Então a gente também faz, em alguns casos, a gente tem os atendimentos vinculares. Que é quando a gente atende a mãe e a criança junto, né. Dependendo o caso que a gente vê essa dificuldade da mãe de se aproximar, do manejo... então a gente faz os atendimentos com a mãe e a criança junto. Isso se chama atendimento vincular (Gestora D).

Este CAPSij demonstrou, ainda, ter diversas ofertas de grupos para os familiares, com diversas opções de horários ao longo da semana, o que parece ampliar as oportunidades de participação:

São os grupos, mas alguns casos a gente também tem que sentar no individual. Olha, segunda feira, por exemplo, tem um grupo às dez horas da manhã. À tarde eu tenho um grupo às duas e às três. Na terça feira de manhã tem um grupo às nove, na quarta feira tem um grupo oito e quinze e uma as

dez pra pegar essas mães que chegam no primeiro horário, dessas crianças aqui... e as outras que vem nesse outro horário, do meio da tarde. Na quarta também tem um grupo às três horas da tarde. Quinta feira de manhã e a tarde. Sexta feira de manhã e atarde (Gestora D).

E o CAPSij Manjerição trouxe diferentes propostas de grupos de família:

A gente tem três modalidades de grupos de família, a gente foi criando isso ao longo da nossa experiência. A gente tem o ‘Colcha de Retalhos’ que é um grupo para as famílias de usuários mais graves, independente do diagnóstico, então várias mães cujos filhos que tem diagnósticos diferentes, se encontram nesse grupo. E é um grupo do fazer: compõem um terapeuta ocupacional, um educador social e uma técnica de enfermagem. A ideia é que a gente possa trazer pra palavra a partir do costurar, do fazer (...) A segunda modalidade de grupo de família é o clássico de grupo de família, grupos de família abertos que as pessoas possam ir e vir. A gente tem um grupo que funciona super bem de sexta-feira de manhã, o grupo é auto gerido, se não tiver profissional ele mesmo se gere (...) Em paralelo, além de tudo isso, é a terceira modalidade que são os grupos de família dos grupos de chegada, que também são a chegada da família, tipo ‘o que essa família tá querendo dizer pra gente’, ‘qual que é a esperança e a expectativa que ela deposita no CAPS (Gestora B).

A partir dos resultados apresentados revela-se a ampla gama de ações e oportunidades que possibilitam a participação dos familiares, fato que merece destaque como potência, na medida em que se tem evidenciado o quanto a atenção a criança/adolescente deve envolver, necessariamente, sua família. Tanto como grupo que pode necessitar de cuidado e, certamente, como agentes ativos do cuidado psicossocial no território e no cotidiano (SARACENO, 2001; TAÑO; MATSUKURA, 2017).

O apontamento da Gestora D sobre ter várias ofertas de grupos de família em diferentes dias e horários pode ser um exemplo a ser difundido nos demais CAPSij, uma vez que a participação dos familiares aos grupos geralmente está atrelada ao momento em que seus filhos estão no CAPSij. Assim, a oferta de diferentes grupos/horários gera maiores oportunidades, na medida em que a participação do familiar também está relacionada a algumas condições dos mesmos como, por exemplo, em relação ao horário em que levam/acompanham os filhos e/ou a existência de atividade em horários alternativos aos compromissos, tais como trabalho, cuidado de outros filhos, entre outros.

Uma outra perspectiva que envolve as famílias e que marcadamente é apontada como relevante, mas ainda pouco explorada, é relativa ao Controle Social. Ou seja, verdadeiramente incluir estas famílias enquanto agentes das ações de cuidado e detentores de saberes que colaboram para com a efetividade do cuidado. Esta dimensão também foi abordada por alguns gestores, no sentido de que as famílias ainda tem pouco envolvimento com os espaços de cogestão e controle social presentes no serviço e, complementarmente, os resultados aqui apresentados como, por exemplo, o não envolvimento das famílias na construção dos PTSs de seus filhos, reforçam esta lacuna.

Esse ano é ano de conferência municipal de saúde, então a gente tem discutido sobre isso. A gente tinha um conselho local que não vingou, e a gente vai retomar— tentativa de retomada na sexta-feira, a gente achou melhor mudar o nome, em vez de conselho local, é conselho de família. Para ver se fica mais atrativo. Então o que eu vejo, do ponto de vista do cuidado do sujeito, as famílias estão implicadas. Mas do ponto de vista de saber o que é saúde pública, de saber o que é controle social, de saber o que é garantia de acesso, de exercício de cidadania. Eu acho que a gente, enquanto serviço público, a gente tem pecado. Só que a gente tem visto isso, a gente tem pecado, mas não é algo que está no nosso ponto cego. A gente já sabe, já está tratando. Então, isso é importante. Mas elas são aplicadas no tratamento dos filhos, daquele grupo em específico. Esse grupo de família que acontece, nossa, elas estão super relacionadas. Elas têm grupo do “whatsapp”, elas trocam ideias. Elas não estão mais ensimesmadas, não estão tão autísticas. Estão conseguindo compartilhar mais. Mas sim, erramos muito enquanto serviço de saúde. Agora a gente está correndo atrás de prejuízo (Gestora B).

A lei 8080/1990 (BRASIL, 1990), lei que concebe e lança as bases para o Sistema Único de Saúde no Brasil apresenta, entre suas diretrizes, a necessária participação da população através do Controle Social, desta forma,

É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (Brasil, 1990, p.5).

Assim, a população usuária dos serviços, e também sua família, deve ser vista e entendida enquanto um dos atores sociais que exerce extrema importância no SUS, cabendo às instituições fornecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (BRASIL, 1990). Tal modelo de saúde se pauta nos princípios da corresponsabilização (PRESOTTO, 2013), possibilitando envolver as famílias na construção ativa e coletiva do cuidado.

Sobre as demandas e expectativas destes familiares, pensando especificamente nos familiares de usuários com TEA, todas as gestoras falaram sobre a angústia com que estes familiares chegam no CAPSij, a busca por alguma resposta e como o CAPSij faz esse papel de acolhimento e compreensão das demandas, como pode-se observar na fala a seguir:

Muitas vezes a chegada dessa mãe, desse familiar aqui no serviço, ela vem acompanhada de uma angústia muito grande porque muitas vezes essas pessoas já bateram em várias portas e todas elas foram meio que se fechando, e muitas vezes se fecharam, inclusive, já dizendo que essa criança já era autista (Gestora A).

Além desta, outras demandas e expectativas também foram citadas pelas gestoras. Elas serão sistematizadas no Quadro 10 apresentado a seguir.

Quadro 10- Demandas e expectativas dos familiares de usuários com TEA

Questão norteadora	Expectativas apontadas
Quais as demandas e expectativas trazidas pelos familiares de usuários com TEA?	Acolhimento e compreensão sobre o que o filho tem.
	Laudo/ diagnóstico
	Atendimentos específicos (fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia)
	Atendimentos mais intensivos, um local para o usuário ficar por mais tempo
	Aquisição de habilidades/ melhora

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Na Etapa 2 deste estudo serão apontadas as expectativas e demandas que os próprios familiares apresentaram em relação ao CAPSij.

Compreende-se que a demanda familiar por intervenções especializadas é também legítima, ainda que se reconheça que o cuidado nos CAPSij responde aos pressupostos da atenção psicossocial. A demanda faz diálogo íntimo com a complexidade do próprio TEA e precisa ser ouvida, acolhida e trabalhada. É preciso achar pontos de diálogo, parcerias intra e intersetoriais que respondam a tais demandas, colocando o CAPSij enquanto presença viva (COUTO; DELGADO, 2010) que busca articular esta rede.

As gestoras também pontuaram que muitas famílias já chegam no CAPSij com um laudo e um diagnóstico, em busca de um tratamento para aquele diagnóstico. Outras buscam no próprio CAPSij um diagnóstico que nomeie a razão pela qual a criança é diferente das demais. Muitas vezes é a busca de uma resposta, mas também muitas vezes é a busca por garantias de direitos, como veremos nas falas a seguir:

Crianças que passaram numa consulta médica que durou cinco minutos e saiu com um diagnóstico de TEA. E a gente está com ela há meses, e não consegue ter certeza, mas ela passou em um profissional e ele, em cinco minutos, bateu um carimbo e aí você vai tentar desconstruir isso, também é complicado. Porque também tem o outro lado da moeda que são os ganhos. Tem um ganho. O ganho que você pode ter financeiro, de alguns benefícios, direitos que a doença te daria. Infelizmente se ela não se encaixa nesses diagnósticos, mas tem outras questões tão importantes quanto e precisariam também de um cuidado e de um benefício, de um direito...Elas não vão ter (Gestora D).

É muito forte essa pressão. Das escolas, de outros serviços. Eles cobram demais e a mãe vai lá e fala assim, 'olha ele ainda está em avaliação, a equipe falou que ainda não é momento de fechar diagnóstico nenhum, né'...Eles não aceitam. E as vezes ligam aqui. Os professores ligam brigando que querem, é pra ontem. Tem a questão também do próprio cuidador, pra você conseguir um cuidador. Precisa ter o tal do diagnóstico na educação (Gestora D).

Aqui, nas falas de todas as gestoras, a questão do diagnóstico parece ganhar o lugar de um verdadeiro incômodo, sobretudo pelo modo como estes usuários recebem o diagnóstico. As gestoras apontaram, inclusive, o papel do CAPSij de muitas vezes contestar e desconstruir o diagnóstico dado.

O acesso é dificultado pra quem não tem diagnóstico. Então é a gente tem que rotular pra garantir que o sujeito tenha. Eu acho que é uma inversão, né. Eu acho que esse é um desafio. Como é que a gente inverte isso, como que a garantia de direito de acesso é pra todos independente dos rótulos que a gente vai ter ao longo da vida (Gestora B)

A questão do diagnóstico e suas implicações mostrou-se constante ao longo deste estudo, aparecendo nas duas etapas e nas falas das gestoras, profissionais e familiares. Embora esta questão seja pertinente a todos os usuários dos CAPSij e da saúde mental em geral, levando em consideração o paradigma psicossocial, fica evidente o impasse entre as questões de medicalização da vida, predominantes na infância e a perspectiva das famílias que necessitam de um diagnóstico para acessar direitos.

Importa refletir que, diferentemente de diagnósticos como Esquizofrenia ou Transtorno de Conduta, o diagnóstico de TEA, embora também seja um rótulo, tem possibilitado acesso a direitos e tratamentos que impactam diretamente no curso e no prognóstico do sujeito. Isso tudo devido às atuais legislações que garantem, sobretudo a Lei 12764 (BRASIL, 2012) que, colocando o TEA enquanto uma deficiência, possibilitou a inclusão dos sujeitos com TEA nas Políticas para Pessoas com Deficiência.

A questão do diagnóstico e dos processos de medicalização da vida serão melhores aprofundadas na Etapa 2 deste estudo.

Além desta questão do diagnóstico, outros desafios também foram apontados pelas gestoras quando se pensa no cuidado aos usuários com TEA. Tais desafios já apareceram nesta etapa do estudo, sobretudo a questão da intersetorialidade, do cuidado aos adolescentes e a busca pelo laudo/diagnóstico, mostrando ser desafios amplos que englobam todos os sujeitos nos CAPSij e não apenas os usuários com TEA.

O Quadro 11 mostra de forma mais sistematizada o conjunto destes desafios.

Quadro 11 - Desafios apontados no cuidado para com os usuários com TEA

Questão Norteadora	Desafios citados
Quais os desafios percebidos no cuidado aos usuários com TEA no CAPSij?	A questão do diagnóstico possibilitando o acesso a direitos versus a busca pela superação dos rótulos
	Necessidade de empoderar as famílias
	Falta de recursos (materiais, transporte, mais funcionários)
	Usuários na adolescência
	Ausência de outros serviços para compartilhar o cuidado, incluindo serviços especializados
	Cuidado para além das paredes do CAPSij
	Diversidade dos sujeitos que estão no CAPSij

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

A seguir, alguns trechos para ilustrar estes apontamentos:

Empoderar essas mães (...) elas trazem essas questões, né. Da dificuldade, da exceção que as crianças encontram em todos os lugares. Então estou tentando trazer essas mães... esses dias quando ela me ligou e falou assim: ‘vamos fazer uma coisa? Me ajuda a puxar pra uma próxima assembleia’, algumas pessoas então que sejam representantes da educação municipal, estadual, né. Pessoas da educação especial que a gente possa sentar junto com as mães e que elas possam falar pra eles, o que elas vivem. O que essas crianças tem passado. Como é que eles podem ajudar a gente a mudar isso? Que eu acho que faz diferença quando eles vão ouvir as próprias mães (...) a gente dar voz pra essas mães num outro espaço, né. Que elas possam chegar com essas demandas pra quem precisa ouvir, pra outro lugar (Gestora D).

Percebe-se que o CAPSij possui um compromisso ético e político de incluir a família no cuidado, ofertar escuta, considerar saberes e pressupostos da família. Esta postura vem respaldada pelos princípios da Atenção Psicossocial e se mostra enquanto exclusividade dos CAPSij que possuem este referencial de perceber a família enquanto um recurso para os processos de cuidado em SMIIJ.

Assim, embora tenha sido citado enquanto desafio, este estudo considera que o CAPSij consegue verdadeiramente prestar um cuidado a estas famílias e, também, inclui-las

enquanto agentes de cuidado para com seus filhos. A Etapa 2 deste estudo trará maiores elementos para esta discussão.

Outro ponto trazido pelas gestoras foi em relação à necessidade de maiores parcerias intra e intersetoriais que construam com o CAPSij o cuidado efetivo e implicado para com os usuários na proposta da Clínica Ampliada e do trabalho intersetorial, como visto anteriormente.

A gente se sente limitado. Com alguns recursos que gente gostaria de ter e que não tem. E que não tem muito como a gente ter visto que está com essa missão, entendeu. Então pra mim o bacana seria que na verdade tivessem os CAPS mais ou menos desse jeito que a gente está fazendo, mas também tivessem algumas outras ofertas públicas porque pra alguns outros casos, eu acho que as pessoas precisam também de algumas outras coisas diferentes que a gente oferta (...) eu tenho uma limitação grande daquilo que eu vou conseguir fazer, né. E não tenho que fazer tudo. Eu não tenho que fazer tudo. Eu tenho que fazer a parte que cabe à gente. Mas essas crianças precisam ter outras ofertas na cidade. Então, por exemplo, pra algumas crianças precisariam ter algumas coisas muito específicas de fonoaudiologia que eu não tenho aqui (Gestora A).

Como apontam Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010), “nenhuma unidade ou serviço de saúde tem, por si só, a capacidade de responder a toda a gama de demandas e/ou necessidades de saúde da população” (p. 154). Assim, como bem colocado pelas gestoras, fica o grande desafio de se estabelecerem redes intersetoriais que trabalhem de forma cooperada e corresponsável para a construção de um cuidado integral para o sujeito e sua família.

Outro desafio apontado pelas gestoras foi em relação ao cuidado para com os adolescentes, desafio este que se mostra presente não apenas na esfera da SMIJ como já pontuado.

Os adolescentes, sim. Eu acho que o desafio seria pensar em como é, a rede quando a de adultos, né. Adolescentes e adultos. Como... o que a gente poderia oferecer, né. Como é que a gente poderia fazer algumas atividades mais específicas pra essa população ficar um pouco mais interessada e também pra gente conseguir desenvolver aspectos que não foram desenvolvidos né durante a questão da infância que ainda precisam de algum tipo de estímulo de algum tratamento (Gestora C).

E também a dificuldade relacionada à escassez de recursos e materiais que se por um lado convoca a equipe para invenções e saídas criativas, por outro lado deve urgentemente escancarar o processo de sucateamento da saúde pública e precarização dos serviços.

A gente poderia ofertar mais se a gente tivesse mais recursos, né. Então acho que não só recursos, os materiais né, de brinquedos e instrumentos pros profissionais trabalharem né, de neuroestimulação e neurossensorial eu acho que tem alguns profissionais que ainda poderiam ser melhor aproveitados, né. Acho que se a gente tivesse mais profissionais também acho que isso poderia melhorar. Se a gente tivesse talvez transporte (Gestora C).

Acho que tem a questão do próprio sucateamento da saúde pública. Porque daí, a policlínica fica com um agendamento ridículo, né. Tem mil pessoas por dia. As médicas atendem a toque de caixa. Mal conseguem fazer discussões... não adianta você encaminhar um sujeito que tem uma dificuldade. Você precisa discutir esse caso, né. Discutir o caso faz uma garantia de acesso do sujeito. As próprias unidades básicas de saúde, a gente está lá todo mês. Aí encaminham pra gente sem discutir (Gestora B).

Já em relação às potências, as gestoras apontaram:

Quadro 12 - Potências percebidas em relação ao cuidado dos usuários com TEA nos CAPSij

Questão norteadora	Potências apontadas
Quais as potências percebidas no cuidado aos usuários com TEA no CAPSij	Equipe interdisciplinar
	Pluralidade dos sujeitos no CAPSij
	Serviço de base territorial
	Desmedicalização
	Desconstrução do diagnóstico

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

O CAPS tem essa potência de fazer diagnóstico e de desconstruir diagnósticos (Gestora B).

A maior potência é a mistura. Talvez seja a maior dificuldade, é o maior desafio vou chamar assim. É o maior desafio é você cuidar no mesmo espaço, é o maior desafio e é a maior potência (Gestora A).

A potência está na possibilidade de encontro com pessoas de outras idades, então por exemplo, as vezes... o encontro dos adolescentes com as crianças,

isso pra mim é uma das coisas mais bonitas que tem aqui dentro. E as vezes é adolescente que tá na circulação de rua, e uso de droga. Eles tratam essas crianças autistas de um jeito muito bonito. Muito respeitoso. Muito cuidadoso (Gestora A).

A potência que eu acho é que a gente tem muitos núcleos trabalhando. Ela não está centralizada só num núcleo ou outro... ter essa diversidade na equipe implicada com autismo, acho que é bastante interessante. Pra não ficar centrada. Eu acho que isso é uma das coisas mais ricas (Gestora D).

Assim, pode-se perceber que as gestoras focalizaram as potencias da equipe multiprofissional realizando um trabalho interdisciplinar, bem como a potência dos encontros entre pessoas de diferentes idades, com diferentes histórias e diversas subjetividades, possibilitando trocas e construções ricas em afeto e cuidado.

Para além disso, percebe-se a força política dos CAPSij no sentido de sustentar o cuidado que acreditam, baseado na Atenção Psicossocial, pautado na percepção do sujeito em sua subjetividade, colocando a doença entre parênteses; garantia de um serviço e práticas que vão ao encontro do território, as potencias e necessidades que ali existem. E, para além do apontado pelas gestoras, percebe-se enquanto potência o cuidado que envolve as famílias, as práticas que buscam fomentar a cidadania e as ações de Controle Social, bem como as articulações intra e intersetoriais, destacando-se o Apoio Matricial.

Fica evidente que as ações de Apoio Matricial que corroboram para a efetivação e fortalecimento do fluxo via ABS, garantem espaços de diálogo horizontalizado e possibilitam a construção da Rede de cuidados. Salienta-se que o Apoio Matricial pode atuar junto com as equipes de ABS buscando, inclusive, elaborar estratégias para a identificação precoce de sinais do TEA ou de outros quadros de atraso no desenvolvimento e/ou transtorno psíquico, sendo uma ferramenta chave que possibilita o cuidado integral no território.

5.2. ETAPA 2

A Etapa 2 que compõe este estudo objetivou conhecer e compreender, de forma mais aprofundada, o cotidiano de um CAPSij – CAPSij Pitangueira, no que se refere ao cuidado ofertado para crianças e adolescentes com TEA, suas potências e desafios.

Os resultados aqui apresentados são fruto da análise das entrevistas de profissionais e familiares, bem como das rodas de conversa, conversas individuais, visitas a instituições, exploração do território e da observação participante realizadas no campo de inserção e registradas no Diário de Campo durante o período da Etnografia.

Para garantir o sigilo ético necessário, os profissionais participantes serão identificados com a letra maiúscula “P” seguida de um número para diferenciar um profissional do outro, o mesmo será feito com os familiares, identificados pela letra maiúscula “F”. As crianças e os adolescentes que forem citados serão identificados apenas pela primeira inicial de seus nomes.

Os resultados serão apresentados, a seguir, a partir de três Eixos Temáticos, interligados entre si, a saber: Eixo 1 - Aspectos Políticos, relacionais e organizacionais do CAPSij Pitangueira; Eixo 2 - Crianças e Adolescentes com TEA enquanto usuários do CAPSij; e Eixo 3 – Ações e articulações externas: CAPSij extramuros.

Antes de iniciar a apresentação de cada eixo faz-se necessário apresentar de forma breve o território no qual o CAPSij Pitangueira está inserido. Vale salientar que o CAPSij Pitangueira é um CAPSij tipo II, ou seja, funciona de segunda a sexta-feira das 08 às 18h e está situado em um território bastante vulnerável do município de Campinas, para o qual é referência, com uma população de aproximadamente 230 mil habitantes.

No momento da inserção etnográfica, o bairro no qual o CAPSij localiza-se estava passando por diversas obras nas principais vias de acesso daquele local para com o restante da cidade. O trânsito mostrava-se bastante caótico, os ônibus atrasavam para passar e todo deslocamento naquela região estava comprometido. Isso afetava diretamente o acesso ao serviço. Muitos usuários chegavam atrasados ou não conseguiam chegar. Além disso, o transporte do CAPSij, responsável por ir buscar alguns usuários, demorava mais tempo do que o normal nos trajetos, inviabilizando muitas ações.

Durante as idas e vindas junto a este transporte foi possível conhecer mais o território, suas dimensões e também os aspectos culturais e socioeconômicos daquele local. O veículo, uma kombi velha e que em muitos momentos quebrava pelo caminho, era conduzido por um motorista, P16, e estava disponível para o CAPSij em três momentos da semana:

terça-feira à tarde, sexta pela manhã e sexta à tarde. Este veículo buscava e levava alguns usuários que não tinham possibilidades de vir ao CAPSij por meios próprios. O trecho a seguir ilustra uma dessas idas ao território junto com P16:

Acompanho P16 para buscar duas crianças. Uma delas é K., um garotinho autista que tem 10 anos. Sua mãe está trabalhando e para que K. continue indo ao CAPS, a equipe o inseriu no transporte. A casa de K. é grande e localizada em uma rua asfaltada. Logo que chegamos, P16 toca a buzina. Desço da perua e ouço alguém gritar: já vai. Provavelmente é a avó de K., que fica com ele quando ele não está na escola. Rapidamente K. aparece no portão, com um sorriso enorme no rosto. A avó vem e abre o portão. Imediatamente K. entra na perua, sentando-se no último banco – seria esse o seu lugar favorito? Seguimos, adentrando agora em um bairro que parece mais carente, com casinhas menores, muitas em tijolo ainda. Algumas crianças brincam na rua, algumas pessoas estão sentadas nas calçadas, sobretudo homens. P16 sabe muito bem o caminho e vai contornando vielas, entrando em ruas sem nomes, ruas sem asfalto. Chega em uma casa mais simples, bem menor que a de K. T. já está esperando atrás do portão. Também sorri muito ao ver a perua. Entra e rapidamente se senta no mesmo banco que eu, mas na janela. O caminho todo T. vai olhando pela janela, não interage comigo ou com P16, fica o caminho todo olhando pela janela, sorrindo (Trecho do Diário de Campo de 15/03/2019)

Os trechos a seguir, retirados do Diário de Campo, também ilustram bem o território:

Chego aos CAPSij e percebo uma longa fila de carros, ônibus, caminhões na avenida que passa na frente do equipamento. Reflexos das obras que estão ocorrendo naquela região. Esta avenida, que agora mostra-se congestionada, é bastante movimentada e apresenta um intenso fluxo de veículos ao longo do dia. Se por um lado isso facilita o acesso ao CAPSij, que inclusive está rodeado por vários pontos de ônibus, por outro lado acaba apresentando perigo para as pessoas que vem até o serviço. Não há faixa de pedestre na frente do CAPSij e tampouco qualquer placa que sinalize para a diminuição da velocidade. Não há lombadas e os semáforos ficam um quarteirão antes do CAPSij e um quarteirão depois (Trecho do Diário de Campo de 30/01/2019).

De dentro da perua percebo que o bairro ao redor do CAPSij possui uma melhor infraestrutura. O asfalto está bom, sem buracos. As casas são grandes, muitos sobrados bem pintados, com portões bonitos. A própria casa onde o CAPSij está instalado é uma casa ampla, arejada, com armários embutidos. Quando vamos entrando para o território, indo para o “fundão” como muitos dizem, é possível ver que as ruas apresentam mais buracos, há muitas ruas ainda de terra. As casas menores são, em sua grande maioria, ainda sem reboque e sem pintura e se aglomeram umas em cima das outras. Há muitos

comércios na região, desde grande mercados e redes de lojas, até os pequenos comércios que vendem comida, verduras, muitos brechós, muitas oficinas mecânicas e borracharias. Há farmácias e lojas de carros, um “Mc Donalds” cercado de ruas e casas muito simples, em uma mistura estética de um território que traz elementos do novo e limpo, que se deparam a todo momento com a vulnerabilidade da região (Trecho do Diário de Campo de 15/03/2019).

Ao longo da inserção etnográfica foi possível mapear junto à equipe e nas idas ao território alguns espaços possíveis para o lazer. Há, próximo ao CAPSij, um parque que contém algumas quadras, academia de idosos, um gramado e alguns brinquedos como gangorra e balanço. Este parque é de fácil acesso, inclusive a pé. Pela manhã é possível observar muitas pessoas indo ali para fazer caminhada e a equipe explicou que um dos Centros de Saúde realiza ali algumas práticas de atividades físicas para a população.

Além deste, há outro parque, um pouco mais distante, mas, ainda assim, dentro do território no qual também, é possível fazer passeios e atividades. Há, ainda, uma piscina comunitária que é utilizada pelos usuários em alguns momentos.

Por fim, há no território um Centro de Convivência e também uma Casa de Cultura. No momento da observação participante o CAPSij não participou de atividades nestes espaços e eles tampouco apareceram nas discussões da equipe. Foi possível observar a existência destes espaços nos momentos de levar e buscar os usuários com o transporte do serviço

Dada esta breve contextualização sobre o território no qual se insere o CAPSij Pitangueira, a seguir serão apresentados os três eixos temáticos diante dos quais se desenharão as reflexões e a discussão deste trabalho.

5.2.1. Eixo 1 – Aspectos políticos, relacionais e organizacionais do CAPSij Pitangueira

Este eixo objetiva apresentar o CAPSij Pitangueira, local onde foi realizada a inserção etnográfica. Abordará aspectos da macropolítica que engloba o serviço e interfere diretamente em seu funcionamento, bem como as micropolíticas e relações internas inerentes a este CAPSij no momento em que se deu a inserção da pesquisadora no local. O Eixo será dividido em dois sub eixos a saber: A - Contextos Macro e Micropolítico; e B - Organização do Serviço e Processos de Trabalho.

5.2.1.1. Contextos Macro e Micropolítico

Como afirmam Deleuze e Guatarri⁹ (1996 apud FERREIRA NETO, 2015), “tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (p. 401), ou seja, ambas as dimensões são inseparáveis, estando permanentemente entrelaçadas. Ferreira Neto (2015), ao analisar a obra “Mil Platôs” de Deleuze e Guatarri, busca se debruçar especificamente sobre o conceito de micropolítica. O autor, apoiado pelas teorias de Deleuze e Guatarri, supera a ideia de polaridade entre um conceito e outro e focaliza a relação de complementariedade entre eles salientando que, a todo o tempo, não somente a macropolítica interfere na micropolítica, mas também essa realiza interferências naquela (FERREIRA NETO, 2015).

A construção das políticas sociais no Brasil nos anos 1980 demandou uma contínua costura na articulação desses dois níveis da política. Esses entrelaçamentos ocorreram desde a formação dessa agenda política por meio dos movimentos sociais, de massas, de espectro micropolítico, passando pelas negociações e pressões no contexto da Assembleia Nacional Constituinte, até sua formalização no texto macropolítico da Constituição de 1988 e sua regulamentação na forma de lei (FERREIRA NETO, 2015, p. 403).

Pensando-se, especificamente na micropolítica, a mesma é entendida enquanto possibilidade para o devir e para as chamadas linhas de fuga, criando espaços para a invenção, a criação, pautadas em crenças e desejos (FERREIRA NETO, 2015). Neste sentido, a micropolítica “é entendida enquanto plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação” (FEUERWERKER, 2014, p.37).

Feuerwerker (2014) salienta, assim como FERREIRA NETO (2015), também com os referenciais de Deleuze e Guatarri, a complementariedade entre macro e micropolítica entendendo, inclusive, que dentro de um serviço existem relações macro e micropolíticas que dialogam (ou não) com a macropolítica de Estado, por exemplo. Apontando isso, a autora traz a ideia de corresponsabilização e de que todos – gestores, profissionais, usuários – são responsáveis pela construção e efetivação das políticas públicas (FEUERWERKER, 2014).

⁹Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 3). Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34.

Todos fabricam política em seu cotidiano de trabalho(...). Não há os que formulam e os que implementam políticas. Todos os que implementam também formulam e modificam a política no cotidiano de suas práticas (FEUERWERKER, 2014, p.68).

Uma vez introduzida, brevemente, a reflexão sobre os conceitos de macro e micropolítica, cabe, agora, apresentar de forma mais específica o CAPSij Pitangueira, local no qual ocorreu a inserção etnográfica e onde os movimentos macro e micropolíticos estiveram presentes e foram também objeto ao longo desta inserção. O CAPSij Pitangueira tem 10 anos de funcionamento. Trata-se de um equipamento administrado de forma indireta pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

Nestes cinco meses de inserção etnográfica, verificou-se o CAPSij Pitangueira passar por difíceis e intensas transformações. Em aspectos macropolíticos, faz-se necessário retomar ações à nível Federal, Estadual e Municipal as quais se relacionam intimamente com a Política Nacional de Saúde Mental e com o funcionamento dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, dentre estes serviços, o CAPSij.

Em dezembro de 2016 foi promulgada, após passar por votação na Câmara dos Deputados e no Senado, a Emenda Constitucional 95 (EC 95) – Teto dos Gastos Públicos. Tal emenda, proposta pelo poder executivo representado pelo então presidente Michel Temer, limita por 20 anos os gastos públicos no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, ou seja, previdência social, assistência social e saúde pública (BRASIL, 2016). Revelando sobre o impacto da emenda, em agosto de 2018 foi lançado no Senado o documento “Austeridade e Retrocesso – Impactos da Política Fiscal no Brasil”, apontando a situação atual do país em diversas áreas e o impacto da EC 95. Em se tratando da saúde, o documento aponta, sobretudo, a questão do aumento da mortalidade infantil relacionado diretamente com a escassez de saneamento básico, diminuição na oferta de vacinas e atendimentos na Atenção Básica (ABS). O desinvestimento nas ações de promoção de saúde e proteção de agravos realizados na ABS incide diretamente na situação de saúde da população (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018).

Em dezembro de 2017 o então atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, também representante do governo de Michel Temer, promulgou a portaria 3588/2017 a qual prevê incisivas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e na Rede de Atenção Psicossocial. Entre as mudanças, um maior financiamento para leitos psiquiátricos e a criação do CAPS AD IV voltado para regiões com uso intensivo de crack, com composição predominante médica

de sua equipe (BRASIL, 2017a). Esta portaria foi vista pelos militantes e defensores da Reforma Psiquiátrica como um grande retrocesso que caminha na contramão da política antimanicomial e da abordagem psicossocial.

Já em 2019, mais especificamente no dia 04 de fevereiro, foi lançada a Nota Técnica 11/2019 intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Esta Nota Técnica veio somar com a portaria 3588/2017 impondo radicais mudanças na Política Nacional de Saúde Mental com o aumento do e Comunidades Terapêuticas, pautando boa parte das estratégias de cuidado na lógica da internação. Em relação às crianças e adolescentes, a Nota Técnica sustenta, por exemplo, o tratamento em conjunto de crianças, adolescentes e adultos em uso de Substâncias Psicoativas (SPA) nos CAPS AD IV; e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em enfermarias de adultos e, também, em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019).

Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes (BRASIL, 2019, p. 24).

A respeito desta Nota Técnica, diversos órgãos se pronunciaram de forma contrária, tais como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, entendendo a Nota Técnica como um gigantesco retrocesso no que se entende pelos princípios de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-BA, 2019; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019).

Após uma enxurrada de críticas e inúmeras manifestações contra a Nota Técnica, a mesma foi retirada do ar sem maiores esclarecimentos deixando, contudo, muita insegurança e incertezas no campo da Saúde Mental Brasileira (LIMA,R., 2019).

Toda esta conjuntura macropolítica afeta diretamente o cotidiano dos serviços, como uma cascata de ações que dificultam o trabalho diário e desmobilizam não apenas financeiramente, mas também ideologicamente os trabalhadores da Saúde Mental.

O trecho a seguir retirado do Diário de Campo mostra indícios deste rebatimento advindo da macropolítica. Neste momento, logo na primeira semana do ano, já era possível evidenciar apreensão por algo que ainda não havia se concretizado e que só tomaria corpo com a publicação da Nota Técnica, algumas semanas mais tarde.

Aos poucos outras pessoas foram falando, falaram sobre o difícil ano de 2018 e como 2019 também não seria um ano fácil... falaram dos cortes, dos retrocessos nas políticas públicas, na manutenção do CAPSij sem saber até quando isso acontecerá. Alguns falaram sobre o trabalho em equipe, sobre a sustentação de um cuidado ético e de como isso só é possível em equipe (Trecho do Diário de Campo do dia 08/01/2019).

Após alguns meses de inserção no campo, já com a publicação da Nota Técnica e com as demais ações conservadoras tomadas pelo Governo Federal, era perceptível que a apreensão havia se tornado algo real e palpável. É o que se pode observar no trecho a seguir, retirado da entrevista de um dos profissionais do CAPSij:

Também está um problema pra mim nos CAPS que é pensar na questão do financiamento, da capacitação das equipes, acho que a gente precisa olhar pra essas coisas, acho que tem um problema enorme que é desconsiderar o financiamento do SUS e todo o esvaziamento da questão da reforma psiquiátrica a partir de políticas mais conservadoras (Trecho da Entrevista de P2 em 20/05/2019).

Para além destas questões a nível nacional, havia também muitos problemas a nível unicipal que já há algum tempo interferiam no funcionamento do CAPSij. Como já mencionado anteriormente, o CAPSij Pitangueira é administrado de forma indireta por uma instituição que possui um contrato de cogestão com a Prefeitura Municipal. Nos últimos anos, a relação entre esta instituição e a prefeitura reconfigurou-se ao que hoje se pode chamar como uma relação de contratação e prestação de serviço. Em 2016 a instituição que gerencia o CAPSij Pitangueira sentiu necessidade de adequar questões financeiras e processos de trabalho a fim de continuar recebendo o financiamento da prefeitura, assim lançou um projeto que previa corte de gastos e reorganização de alguns pontos da instituição.

A proposta ocasionou uma greve dos trabalhadores da instituição, apesar disso, alguns cortes foram mantidos, tais como a redução do número de marmitas nos CAPS em geral, o fim do adicional noturno para trabalhadores dos CAPS tipo III, além de algumas

demissões e acordos de rescisão de contrato. No CAPSij Pitangueira ocorreram duas demissões devido a este motivo e tais demissões tiveram impacto direto no atual momento em que a equipe se encontrava.

A política de saúde mental aqui no município, nos últimos 2 anos passou por mudanças grandes, e acho que isso foi marcando a nossa instituição (...) a história dos CAPS e da rede substitutiva nessa cidade, da RAPS... Tem uma construção de uma linha histórica e municipal onde se cruzam os dados sobre essa micropolítica quantitativa do CAPS sabe? Tem uma baixa de usuários no mês de janeiro depois de 6 meses antes terem tido 2 demissões sem reposição, pra mim parece bastante importante, eu acho central que a gente, inclusive, perceba a desassistência, eu já falei isso, porque se a gente não olhar pra desassistência que o processo de desmobilização gerou, pode parecer que a gente não gerou desassistência (...) (Trecho da Entrevista de P2 em 20/05/2019).

Assim, as situações ilustradas acima indicam o rebatimento de ações e decisões macropolíticas influenciando diretamente no contexto e funcionamento do serviço. Como viu-se anteriormente, as ações macropolíticas sempre se relacionam com ações micropolíticas e, em alguns momentos, essas acabam por arranjar meios criativos para superar aquelas, configurando-se assim enquanto possibilidade dinâmica com alto poder inventivo (FRANCO, 2006). A seguir, faz-se uma abordagem do CAPSij Pitangueira também na dimensão micropolítica, levando em consideração, dentre outras, as relações de poder presentes dentro deste microssistema.

Logo no início da inserção etnográfica foi possível perceber que a equipe do CAPSij passava por um momento crítico e desafiador. Notava-se uma equipe bastante polarizada e cindida. Era possível identificar esta cisão nas rodas de conversa, nos manejos para com os usuários, nas reuniões de equipe.

P5 pontua como ela sentia a equipe dividida e de como cada pessoa a orientava de um jeito e que, dependendo do manejo que ela escolhia, algumas pessoas da equipe simpatizavam com ela e outras a excluía. Isso se deu logo no primeiro mês de trabalho de P5 no CAPSij e ela foi contando como se sentia insegura e perdida (Trecho do Diário de Campo de 21/05/2019).

Perpassada por significados antigos, esta polarização parecia ancorar-se também numa disputa de qual manejo era o correto, qual prática era mais adequada, em um jogo de forças. Neste campo conflituoso os profissionais não conseguiam olhar para os pontos em que concordavam, para as crenças e desejos que lhes eram comuns. Assim, tampouco conseguiam achar linhas de fuga possíveis para lidar com os conflitos micropolíticos somados à avalanche de retrocessos e ameaças a nível macropolítico.

Assim, o CAPSij Pitangueira encontrava-se em um momento de bastante esvaziamento. Os grupos ainda não haviam recomeçado, muitas pessoas faltavam dos atendimentos individuais. A maior parte do tempo o CAPSij encontrava-se totalmente sem usuários, em um completo silêncio. Alguns membros da equipe entendiam que isso era reflexo do momento atual da equipe e desta cisão tão evidente.

Os grupos ainda não haviam recomeçado pois a equipe estava com dificuldades de se organizar para isso. Todos pareciam presos em um carrossel que, girando sem parar, não possibilitava a criação de novas propostas, novas histórias, novos cotidianos.

Este foi um período marcado também por uma grande mudança de funcionários na equipe. Além das duas demissões ocorridas no ano anterior (2018), no mês de janeiro quatro funcionários anunciaram que sairiam do CAPSij. Ao longo da inserção etnográfica outros profissionais da equipe também foram saindo do serviço e a equipe passou por uma completa reestruturação. Ao todo, nove profissionais saíram do serviço neste período e foram repostos por novos profissionais. Importante salientar que, ao contrário das demissões ocorridas em 2018 a partir do processo de reorganização financeira da instituição, estes pedidos de demissão ocorridos em 2019 não estiveram relacionados a cortes de gastos, porém este movimento somou-se à instabilidade já vivenciada no equipamento.

Os trechos a seguir ilustram este momento da equipe, a mudança de muitos profissionais e a organização do serviço naquele momento:

Com as novas saídas muitas coisas precisarão ser revistas: times de ambiência, coordenadores de grupos... A manhã toda se desdobra na discussão dos grupos que ainda não recomeçaram. Durante todo momento o que aparece na discussão é um ciclo aparentemente sem solução: o grupo X tem coordenador “fulano”, mas “fulano” irá sair em breve, mas ainda não sabemos quem vem para o lugar de “fulano”, logo como começar o grupo X? Essa discussão mostra-se uma constante na discussão de todas as ofertas de grupo. (Trecho do Diário de Campo de 22/01/2019).

P6 e P7 fazem as contas: seis pessoas saíram do serviço em apenas um mês, o que para eles é um indicativo de que algo não vai nada bem ali. P6 diz que algumas pessoas insistem em viver de lembranças de algo que já foi e que não é mais e ambos concordam que a equipe não consegue assumir que o CAPS não está bem. P7 desenha na lousa da sala de equipe um elefante branco, pontuando que todo este momento do CAPS é um gigantesco elefante branco que ninguém consegue falar sobre. (Trecho do Diário de Campo de 04/02/2019).

Ainda que este clima fosse evidente, um verdadeiro “elefante branco” como não cansava de pontuar P7, a equipe não conversava sobre isso nos espaços comuns de cuidado, como a reunião de equipe, por exemplo. Era possível observar pequenas conversas nos corredores ou na sala de equipe, mas que rapidamente se perdiam no ar, sobretudo quando algum membro da equipe que não fazia parte daquele grupo chegava. Esta questão tampouco apareceu nos momentos de Supervisão clínica-institucional, momentos mensais ocorridos na reunião de equipe nos quais uma supervisora externa vinha ao CAPSij para ajudar a equipe a pensar sobre casos e organizações de trabalho.

Foi possível acompanhar duas supervisões e em ambas a equipe optou por supervisionar casos clínicos. Em nenhum momento apareceu a questão das saídas de profissionais ou da cisão da equipe.

O assunto aparecia nos silêncios e muitas vezes era denunciado pelos usuários que comunicavam, embora nem sempre com palavras, aquilo que a equipe não conseguia dizer. É o que mostra o trecho a seguir, retirado do Diário de Campo:

Comparecem para os atendimentos dois adolescentes e com ambos é conversado sobre a saída de P8 e de P9. Os meninos demonstram bastante raiva, um deles bate a porta que dá acesso à cozinha e em seguida joga seu chinelo. Este mesmo menino diz que P9 foi embora sem se despedir, enquanto que o outro verbaliza mais baixo “a P8 não podia ir embora”. (Trecho do Diário de Campo de 05/02/2019).

Foram semanas de muita turbulência, silêncios excruciantes e momentos de muita angústia para a equipe e para os usuários que ali estavam. Alguns familiares conseguiram pontuar dificuldades que perceberam neste momento em que o CAPSij estava em uma fase de maior desorganização, como se pode perceber nos trechos a seguir:

Meu filho estava numa fase que é de troca de escola. Ele saiu da creche que era um ambiente seguro, onde ele conhecia todo mundo e foi pra um ambiente totalmente diferente... É um colégio, é maior, pessoas totalmente diferentes, o número de pessoas que convivem com ele é maior... Então pra gente foi um pouco difícil essa adaptação e aí como o CAPS não estava tendo grupo por causa dessas mudanças eu acho que se tivesse, poderia ter ajudado mais essa fase assim de mudança sabe? Então acabou ficando bagunçado. (Trecho da Entrevista de F3, em 20/05/2019).

(...)em um momento vejo F8 cheia de lagrimas nos olhos dizendo o quanto sente falta da P10 e como olhar para o Ateliê (local onde acontecia o Grupo de Mulheres) a deixa cheia de tristeza e saudade. Tento acolher sua angustia, mas rapidamente ela enxuga as lagrimas e muda de assunto (...)penso em como são fortes esses vínculos construídos com os usuários e familiares e como é difícil para ambos os lados quando as mudanças acontecem. (Trecho do Diário de Campo do dia 27/03/2019).

A equipe só conseguiu falar sobre isso de forma conjunta em uma reunião de equipe ocorrida no final de fevereiro. Nesta reunião, uma das funcionárias do CAPSij anunciou que acabara de pedir sua demissão. Isto gerou na equipe um movimento de conseguir falar sobre o assunto. Muitas pessoas da equipe, sobretudo aqueles que estavam saindo do CAPSij, conseguiram verbalizar descontentamentos com a dinâmica do serviço e colocaram em palavras sobre a perceptível cisão na equipe.

Neste momento parecia haver um consenso geral de que o CAPSij passava por problemas e de que a cisão da equipe escancarava problemas antigos que nunca foram resolvidos. No entanto, o que foi possível observar é que tais problemas e conflitos citados em conversas informais continuaram sem serem abordados de forma mais profunda, buscando realmente uma solução. Na prática, o que aconteceu foi que, com a mudança de muitos membros da equipe tais problemas acabaram caindo no esquecimento ou não fazendo mais sentido para as pessoas que ali ficaram.

Assim, com a chegada de novos profissionais, os ânimos mostraram-se mais calmos e as coisas pareciam finalmente entrar no eixo. Os grupos recomeçaram e os atendimentos individuais também. Aos poucos as possibilidades criativas e inventivas pareciam ganhar espaço, sendo fortalecidas na micropolítica ainda que os ataques à macropolítica de Saúde Mental continuassem acontecendo. O CAPSij voltou a ficar cheio. Isso foi perceptível no início de abril e pode ser ilustrado pelo trecho a seguir, retirado do Diário de Campo:

Chego no CAPSij por volta das 08:50 e quando passo pela porta que dá para a sala de entrada parece que cruzo um portal. Deparo-me com muitos familiares sentados conversando, crianças por todos os lados correndo, ou brincando com seus carrinhos ou montando enormes castelos com o lego. A equipe andando de um lado para o outro, uma pessoa falando ao telefone, outra brincando com algumas crianças no chão (Trecho do Diário de Campo de 10/04/2019).

Este acontecimento no CAPSij Pitangueira evidencia o quanto a rotatividade de profissionais na Saúde Mental é algo complexo e que impacta diretamente no cuidado ofertado. Uma vez que o cuidado se dá na relação e nos processos de vinculação, a saída de profissionais pode se desdobrar intimamente nos processos relacionais do usuário para com o serviço e a equipe, afetando diretamente seu cuidado.

Muitos estudos têm se debruçado sobre a relação entre as condições de trabalho e a alta rotatividade de profissionais em equipes (JORGE et al., 2007; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). Tais estudos fornecem elementos importantes que contribuem para a compreensão da realidade vivenciada no CAPSij Pitangueira tanto em relação aos fatores que causam rotatividade, quanto às consequências dessa, entre elas a descontinuidade das ações, os vínculos fragilizados, a dificuldade de andamento da Formação Continuada do profissional, entre outras (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Jorge et al. (2007) buscaram compreender como se dá a gestão de recursos humanos em CAPS no município de Fortaleza/CE. Os resultados apontam para uma flexibilização das relações de trabalho marcadas por diferentes vínculos empregatícios e desproteção social. Tais resultados dialogam com o cenário do CAPSij Pitangueira e com os contratos de trabalho ali estabelecidos. Embora os funcionários possuam contrato de trabalho fundamentado pelas Leis Trabalhistas, eles apresentam menor estabilidade se comparados à funcionários públicos. Ao longo do processo de saída de profissionais, identificou-se que um dos funcionários que saiu do serviço optou por esta saída pois foi chamado em um concurso público o qual oferecia maior estabilidade e melhores condições de salário e benefícios.

Outro estudo, feito por Rézio e Oliveira (2010), também evidenciou descontentamento de profissionais de CAPS para com as condições de trabalho. Os principais pontos levantados foram em relação a estrutura física dos equipamentos, falta de materiais, baixos salários e contratos temporários que geravam alta rotatividade de profissionais (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010). Embora a carência de materiais e as dificuldades em relação ao ambiente físico e recursos materiais não tenham sido citadas nesta etapa, essas foram apontadas pelas

gestoras ao longo da Etapa 1 deste estudo e corroboram com os achados de Rézio e Oliveira (2010).

Cabe pontuar, ainda que tanto Jorge et al. (2007) quanto Rézio e Oliveira (2010) trazem uma importante reflexão sobre a relação entre os trabalhadores e os processos de gestão. autores salientam a importância da democratização das relações no trabalho, possibilitando a “participação do trabalhador na gestão da organização e da produção do cuidado prestado aos usuários, como parte integrante da política de desprecarização e de humanização do trabalho em saúde” (JORGE et al, 2007 p.422) e que essa possibilidade, esse novo papel do trabalhador esta intimamente ligada com os pressupostos da Atenção Psicossocial (JORGE et al, 2007; RÉZIO;OLIVEIRA,2010).

Deste modo, pode-se concluir que melhores condições de trabalho envolvem contratos efetivos, boas condições salariais e de benefícios, além da possibilidade de construção de práticas inventivas e criativas colocando o profissional em uma postura ativa em relação ao seu trabalho e à produção de cuidado favorecem a permanência dos profissionais (GUIMARÃES;JORGE;ASSIS, 2011).Assim, faz-se necessário

(...)apostar na capacidade criativa do trabalhador, na sua expressão de subjetividade, permitindo sua manifestação. Ou seja, promover a participação do trabalhador na gestão da organização dos serviços e das práticas de saúde, tendo em vista a transformação desses trabalhadores em sujeitos, protagonistas do seu processo de trabalho (GUIMARÃES;JORGE;ASSIS, 2011, p.2151).

Cabe refletir como possibilitar, ainda que na micropolítica do serviço, melhores condições de trabalho e possibilidades de os trabalhadores se envolverem mais com os processos de gestão e organização do serviço. Um dos métodos que possibilita esta aproximação entre trabalhadores e gestão, possibilitando relações mais horizontais e democratização das relações de poder é o Método da Roda, criado por Campos (2000) e que se constitui enquanto espaço de ensino-aprendizagem, elaboração e também organização dos processos de trabalho levantando em consideração todos os sujeitos e saberes presentes na roda (CAMPOS, 2000).

Outra possibilidade seria a implantação de um Colegiado Gestor, um espaço que inclui gestores e profissionais da equipe que representam os trabalhadores, escolhidos de forma democrática (BRASIL, 2009b). O Colegiado Gestor tem como objetivos:

elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço (BRASIL, 2009b p.35-36).

Ainda que não verificados nesta pesquisa, outros estudos tem apontado que através do método da Roda e do Colegiado Gestor, os profissionais conseguem atuar de forma mais próxima à gestão, sentem-se pertencentes às decisões e elaborações tomadas para com aquele serviço em um processo democrático e horizontalizado de trabalho.

Durante a inserção etnográfica não foi possível observar processos sistematizados nos quais os profissionais participassem de forma mais próxima da gestão. Contudo, era possível observar a gestora em uma postura de constante consulta à equipe para a tomada de muitas decisões. Além disso, pode-se perceber que os profissionais do CAPSij Pitangueira possuem uma grande liberdade para criarem e proporem ações sejam elas grupos, oficinas, passeios, ações na Ambiência, festas... Esta liberdade alimenta a potência e o envolvimento dos profissionais que conseguem resistir positivamente frente aos desafios macro e micropolíticos. Tal reação positiva expressa o compromisso dos profissionais para com os usuários e para com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

5.2.1.2. Organização do Serviço e Processos de Trabalho

Como já mencionado, o CAPSij Pitangueira é um CAPSij tipo II, ou seja, funciona de segunda à sexta-feira das 08h às 18h. O dia do serviço é dividido em dois períodos, manhã e tarde. O período da manhã das 08h às 12:45 e o período da tarde das 12:45 às 18h. Cada período é gerenciado por um grupo de profissionais, denominado “Time de Ambiência”. Este time é geralmente composto por 3 pessoas, sendo uma delas de nível superior, e é responsável por toda a organização daquele período do dia: acolher as pessoas que chegam, resolver possíveis pendências, atender o telefone e anotar recados, organizar o lanche para os usuários, organizar o transporte, realizar a ambiência.

No momento entre o período da manhã e da tarde e também ao final do dia acontece o que a equipe chama de “Passagem de Plantão”. A Passagem de Plantão tem por objetivo comunicar tudo aquilo que aconteceu no CAPSij naquele período: pessoas que vieram para atendimentos individuais ou grupais, possíveis ligações, reuniões, intercorrências.

E é também na Passagem de Plantão que são apontadas as possíveis pendências a serem resolvidas no próximo período.

Às terças-feiras pela manhã o serviço fica fechado ao público pois é o momento da reunião de equipe. Apesar disso, neste momento também há um Time de Ambiência que se responsabiliza por atender possíveis demandas que cheguem ao CAPSij durante a reunião de equipe. A procura é menor, pois os usuários sabem que o serviço está fechado, mas alguns casos mais graves, ou que estão em um momento de crise, acabam sempre aparecendo e o Time de Ambiência se organiza para fazer o acolhimento destas demandas.

Uma vez por mês, no espaço da reunião de equipe, acontece a Supervisão clínica e institucional, momento no qual um profissional externo ao CAPSij vem ao serviço para auxiliar a equipe a discutir processos de trabalho (Supervisão Institucional) e/ou casos clínicos (Supervisão Clínica). A supervisão tem duração de 2 horas e no momento da etnografia era realizada por uma terapeuta ocupacional. O SSCF custeia estas supervisões que acontecem em todos os serviços gerenciados pela instituição.

Para uma melhor organização do serviço, a equipe se divide em duas miniequipes que são responsáveis por determinados territórios na área de abrangência do CAPSij. Cada miniequipe é referência para um determinado número de Centros de Saúde, sendo responsável também pelo matriciamento dos mesmos. As miniequipes também são responsáveis por ficarem de referência dos casos de seus territórios. Geralmente as miniequipes fazem reuniões separadas para conseguirem discutir melhor os casos. As reuniões de miniequipe também acontecem às terças feiras no seguinte modelo: inicia-se com as reuniões em miniequipe e em um segundo momento toda a equipe se junta para as pautas em geral.

Como já apontado, o CAPSij conta, também, com o apoio de um veículo que faz o transporte ao longo de 3 períodos da semana: terça à tarde, sexta pela manhã e sexta à tarde. Este transporte é utilizado para buscar usuários e familiares que não conseguem vir ao CAPS por conta própria, realizar visitas domiciliares, visitas institucionais, dentre outras ações como, por exemplo, possíveis passeios com os usuários.

O mesmo transporte que traz a família da S., da A... é o mesmo transporte que vai fazer visita no hospital, que vai fazer avaliação do F. no abrigo - tudo isso aconteceu sexta-feira... é o mesmo carro que tem que caber o T. e é o mesmo carro que leva as pessoas pra luta antimanicomial à tarde... (Trecho da Entrevista de P2 em 20/05/2019).

O transporte viabiliza as ações territoriais extramuros que dialogam intimamente com os princípios da Atenção Psicossocial. Tais ações poderiam ter uma maior extensão se houvessem mais recursos disponíveis, tais como transporte em mais dias da semana e a equipe com uma flexibilidade maior de horários para realizar ações territoriais. Esses apontamentos serão aprofundados no Eixo 3, mais adiante.

A seguir será melhor abordada a Ambiência, um dispositivo clínico bastante utilizado e defendido no CAPSij Pitangueira. A Ambiência é uma das diretrizes previstas pela Política Nacional de Humanização (PNH), existente desde 2003 (BRASIL, 2017b) e seu conceito se apoia em três principais eixos: espaço físico que visa conforto aos trabalhadores e usuários do SUS; espaço que possibilite a produção de subjetividade a partir do encontro dos sujeitos ali presentes; e o espaço enquanto ferramenta do processo de trabalho, favorecendo o atendimento humanizado e acolhedor (BRASIL, 2013).

No CAPSij Pitangueira a Ambiência pode ser visualizada compondo estes três eixos. É defendida por muitos membros da equipe, e pela gestora, como “o coração do CAPSij” e boa parte dos processos de trabalho e organização do serviço passam pela organização da Ambiência, defesa e manutenção desta diretriz.

Como já mencionado, os trabalhadores dividem-se em Times de Ambiência que são responsáveis pelo período (manhã ou tarde) no CAPSij. Estes times, em alguns momentos, também pensam e propõem atividades específicas, mas, na maior parte do tempo, são responsáveis pelo cotidiano do CAPSij: recebem os usuários que chegam para atendimentos, organizam os acolhimentos, recebem as ligações telefônicas, fazem o pedido das refeições diárias, preparam o lanche. Em algumas ambiências é possível ver os profissionais mais próximos dos familiares que estão ali no CAPSij, em outras ambiências o que predomina é a brincadeira livre enquanto as crianças aguardam seus atendimentos.

Neste sentido, a Ambiência no CAPSij Pitangueira se assemelha muito com o desenho proposto por Santos e Onocko-Campos (2015). As autoras se debruçaram sobre o processo de construção da Ambiência em um CAPSij e listam como principais tarefas deste dispositivo:

(...) atender os acolhimentos espontâneos; articular a intervenção nas crises, para dentro e para fora do CAPSi quando necessário; atentar para as atividades que os usuários realizam (sonecas, jogos, artesanatos, bate-papos, atividades expressivas, seja propondo-as, seja mediando-as); ouvir e encaminhar pedidos eventuais dos usuários em relação a dispensação de medicação ou outro procedimento de enfermagem, agendamento de consultas/ terapias/ atendimentos grupais ou de referência; coordenar os

momentos de refeição; cuidar do espaço físico do CAPSi e dos materiais disponíveis, em co-responsabilização com os demais presentes; gerenciar os imprevistos na cobertura de profissionais para as terapias agendadas (individuais ou grupais); dialogar com os demais profissionais e as ações que irão desempenhar em um dado período (SANTOS; ONOCKO-CAMPOS, 2015 p. 47).

Observou-se que no CAPSij Pitangueira a Ambiência também é um espaço onde podem acontecer avaliações e atendimentos, sobretudo logo que o usuário chega ao CAPSij, muitas das ações se dão no espaço da Ambiência, por ser um espaço mais amplo, livre. É um espaço porta aberta que pode receber acolhimentos e realizar demais diretrizes de cuidado. É o que ilustra o trecho a seguir retirado do Diário de Campo:

Chega ao CAPS uma senhora, uma jovem e um menino pequeno. A senhora dirige a palavra a mim que estou mais próxima da porta, me conta que tem um encaminhamento para seu neto, me entrega o papel e me explica que eles vieram do neurologista. P11 averigua se ela é do território de abrangência do CAPSij “qual o seu centro de saúde?” (...) Ofereço para eles se sentarem, beberem água se quiserem. Me encaminho para a sala de equipe e lá P11 e P2 estão discutindo sobre o encaminhamento e sobre ser feito um acolhimento de plantão já que a família está aguardando e a equipe tem essa disponibilidade (...) Quando volto para a Ambiência **deparo-me com P6 brincando com o garotinho** enquanto P11 está em uma sala com a mãe e a avó do menino. (Trecho do Diário de Campo de 18/02/2019, grifo da autora)

Ronchi e Avellar (2013) apontam que essa circulação de profissionais pela ambiência somada a uma disponibilidade para estar com o sujeito, são facilitadores no processo de vinculação deste sujeito ao serviço e à equipe, contribuindo para o processo terapêutico (RONCHI; AVELLAR, 2013).

A Ambiência no CAPSij Pitangueira foi percebida como algo fluido que acontece onde as pessoas estão: pode ocorrer na sala de entrada do CAPSij, pode ocorrer na salinha do computador, na cozinha, no quintal ou no jardim... pode acontecer também dentro da perua (transporte) quando se levava ou buscava algum usuário. Neste sentido, percebe-se a Ambiência muito mais como uma diretriz relacional, pautada na subjetividade e na potencialidade dos encontros, do que propriamente no espaço físico. Como ilustram Santos e Onocko-Campos (2015), percebeu-se que a Ambiência se ocupava de “promover bons

encontros e dar o devido valor às miudezas do cotidiano” (SANTOS; ONOCKO-CAMPOS, 2015 p.46).

Assim, pode-se afirmar que o investimento na Ambiência no CAPSij Pitangueira é uma ação política que dialoga com princípios e pressupostos da Política Nacional de Humanização e com a Atenção Psicossocial, visando acolhimento, escuta qualificada, construção de vínculo e construção do sentimento de pertença dos usuários e familiares àquele espaço. São ações e fazeres que, construídos na micropolítica, fortalecem a equipe e os usuários ali presentes, podendo ser entendida como uma linha de fuga de processos burocratizados, hierarquizados e que não levam em consideração a subjetividade dos sujeitos envolvidos – sejam eles profissionais ou usuários.

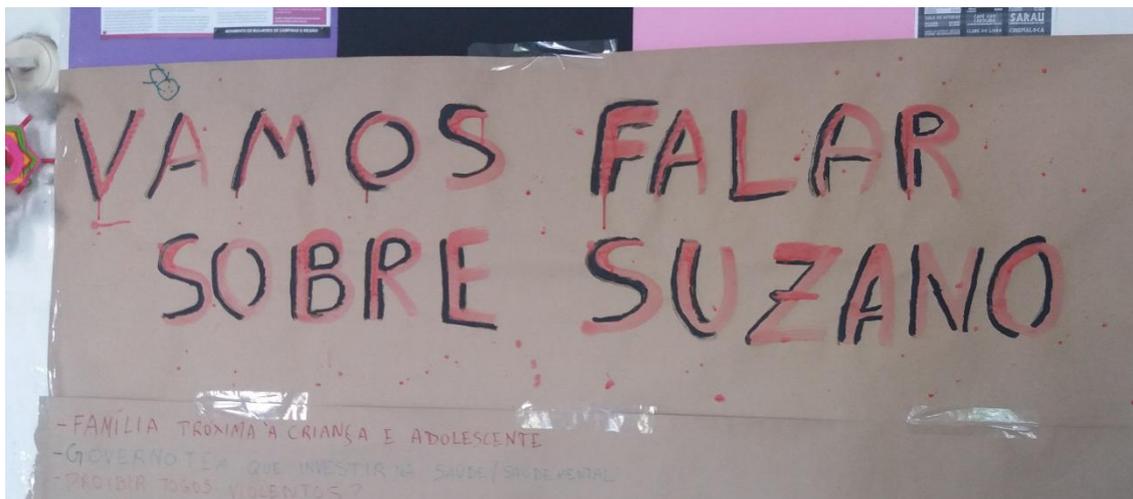
Foi possível identificar, ainda, a construção na Ambiência de espaços informais e não institucionalizados de cuidado voltado para os familiares. Merece destaque a Ambiência que acontecia na quarta-feira pela manhã e que agrupava muitos familiares no horário entre 09 e 10 da manhã, horário em que acontecia um grupo de crianças com dificuldade de socialização, entre elas, alguns meninos com TEA.

Este agrupamento familiar foi ganhando forma e contornos, sem necessidade de marcar hora ou reservar uma sala, o encontro era certo. Toda quarta-feira as 09h eles estariam ali para acompanharem seus filhos e filhas. Coube à sensibilidade e experiência dos profissionais que compunham os Times de Ambiência promoverem escuta e acolhida às falas destes familiares e foi isso o que aconteceu.

A seguir serão apresentados alguns temas que foram abordados nesta Ambiência. No dia 20/03 o tema inicial de discussão na Ambiência foi a respeito de uma tragédia ocorrida no município de Suzano/SP, onde dois adolescentes armados abriram fogo em uma escola e feriram muitos alunos e professores. Na parede da sala de espera era possível ver um cartaz e reflexões sobre isso.

Entretanto, a roda de conversa acabou tomando um novo rumo. O grupo ali presente começou a falar sobre as saídas de alguns funcionários do CAPSij e a chegada de novas pessoas à equipe. Neste dia a coordenadora do serviço também estava presente na Roda e explicou sobre algumas mudanças na equipe e também falou sobre a Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde. Assim, é possível perceber como aspectos macropolíticos eram a todo momento trazidos para a micropolítica do serviço, uma vez que se entrelaçavam e geravam angústias e incertezas na equipe e também nos familiares.

Figura 02 – Cartaz Reflexivo para atividade em Ambiência



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

O assunto relativo a Nota Técnica acabou por ser retomado na semana seguinte em um movimento que a equipe nomeou como Assembleia. A equipe até tentou convocar mais familiares para este momento, mas quem compôs foram os mesmos familiares que vinham toda quarta-feira.

A Assembleia foi coordenada pela gestora do serviço com o apoio de P14, que compunha o Time de Ambiência do dia. Todos os familiares ali presentes organizaram-se sentados em uma roda. Algumas crianças, irmãos e irmãs das crianças que estavam no grupo, também ficaram ali pela Ambiência e a monitora sentou-se no chão para brincar com eles. O tema principal desta assembleia foi novamente sobre a Nota Técnica, desta vez explicando melhor os pontos que diziam respeito ao cuidado de crianças e adolescentes. Foi retomada a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento da Luta Antimanicomial, enfatizando a necessidade não só da criação de mais CAPSij, mas também da formação e da capacitação dos profissionais que trabalham nestes serviços.

Alguns familiares discorreram sobre isso, sobre a Nota Técnica, lembrando as eleições de 2018:

‘Tudo o que eles puderem tirar da gente eles vão tirar’. Algumas mães referem-se ao atual presidente da república como alguém despreparado e que não liga para as demandas do povo (Trecho do Diário de Campo do dia 27/03).

A coordenadora do CAPSij mostrou aos familiares um vídeo gravado por uma conhecida médica de Campinas e militante da Reforma Psiquiátrica. No vídeo, a médica convocava todos os usuários, familiares e equipes do CAPS para um movimento denominado “ABRAÇA RAPS”, visando discutir sobre as atuais políticas e retrocessos na Saúde Mental e, com um gesto concreto de um abraço, reafirmar o tipo de cuidado que defendemos e acreditamos.

Os familiares se animaram com a ideia de fazer um abraço coletivo no CAPSij e, neste momento, as crianças começaram a sair do grupo e somaram ao movimento ABRAÇA RAPS.

Percebo que a coordenadora empresta muito de sua energia, do seu amor e militância para os outros e isso funciona... os familiares parecem ficar mais envolvidos e muitas pessoas da equipe parecem ter mais fôlego quando ela está por perto (Trecho do Diário de Campo do dia 27/03).

Figura 03 – Movimento Abraça RAPS no CAPSij Pitangueira



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

Outros pontos abordados ao longo destas quartas-feiras estiveram mais relacionados ao cuidado para com os filhos e também à questão do empoderamento feminino. À medida que as semanas passavam, os familiares começaram a se agrupar cada vez mais, como se já aguardassem por aquele momento de conversas e trocas. Demonstravam sentirem segurança naquele espaço e naquelas pessoas. Muitos familiares conseguiram pontuar sobre aspectos que sentiam falta no CAPSij e também sobre o que esperavam daquele lugar.

Com o passar das semanas, os familiares já reconheciam a pesquisadora. Isso possibilitou que eles comessem a contar sobre seus filhos, sobretudo os que tinham diagnóstico de TEA, e também sobre o cuidado que os filhos recebiam no CAPSij e as relações externas ao CAPSij, sobretudo com a escola. Tais apontamentos serão explicitados no Eixo 2. A última ação vivenciada pela pesquisadora junto com estes familiares, e na verdade mais voltada para as mulheres, foi a proposta de um desfile de moda com as roupas do bazar. Quem lançou a ideia foi P14 que rapidamente recebeu apoio e incentivo dos demais membros do Time de Ambiência do dia. As mulheres-mães ali presentes animaram-se. Percebeu-se ali um novo movimento do grupo, ao invés de falarem de seus filhos, elas estavam falando de si mesmas, pensando no autocuidado e em coisas que gostavam de fazer.

Entende-se que esta ação vai em direção a outras ações propostas neste serviço e que têm como foco o empoderamento feminino e garantir a essas mulheres espaços onde elas possam ser não apenas mães, mas mulheres.

Outro exemplo de ação que vai de diálogo com estas propostas é o Grupo de Mulheres, um grupo que nasceu em 2012, época em que o CAPSij Pitangueira e o CAPSij Floresta eram um só e dividiam o mesmo espaço físico. Foi criado por uma Terapeuta Ocupacional – P10 – e tinha características terapêuticas, ancorando-se no referencial do Método da Terapia Ocupacional Dinâmica:

P10. enfatiza que não era um grupo de mães, mas sim um grupo de mulheres, voltado a discutir a determinação social do que é ser mãe, os moralismos por cima do ser mulher e ser mãe e ser mãe de uma criança que tem um sofrimento psíquico. Um espaço onde as mulheres podiam estar e falar sem julgamentos morais, sem culpa. Aos poucos o grupo foi ganhando uma cara, as mulheres que eram encaminhadas pela equipe acabaram tendo um perfil. Eram mulheres bastante deprimidas e, o que foi se mostrando no grupo, é que todas sofriam violência doméstica (física, psicológica, sexual, moral) (Trecho de Diário de Campo de 21/05/2019).

Com a saída de P10, o Grupo de Mulheres estava passando por uma reformulação, sendo coordenado por outra profissional a qual buscava investir nas ações de empoderamento

feminino para além do Grupo, postura essa que indica um fazer criativo buscando reconstruir e costurar as rupturas deixadas pela saída da antiga coordenadora do grupo.

Um outro exemplo de ação voltada para esta temática, realizada próximo ao dia 08 de março na Ambiência, se caracterizou pela confecção das chamadas Arpilleras, bordados temáticos com cenas cotidianas que refletiam a realidade das mulheres presentes ali no CAPSij. Os bordados foram confeccionados ao longo das ambiências e foram expostos no CAPSij. Durante a confecção, as temáticas sobre ser mãe, ser mulher, aspectos do feminismo foram sendo levantados e discutidos.

Participavam desta atividade mães, avós, cuidadoras, assim como mulheres membros da equipe – não apenas da equipe técnica, mas também da equipe de apoio.

Figura 04 – Arpilleras confeccionadas por familiares durante a Ambiência



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

Estes bordados ficaram expostos no CAPSij por algumas semanas e sinalizavam a presença viva e atuante das mulheres naquele espaço. Muitas identificavam seus bordados e sugeriam fazer outras atividades, sentindo-se pertencentes àquele espaço.

Assim, o cuidado para com o espaço físico, como expor os bordados pelo ambiente, também evidencia práticas que buscam valorizar a subjetividade e garantir que os usuários e familiares sintam-se pertencentes àquele espaço físico. Na sala de entrada do CAPSij é possível observar desenhos, quadros, artesanatos que enfeitam as paredes, todos confeccionados por usuários em oficinas. No quintal e no jardim, algumas plantas e arranjos feitos por familiares em um grupo, também indicando a implicação destes para com aquele espaço.

Tais resultados fazem forte diálogo com as considerações de Ronchi e Avellar (2015) quando chamam a atenção para a importância dos objetos e elementos do ambiente

que favoreçam a comunicação, a interação e a expressão dos sujeitos, além da apropriação daquele espaço. Para as autoras,

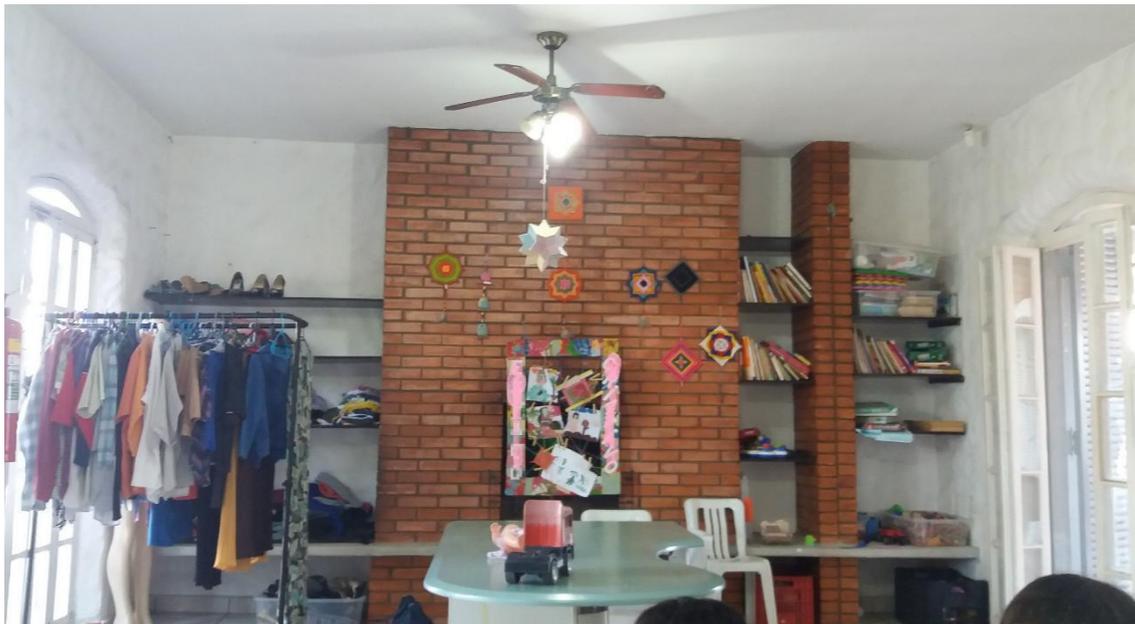
Entender que os objetos disponíveis no espaço assim como a organização das salas de atendimento, o universo social e cultural em que se insere o CAPSi, e a presença de um profissional com escuta e acolhimento estruturam um setting, moldura que marca tempo, espaço e presença, produz formas de cuidar, e traz o ganho de se construir ambientes favoráveis na atenção em saúde mental comprometidos com a qualidade dos espaços do cuidado, facilitando o desenvolvimento do trabalho terapêutico (RONCHI; AVELLAR, 2015, p. 395).

No CAPSi Pitangueira é possível observar, ainda, um bazar montado por algumas mães a fim de arrecadar dinheiro para realizarem festas e passeios no CAPSi. Este bazar, que começou de forma itinerante e pontual, ocorrendo algumas vezes na praça próxima ao CAPSi, acabou ocupando lugar definitivo na sala de entrada do serviço.

As roupas são doações de familiares e profissionais do serviço, e também são os familiares e profissionais que as compram. No momento da inserção etnográfica a equipe estava responsável por receber o pagamento pelas peças e anotar em um caderno quem comprou, quem ainda não pagou, entre outros. Porém, a organização das roupas na arara, a arrumação das roupas nas prateleiras era, na maioria das vezes, feita pelos familiares. Em muitos momentos foi possível presenciar falas dizendo sobre aumentar as roupas do bazar e também sobre realizar o bazar em espaços de maior circulação de pessoas para arrecadar mais dinheiro para as festas e passeios do CAPSi. Estas falas eram sempre feitas por familiares, indicando não apenas o envolvimento destes com o cuidado de seus filhos, mas, também, com aquele serviço. Este é um exemplo de como as famílias podem se tornar recurso humano conforme aponta Sareceno (2001). Recurso esse que se soma com as práticas e pressupostos da Atenção Psicossocial.

A seguir serão apresentadas algumas fotos do espaço físico do CAPSi, espaço no qual é possível observar a prática da Ambiência.

Figura 05 – Sala de entrada do CAPSij Pitangueira



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

Este é um dos locais onde acontece a *Ambiência*. É possível observar os livros e brinquedos espalhados na estante e na mesa, assim como as roupas do bazar. Na parede estão fixados os artesanatos e desenhos feitos pelos usuários nas oficinas ou em momentos na *Ambiência*.

Figuras 06 e 07 – Quintal do CAPSij Pitangueira



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

Figura 08 – Sala do Computador e Refeitório



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

A seguir, serão apresentados alguns trechos do Diário de Campo e também de algumas entrevistas que ilustram um pouco mais este dispositivo da Ambiência no CAPSij Pitangueira.

(...) uma das coisas mais potentes do CAPS é a ambiência. E também é uma das coisas mais difíceis de fazer, mais desafiante, né. Porque é justamente o espaço aonde a gente pode pensar essas coisas do encontro. É um espaço aonde dá pra fazer avaliação... Porque como eu tenho diferentes trabalhadores, né. Então tem hora que eu tenho fonoaudióloga, tem hora que eu tenho psicólogo, tem hora que eu tenho pediatra, então, sim. Eu acho que... é... a ambiência essa possibilidade das pessoas se encontrarem e a partir desse encontro, a gente... ofertar coisas e também possibilitar que eles escolham o que fazer ou do que brincar (Trecho da Entrevista da Gestora do CAPSij Pitangueira, realizada em 11/04/2019).

Encontro E. e sua mãe na ambiência. Lembro que eles retornaram para continuar a avaliação de E. O menino fica bem no espaço da ambiência, pega brinquedos e circula por ali, parecendo já familiarizado com aquele espaço (...) Neste momento chegam ao CAPS G. e seu irmão mais novo, A., que aparenta ter a mesma idade de E. A. me chama para brincar e tenta se aproximar de E. em alguns momentos, sem sucesso. Tento fazer algumas mediações entre os meninos, mas ambos acabam tendo dificuldade de aceitar um ao outro. A mãe de E. mostra-se preocupada querendo que o filho brinque com outras crianças ao mesmo tempo que tem medo de que E. bata em A. Logo percebo que o profissional que está avaliando E. está na ambiência observando-o e provavelmente avaliando como E. se relaciona com outras crianças (Trecho do Diário de Campo de 30/01/2019).

Assim, percebe-se a Ambiência enquanto a possibilidade dos encontros que exige da equipe postura atenta para a escuta, disponibilidade para estar com o sujeito, capacidade criativa para o brincar e, desta forma, construir vínculo, proporcionar espaços de acolhimento, pertencimento, trocas sociais, diálogos. Um espaço que pode ser considerado terapêutico, pode ser olhado enquanto dispositivo clínico e ferramenta de trabalho (SANTOS; ONOCKO-CAMPOS, 2015; PIMENTEL; MOURA, 2016).

Quando as crianças saem do grupo a ambiência vira um local cheio onde se misturam mães, filhos, equipe, outros usuários... algumas crianças me pedem o lanche e vou até a cozinha preparar. Algumas famílias vão rapidamente embora enquanto outras esperam seus filhos comerem, continuam conversando e reconhecendo pessoas, membros da equipe, em um movimento de horizontalidade e ocupação daquele espaço, como se fosse a sala de casa mesmo(...) (Trecho do Diário de Campo do dia 13/02/2019).

Logo que saio no quintal vejo R. dentro de uma das salas de atendimento mexendo no armário e pegando a massinha de modelar, sem necessidade de pedir permissão, sentindo-se realmente pertencente àquele espaço e aos recursos que ali existem, entendendo que sim ele pode brincar, ele é livre para isso. Sento com ele e R. interage comigo, embora não verbalmente. Brincamos de massinha por uns 20 minutos. Logo chega na sala L. e também começa a brincar de massinha com R. Fico pensando na potência do espaço livre e do brincar livre, em tantos momentos nos esforçamos tanto nos grupos para que as crianças brinquem juntas e agora me deparo com dois meninos com muita dificuldade de interação, um dele com diagnóstico fechado de TEA, os dois ali juntos, brincando e compartilhando um brinquedo, entendendo-se entre eles (Trecho do Diário de Campo do dia 10/04/2019).

A ambiência também pode ser percebida enquanto um lugar de livres manifestações, sobretudo para os adolescentes. É um lugar onde aparecem os descontentamentos, os desdobramentos de alguns atendimentos e as crises.

Na ambiência está um adolescente sentado no pufe, bem quieto e aguardando seu atendimento. Alguns profissionais estão ali também. No computador, outro adolescente ouve funk e canta, logo chega mais um adolescente para somar com o adolescente no computador. A música alta e de linguagem pouco puritana parece incomodar alguns funcionários. Em alguns momentos é pedido para que os meninos abaxem o volume. Um funcionário comenta que esse tipo de música faz derreter o cérebro (Trecho do Diário de Campo de 24/01/2019).

Interessante pensar que esta fluidez da Ambiência pode proporcionar encontros e espontaneidade, mas também pode incomodar e desestabilizar. Trata-se de um espaço onde as relações se dão de forma mais horizontal. Tais características podem ser bastante favoráveis às estratégias de vinculação e cuidado, mas também podem gerar angústia e conflitos.

É possível pensar, ainda, que a disponibilidade para a ambiência e para as questões que nela aparecem podem estar ligadas ao fator humano, à disponibilidade interna que cada profissional tem, ou não, para aquele espaço e para as relações que nele se estabelecem. Como apontam Pimentel e Moura (2016, p.121),

(...) necessária abertura ao inesperado, a disponibilidade de estar com o outro em condição de extremo sofrimento psíquico e a flexibilidade de construir uma clínica na qual não há respostas definidas, mas sim que se constrói na vivência subjetiva de cada crise e com a singularidade de cada sujeito e contexto.

Santos e Onocko-Campos (2015) também chamam a atenção para essa postura disponível que o profissional precisa assumir. As autoras enfatizam a disponibilidade para o brincar, ainda que de forma banal e despreziosa mas de como isso favorece não apenas a vinculação do sujeito mas também a confiança que este sujeito deposita naquele ambiente(considerando ambiente não apenas o espaço físico mas as pessoas que compõem aquele serviço) (SANTOS; ONOCKO-CAMPOS, 2015).

Saraceno aponta as pessoas que compõem a equipe, por ele denominadas “operadores” são um grande recurso das práticas antimanicômias. O autor salienta que este recurso não é medido somente pelo número – mais ou menos pessoas em uma equipe mas, sobretudo, pela “motivação com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos pacientes dos quais se ocupam, o senso de pertinência a um projeto coletivo” (SARACENO, 2001, p.100).

Assim, percebe-se a família, as pessoas da equipe enquanto recursos que podem transformar uma sala de espera, uma cozinha, um quintal em espaço vivo de trocas sociais, de exercício da contratualidade. Se o manicômio era o local de zero trocas sociais e os serviços territoriais – entre eles os CAPSij – vêm se configurar enquanto espaços de estímulo às trocas sociais, a Ambiência pode ser considerada como um dos dispositivos que tem essa potência e esse compromisso.

Considerando a dimensão da disponibilidade interna e também dos processos e relações horizontais, percebe-se, a partir deste estudo, estar aí algumas das grandes potências deste, e, possivelmente, de outros CAPSij, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial.

5.2.2. Eixo 2 – Crianças e Adolescentes com TEA enquanto usuários dos CAPSij

Desde o início da inserção etnográfica no CAPSij Pitangueira e independente do foco deste estudo, a questão do autismo sempre esteve presente e possível de observar. Não foram necessários grandes “adentramentos” no campo para que se conseguisse chegar a importantes elementos que comporiam algumas das possíveis respostas à questão norteadora desta pesquisa, ela estava lá, visível a olhos nus. Logo na primeira reunião de equipe a temática envolvendo o cuidado ofertado para os autistas mostrou-se como algo urgente e necessário.

Tratava-se de uma reunião para a organização dos novos grupos e atividades que aconteceriam no CAPSij, um desdobramento do planejamento feito pelos profissionais do serviço no final do ano de 2018.

Em uma lousa branca vão escrevendo as propostas grupais, ainda sem coordenadores fixos. O nome de alguns usuários também aparece para estarem nos grupos (...) há um grupo segunda-feira pela manhã e também um grupo na quarta-feira à tarde voltados para pré-adolescentes e adolescentes com TEA que são mais graves. A respeito destes usuários, surgem algumas falas da equipe:

- “Esses meninos são graves, a gente tem muita dificuldade com eles” (P12)
 - “Precisamos estudar linhas teóricas para cuidar dos adolescentes com autismo” (P2)
 - “O modelo que a gente tem para autistas crianças funciona... mas quando chega na pré-adolescência e adolescência, parece que emperra” (P12)
- (Trecho do Diário de Campo de 22/01/2019).

Vale indagar se estas falas surgiram devido a presença da pesquisadora na reunião de equipe, por este ser o segundo dia de inserção no CAPSij e, como se verá adiante, esta temática apareceu em outros momentos, mas não de forma tão explícita e, muito menos em outras reuniões de equipe.

Como já pontuado no Eixo 1 desta Etapa, o CAPSij demorou bastante tempo para se reorganizar no começo do ano e dar início às propostas grupais, além disso, muitas destas

propostas precisaram ser repensadas devido não apenas à mudança de profissionais da equipe, mas também ao momento de cada usuário com TEA e à vinculação ou não destes usuários às propostas ofertadas, como ilustra o trecho do Diário de Campo, a seguir.

F. vem para atendimento grupal mas pouco consegue adentrar naquele espaço o qual tem mais uma integrante, E. F. fica bem agitado, circulando por todo o CAPS. Em alguns momentos fica mais agressivo, bate portas, aperta a terapeuta do grupo que está com ele, chora (...) Enquanto isso, E. está no espaço (setting) do grupo. Quando F. consegue entrar no grupo, E. se desorganiza. Foi o primeiro dia em que os dois estavam juntos (Trecho do Diário de Campo de 18/02/2019).

O grupo descrito no trecho anterior era coordenado por dois profissionais e acontecia segunda-feira pela manhã, voltado para pré-adolescentes com TEA que têm uma dificuldade maior de interação, de comunicação, o que a equipe denomina de “casos mais graves”. O grupo foi pensado para três usuários inicialmente, mas um deles nunca compareceu para a proposta grupal, ficando apenas no atendimento individual que acontecia antes do grupo. No trecho a seguir, retirado do Diário de Campo, pode-se observar melhor a proposta deste grupo:

Tento entender melhor qual o perfil dos participantes e os objetivos do grupo e um dos profissionais me explica que as crianças deste grupo já são pré-adolescentes, ali nos seus 10, 11 anos, são mais graves e têm um envolvimento mais esporádico no serviço. Ele explica, ainda, que esta é a última faixa etária antes da idade que eles não sabem mais o que fazer com os usuários autistas, como se fosse uma última tentativa mais certa e com maior convicção (...) A outra coordenadora do grupo complementa que é um grupo que visa possibilitar a descoberta de si e do outro pelo brincar, pelas explorações diversas, inclusive sensoriais; busca de uma interação social, uma percepção do próprio corpo e do corpo do outro e destes corpos no espaço e que a tentativa inicial é fazer com que estes usuários aceitem estar com outras pessoas no mesmo espaço físico (Trecho do Diário de Campo de 04/02/2019).

Ao final da inserção etnográfica, os coordenadores do grupo contaram que o mesmo não teve continuidade pois apenas um dos usuários vinha com mais frequência, e ainda assim também apresentava faltas.

Outro grupo pensado para adolescentes TEA, e que aconteceria às quartas-feiras pela manhã, não chegou sequer a ser iniciado. P3 falou um pouco disso em sua entrevista:

O grupo de adolescentes eu tinha pensado, a gente estava pensando só que aí juntou 2 e aí não deu certo e aí por isso que a gente está atendendo sozinha o D., mas eu tinha pautado pra grupo, eu tinha pensado num grupo pra ele (Trecho da Entrevista de P3 realizada em 10/04/2019).

Assim, as ofertas grupais que se mostraram mais efetivas e conseguiram ter andamento foram ofertas voltadas para crianças. Cabe destacar, ainda que para a equipe estas ofertas não fossem pautadas no diagnóstico, em alguns destes grupos predominou o número de crianças com diagnóstico, ou hipótese diagnóstica, de TEA.

O Quadro 13, a seguir, é referente às ofertas de atividades grupais no CAPSij Pitangueira. Os grupos em azul são aqueles projetados ou implementados e nos quais é observado a presença de usuários com TEA. Em seguida serão detalhados cada grupo.

Quadro 13 - Ofertas grupais no CAPSij Pitangueira

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Grupo de Pré Adolescentes TEA (não teve continuidade)	Reunião de Equipe	Grupo de adolescentes TEA (nunca aconteceu) Grupo de Crianças		Grupo de crianças Grupo Corpo
Tarde	Ateliê Grupo de Crianças	Ateliê de Brincadeiras	Grupo de Crianças	Oficina de Esportes	Grupo de Adolescentes

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

O Grupo de Pré-adolescentes TEA da segunda-feira de manhã já foi apresentado anteriormente. Trata-se de um grupo, como já mencionado, que não teve continuidade. Na segunda-feira à tarde havia duas propostas grupais. Uma delas era o Ateliê, uma proposta de

atividade aberta na qual qualquer usuário poderia participar. Este ateliê era voltado para adolescentes em geral e era coordenado por uma terapeuta ocupacional. Por ser uma oficina aberta, muitas vezes era uma atividade ofertada para adolescentes que estavam chegando ao serviço, como forma de vinculação e de avaliação daquele novo usuário.

Na segunda-feira à tarde havia também um Grupo de Crianças, composto por crianças pequenas, de faixa etária entre cinco e seis anos. Todos os participantes do grupo apresentavam diagnóstico, ou hipótese diagnóstica, de TEA, embora a equipe não denominasse o Grupo enquanto um grupo para autistas. A proposta principal era a de que estas crianças pudessem conviver juntas em um mesmo espaço, dividir brinquedos e brincadeiras, possibilitando uma maior interação social. O grupo era coordenado por uma terapeuta ocupacional e um técnico de enfermagem.

Terça-feira pela manhã não havia ofertas de atividades pois acontecia a reunião de equipe. Na terça-feira à tarde havia o grupo Ateliê de Brincadeiras que reunia crianças na faixa etária de sete a nove anos e tinha a proposta de trabalhar respeito a regras e limites, respeito ao outro, questões de agressividade e expressão dos sentimentos. O grupo era coordenado por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e pela fonoaudióloga. Neste grupo não havia crianças com TEA.

O grupo de adolescentes com TEA na quarta-feira pela manhã nunca aconteceu, neste período havia ainda outro grupo de crianças que contava com a presença de alguns usuários com TEA, embora nem todos apresentassem este diagnóstico. Tratava-se de um grupo mais diversificado. A faixa etária girava em torno dos sete aos nove anos e havia por volta de oito crianças neste grupo. O grupo era coordenado por uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. O trecho a seguir, retirado do Diário de Campo, ilustra melhor os objetivos deste grupo:

Pergunto para as coordenadoras do grupo se elas podem me contar um pouco sobre a proposta e os objetivos do mesmo. P13 diz que as propostas e objetivos estão em aberto e serão moldados a partir do que as crianças forem trazendo e mostrando ao longo das semanas, mas a ideia é que elas possam estar juntas, respeitarem umas às outras, brincarem de algo coletivamente, se escutarem (...) Muitos meninos disseram que gostam de lego e esta foi a proposta do dia: que eles pudessem juntos construir coisas com o lego, e assim as dinâmicas relacionais e dificuldades foram aparecendo e sendo trabalhadas ao longo daquele tempo de 1 hora. As coordenadoras chamaram atenção para o fato de que muitos contornos necessários eram feitos pelas demais crianças como, por exemplo, quando um dos meninos ameaçou iniciar uma birra os demais ignoraram e seguiram brincando e então rapidamente este menino para e volta para a brincadeira (Trecho do Diário de Campo de 13/02/2019).

Chama atenção o elevado número de crianças neste grupo, fator que pode dificultar alguns manejos e o desenvolvimento não apenas do grupo, mas também de cada usuário. Talvez o número elevado de crianças se deva ao fato de serem crianças menos comprometidas, incluindo crianças com TEA que necessitam de menor suporte.

Na quarta-feira à tarde acontecia mais um grupo de crianças voltado para trabalhar as relações sociais, o respeito ao outro, o brincar junto. Era um grupo formado por crianças que apresentam uma maior agressividade relacionada a um contexto social bastante vulnerável. O grupo era coordenado por uma psicóloga, pelo farmacêutico e pela monitora.

Na quinta-feira pela manhã não havia, no momento da inserção etnográfica, nenhuma proposta grupal. Na quinta-feira à tarde havia a Oficina de Esportes, um grupo aberto – assim como o Ateliê – e voltado para pré-adolescentes e adolescentes. A oficina de esportes era coordenada por uma psicóloga e um técnico de enfermagem e a maioria das atividades ocorria fora do CAPSij, ora em uma quadra próxima ao CAPS, ora em uma piscina um pouco mais distante. O trecho a seguir ilustra um pouco sobre a Oficina de Esportes enquanto uma proposta bastante aberta e livre, a qual demanda muito da disponibilidade interna dos profissionais.

No período da tarde a promessa é de um CAPS mais cheio, pois ocorrerá a Oficina de Esportes, voltada a adolescentes. Alguns funcionários se incomodam com a proposta da oficina de hoje: guerra de bexigas com água (...) os coordenadores da oficina estão se organizando para proporem a atividade do dia. A cada 15 dias o grupo vai nadar em uma piscina de um parque próximo ao CAPSij, mas essa semana não era semana de piscina, então a proposta era fazer algo dentro do CAPSij (Trecho retirado do Diário de Campo do dia 24/01/2019).

As sextas-feiras pela manhã possuíam duas ofertas grupais. Havia um Grupo de Crianças pequenas cuja faixa etária variava entre dois anos e meio e quatro anos de idade, todas elas tinham dificuldade de interação, algumas já possuíam o diagnóstico de TEA e outras estavam em investigação. O grupo contava com seis crianças e, destas, cinco haviam acabado de ser inseridas no CAPSij, sendo esta a primeira oferta de cuidado que estavam recebendo neste espaço.

O grupo era coordenado por uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga e também por uma psicóloga. Era um grupo novo no CAPSij e que ainda estava desenhando seus objetivos e dinâmica de trabalho.

(...)um grupo de crianças bem pequenininhas que não falam, têm dificuldade de interação social, dificuldade de brincar entre elas, então elas ficam bem isoladas, é quase um pra um mesmo... Acho que até um grupo que deveria ter mais profissionais porque são muitas crianças.... é um grupo que a gente começou recentemente então algumas crianças precisam entrar com as mães ainda porque elas não conseguem entrar sozinhas (Trecho da Entrevista de P3, uma das coordenadoras do grupo).

Novamente, o elevado número de crianças em um grupo chama a atenção. Além disso, este grupo mostra ter uma característica mais homogênea, voltado para crianças pequenas com sinais de TEA, embora a equipe não consiga denominá-lo assim. As famílias destas crianças também parecem ter muitos pontos em comum, são todas famílias recém-chegadas ao CAPSij e que estão recebendo agora a ideia ou notícia de um possível diagnóstico.

No período da sexta de manhã acontecia, ainda, o Grupo Corpo, um grupo composto por cinco meninos pré-adolescentes e que tinha por objetivo trabalhar aspectos do próprio corpo, do corpo do outro, questões de gênero e sexualidade. O grupo era coordenado por uma enfermeira e por uma psicóloga.

Na sexta-feira à tarde acontecia um grupo de adolescentes, uma proposta mais fechada e que visava trabalhar aspectos da adolescência, das relações pessoais. O grupo também era coordenado por uma psicóloga e uma enfermeira.

Assim, dentre todas as propostas grupais do CAPSij, é possível identificar especificamente três grupos nos quais encontra-se usuários com TEA. Em dois destes grupos há exclusivamente crianças com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TEA e no outro há uma pluralidade maior entre os usuários. Como revelado, nenhum grupo conta com a participação de adolescentes com TEA.

Ao longo da inserção etnográfica foi possível identificar que, para além dos grupos, os atendimentos individuais compunham um importante eixo de cuidado para as crianças e os adolescentes com TEA. Uma das outras importantes modalidades de atendimento, que não é exclusiva para os sujeitos com TEA, abarcando todos os usuários inseridos no CAPSij, são os atendimentos de referência que aconteciam de forma semanal ou

quinzenal, realizados por qualquer profissional de nível superior ou por uma dupla composta por um profissional de nível superior e um profissional de nível médio.

No CAPSij Pitangueira o trabalho de referência mostra grande e destacada potência não apenas pela frequência com que ocorrem, mas por se efetivarem enquanto verdadeiros espaços de escuta e acolhimento para as famílias. Muitos familiares destacaram os atendimentos de referência enquanto espaços onde sentiam-se cuidados e ouvidos, como ilustram as falas a seguir:

Uma vez por mês conversa só eu e a P13 (profissional de referência do caso) (...) conversa, pergunta como foram os últimos dias, se aconteceu alguma coisa de diferente (Trecho da entrevista de F2).

Aqui eles têm um atendimento super legal pra família, que eles não atendem só as crianças, atendem as famílias também, tanto que eu tive problemas e eles me atenderam né, me ajudaram. Um espaço seguro onde você pode falar de todos os seus medos, dos problemas que você tem em casa, você pode meio que desabafar, por pra fora... que nem, preocupação com filho, meu relacionamento com meus familiares, com o parceiro (Trecho da Entrevista de F3).

Para Silva, M., (2005, p. 138), os atendimentos de referência e a construção do PTS

são importantes elementos produtores de implicação, engajamento, comprometimento e participação entre os atores sociais envolvidos no cuidado – profissionais, mas também familiares, usuários e eventuais membros da comunidade.

A organização de tais atendimentos, realizados pelos denominados “técnicos de referência” é uma organização desenvolvida e proposta por Campos (1997) a qual prevê o encontro entre o profissional técnico do serviço e o usuário da saúde mental. Assim a proposta de técnicos de referência não se restringe ao CAPSij, ou apenas aos CAPS, mas pode abarcar outros serviços de saúde mental e até mesmo a Atenção Básica. Não está, tampouco, restrito a um único núcleo profissional, ao contrário, Campos e Domitti (2007) propõem as chamadas “equipes de referência”, compostas por profissionais de diferentes núcleos capazes de ouvir as demandas do usuário e de sua família, dialogar entre si e articular o cuidado de modo interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com Furtado e Miranda (2006), o dispositivo denominado “técnico de referência” localiza-se entre as ofertas dos serviços de saúde mental e as demandas dos

usuários, cabendo ao técnico de referência a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário para o qual ele é referência. Observou-se que no CAPSij Pitangueira os atendimentos de referência dialogavam diretamente com esta proposta. Eram espaços voltados para compreender as demandas do sujeito e construir, junto com a família, o PTS. Além disso, cabia – e cabe – ao técnico de referência realizar as parcerias intersetoriais necessárias para um cuidado mais abrangente daquele sujeito.

Como apontam Furtado e Miranda (2006, p.511),

a construção do projeto terapêutico se dá, em geral, a partir de várias perspectivas e com base na interação entre o paciente e seus profissionais de referência, nas interlocuções destes últimos entre si e com outros grupos como família, instituições de saúde, setores culturais e socio educacionais, etc.

Assim, é papel do técnico de referência costurar os diferentes pontos e equipamentos que, juntos, contribuirão para a efetivação do cuidado integral deste usuário, levando em consideração os objetivos centrais da atenção psicossocial, tais como o engajamento, participação e autonomia. Ainda que muito se tenha a avançar, neste estudo, foi possível testemunhar os movimentos de costura com pontos da rede, como com a atenção básica, o hospital e até as tentativas de interação com a escola regular têm sido efetivadas com será abordado adiante.

Por fim, vale destacar que nos atendimentos de referência o que se sobressai é o trabalho do profissional no “campo de competências e responsabilidades” (CAMPOS, 1997, p.248), ou seja, responsabilidades e saberes comuns relativos ao Campo da Saúde Mental e que são compartilhados por todos os profissionais do serviço. Este destaque ao campo de competência foi verificado em diversas situações relativas à equipe e/ou técnico de referência ao longo deste estudo, seja nos atendimentos de referência, nas ações realizadas em ambiência e, até mesmo, em alguns grupos e oficinas como, por exemplo, a oficina de esportes.

Se nos atendimentos de referência as ações do campo predominam, em uma outra dimensão, frequentemente naquelas que se relacionam aos atendimentos individuais e em alguns grupos, existem os trabalhos por “Núcleo de competência e responsabilidade”, ou seja, voltados à identidade profissional/ especialidade de cada técnico e que marcam as diferenças entre os profissionais da equipe (CAMPOS, 1997, p. 248).

Como visto anteriormente, tanto na Etapa 1 deste estudo quanto no Eixo 1 desta etapa, existem vários núcleos profissionais que compõem a equipe técnica do CAPSij :

terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogo, enfermeiros, médicos ... Durante a inserção etnográfica observou-se que, para além dos atendimentos médicos, outros três núcleos específicos atuavam de forma mais próxima junto aos sujeitos com TEA, sendo eles a fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia. A seguir, serão ilustrados um pouco mais a proposta destes atendimentos individuais.

Os atendimentos individuais compunham o PTS dos usuários e eram discutidos nas reuniões de equipe, a partir das demandas trazidas pela família ou percebidas pela equipe ao longo do processo de avaliação.

O trecho a seguir advém da entrevista feita junto a uma terapeuta ocupacional que realizava muitos atendimentos individuais com crianças com TEA. Em sua fala é possível perceber algumas referências de atuação bastante ligados ao seu núcleo de formação – a terapia ocupacional.

Então, para os pequenos eu foco mais na questão da estimulação mesmo né então acho que tem muita coisa da integração sensorial que eu uso mas tudo mais voltado pra questão temporal... Pros maiorzinhos que vão crescendo... que nem pra E. eu estou pensando em estudar a questão do ABA porque é uma menina que não tem repertório nenhum, não fala... eu tento usar muito a coisa da TO então de tentar fazer atividades pra que ela se interesse por fazer alguma coisa... Já com a A. eu também uso assim... é que a A. se interessa, então qualquer atividade que eu estou fazendo ela e faz junto e aí a atividade realmente faz o intermédio da nossa relação (Trecho da Entrevista de P1).

Os trechos seguintes foram retirados da entrevista realizada com a fonoaudióloga do CAPSij e também trazem aspectos inerentes ao seu núcleo de formação.

O V. ele tá na escola e a mãe veio falar que ele está com bastante dificuldade nesse período da alfabetização e eu achei que era um bom momento pra entrar com ele com atendimento individual, falei com a referência e tudo mais ... no meu atendimento eu já , embora eu goste de tudo que envolve o brincar, eu penso que como ele já tem essa proposta do grupo, no atendimento individual eu trabalho muito mais a questão escolar, não necessariamente a alfabetização, mas atividades que vem antes da leitura e da escrita, até mesmo antes da fala porque a fala dele ainda é muito desorganizada (...) - Mas ai tem outros casos que não, que as crianças ainda tão muito distantes desse processo por exemplo o R. que meu objetivo com ele por enquanto é que ele vocalize porque precisa sair som, qualquer som né e ai claro junto vem a brincadeira porque pra mim tudo anda junto né, se uma criança não fala dificilmente ela vai ter uma brincadeira elaborada (Trecho da Entrevista de P4).

Com as crianças mais velhas fiquei pensando muito na questão da comunicação alternativa porque são crianças que eu acho difícil desenvolver a fala, não sei se no passado desenvolveria, eu acho que é até ruim a gente

pensar isso mas olhando agora eu acho que é difícil... pra essas crianças é frustrante querer algo e não conseguir se comunicar (...) muitos casos de autistas grandes, não verbais que ficam frustrados quando as pessoas não os entendem... que pode ser uma abertura para crises, para momentos de desorganização, o que a gente faz com isso... se a gente tem recursos pra tentar fazer diferente e eu estou disponível para fazer (Trecho da Entrevista de P4).

Assim como a fala da psicóloga:

Eu enquanto psicóloga eu acho que estou contribuindo nisso de estimular tanto a fala quanto a compreensão, a questão da afetividade, do holding, do objeto transicional para que eles consigam estar mais tempo em interação com os outros porque eles vão muito ainda na figura da mãe... ainda tem um apego muito grande com a mãe (Trecho da Entrevista de P3).

Quando se pensa em atendimentos individuais, é esperado que especificidades de cada núcleo ganhem destaque, foi o que se viu nos trechos apresentados anteriormente. O conceito de “núcleo de competência e responsabilidade” (CAMPOS, 1997, p. 248) implica na compreensão de que existem atribuições específicas para cada categoria profissional. Como explicitam Cunha e Campos (2011, p.967-68),

O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade (...) O Núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas.

Assim, as ações de campo assumem um caráter interdisciplinar enquanto que as ações de núcleo voltam-se para as especificidades e atribuições inerentes a cada profissão (FURTADO, 2007). Ambas são necessárias e se complementam, “permitindo um manejo adequado e menos idealizado do conhecimento na equipe e na rede assistencial” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p.969).

Apesar deste caráter de complementariedade entre as ações, em muitos momentos da inserção ficou perceptível que a questão do núcleo, se revela como uma questão complexa, relacionada a especialidades e trazendo a falsa ideia de ser considerada como contraditória aos princípios atenção psicossocial. É o que ilustram as falas abaixo:

Na supervisão que tivemos a supervisora lembrou que o CAPS não é pra tratar doença, o CAPS vem pra ser um direito dos usuários , de poder tá na sociedade e que **a doença não tem mais tanta importância, ela tá entre parênteses** ... E quando a gente tá muito dentro dos CAPS a gente vai perdendo essa ... o ponto principal né que é disso e não de tratar a doença, mas de conseguir ver o indivíduo na sua subjetividade enfim... então pra mim foi importante dela trazer de novo isso porque acho que é uma coisa que a gente vai se esquecendo a hora que **a gente mergulha muito na clínica** né... ela vai dizendo o quanto os profissionais precisam estar pro campo e da questão da transdisciplinaridade ... então ela diz que não é porque um garoto não fala que necessariamente ele vai precisar passar pela fonoaudióloga no equipamento CAPS mas o tanto que a fonoaudióloga consegue nos matriciar e nos capacitar pra que a gente também faça no nosso atendimento isso... e a transdisciplinaridade passando por todos os núcleos (Trecho da Entrevista de P1, grifo da autora).

Eu acho que é muito delicado quando tem autistas muito pequenos e que a gente precisa estimular porque tem uma janela de tempo... que se a gente perde essa janela o negócio não vai né, as crianças não saem disso... enfim... E aí eu **acho delicado a gente só ficar pensando em campo** quando a gente trabalha com essas questões mais sutis né , eu acho que o autismo entra nisso... Eu acho sim que é lugar do autismo tá, eu acho que tem contribuições pra gente fazer, mas eu sempre fico me perguntando se não poderia ter equipamentos para fazer junto (Trecho da Entrevista de P1, grifo da autora).

As falas anteriores trazem inúmeros pontos para a reflexão e exigem retomar teoricamente o Paradigma Psicossocial, a concepção da doença entre parênteses e qual é a clínica que dialoga com a Reabilitação Psicossocial. Amarante (2003) recorda que para a psiquiatria o foco era a doença, seus sintomas e manifestações. O sujeito era posto entre parênteses para que pudesse se olhar com clareza e afinco sua doença psíquica. No movimento da Reforma Psiquiátrica, Basaglia propõe que o que precisa estar entre parênteses é a doença, tornando possível que se olhe para o sujeito e para sua experiencia (AMARANTE, 2003).

Assim,

Esta atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido de não reconhecimento de uma determinada experiencia de sofrimento ou diversidade (...) não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir sofrimento, diferença ou mal-estar (...) a doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber psiquiátrico (AMARANTE, 2003, p.56).

Amarante (2003) propõe que a clínica precisa ser reinventada, uma vez que a relação a ser estabelecida não é mais com a doença, mas sim com o sujeito. Desta forma, faz-se necessário uma clínica que não se proponha a normalizar ou disciplinar, mas sim uma clínica que se proponha à “construção de possibilidades” (p.59) com um paradigma centrado no cuidado e na cidadania (AMARANTE, 2003) e, assim, garantir modos para este sujeito ser e estar no mundo.

Neste estudo, revela-se que a complexidade presente no TEA (e, certamente, em outras condições) exige um posicionamento que se distancie da negação da clínica e possa, com efetividade e coerência com os pressupostos da Atenção Psicossocial, avançar nas ações de cuidado e de garantia de circulação no território. Ainda que não se espere que a clínica especializada seja efetivada nos CAPSij, a demanda por uma articulação e por intervenções deste tipo reforçam que estes dispositivos também são caminhos necessários para se trabalhar a independência e autonomia destes sujeitos, possibilitando meios para o engajamento e a participação social.

Como se viu na Etapa 1 deste estudo, uma das principais questões gira em torno desse estresse sobre o papel do CAPSij em diálogo com os pressupostos da Atenção Psicossocial, a necessidade urgente, em alguns casos, da clínica especializada e o questionamento de qual seria o lugar para esta clínica. Nesta Etapa 2, este aspecto se confirma e se aprofunda, evidenciando angústias e alguns paradoxos.

Importa dizer que não cabe ao Paradigma Psicossocial a negação da clínica – e tampouco da doença. O que cabe é a nova forma de lidar com a doença, com os sintomas e, assim, a nova forma de se fazer clínica. Deste modo, as ações de Núcleo precisam, a todo momento, conversar com as ações de Campo e cabe ao Núcleo se aprofundar para que venha a possibilitar formas deste sujeito ser e estar no mundo.

Conforme aponta Minatel (2013) em seu estudo, questões como a retirada da fralda, a ampliação no repertório de alimentação e o manejo de comportamentos desafiadores possibilita aos familiares, e aos sujeitos com TEA, a ampliação de seus cotidianos e maior possibilidade de inclusão nos diversos contextos sociais (MINATEL, 2013). Nesta mesma linha, Matsukura (2016) salienta a importância das estimulações precoce e o treino de habilidades visando independência e autonomia e que vão para além de uma ideia ou concepção de normatização de comportamentos, mas efetivam-se enquanto possibilidade de viabilizar inclusão social para os sujeitos com TEA e suas famílias (MATSUKURA, 2016).

Tais aprofundamentos no núcleo podem acontecer no CAPSij e também podem acontecer em outros equipamentos os quais podem debruçar-se com mais afinco em

determinadas técnicas e métodos. No entanto, cabe ao CAPSij não apenas a articulação com a rede buscando o compartilhamento do cuidado, mas também o agenciamento deste cuidado externo que vem a somar com o PTS do sujeito.

Ainda, dentre os inúmeros desafios implicados no cuidado TEA, neste estudo identificou-se outras dimensões as quais se conectam, em maior ou menor grau, com os conceitos de Campo e Núcleo, Clínica Especializada e os pressupostos da Atenção Psicossocial.

Tais resultados apontam a dimensão que muito dos desafios implicados no cuidado do TEA nos CAPSij são fortemente afetados pelo temor ao uso de práticas e técnicas que remontem ao Paradigma Biomédico, paradigma esse renegado e substituído com o advento do Paradigma Psicossocial. Contudo, embora este pareça ser um temor que ronde e impeça algumas práticas, em diferentes situações ao longo da inserção etnográfica foi se confirmando a) um compromisso enorme das práticas realizadas pela equipe para com os pressupostos da Atenção Psicossocial; e b) a necessidade de aprofundar reflexões para que, coerentemente, seja possível articular ou efetivar ações que dialoguem com a clínica especializada sem deixar de lado os princípios defendidos pelo paradigma psicossocial (construção de autonomia, não segregação, participação social, engajamento, entre outros).

Além deste, alguns outros desafios apareceram de forma mais recorrente durante a inserção etnográfica. Um deles foi em relação à idade dos sujeitos com TEA e a relação disso com as ofertas de cuidado. Apareceu na fala de alguns profissionais o fato de que talvez o CAPSij consiga ofertar mais ações para as crianças pequenas. Isso já foi apontado anteriormente por P12, mas também aparece em demais falas.

Eu acho que o CAPS consegue dar um suporte para as crianças pequenas (...) aqui eu percebo que tem mais essas crianças que já são maiores, tipo nove, 10, 11, 12, 13 anos e fico pensando que talvez esse seja o maior desafio para o CAPS porque, para as crianças pequenas, me parece que é tudo muito mais tranquilo e fácil, são coisas que a equipe domina: acolher a família, acolher o sofrimento da criança, pegar a janela do desenvolvimento, estimular... Mas as crianças maiores acho que é até uma coisa pra gente discutir (Trecho da Entrevista de P4).

Este apontamento dialoga diretamente com alguns resultados da Etapa 1 deste estudo os quais mostram uma variedade maior de ofertas de atividades para crianças com TEA nos CAPSij. A Etapa 1 também identificou uma diminuição no número de sujeitos com

TEA no CAPSij conforme os mesmos vão ficando mais velhos. Seria a falta de adolescentes com TEA a justificativa para a ausência de ofertas para essa população? Ou a falta de ofertas que dialoguem com esta etapa do desenvolvimento, especificamente para o TEA, estaria ocasionando a não permanência de adolescentes com TEA no serviço?

Por outro lado, a fala de P4 salienta potências inerentes ao CAPSij e que possibilitam um cuidado ético implicado para com as crianças e suas famílias, tais como o acolhimento às famílias e a acolhida ao sofrimento dos sujeitos. Tais ações configuram-se enquanto dispositivo de cuidado do CAPSij embora, em alguns casos, as demandas sociais e as especificidades do TEA escancarem desassistências maiores que envolvem não somente o CAPSij e a equipe, mas toda a rede que não consegue se articular frente a demandas mais complexas. O trecho a seguir exemplifica um pouco sobre isso:

Eu acho que tem falhas no tratamento de alguns deles O que a gente faz quando a gente observa um histórico grave, um prognóstico ruim e famílias que não conseguem enxergar né...a gente precisa pensar em quão tardia chega a intervenção dessa menina pro serviço... e as intervenções feitas de forma tardia elas nos levam a perder grandes oportunidades de intervenção... eu acho que com muitos desses meninos é isso que aconteceu. A gente tem uma leva de meninos que está nessa condição agora, sei de um porque me sinto bastante responsável pelo que vai acontecer porque sou terapeuta dele. O T. é um garoto grande, um menino que não tem autonomia nenhuma, é um carinha que de forma muito natural olha pra mãe, pega o pé, bota na cara dela e ela amarra o sapato dele. Talvez porque ela tem 5 filhos, talvez porque ela tem uma condição de pobreza enorme, talvez porque é muito mais fácil amarrar do que tentar se haver com o fato de que o filho não faz sozinho... ele tá grande, ela vai ter neném, ele vai ficar um mês sem ir no CAPSij e o que a gente vai fazer? A gente vai continuar mantendo-o numa psicoterapia individual de 50 minutos por semana? Acho que a gente precisa conversar porque mantê-lo num atendimento individual vai trazer muito pouco de ganhos e é uma tecnologia que não vai dar conta daquela realidade. É obvio que pra mim, como terapeuta, eu vou ver alguns ganhos. Ele é um cara que depois de quase um ano com muitas falhas, ele consegue me dizer que não quer falar... ele balbucia muito, e cada vez mais ele tem vocalizado. É tarde, ele vai fazer 13 anos, eu vou ver ganhos, mas não dá pra eu achar que é disso que ele precisa. Eu preciso fazer uma boa análise do que tá sendo colocado ali porque senão a gente fica só cuidando de uma forma benevolente, como se a gente tivesse fazendo a nossa parte, mas que pra complexidade daquele sujeito, não vai dar conta. A gente precisa olhar pra isso de um jeito, não frio, mas realista. Precisamos cuidar do que a gente faz com nossa tecnologia, é uma tecnologia cara (Trecho da Entrevista de P2).

A fala de P2 traz, novamente, o reconhecimento de que os sujeitos com TEA, em algumas dimensões, demandam por intervenções específicas, por uma clínica mais

especializada que trabalhe habilidades e ganhos os quais possibilitem este sujeito ser e estar no mundo de forma mais independente e autônoma. Além disso, sua fala deixa antever que sem o compartilhamento do cuidado, sem a articulação em rede, não há saída possível, sobretudo para os casos de maior comprometimento. Por fim, traz ainda, as falhas e as dificuldades no cuidado com os adolescentes muitas vezes relacionada não apenas à falta de ofertas que dialoguem com essa fase do desenvolvimento, mas também relacionadas a lacunas que não foram trabalhadas quando estes sujeitos eram menores e que agora se tornam mais graves e complexas.

Minatel (2013) realizou uma pesquisa com 20 famílias de sujeitos com TEA buscando identificar experiências e demandas destas famílias ao longo de três diferentes fases de desenvolvimento (3 a 6 anos; 7 a 11 anos; 12 a 18 anos). Os familiares cujos filhos se encontravam na faixa etária dos 12 aos 18 anos salientaram dificuldades básicas em relação à dependência, higiene do filho e comportamentos desafiadores como birras e autoagressões relacionados ao fato de estes sujeitos estarem maiores enquanto que os familiares já estão mais velhos e com menos energia física para lidar com as demandas. A autora hipotetiza que a sobrecarga dos familiares aumenta com o passar dos anos uma vez que os filhos continuam dependentes dos cuidados de seus familiares (MINATEL, 2013).

A seguir serão apresentados dois adolescentes com TEA com os quais a pesquisadora teve contato durante a inserção etnográfica. Para esta apresentação optou-se por elaborar um relato resumido a partir dos dados colhidos durante a inserção etnográfica (observação participante, entrevistas e leitura de prontuários) e inserir tal relato em um Quadro. Os nomes adotados para apresentá-los são fictícios. Busca-se debruçar sobre o percurso destes sujeitos no CAPSij e seus atuais PTS.

Quadro 14 – Percurso e demandas de Lucas

Lucas tinha 13 anos e apresentava grandes dificuldades relacionadas ao TEA. Não se comunicava verbalmente, embora vocalizasse muitos sons; tinha uma interação social pobre, mas aceitava a presença de outras pessoas; apresentava muitas estereotípias e mostrava-se bastante dependente nas atividades cotidianas. Estava no CAPSij desde os 7 anos de idade e chegou encaminhado pelo Centro de Saúde. Lucas já participou de um grupo com outros dois adolescentes com TEA, atualmente este grupo não existe mais.

No momento da inserção etnográfica, Lucas estava sem um PTS constituído. Ele e

seu pai vinham para atendimento de referência, mas seu pai pouco conseguia apontar sobre as demandas do filho, dizendo apenas que o adolescente estava mais calmo devido à medicação que usava (Neuleptil®).

Lucas estudava em uma escola especializada para autistas no município, na qual ficava meio período. Além desta escola, Lucas ia ao CAPSij uma vez por semana e seu PTS estava em reformulação. Em relação ao novo PTS, a técnica de referência pensava em propor atendimentos com a terapeuta ocupacional do CAPSij, objetivando a exploração do território e autonomia de Lucas.

Eu sou referência também mas tenho feito atendimentos em conjunto com a TO... como a TO tá entrando agora e o Lucas já tem um vínculo comigo e aí eu pensei na entrada da TO e pra ele se vincular eu estou fazendo uns atendimentos em conjunto, está sendo bem legal. A proposta do atendimento é continuar fazendo as saídas com ele que era algo que a gente fazia no grupo (grupo de adolescentes autistas), aí ano passado a TO residente que atendeu ele também fazia as saídas (...) A gente está querendo ir pra quadra. Ai por isso também que eu estou fazendo o atendimento com ela (TO) porque pra ir sozinha fica complicado né... A proposta é trabalhar a autonomia, a conviver com outras pessoas, inclusive acho que essa questão da autonomia é bem forte assim porque o pai sempre fala da gente dar a mão pra ele (Lucas), tomar cuidado e aí isso também, as outras referências que estavam falavam né, que o pai o tempo todo do lado dele "ah você quer agua" pegava agua, ao invés de falar pra ele ir buscar... eles vão dando pouca autonomia e é uma questão que a gente quer trabalhar com ele...E ele já teve uma melhora muito grande porque ele era bastante agressivo, ele mordía, ele ficava muito nos movimentos repetitivos e ai agora ele tá tendo uma melhora nisso (Trecho da Entrevista de P3, referência do caso)

Lucas apresenta características marcantes do TEA, com sinais clássicos associados a uma provável deficiência intelectual que compromete a aquisição de algumas habilidades. No entanto não se pode deixar de apontar que Lucas está inserido no CAPSij desde os sete anos de idade e, apesar de todo este tempo em tratamento, ainda mostra dificuldades muito primárias: é dependente nas Atividades de Vida Diárias (AVDs) e não mostra ter qualquer autonomia.

A profissional de referência cita o fato de a família de Lucas não estimular sua autonomia, sendo este um dos objetivos do CAPSij para com ele. Importa pontuar a necessidade de se trabalhar isso não apenas com Lucas, mas com sua família. Sem um trabalho que envolva a família e que busque escutar e entender os objetivos da família para o tratamento, o mesmo acaba não ressoando e não tendo avanços.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados coletados em campo (2019).

O caso de Lucas deixa evidente quão importante é a inclusão da família não apenas na elaboração do PTS mas também enquanto agente do cuidado. Salienta-se que os atendimentos de referencia precisam dialogar com a família também no sentido de orientá-la e auxiliá-la a dar continuidade às intervenções que dialogam com os objetivos do tratamento.

Torna-se ineficaz um tratamento que é realizado apenas no CAPSij, sem rebatimentos no cotidiano do sujeito, sem implicar a família neste cuidado.

Quadro 15 – Percurso e demandas de Julia

Julia tinha, no momento da inserção etnográfica, 13 anos e estava há 3 anos no CAPSij. Foi encaminhada pelo Centro de Saúde e, embora tenha diagnóstico de TEA, durante muito tempo a equipe questionou sobre uma possível psicose. Julia já passou por atendimentos grupais e também individuais, mas sempre teve pouca frequência nos atendimentos. Apresenta uma agitação psicomotora bastante evidente, fala muitas coisas que nem sempre têm sentido de comunicação. Possui alguns rituais e, embora aceite a presença de outras pessoas, até mesmo perguntando sobre alguns profissionais, tem dificuldade na interação com os pares.

Mostra-se muito dependente em relação às AVDs, precisando de ajuda ao usar o vaso sanitário, para trocar de roupa e tomar banho. Julia estava em atendimento com uma terapeuta ocupacional, frequentava a escola regular e não estava em uso de medicação.

A Julia, hoje eu vejo que ela tem alguns sintomas importantes... delírios ou ecolalias?? Ela faz muitos rituais ..., mas vamos ver, estamos descobrindo juntos(...) eu vou pedir pra P14. me ajudar pra eu trabalhar com as histórias, contação de histórias porque a Julia fica sempre com os personagens mas ela não sabe as histórias , a única história que ela sabe é da Branca de Neve e foi a primeira vez que eu pedi pra ela me contar a história que ela consegue me contar sem parar tanto com as coisas dos dedos, dos rituais que ela faz... então quero trabalhar um pouco disso com ela, ela também não tem repertório nenhum de atividade, ela não faz nada, não consegue desenhar, é tudo como se ela tivesse 3 anos de idade, não tem esquema corporal, nada... É uma menina que nunca esteve muito colada no serviço, agora que começa a vir com mais regularidade mas assim... vem 2 vezes falta 3 (...) está na escola regular e vai na sala de recurso... mas ainda não está alfabetizada ... ainda não toma banho sozinha... não tem uma independência mínima que é esperada pra 13 anos e que é esperada para as capacidades que ela tem, ela tem capacidade de tomar banho sozinha, cuidar do quarto...(Trecho da Entrevista de P1, terapeuta de Julia).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados coletados em campo (2019).

A fala de P1 sobre Julia traz diversos pontos passíveis de discussão. O primeiro deles refere-se à dificuldade de adesão ao tratamento e uma baixa frequência de Julia ao CAPSij. Este dado dialoga com os achados da Etapa 1 que apontam a diminuição de adolescentes com TEA nos CAPSij, assim como em outros estudos da literatura (MINATEL, 2013; ROSA, 2015).

Outro ponto importante de se pensar é a questão de ações propostas e desenvolvidas pela equipe do CAPSij que viabilizem a Julia, o Lucas e outras crianças e adolescentes com TEA a estarem no mundo, a se engajarem nas atividades, participarem da comunidade de forma autônoma dentro de suas possibilidades. E talvez para que isso aconteça algumas abordagens mais específicas sejam necessárias. Faz-se importante que estes sujeitos consigam, por exemplo, usar o banheiro com autonomia.

Para isso é necessário superar alguns preconceitos que relacionam a aprendizagem de algumas AVDs com métodos e modelos reducionistas e mecanicistas afirmando que tal objetivo não dialoga com os princípios da atenção psicossocial. A aquisição de habilidades como utilizar o banheiro, amarrar o tênis, entre outras possibilita a participação deste sujeito em diferentes contextos, favorecendo a inclusão social e dialogando com os pressupostos da Atenção Psicossocial.

Outro ponto importante de reflexão, dando continuidade a esta questão do cuidado aos adolescentes que seguem em desenvolvimento é em relação à alta e/ou transferência de cuidados quando estes sujeitos completam 18 anos. A questão das altas e transferência de cuidado para com os usuários com TEA foi algo que apareceu poucas vezes ao longo da inserção etnográfica. Provavelmente isso aconteceu devido à ausência de adolescentes autistas próximos à idade dos 18 anos no CAPSij.

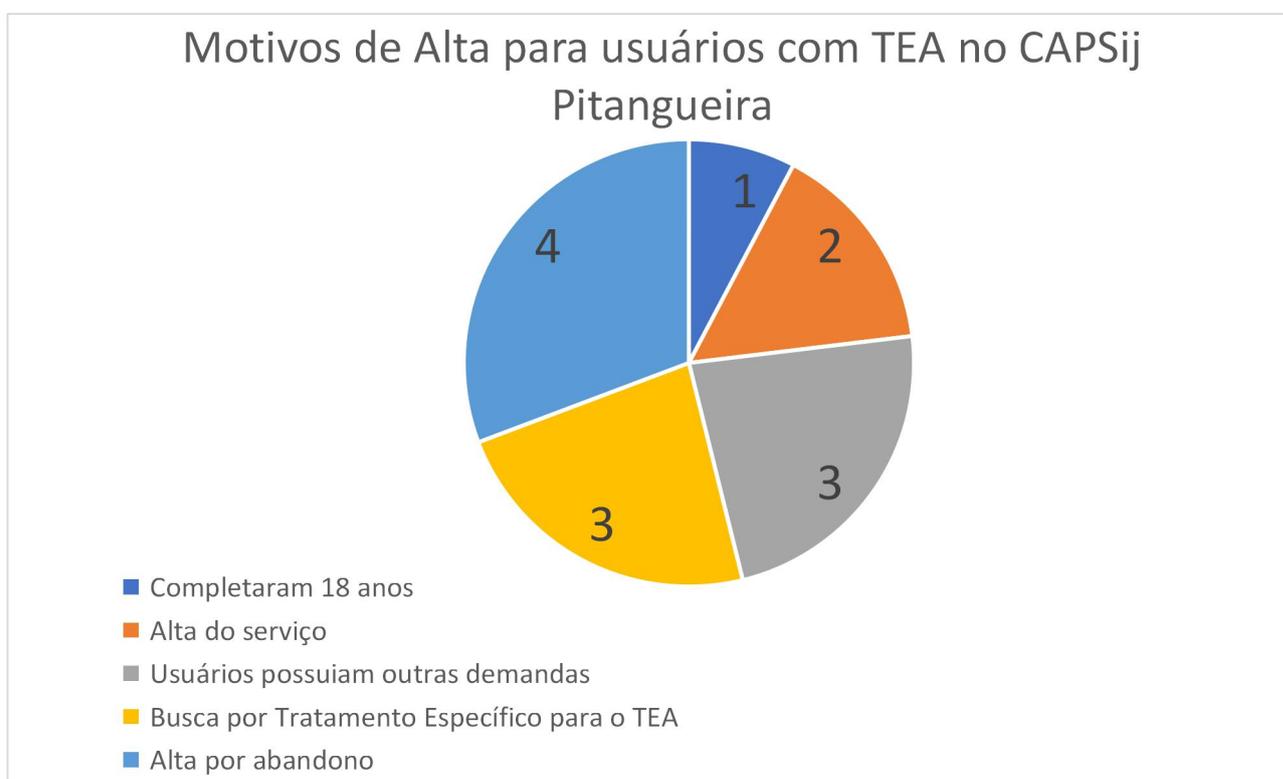
No entanto, foi possível se deparar com o caso de um adolescente já com seus 19 anos e que já estava em cuidados no CAPS de adultos do território. Este adolescente havia sido cuidado pelo CAPSij e em alguns momentos ainda ia ao CAPSij para rever as pessoas, movimento que indica bastante vinculação com aquela equipe e uma transferência de cuidado realizada de forma cuidadosa.

Após o almoço, logo antes da passagem de plantão, C. aparece ao CAPS. Disse ter vindo visitar, acredito que ele me reconhece, segura minha mão e me conta que está indo no grupo de música no CAPS adulto. Conta que sobre uma profissional que saiu do CAPS de adulto, algo que parece ter deixado ele triste (...) após cumprimentar as pessoas da equipe e circular um pouco por ali, ele vai embora. A equipe me explica que as vezes ele vai ao CAPSij para matar a saudade, que foi um combinado feito com ele quando

ele foi transferido para o CAPS adulto por ter feito 18 anos (Trecho do Diário de Campo de 05/02/2019).

Em relação às demais altas, foi possível ter acesso a um levantamento geral que a gestora do CAPSij estava fazendo a respeito de usuários com TEA que já tiveram alta do equipamento. O levantamento, ainda em fase inicial, contava apenas com 13 nomes de usuários e, após conferir os prontuários de cada um deles, foi possível identificar os seguintes motivos para a alta, ilustrados no gráfico 05:

Gráfico 05 - Motivos de Alta para usuários com TEA no CAPSij Pitangueira



Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

O usuário que completou 18 anos teve sua transferência de cuidado feita para um programa de inclusão no mercado de trabalho. Dois usuários tiveram alta do serviço pois, de acordo com o prontuário, a equipe entendeu que não haviam mais demandas a serem trabalhadas.

Três usuários foram encaminhados para outros serviços da rede com enfoque na reabilitação e intervenção precoce pois eram usuários que demandavam cuidados específicos em reabilitação física e/ou deficiência intelectual.

Três famílias optaram por procurar atendimentos em outros espaços cujo enfoque é mais específico para o autismo e para determinadas abordagens, sobretudo abordagens comportamentais. Quatro usuários tiveram alta por não aderirem ao tratamento. Para um deles a equipe do CAPSij conseguiu articular a inserção da criança em um grupo no Centro de Saúde.

Por fim, faz-se importante apontar a percepção dos familiares sobre as ofertas de cuidado que seus filhos recebiam no CAPSij e aquilo que elas sentiam falta. Considerou-se pertinente alocar estas percepções aqui uma vez que dizem respeito ao cuidado ofertado para as crianças e adolescentes com TEA.

O Quadro 16 apresenta estas percepções.

Quadro 16 - Ações e articulações que a família sente falta no CAPSij

Questão Norteadora	Categorias identificadas
Do que a família sente falta? O que gostaria?	Avaliações e devolutivas mais frequentes sobre o tratamento dos filhos
	Melhor organização dos grupos
	Atendimentos voltados para algumas especialidades
	Laudo e diagnóstico

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019).

Um dos apontamentos trazidos pelos familiares foi a questão de o CAPSij conseguir dar retornos mais frequentes à família sobre o desenvolvimento da criança, como ilustra o trecho abaixo retirado do Diário de Campo:

F8 salientou que acha que o CAPS deveria fazer uma avaliação a cada 3 meses para dar uma devolutiva de como a família pode ajudar, de como a criança está (Trecho do Diário de Campo do dia 10/04/2019).

É bem possível que o CAPSij dê retornos e atualizações frequentes às famílias tendo em mente, inclusive, a frequência dos atendimentos de referência. Porém, o que se entende é que as famílias parecem necessitar de mais retornos, mais diálogos, mais espaços para falarem, ouvirem e buscarem compreender sobre seus filhos e sobre o TEA.

A depender do momento familiar, a vivência de situações estressantes pode interferir no processo de compreensão e elaboração desta família, sendo necessários mais espaços e diferentes diálogos para auxiliar esta família a entender melhor o quadro de seu filho.

Outro apontamento frequente nas falas dos familiares foi em relação à abordagens mais específicas de determinados núcleos profissionais. Um dos familiares, inclusive, acabou optando por priorizar o tratamento do filho em outro espaço que não o CAPSij, pois receberia um tratamento mais focalizado em determinados núcleos e intervenções. É o que se pode perceber nos trechos abaixo:

(...)fazer algo mais focado voltado pra fonoaudiologia porque na questão de interação com as pessoas ele já está quase 100% (Trecho da entrevista de F4).

Pergunto para F6 sobre o que sua filha faz no CAPS e do que ela sente falta. Imediatamente F6 diz sentir falta de atendimentos de fonoaudióloga para a filha, pois era algo que a filha tinha quando elas moravam em outra cidade e ela via melhoras (Trecho do Diário de Campo de 14/03/2019).

F9 me conta sobre as dificuldades de seu filho e mostra compreender bastante sobre a intervenção da Integração Sensorial (...) ela diz que é isso que seu filho fará com a TO na clínica. Me conta que cansou de pedir para que o filho fosse atendido por uma TO no CAPS, mas isso nunca aconteceu. Pergunto se continuará trazendo o filho ao CAPS e ela diz ter optado por dar um tempo pois acredita que ficará com muitos atendimentos e o atendimento na clínica é no mesmo horário que os atendimentos no CAPS (Trecho do Diário de Campo de 20/05/2019).

A respeito disto, alguns profissionais também se questionam sobre adotar ou não técnicas mais específicas no cuidado aos usuários com TEA, é o que se pode observar no trecho a seguir:

Então né essa questão da Integração Sensorial que a não tem os materiais no CAPS... fico em dúvida se a gente deveria ter ou não ... né tem hora que eu acho que a gente deveria ter, tem hora que eu acho que não... que na verdade é isso né, então e a doença fica entre parênteses, a gente precisa ajuda-lo a estar no mundo de outra forma e aí a gente não precisa da Integração Sensorial...mas ele precisa da Integração Sensorial... então precisa de equipamentos parceiros que consigam dar conta disso ? (Trecho da Entrevista de P1).

Como se observa a questão central sobre a demanda e a implicação de uma intervenção especializada e o TEA novamente retorna, agora sob a perspectiva dos familiares.

Essa dimensão está e esteve presente em todas as etapas deste estudo e sob diversas perspectivas (fala dos gestores, apontamentos da equipe, demanda dos familiares).

Importa um posicionamento sobre a necessidade do CAPSij em assumir coletivamente, enquanto equipamento que compõe a rede e mostra-se comprometido com a Atenção Psicossocial, de não negligenciar as demandas e necessidades plurais desses sujeitos e de suas famílias, entendendo que também são demandas destes familiares as terapias especializadas, o desfralde, o treino do vestuário, entre tantas outras que possibilitarão que esses sujeitos estejam e participem da sociedade.

Buscando encontrar no território, e no município, outros locais que pudessem compor este cuidado junto aos sujeitos com TEA, fez-se um levantamento junto à equipe do CAPSij sobre possíveis instituições no município que recebem pessoas com TEA e realizam algum tipo de intervenção. Entrou-se em contato via telefone e por e-mail com estas instituições e apenas duas responderam, aceitando receber visita para entender melhor suas propostas e se há a possibilidade de parcerias com o CAPSij e compartilhamento do cuidado dos usuários com TEA. Para garantir o sigilo ético, as instituições serão nomeadas como “Instituição 1” e “Instituição 2”.

A Instituição 1 é uma escola que existe há 30 anos no município. Trata-se de uma escola que recebe alunos de diferentes idades, desde crianças até idosos, os quais apresentem comprometimentos cognitivos e, dentre eles, pessoas com diagnóstico de TEA que tenham uma deficiência intelectual. Várias crianças do CAPSij Pitangueira estão inseridas nesta instituição.

A escola possui quatro unidades e segue as séries de ensino determinadas pelo MEC. As salas são divididas entre estas séries e também levando em consideração o grau de comprometimento dos sujeitos. Em cada sala há cerca de 7 crianças que são acompanhadas por um pedagogo que tenha especialização em educação especial e um monitor. De acordo com a coordenadora da escola, o referencial teórico metodológico utilizado pauta-se em abordagem comportamental, destacando-se a Análise do Comportamento Aplicada (em inglês, ABA) e o Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações (em inglês, TEACCH).

Para os adolescentes e adultos jovens há algumas propostas de tentativa de inserção no mercado de trabalho e para os adultos mais comprometidos a proposta é que eles passem o dia na unidade onde são ofertadas atividades artísticas e culturais.

Há alguns anos a Secretaria Estadual de Educação fez uma parceria com a escola e passou a custear a inserção de alunos com autismo no espaço pois a escola é particular.

Desde então, as crianças e adolescentes que tenham laudo de TEA podem procurar a escola e através desta parceria serão incluídas mediante a aprovação da secretaria estadual de educação e delegacia de ensino.

A relação com o CAPSij parece ser pontual e acontece apenas para a discussão de alguns casos específicos. A profissional que me recebeu na visita avalia como essencial o cuidado compartilhado com o CAPSij uma vez que o CAPSij consegue alcançar o usuário no território, ação que a escola não consegue fazer. Apesar disso, as relações ainda são distantes.

O trecho a seguir ilustra um pouco mais sobre minha visita a esta escola e as percepções que construí ao longo desta visita:

Em algumas salas era possível ver as crianças engajadas em alguma atividade, sempre de cunho pedagógico. Quase nunca as crianças faziam atividades juntas, era sempre cada uma com sua atividade. Em outras salas, sobretudo nas salas onde as crianças eram mais comprometidas, algumas estavam deitadas sobre a mesa, outras andando de um lado para o outro. Me lembro de ter entrado em uma sala com um cheiro muito forte e aquilo me impressionou muito. No 2º e 3º andar encontrei adolescentes. Alguns bastante comunicativos, outros mais introspectivos. Em uma das salas, quando me apresentei e falei que estava fazendo minha pesquisa no CAPS, um menino me disse que ia ao CAPS toda semana. Vi também um menino que vai ao CAPSij Pitangueira. Em uma das salas que entrei havia apenas crianças e adolescentes cadeirantes, provavelmente todos ou a maioria com Paralisia Cerebral. A professora estava com uma das alunas fora da cadeira de rodas, os outros estavam todos em suas cadeiras de rodas, sem nenhuma atividade na mesa naquele momento. Quando voltamos ao primeiro andar, foi possível ver algumas crianças brincando no pátio. A coordenadora me explicou que era a hora do recreio daquela turma. O pátio era grande, mas não possuía brinquedos ou um parquinho, apenas um amplo espaço livre (Trecho retirado do Diário de Campo de 27/03/2019).

A Instituição 2 não tem caráter pedagógico, mas sim adota um cunho voltado para o tratamento e reabilitação. Pauta-se na Análise do Comportamento Aplicada. E, assim como a Instituição 1, também existe há 30 anos. Ambas as instituições surgiram em um momento no qual não havia opções de tratamento no município para crianças e adolescentes com TEA.

As ações desta instituição variam. Existem ações que ofertam atendimentos 2 vezes na semana, no contraturno escolar, com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicóloga e educador especial; ações voltadas para meninos em idade escolar que frequentam todos os dias da semana a instituição; e, por fim, um programa voltado para os adultos que

foram diagnosticados tardiamente e que possuem outras comorbidades. Estes adultos ou passam o dia todo na instituição ou ficam meio período todos os dias.

Ainda a respeito das ofertas, a instituição tem outros programas mais específicos tais como a Casa Terapêutica, voltada para adultos, visando trabalhar ações de autonomia, aprender a viver dentro de uma casa; as ações de Mercado de Trabalho que buscam a inclusão no mercado de trabalho; a Estimulação Precoce, voltada para as crianças menores, com a perspectiva de se manter uma linha de cuidado que envolva as escolas; e o Programa de Alta Assistida, voltado para adolescentes, com uma proposta de Acompanhamento Terapêutico.

O trecho a seguir, retirado do Diário de Campo, apresenta de forma um pouco mais aprofundada esta instituição e seu espaço físico:

O espaço é bem menor se comparado à instituição 1, entretanto pareceu-me um espaço menos “institucionalizado”, com mais áreas abertas e áreas verdes. A grande maioria das salas tem sua porta voltada para um grande pátio. É possível observar também um parque com alguns brinquedos, uma horta. Visitei, ainda, a casa terapêutica e a sala de Integração Sensorial que é coordenada por um educador físico. Nas salas, ficam em torno de 4 ou 5 crianças e ao longo da manhã cada sala tem uma programação. Em uma das salas que entrei vi um menino com as mãos enfaixadas. A monitora me explicou que ele estava beliscando a si mesmo e aos outros e aquele era um protocolo que eles adotavam para ele parar. Achei um tanto sofrido ver ele ali com as mãos enfaixadas. Ele se aproximou de mim e rapidamente elas me alertaram que ele poderia me morder. No pátio vi um adolescente em um desses macacões proprioceptivos, o monitor que estava com ele me explicou que ele estava muito agitado, se debatendo muito e que aquela era uma técnica que eles usavam para ajudá-lo a se acalmar. Vi a Instituição 2 como um espaço possível que, pelo que percebi, caminha mais numa proposta da interação social e da inclusão, pensando inclusive em espaços para além da instituição, acompanhamentos terapêuticos e inserção no mercado de trabalho. Novamente o nó que achei foi em relação aos casos mais graves e aos que apresentam outras comorbidades, sobretudo a Deficiência Intelectual. Para estes casos, ainda acaba sendo muito mais um espaço “creche” para passarem o dia e não sobrecarregarem suas famílias, um espaço onde eles podem conviver com outras pessoas, mas nem sempre inclusos na sociedade (Trecho do Diário de Campo de 03/04/2019).

Sobre uma possível articulação entre a instituição e o CAPSij, este parece ser um assunto polêmico e controverso. A representante da instituição que me recebeu, disse que seria possível e importante, como observa-se no trecho a seguir:

Pergunto para ela sobre a parceria com o CAPS, se existe e como é. Ela me diz que essa parceria não acontece, me diz que entende o fato de o CAPS estar superlotado e não ter pernas para as parcerias. Pontua, ainda, que seria muito bom se essa parceria ocorresse uma vez que o CAPS está no território e isso facilita muitas coisas, acesso as famílias, maior contato com o território dos pacientes (Trecho do Diário de Campo de 03/04/2019).

Contudo, quando se buscou entender com a equipe do CAPSij sobre esta instituição e possíveis parcerias, outras questões acabaram sendo levantadas pela equipe:

Quando a gente tentou fazer uma aproximação, por exemplo, com a instituição 2 ... a gente já tentou “então um serviço não vai ser excludente do outro” ... aí eles topam, mas para as mães o que eles dizem é “não, se você já está no CAPS você não vai estar aqui”. ou então “se você vai estar aqui então você se desligue do CAPS”... né então é uma conversa que não vai pra frente né... que a gente não sabe de fato o que que rola mas eles sempre pedem pra família escolher né aonde vai ficar...já teve vários casos, até casos que ficaram lá e que depois retornam pra cá e que a gente percebe que não melhorou muito né, que não teve uma evolução dos comportamentos... porque as mães nunca sabem dizer como é o tratamento lá porque é um tratamento que elas não participam (Trecho da Entrevista de P1).

A gente já teve algumas famílias que participavam da instituição 2 que a gente falava assim "se quiser ir lá tudo bem, tem um método diferente do nosso trabalho mas pode continuar indo lá e vindo aqui" ... ai eu sei que quando começa lá eles falam pra não vir aqui então eles param de vir aqui, já teve alguns casos daqui que participou lá, parou de vir aqui e depois voltou quando teve alta lá sabe ? Mas é difícil, eu particularmente nunca cheguei a discutir casos na instituição 2, na instituição 1 já cheguei a discutir, ai eles discutem e tudo... Acho que precisaria também da gente se aproximar mais dessas instituições , a gente liga mais pra discutir algum caso mas assim... que nem eu nunca fui na instituição 1, eu sempre liguei lá pra discutir e nunca fui, eu poderia ir, acho que é um lugar legal pra gente se aproximar (Trecho da Entrevista de P3).

Assim, fica o questionamento de como ultrapassar as “demarcações territoriais” existentes entre os equipamentos que cuidam dos usuários com TEA e que adotam posturas como “esse usuário é meu”, “esse usuário tá no CAPSij então não pode estar aqui”. Couto e Delgado (2010) salientam que o CAPSij possui competências para tecer e organizar a Rede de cuidados. Deste modo, levando em consideração todos os apontamentos já realizados neste estudo, os princípios e pressupostos da Atenção Psicossocial e a facilidade que o CAPSij possui de dialogar com os objetivos da Clínica Ampliada, valorizando diferentes saberes e

costurando-os, entende-se que o CAPSij teria perfeitas condições para realizar a aproximação destes diálogos dos quais os usuários muito se beneficiariam.

Outro desafio apontado por um dos familiares na entrevista e também percebido ao longo da inserção etnográfica, bem como nas entrevistas com os profissionais, foi em relação ao diagnóstico e ao laudo médico. Era perceptível o quanto algumas famílias cujos filhos já tinham o laudo indicando TEA conseguiam se beneficiar de programas e benefícios, enquanto que as famílias sem o laudo pareciam estar numa eterna espera pela nomenclatura.

Em conversa com um dos psiquiatras da equipe o mesmo pontuou que olha com cautela para a questão do diagnóstico e do laudo, buscando pautar sua avaliação nos aspectos do desenvolvimento. Isso fica bastante perceptível durante um acolhimento no qual é feita a avaliação de uma criança que chegou ao CAPSij com um laudo apontando sinais de TEA.

Ponto para P7 (psiquiatra) o que pude observar. Ele nomeia como ‘tique’ o que eu chamo de ‘estereotipia e não parece dar tanta atenção para isso neste momento. Diz que continuará avaliando o menino e que é cedo para dizermos algo. Concordamos que há coisas pra serem trabalhadas com o menino e também com sua mãe, de uma forma mais global e pensando no desenvolvimento humano e não focalizando em uma patologia ou diagnóstico (Trecho do Diário de Campo de 21/01/2019).

O que foi possível de observar a respeito da avaliação feita no CAPSij Pitangueira é que a mesma pode positivamente estender-se por semanas, buscando observar o sujeito em diferentes momentos e atividades. Busca-se ouvir os demais atores envolvidos com aquela criança, tais como família e escola, e a avaliação tem por objetivo maior a estruturação de um PTS a partir das necessidades do sujeito e não a emissão de um laudo diagnóstico.

Além deste psiquiatra, outros profissionais da equipe também buscam olhar com cautela para os diagnósticos coerentemente com os princípios da Atenção Psicossocial. Há um receio de estigmatizar e rotular a criança, embora também se perceba que alguns diagnósticos, como é o caso do TEA, garantem acesso a benefícios e direitos. Esta parece ser uma linha de raciocínio comum aos profissionais deste CAPSij:

Que nem o M. que é minha referência, é o mais novinho de 2 anos e meio, quando eles chegam parece que isso tá dado e não tá dado né, o M. faz muita birra, ele percebe a presença do outro, se você brinca com outra criança ele se joga no chão, então né será que é mesmo um autismo? Ele tá percebendo

você se relacionando com o outro e depois com ele , não tá no mundinho dele né, então de como a gente apazigua também de ó tem alguns sintomas que sim né mas tem outras características que diz que não né, que não entra dentro do espectro (Trecho da Entrevista de P1).

Eu sou só uma psicóloga, não vou conseguir salvar a criança nenhuma de um diagnóstico desse e a questão do diagnóstico não tinha que vir pra penalizar, tinha que vir pra direcionar o tratamento... essa é a aposta né que a gente possa acessar o diagnóstico como um ato inventivo do cuidado, conhecendo o lugar em que eu trabalho eu acredito nisso, em outros lugares não sei (Trecho da Entrevista de P2).

Por outro lado, um psiquiatra recém-chegado à equipe mostra pensar de uma forma diferente sobre a questão do diagnóstico e também das abordagens para com o TEA. P15 além de estar no CAPSij, também trabalha em alguns ambulatórios na UNICAMP¹⁰ e me conta sobre a construção de um Centro Especializado em TEA cujo principal objetivo será o de diagnóstico precoce e capacitação das equipes da Atenção Básica em Saúde para a identificação de sinais de risco para o TEA.

P15 me conta que faz pouco tempo que está no CAPSij, mas que atende muitos autistas em um ambulatório na UNICAMP. Pergunto sobre um novo ambulatório, exclusivo para autistas, que abrirá na UNICAMP e ele me explica que na verdade se trata de um Centro Especializado em Autismo que terá como principais focos o diagnóstico precoce e a capacitação das equipes de atenção básica para a identificação dos possíveis casos. P15 continua dizendo que o Centro seguirá a linha comportamental, algo que ele avalia como muito bom pois tem os protocolos e testes que auxiliam na identificação das crianças e podem ser aplicados na atenção básica. Ele comenta dizendo que a equipe do CAPS não é favorável às teorias comportamentais, mas que ele se identifica muito e é a linha que ele segue (Trecho retirado do Diário de Campo de 20/05/2019).

Caliman (2012) faz uma importante reflexão sobre o lugar que o diagnóstico assume na sociedade e na vida de cada sujeito e de suas famílias, apontando o quanto o diagnóstico tornou-se algo necessário e almejado. A partir de um diagnóstico é possível acessar direitos políticos, educacionais, trabalhistas; é possível também encontrar uma explicação, uma nomenclatura para o que outrora poderia ser visto como uma falha moral subjetiva; e também a partir de um diagnóstico é possível a construção de agrupamentos e criação de coletividade entre sujeitos que se reconhecem enquanto grupo.

¹⁰ Ambulatório de Psiquiatria voltado para a infância e adolescência.

A este processo Ortega (2003) denomina “bioidentidade”, ou seja, o fortalecimento de uma identidade somática pautada em critérios específicos de saúde, ou por uma determinada doença ou transtornos (ORTEGA, 2003). Nessa lógica das bioidentidades o doente/ paciente/ sujeito é posto entre parênteses e o que se sobressai é seu diagnóstico, mostrando uma dissonância com os princípios básicos da Atenção Psicossocial.

Especificamente em relação ao TEA, Aydos (2019) reflete sobre como o diagnóstico torna-se fundamental no cenário de busca e acesso a direitos uma vez que o TEA está incluso no rol das deficiências. A autora busca refletir sobre a atual “epidemia de autismo”, chamando atenção para o aumento de sinais diagnósticos inclusos nos critérios de diagnóstico dos manuais de psiquiatria e também para um aumento nos diagnósticos entre adultos que passaram a reconhecer sinais que outrora passaram despercebidos.

Esta parece ser um ponto chave de grandes impasses no CAPSij Pitangueira. Por um lado, há o diagnóstico de TEA que, diferentemente de diagnósticos como o de Esquizofrenia ou Transtorno Afetivo Bipolar, possibilita acesso às políticas públicas de inclusão uma vez que o TEA se enquadra enquanto uma deficiência. Por outro lado, fica sempre o receio de estigmatizar ou, até mesmo, patologizar um comportamento ou uma característica peculiar e individual de cada pessoa.

Além disso, é notável a angústia entre identificar sinais que indicam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e se atribuir um diagnóstico a este atraso. Para se iniciarem as intervenções, a estimulação precoce, nenhum diagnóstico precisa ser fechado pois tais intervenções se pautam nas questões relativas ao desenvolvimento que é esperado para a criança em cada faixa etária. Assim, o diagnóstico não deveria ser essencial para que as famílias tenham acesso a tratamentos e serviços.

Notava-se na equipe, ainda, uma preocupação com qual o uso que a família faria deste diagnóstico. É o que ilustra a história de Eduardo, apresentada no Quadro 17 :

Quadro 17 – Percurso e demandas de Eduardo e sua família

Eduardo é um adolescente de 13 anos com hipótese diagnóstica de TEA. Estava no CAPSij há pouco mais de um ano. Veio encaminhado pelo Centro de Saúde e fazia uso de medicação (Risperidona®). A família mostrava pouca vinculação com o serviço e Eduardo não possuía um PTS definido. O adolescente era bastante autônomo e mostrava um alto funcionamento, conseguia comunicar o que desejava, ia sozinho para a escola e mostrava

independência nas atividades cotidianas. Estudava em uma escola regular e participava de um projeto no contraturno escolar. Foi um caso que pude acompanhar em diversos momentos, nas discussões com a equipe, reunião com o projeto de contraturno escolar e também em conversas com a mãe de Eduardo e com o próprio adolescente. A equipe tinha algumas dúvidas sobre o diagnóstico de TEA e parecia haver um consenso na equipe de que a família de Eduardo o tratava como incapaz.

A mãe coloca Eduardo em uma posição de doente, colocando o autismo como uma condição pela qual ele não consiga fazer nada sozinho. P3, referência do caso, diz que Eduardo já comentou que sua mãe o acha um fraco. O menino aparenta ser autônomo em diversas atividades, inclusive vai sozinho para a escola e para o projeto social (Trecho do Diário de Campo de 31/01/2019)

Em conversa com a mãe de Eduardo, a mesma me contou que o adolescente tinha o diagnóstico de TEA desde os 6 anos de idade e durante muito tempo foi acompanhado pelo CAPSij na cidade onde moravam. Há 3 anos a família se mudou para Campinas e Eduardo era atendido pela pediatra do Centro de Saúde. Pontuou que o CAPSij não queria receber Eduardo pois alegava que ele não era um caso para CAPS e que demorou muito tempo para que ele fosse acolhido no serviço. Mostrou bastante descontentamento com os cuidados ofertados no CAPSij, sobretudo em relação às condutas médicas, como vemos no trecho a seguir:

Conta que se sente pouco ouvida ali e que recentemente o psiquiatra retirou a medicação de Eduardo e não quis dar o novo laudo alegando TEA. Me conta que precisa deste laudo pois está tentando o benefício (BPC). Afirma estar cansada de brigar tanto e de falar e não ser ouvida e que nos outros lugares nunca teve este problema, Eduardo já passou por vários médicos e todos confirmavam o diagnóstico. Fala sobre atendimentos em neurologia e sobre alguns serviços especializados para o autismo, explicando que preferia estar nestes espaços, mas que a fila está muito grande (Trecho do Diário de Campo de 15/03/2019)

Em conversa com Eduardo, o adolescente pontuou que vinha ao CAPSij apenas para conversar e que isso era muito cansativo. Quando perguntei sobre o que poderia ser melhor, ele reclamou sobre o tempo que cada usuário pode usar o computador, dizendo ser uma divisão injusta.

Assim que se senta, Eduardo olha para mim e diz “eu sou um autista com autonomia e isso é muito raro”. Sorriu para ele surpresa com este

apontamento e pergunto se ele acha tranquilo ser autista. Ele me responde “Sim, não há nada que um autista não possa fazer, tem autista médico... talvez eu só não possa entrar pro exército, mas tudo bem” (Trecho do Diário de Campo de 15/03/2019).

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

No Brasil, e também no mundo, vem ganhando força alguns movimentos políticos que se opõem cada vez mais a esta necessidade de nomear e definir uma categoria diagnóstica para todos os comportamentos e formas de agir que desviam do denominado padrão de normalidade. Foucault (2008) é um dos grandes autores que buscou criticar a padronização e domesticação dos corpos que fugiam daquilo que era considerado normal, sem nos esquecermos que o conceito de normalidade pode mudar de acordo com a época, cultura, região.

Collares, Moysés e Ribeiro em seu livro “Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos” vão defender a ideia de que as diferenças que tornam a humanidade plural e diversa passaram a ser denominadas de transtornos. As autoras chamam atenção, especificamente, para questões de ordem social, política e econômica que começam a ser apresentadas como distúrbios e doenças, em um processo denominado como medicalização da vida (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013).

Nas sociedades ocidentais, é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes à vida, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p.42).

Novamente pensando-se no TEA, não se trata de negar o diagnóstico ou os componentes biológicos presentes ali. A problemática encontra-se no fato de englobar dentro do TEA questões macrossociais, retirando a responsabilidade do Estado e jogando para o sujeito, sua família e para um diagnóstico toda a culpa/responsabilidade por aquele sujeito ser como ele é. Se uma criança com TEA não tem acesso e inclusão satisfatória em uma escola, isto gera mais exclusão, isolamento familiar, maior sobrecarga materna, dificuldade em se estabelecer uma rotina com esta criança (tão essencial nos casos de TEA), impossibilidade desta criança se relacionar com seus pares, entre tantos outros desdobramentos.

Neste estudo, ainda que não se tenha objetivado o aprofundamento sobre as questões escolares, foi possível perceber durante as entrevistas e rodas de conversa com os

familiares que este ponto é de grande angústia para muitos. Não foi possível sistematizar dados e realizar um levantamento numérico, mas muitos familiares apontaram insatisfação em relação ao sistema educacional devido à falta de apoio e a necessidade de um laudo para que a criança, mesmo que apresente dificuldades visíveis, seja acompanhada em sala de recurso e tenha suporte de um professor auxiliar ou profissional de apoio. Isso deixa nítido a dificuldade na real inclusão destes sujeitos, gerando segregação, sobrecarga familiar, dentre tantas outras consequências.

É a este processo que Moysés e Collares (2013) nos chamam a atenção, o processo de medicalização da vida busca esconder as desigualdades sociais e eximir do Estado esta responsabilidade. Joga-se para o micro, para o indivíduo um problema macrossocial. Há, ainda, outros interesses por de trás deste processo de medicalização da vida e construção de diagnósticos:

Uma vez classificados como doentes, as pessoas tornam-se pacientes e consequentemente **consumidores** de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o próprio corpo e a mente em origem dos problemas que, na lógica patologizante, deveriam ser sanados individualmente. As pessoas é que teriam problemas, seriam disfuncionais pois não se adaptam, seriam doentes pois não aprendem, teriam transtornos pois são indisciplinadas (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013 p. 17 – grifo da autora).

Ora, se os serviços públicos - e aqui especificamente falaremos dos CAPSij – não se enquadram em uma lógica de mercado de oferta e venda de produtos-terapia, tampouco se enquadram na lógica rotuladora, patologizante a que tudo precisa dar nomes e números de acordo com manuais médicos.

E é também por esta razão de não se enquadrarem nesta lógica que estes serviços vivenciam tantos paradoxos que puderam ser ilustrados e evidenciados neste estudo. Por um lado, tem-se a demanda legítima da família por acesso, direitos, tratamentos complementarem em outros serviços que estão diretamente ligados a um “CID 10”, um número, um nome. Por outro lado, há um compromisso ético-político de não rotular, não patologizar. Para além disso, este compromisso ético-político também alerta para que o CAPSij e a equipe que ali atua não seja responsável pelo impedimento de acesso aos bens ou serviços.

Uma vez apresentados os principais desafios envolvendo o cuidado às crianças e aos adolescentes com TEA inseridos no CAPSij, cabe apontar os aspectos positivos que os

familiares desses usuários elencaram em relação ao CAPSij enquanto um espaço de cuidado para seus filhos.

Quadro 18 - Percepções positivas que os familiares têm sobre o CAPSij

Questão Norteadora	Apontamentos dos Familiares
O que a família pensa sobre o serviço?	Ambiente tranquilo, informal, acolhedor e preparado.
	A criança e a família têm apoio no mesmo lugar.
	Lugar onde as crianças ficam à vontade e têm contato com outras crianças.
	Espaço necessário para o tratamento.
	Receio pelo fim do lugar (contexto de desmontes e retrocessos).

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada (2019)

Abaixo serão apresentados alguns trechos do Diário de Campo e também das entrevistas com os familiares que ajudam a ilustrar esta percepção de identificar o CAPSij como um espaço informal, acolhedor e que possibilita o contato entre diferentes crianças e famílias, favorecendo potentes encontros.

Um espaço totalmente necessário pro tratamento... um lugar tranquilo que acompanha o paciente, a família, um ambiente preparado pra criança e pra família, é diferente do posto de saúde por exemplo... é um ambiente acolhedor e nosso (...) em questão de serviço público é um dos melhores lugares que eu conheço(...) é um lugar importante que deveria ser por lei em todos os municípios e todos os estados porque faz a diferença na vida de muita gente (trecho da entrevista de F3).

Tenho medo, muito medo de que isso acabe porque com esse desmonte do SUS, com nosso governo que não tá nem aí para as nossas crianças com necessidades especiais... (trecho da entrevista de F2).

F6 pontua que na APAE tinha mais profissionais e mais ofertas, mas que ela gosta do CAPS por ter pessoas diferentes. Ela conta que quando chegou à Campinas foi conhecer a Instituição 1 e a Instituição 2 e não gostou pois lá 'só tinha autista, todo mundo era autista. No CAPS tem autista, mas também tem outras crianças, outras pessoas (Trecho do Diário de Campo do dia 14/03/2019).

É indiscutível que os desafios junto a esta população são inúmeros e advêm, inclusive, da complexidade que é o TEA e que envolve fatores micro e macropolíticos. Contudo, fica evidente também a potência do CAPSij ao propor ações que possibilitam a experimentação e a convivência, além de ser um espaço que consegue ofertar escuta qualificada e acolhimento para as famílias.

5.2.3. Eixo 3 – Ações e articulações externas: CAPSij extramuros

Neste eixo serão apresentadas algumas ações que o CAPSij desenvolve para além de seus muros, bem como possíveis articulações intra e intersetoriais que visam o cuidado integral dos sujeitos inseridos no CAPSij.

Não havia, no momento da inserção etnográfica, ações externas específicas para os usuários com TEA. As ações englobavam todos os usuários do CAPSij, sem distinção.

Uma das possibilidades de interface entre o CAPSij e o território eram percebidas nas articulações intra e intersetoriais. As principais articulações eram vistas nos processos de encaminhamento e compartilhamento de casos. A rede de saúde do município busca seguir um fluxograma no qual os encaminhamentos e compartilhamentos de casos passem pelos equipamentos da Atenção Básica e, de preferência, pelas reuniões onde há o apoio matricial do CAPSij. Isso não impede, todavia, que outros equipamentos encaminhem casos para o CAPSij ou que a família faça uma busca espontânea, como já foi apresentado na Etapa 1 deste estudo.

No entanto, fica nítido um esforço da equipe para priorizar estes espaços de trocas e de compartilhamento de casos com a Atenção Básica. Isso é perceptível nas ações de Apoio Matricial que acontecem mensalmente. Além disso, há alguns casos que são acompanhados pela equipe no próprio Centro de Saúde, em conjunto com a equipe de lá – também uma proposta do apoio matricial. Alguns destes acompanhamentos que se davam na ABS eram de crianças com hipótese diagnóstica de TEA e que a equipe avaliava que seria possível cuidar na ABS, sem necessidade, naquele momento, de inserção no CAPSij.

A próxima discussão é referente a um caso de um garoto que está sendo acompanhado em matriciamento e P16 gostaria de fazer uma visita pois o garoto aparenta estar em um momento de crise (...) para que a visita fosse realizada seria necessário desmarcar a vinda de um garoto para o CAPSij

pois o transporte não conseguiria realizar as duas ações. A equipe opta por fazer a visita e reorganiza o uso do transporte para aquele dia. Durante a discussão uma fala me chama a atenção pois P1 diz “acho ruim desmarcar um menino nosso por um caso do Centro de Saúde” e rapidamente P2 rebate, “mas esse menino do Centro de Saúde também é nosso”, trazendo a perspectiva de um comprometimento ampliado para com o território (Trecho do Diário de Campo de 19/02/2019)

Tais resultados dialogam diretamente com os resultados encontrados na Etapa 1 desta pesquisa, os quais salientam a importante relação entre CAPSij e ABS através das ações de Apoio Matricial as quais possibilitam a discussão e compartilhamento dos casos, bem como a corresponsabilização pelos usuários, além de serem espaços para a formação e educação permanente (TEIXEIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

As visitas em hospitais e enfermarias também são uma interface bastante comum do CAPSij com o território. Quando algum usuário passa por um período de internação a equipe organiza-se para fazer visitas diárias, ou, ao menos, três visitas na semana. Há ainda os casos que vêm encaminhados para o CAPSij dos hospitais, para estes casos a equipe também tenta se aproximar ainda durante a internação, a fim de começar a processo de construção de vínculo.

Na passagem de plantão P1 conta sobre a possível alta de D. da ala cirúrgica, a adolescente tem indicativo de ficar na ala psiquiátrica por algum tempo ainda. P1 diz que seria importante que a equipe se organize para visitá-la. P13 fala sobre F. que também está passando por internação, mas em outro hospital, diz da importância de ir visitar o menino pois P2 havia combinado com ele que alguém iria lá hoje para fazer brigadeiro com ele. (Trecho do Diário de Campo de 18/02/2019).

Em relação às articulações intersetoriais, as mesmas foram percebidas de forma mais pontual e menos frequentes, com enfoque para os serviços da assistência Social e Educação. O trecho a seguir ilustra uma situação na qual o CAPSij foi convidado para realizar uma ação em um serviço ligado à Assistência Social o qual se localiza próximo ao CAPSij.

P7 informa que recebeu um convite da LBV, uma instituição social que realiza a oferta de atividades de contraturno escolar para crianças e adolescentes, para fazer uma palestra direcionada aos pais sobre a prevenção do uso de Substâncias Psicoativas (SPA). A equipe discute a importância desta parceria uma vez que a LBV está no território de abrangência do CAPSij e recebe muitas crianças que fazem acompanhamento no CAPSij, assim percebem como uma **ação de Rede** (Trecho do Diário de Campo de 05/02/2019, grifo da autora).

A portaria 3088 (BRASIL,2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, propõe ampliações na atenção em saúde mental, salientando que o cuidado em saúde mental deve acontecer em diferentes serviços e equipamentos da rede, levando em consideração que a atenção em saúde mental é muito mais ampla do que o acompanhamento em um único serviço especializado (BRASIL,2011). Tal portaria traz para o marco legal a noção de Rede já há muito debatida por inúmeros autores (VICENTIN, 2006; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010; COUTO; DELGADO,2010; LYKOUROPOULOS,2010) e que segue em intensas construções, reflexões e problematizações.

Entende-se por Rede, dispositivos múltiplos que incluam diversos tipos de serviços, inclusive de diferentes setores, e que funcione de forma não-hierarquizada, na qual cada serviço possui sua importância e papel e cujas relações se deem de forma horizontalizada (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

Em se tratando do Campo de atenção à Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ), a noção de Rede é tão – ou mais – essencial para a construção e efetivação do cuidado uma vez que entende-se que “com a infância e a adolescência não há outra forma de pensar a atenção ou o cuidado em saúde que não seja necessariamente interdisciplinar e intersetorial” (VICENTIN, 2006 p.15). Assim, levando em consideração o CAPSij Pitangueira, percebe-se que a Rede intersetorial deveria ser composta pelos serviços da Educação, Assistência Social, Justiça, Esporte, Cultura, Lazer... enfim, abrangendo para cada sujeito os setores necessários para garantir um cuidado integral que responda as demandas deste usuário e de sua família.

Vicentin (2006) chama a atenção para as ações no campo da SMIJ que, muitas vezes, restringem-se aos serviços especializados, por exemplo o CAPSij, dificultando a articulação entre os diferentes serviços que estão em contato com esta população (VICENTIN, 2006).

Neste sentido, Couto e Delgado (2010) relembram que, ao serem propostas as bases para uma política pública de SMIJ, a intersetorialidade foi posta enquanto princípio fundamental para a construção da rede de cuidado (COUTO; DELGADO, 2010). Assim,

o princípio intersetorial se impôs desde o início como a única condição de possibilidade para a construção no país de um sistema de serviços capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento de crianças e jovens (COUTO; DELGADO, 2010, p.272).

Deste modo, o trabalho em Rede convoca a construção de laços que se sustentam em torno de um objetivo em comum. Ele supera a lógica do encaminhamento na qual o problema, ou parte do problema, é passado de um serviço para o outro, construindo a ideia de compartilhamento do cuidado e corresponsabilização por aquele sujeito (VINCENTIN, 2006).

De acordo com Taño e Matsukura (2019, p.14),

corresponsabilização é entendida como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação (...) a corresponsabilização efetiva a potencialização do trabalho e contribui para a direção para a prática da intersectorialidade.

Essa ideia de corresponsabilização do cuidado dialoga intimamente com os pressupostos da Clínica Ampliada que é, essencialmente, a clínica da Atenção Psicossocial, uma clínica que não reduza o sujeito à sua doença, que busca a ampliação dos laços sociais e que leva em consideração aquilo que é inerente a cada sujeito: sua história, seu território, seu cotidiano (COUTO; DELGADO, 2010), alternativa de ruptura com a clínica psiquiátrica tradicional que se alicerçava no paradigma da doença-cura. Assim, a clínica ampliada é uma clínica integral, territorializada, inter e transdisciplinar (ZANIANI; LUZIO, 2014), é o que “orienta e valida a ação da saúde mental na prática intersectorial” (COUTO; DELGADO, 2010, p.275).

Importa pontuar que o trabalho intersectorial e a construção de Redes não depende, exclusivamente, da presença de serviços e equipamentos no território (COUTO; DELGADO, 2016). No território do CAPSij Pitangueira foi possível identificar muitos projetos da Assistência Social, além das inúmeras escolas nas quais estavam inseridos os usuários do CAPSij. Apesar disso, foram pouquíssimas as articulações percebidas para com estes equipamentos ao longo da inserção etnográfica. Como apontam Couto e Delgado,

A parceria intersectorial assim proposta não se dá automaticamente. É preciso estar advertido da ilusão de que algo acontecerá de potente pela simples junção de diferentes setores convidados por conta de uma situação problemática (...) ela requer a intervenção de uma presença viva para sua constituição. Na saúde mental infantil e juvenil, o CAPSi (...) devem realizar essa presença no território (COUTO; DELGADO, 2010, p. 278).

Ao longo da inserção etnográfica foi possível visitar duas instituições gerenciadas pela Assistência Social e que ofertam serviços de contra turno escolar no território do CAPSij. Buscou-se averiguar se elas seriam uma possibilidade de inserção para crianças e adolescentes com TEA. Os trechos a seguir ilustram estas visitas.

Sou recebida por uma das coordenadoras do projeto que explica que aquele é um espaço ligado à Assistência Social e que tem por foco “o fortalecimento dos vínculos” e aspectos de socialização (oferta de oficinas de cultura, esporte, lazer... nada pedagógico), grupalidade. A busca pelo serviço pode ser espontânea ou via encaminhamento e eles priorizam famílias em situação de maior vulnerabilidade (proteção básica), ou famílias que sejam encaminhadas por serviços da rede. Conta que o serviço é aberto a todos, sem exceção e que quando há a necessidade são feitos encaminhamentos das crianças para serviços especializados (CAPS, psicólogo) e que também há a discussão dos casos com os serviços de saúde, escola... Conto um pouco sobre minha pesquisa e a moça me diz que no momento não há nenhuma criança autista no projeto mas que eles estão abertos para receber.. A moça me conta que o CAPS já encaminhou várias crianças para lá e eles dão prioridade na inserção, mas não houve ainda encaminhamento de autistas (Trecho retirado do Diário de Campo de 21/03/2019).

O prédio, embora aparente ser pequeno, é bem utilizado e com bom aproveitamento do espaço. Por todo o prédio há adaptações que permitem a acessibilidade de pessoas com deficiência (...)A pessoa que nos recebe conta que eles têm alguns adultos com deficiência física e que há 3 crianças com deficiência intelectual e 2 autistas. As crianças são divididas por faixa etária e realizam diversas atividades no período oposto ao da escola, atividades de cunho pedagógico, cultural, esportivo e de socialização. Para os adolescentes e adultos jovens (até 25 anos) é pensada a inserção no mercado de trabalho, cursos profissionalizantes. Em relação à inclusão de autistas o profissional salienta ser algo bastante possível. Diz que o projeto é aberto a todos, embora aja uma grande lista de espera... e que quando os profissionais percebem que a criança tem alguma dificuldade, eles articulam com a rede (Centro de Saúde, CAPS, escola) para buscarem a melhor forma de incluir aquela criança e garantir que ela tenha o suporte que necessita. Pergunto como é a relação com o CAPSij e ele diz que o projeto tem contato com o CAPSij em situações mais pontuais para a discussão de caso (Trecho retirado do Diário de Campo de 20/03/2019).

Com as escolas o contato também é pontual e baseado na necessidade de discussão de casos específicos. Durante a inserção etnográfica não foram observadas ações longitudinais nas escolas, apenas visitas pontuais. E, de um modo geral, ao longo destes meses identificou-se pouquíssimas articulações e ações que acontecessem fora do CAPSij, no território.

Estudo realizado por Taño e Matsukura (2019) envolvendo 35 CAPSij da Região Sudeste do país e que objetivou compreender como se tem realizado o trabalho intersetorial nos CAPSij revelou potencias e desafios em relação às construções intersetoriais. Os setores mais citados pelos participantes do estudo, e aprofundados pelas autoras, foram a Educação e a Assistência Social. Como principais potencias tem-se a formação de uma rede de suporte que acolhe não somente os usuários, mas também os profissionais, produzindo sentimentos de parceria e apoio, aliviando a sobrecarga do trabalho e garantindo ações duradouras (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Como principais desafios, percebeu-se a dificuldade na construção do cuidado que seja pautado nas necessidades da criança/ adolescente e de sua família, superando o enfoque a sintomas e a busca pela normalização, dialogando com os reais pressupostos da Atenção Psicossocial os quais, muitas vezes, ainda são desconhecidos pelos demais setores (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Novamente, importa salientar a potência e a necessidade urgente de serem fortalecidas as parcerias e as ações intersetoriais buscando olhar para o sujeito em todos os aspectos de seu cotidiano, garantindo maior efetivação das ações de cuidado e evitando a medicalização desnecessária, conforme salientam Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010, p.163):

A construção de uma política intersetorial permite compartilhar responsabilidades e saberes, evitando-se medicalizar questões que não são exclusivas do campo da saúde e possibilitando um olhar ampliado sobre problemas complexos como violência, crises socioeconômicas, desestruturação familiar e suas relações com os problemas de saúde mental.

Além das ações intersetoriais, o CAPSij também é convocado para as atividades e articulações que extrapolem seus muros e vão de encontro ao território do sujeito.

Retomando o Diário de Campo, é possível identificar algumas ações que aconteceram fora das paredes do CAPSij Pitangueira. Cabe salientar que a própria circulação pelo território com o transporte configura-se enquanto uma ação extramuros que possibilita o acesso a muitos usuários, além de aproximar a equipe da realidade vivida pelas famílias que são atendidas no CAPSij.

A oficina de esportes, já apresentada no Eixo 2 desta Etapa, também se mostra enquanto possibilidade de circulação pelo território e descoberta de espaços possíveis para o lazer. O trecho a seguir ilustra uma dessas incursões do grupo para o território.

O período da tarde é marcado por agitação e euforia: os adolescentes se aglomeram, são quatro adolescentes que, muito agitados, esperam ansiosamente a ida para a piscina pública. Mostram bastante interação entre si e com o técnico de enfermagem que coordena a oficina (este técnico está para sair do CAPSij nos próximos dias) (...) Após algumas tentativas de articular um transporte que pudesse levar os meninos e os técnicos para a piscina, local onde seria a oficina aquele dia, o mesmos seguem de ônibus para o local, carregando suas mochilas, toalhas, muita energia e um tanto de provocações (Trecho do Diário de Campo de 31/01/2019).

Foi possível, ainda, acompanhar outras ações que o CAPSij desenvolveu no território, articulando-se com outros serviços de saúde. Uma delas trata-se de uma atividade anual no município onde todos os serviços de saúde mental se reúnem para ensaiar para um bloco de carnaval. Há na cidade um coletivo de pessoas, usuários e profissionais dos serviços, que mobilizam os ensaios, confeccionam fantasias. Alguns adolescentes do CAPSij Pitangueira juntamente com alguns membros da equipe se envolveram nestes ensaios e na preparação para o bloco de Carnaval, atividade que demandava a saída do CAPSij para ir aos ensaios que aconteciam em um parque da cidade.

P17 fala sobre os ensaios do Coletivo da Música para o Bloco de Carnaval. A equipe levanta o nome de alguns usuários que se interessariam em participar, entre eles alguns adolescentes que aproveitaram muito o dia em que o Coletivo da Música foi ao CAPSij para fazer um ensaio aberto. O desfile do Bloco será dia 23/02 e até lá haverá mais quatro ensaios nos quais P17 e P18 participarão e poderão acompanhar os usuários interessados (Trecho do Diário de Campo de 05/02/2019).

Outra ação realizada fora do CAPSij e que mobilizou muitas pessoas da equipe e alguns usuários foi a ida a um evento que aconteceu na Prefeitura para discutir a atual situação da saúde mental do município. O evento, promovido pelo Movimento da Luta Antimanicomial do município, com apoio de profissionais da rede, surgiu após a emissão da Nota Técnica em fevereiro de 2019.

A equipe se organizou e convidou familiares e usuários para irem ao evento. Saímos todos juntos do CAPSij, indo de ônibus com alguns adolescentes até a prefeitura. Poucos usuários do CAPSij Pitangueira participaram e, de um modo geral, havia poucos adolescentes e familiares de crianças e adolescentes no evento.

De forma geral, foram discutidos os atuais panoramas da saúde mental a nível nacional e municipal. A equipe do CAPSij inseriu-se em um grupo de discussão com os demais CAPSij para pensar ações municipais necessárias para a melhoria do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Infelizmente o grupo não conseguiu elaborar um documento com seus apontamentos. O que ficou perceptível foi a presença de muitos profissionais de saúde, mas poucos familiares e usuários (crianças e adolescentes).

Para os adolescentes, o que interessava mais era o passeio ao centro da cidade e a possibilidade de haver um lanche da tarde no final do evento. Todos os adolescentes ficaram do lado de fora da prefeitura e pouco se engajaram na discussão sobre o cuidado ofertado a eles. O trecho abaixo, retirado do Diário de Campo, ilustra um pouco mais o que já foi pontuado acima:

Logo que cheguei boa parte da equipe se organizava para ir a um evento na Prefeitura, um encontro municipal de saúde mental. Alguns adolescentes também foram. Seguimos para lá de ônibus, um percurso com bastante trânsito e muita aventura. Estávamos em muitas profissionais dentro do ônibus e 5 adolescentes, que valiam por 15. Provocativos, muitas vezes falando alto, outras vezes mostrando-se afetuosos “tia, vamo tirar uma foto”; “tia falta muito pra chegar? já posso puxar a cordinha?... eles se mostravam animados com a ideia do coffee break mas não sei se entendiam muito o que estávamos indo fazer lá. P14 puxou esse assunto uma hora, explicando que estávamos indo lá para conversar sobre melhorias que precisam acontecer no CAPS. G. se empolgou e disse que tinha que ter mais um computador e um vídeo game no CAPS (Trecho do Diário de Campo de 03/04/2019).

Figura 09– Cartaz fixado no Mural do CAPSij

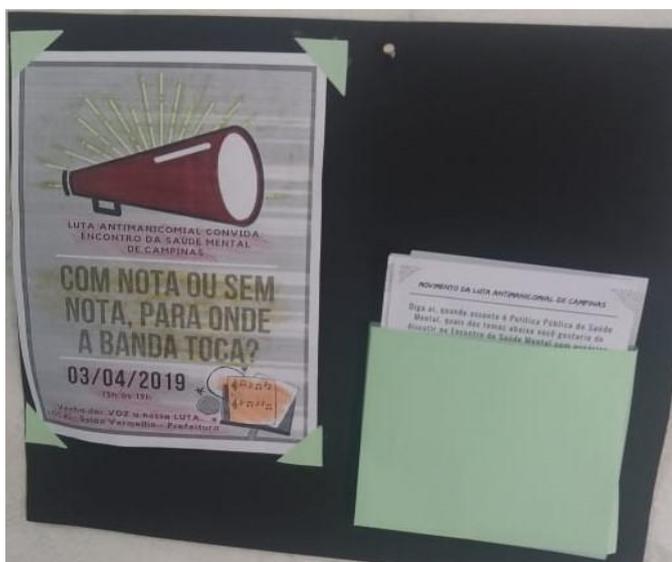


Figura 10 – Evento realizado pelo Movimento da Luta Antimanicomial



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2019).

Por fim, a terceira ação extramuros aconteceu também nesta linha de defender o cuidado em saúde mental existente, contra os retrocessos previstos na Nota Técnica. Como já pontuado, o CAPSij Pitangueira propôs aos usuários e familiares a ação “Abraça RAPS” com o objetivo de defender e garantir a continuidade do cuidado em saúde mental em liberdade e pautado nos princípios da Atenção Psicossocial.

Nesta mesma direção, no dia 29/03/2019 foi realizada uma ação na praça de esportes próxima ao CAPSij. O grupinho de crianças que normalmente acontece no CAPSij às sextas-feiras pela manhã, neste dia, foi transferido para esta praça. Juntamente com as crianças pequenas e alguns profissionais da equipe, as mães e também outras crianças que estavam no CAPSij naquele momento participaram da ação. O trecho a seguir, extraído do Diário de Campo, ilustra os fatos ocorridos nesta ação:

Acordei cedo e animada com a manhã de hoje, finalmente acompanharia uma atividade fora dos muros do CAPS. Com a proposta do ABRAÇA RAPS, a equipe pensou em ir com as mães e as crianças para uma praça que fica próxima ao CAPS, a fim de realizar ali uma atividade de visibilidade. Cheguei ao CAPS por volta das 08:10 e a equipe já começava a se mobilizar: P5 foi com o motorista buscar as crianças do grupinho que dependem do transporte do CAPS, outras mães já começavam a chegar na ambiência com suas crianças pequenas. Na cozinha, P19 estourava pipoca e os geladinhos iam sendo armazenados no isopor. Ajudei P13 a separar alguns brinquedos e

também tatames para levarmos para o local. P2 estava animada preparando as bolhas de sabão(...) O lugar que fomos é um complexo esportivo que tem 3 quadras descobertas, com grama; uma academia de idosos; um parquinho pequeno com gangorra e balanço e uma área verde aberta onde é possível realizar atividades, piqueniques, brincadeiras... foi nesta área verde que nos instalamos. Colocamos os tatames no chão, junto com as comidas, bolas, bolha de sabão, carrinhos, dinossauros (...) algumas crianças se desorganizaram bastante ao ver aquele espaço enorme, procuravam o colo de suas mães, com receio de colocarem o pé na grama. Após uns 10 minutos, as crianças já estavam mais calmas e começavam a explorar aquela imensidão verde. Pouco interagiram entre si, mas permitiram-se interagir com as terapeutas, exploraram de forma intensa os recursos que levamos, estavam alegres, soltas e quase não procuravam por suas mães, mesmo aquelas crianças que são muito apegadas e costumam chorar muito longe das mães. Do outro lado, as mães e alguns membros da equipe conversavam sobre o CAPS, sobre a nota técnica. Não consegui acompanhar muito esta conversa pois fiquei mais próxima das crianças e das pessoas da equipe que estavam brincando também. Nos propúnhamos a estar com as crianças de um jeito mais livre, respeitando os tempos e vontades deles. Eles não choraram. Acredito que o fato de as mães estarem no mesmo ambiente deu segurança para eles, embora eles não as procurassem muito... foi a primeira vez que vi esse grupo não chorar ao longo do atendimento grupal. As mães também se mostravam mais soltas, em alguns momentos propunham brincadeiras para as crianças, em outros momentos conversavam entre si estreitando ainda mais os laços que percebo que são existentes entre elas (Trecho do Diário de Campo de 29/03/2019).

Figuras 11, 12 e 13 – Crianças, território e o Abraça RAP



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2019).

Sobre os desafios relacionados a realização de ações no território, P2 em sua entrevista aponta como as questões macro e micropolíticas influenciam nestas possibilidades de diálogos intersetoriais, parcerias e nas propostas de um CAPSij extramuros

Toda clínica é política... a gente não vai conseguir operar com qualidade nos nossos atendimentos individuais. Agente não vai conseguir operar pra dentro das portas do CAPS com qualidade se a gente não estiver passando por um momento saudável da instituição. O CAPS no último ano foi cada vez mais se voltando pra dentro de si, talvez autístico, olhando pra dentro de si e foram poucas as vezes que a gente conseguiu dialogar com o que estava acontecendo pra fora do CAPS, mas eu **acho é que uma estratégia de cuidado estar pra dentro pra não nos deixar destruir pelos ataques que a gente vinha sofrendo**. Eu acho que botar a cara na rua te coloca uma condição de risco e de perigo, vão acontecer coisas, você vai ter que trabalhar com o imprevisível (Trecho da Entrevista de P2, grifo da autora).

Apesar das dificuldades não apenas em realizar mais ações externas mas também de sustentar que as existentes permaneçam ocorrendo, as ações que o CAPSij realiza em articulação com o território mostram-se cheias de potência. Isto parece ser algo único e exclusivo desta instituição – CAPS – e algo que o serviço realiza de forma bem-feita. Estas ações permitem contextos possíveis e seguros para a experimentação e exploração do território, favorecem as parcerias com outros serviços de saúde e também parcerias intersetoriais, possibilitam a tessitura da Rede de cuidados e garantem que alguns usuários sigam em tratamento no CAPSij.

Além disso, as ações territoriais desenvolvidas pelo CAPSij dialogam intimamente com os pressupostos da Atenção Psicossocial, entendendo-se que as ações extramuros proporcionam aumento do poder contratual, exercício de cidadania, ocupação dos espaços, apropriação do território. Se o modelo manicomial buscava o isolamento, o confinamento em um espaço fechado, longe da sociedade, o atual modelo de cuidado em saúde mental busca o oposto: a livre circulação entendendo este ser um direito de todos os sujeitos, e entendendo que o exercício da cidadania contribui para o cuidado em saúde mental.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo compreender as potencialidades e limites do cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista no CAPSij. Assim, buscou caracterizar crianças e adolescentes com TEA inseridas nos CAPSij e identificar as ofertas de cuidado voltadas essa população e para suas famílias.

O estudo, de caráter quali-quantitativo, foi desenvolvido em duas etapas. Participaram da Etapa 1 as gestoras dos quatro CAPSij do município de Campinas/SP que responderam a um questionário o qual continha questões abertas e fechadas, buscando caracterizar os CAPSij, compreender sobre o território de abrangência, sobre a população atendida e sobre ações direcionadas a crianças e adolescentes com TEA e suas famílias. Já a Etapa 2 caracterizou-se como Pesquisa Etnográfica, a qual aconteceu em um dos CAPSij do município de Campinas.

Os principais resultados da pesquisa indicaram que, de modo geral, a proporção de crianças e adolescentes com TEA nos CAPSij vem aumentando, fator que confirma o papel do CAPSij como referência de cuidado a esta população e, também, indica a necessidade de reflexões e novas construções visando o cuidado integral a esses sujeitos e suas famílias. Entre os usuários com TEA, há um predomínio de crianças que, em sua maioria, são meninos.

Como revelado neste estudo, merece atenção o baixo número de adolescentes com TEA inseridos nos CAPSij e a falta de ofertas de cuidado para esses adolescentes e aponta-se para estudos futuros a necessidade de aprofundamento sobre a dificuldade em se manter ofertas de cuidado para com os sujeitos com TEA com o passar dos anos, bem como sobre a escassez de serviços que se voltem para as especificidades dessa fase da vida.

O presente estudo evidenciou CAPSij enquanto o lugar da Clínica Ampliada que busca compreender o sujeito em suas multi dimensões, fazendo uso dos inúmeros saberes profissionais que compõem a equipe interdisciplinar. Não obstante, observou-se a necessidade urgente de se estabelecer parcerias intra e intersetoriais as quais possibilitem para os sujeitos com TEA intervenções específicas que se debrucem também sobre as diferentes necessidades e particularidades do TEA.

O estudo revelou, ainda, inúmeras potencias e construções inventivas advindas do CAPSij que, mesmo diante do cenário macropolítico de desmontes e retrocessos, segue investindo na clínica do sujeito, no cuidado ampliado que engloba não apenas o indivíduo, mas também sua família. Assim, este estudo destacou enquanto potências dos CAPSij no

cuidado aos usuários com TEA o acolhimento às famílias, o investimento em espaços de livre circulação que proporcionam encontros e trocas, dentre outros aspectos.

Merece destaque a articulação constante com os equipamentos da ABS através das ações de Apoio Matricial mensais, as quais fortalecem o fluxo de encaminhamento e possibilitam o cuidado ao sujeito não apenas no CAPSij mas também em seu território garantindo, assim, o compartilhamento do cuidado.

Avalia-se que as duas etapas que compuseram a presente pesquisa foram complementares e, juntamente com a etnografia realizada na segunda etapa, qualificaram sobremaneira os resultados aqui apresentados.

Salienta-se que os resultados advindos do presente estudo são referentes a um único município - Campinas – município que se caracteriza enquanto referência em serviços e redes de cuidado em Saúde Mental, assim, tais resultados devem ser compreendidos sob esta perspectiva.

Considera-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados e que os resultados advindos da mesma devem contribuir para as reflexões e aprimoramento das ações de cuidado a esta população, bem como para fornecer elementos para políticas públicas no setor.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE,P. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In: COSTA-ROSA et al. (ORG.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-65.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/> Acesso em 09/20/2019.
- AYDOS,V. A (des)construção social do diagnóstico de autismo no contexto das políticas de cotas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho. **Anuário Antropológico**, v.44, n.1, p. 93-116. 2019.
- AZEVEDO E, PELICIONI MCF, WESTPHAL MC. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p.1333-56. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal. Edições 70. 1977.
- BIANCHI,E. Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v.14, n.1, p. 417-430. 2016.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.
- _____. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
- _____. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 2012.
- _____. Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília. 2016. Disponível em _____ :

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm Acesso em 09/10/2019.

_____. Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.. Brasília. 2017a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 09/10/2019.

_____. Nota Técnica nº11/2019 - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília. 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 09/20/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF. 2002a.

_____. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial que poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília, 2002b.

_____. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, 2009a.

_____. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília, 2009b.

_____. Política Nacional de Humanização. Brasília. 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 07/10/2019.

_____. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Brasília. 2014. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf Acesso em 09/10/2019

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. 156 p.

_____. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização. Brasília. 2017b. Disponível em http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf. Acesso em 07/10/2019.

BUENO, A.R. **Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)**. 2013. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2013.

CALIMAN,L.V. Os Bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES,C.L.; MOYSÉS,M.A.A.; RIBEIRO,M.F. (ORG.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. São Paulo: Mercado de Letras, 2013 p.119-133.

CAMPINAS. Lei nº 6215, de 09 de maio de 1990. Autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o sanatório Dr. Cândido Ferreira. Disponível em <<https://leismunicipais.com.br/a1/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/621/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990-autoriza-o-poder-executivo-a-celebrar-convenio-com-o-sanatorio-dr-candido-ferreira-visando-o-funcionamento-e-gerencialmente-comum-de-suas-atividades?r=c>> Acesso em 29/02/2020.

CAMPINAS. Estrutura SUS Campinas. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em: 09/10/2019.

CAMPOS,G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO CAMPOS, R. (orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V4, n.2, p. 393-403. 1999.

_____. **Um método para análise da co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC; 2000.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 363-76, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Autism prevalence slightly higher** in CDC’s ADDM Network. 2018. Disponível em <<https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0426-autism-prevalence.html>> Acesso em 08/10/2019.

COLLARES,C.A.L.; MOYSÉS,M.A.A.; RIBEIRO,M.C. (ORG.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. São Paulo: Mercado das Letras. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA(CFP). Repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde. 2019. Disponível em <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em 09/10/2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (COREN-BA). Repúdio à Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde. Disponível em http://ba.corens.portalcofen.gov.br/coren-ba-publica-not-de-repudio-a-nota-tecnica-11-2019-doministeriodasaude_47569.html Acesso em 08/10/2019.

COUTO, M.C.V. **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec . 2010. p.271-279.

_____. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17- 40, 2015.

_____. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec. 2016. p.161-192.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

DIAS, A.C.; DACAL, C.S. A Experiência do Cuidado com Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo no CAPSi Parelheiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O CAPSi e o desafio de gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. P.130-140.

DUARTE, C.S. et al. A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da crianças e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.p. 280-302.

DUARTE, K.L.; SOUZA, E.M.; RODRIGUES, L. Importância e Desafios do Trabalho em Rede entre a Escola e um Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil Brasileiro. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 8:, n.1, p. 155-171. 2017.

DWEEK, E.; OLIVEIRA, A.L.M.; ROSI, P. (coord.) Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo: **Brasil Debate e Fund. Friedrich Ebert**. 2018.

FARIA, P.F.O. **O Apoio Matricial em Saúde Mental e as Interfaces com a Rede de Atenção às Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool e outras drogas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2017.

FERIGATO, S. **A Saúde Mental de Campinas: resistência e potência de ação coletiva.** Rede HumanizaSUS. 2013. Disponível em < <http://www.redehumanizausus.net/61987-a-saude-mental-de-campinas-resistencia-e-potencia-de-acao-coletiva> > Acesso em 08/10/2019.

FERNANDES, A.D.S.A. **Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica à Saúde: práticas, desafios e perspectivas.** 2019. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2019.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas psicol. [online]**. 2016, vol.24, n.3, pp. 977-990.

FERREIRA NETO, J.L. Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. **Psicologia USP**. v.25 n.3 p.397-406. 2015.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva** v.14, n.1, p.129-138. 2009.

FOUCAULT, M. (2008) **O nascimento da clínica.** Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6ª ed.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde in PINHEIRO; MATTOS (Orgs.), **Gestão em Redes.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FURTADO, J.P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 9, n. 3, p. 508-524. 2006.

GESCHWIND, D.H.; LEVITT, P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. **Curr Opin Neurobiol**. 2007;17(1):103-111.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva** v.16, n.4, p.2145-2154. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Cidades.** Disponível em : <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em 09/10/2019.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; NOGUEIRA, M.E.F.; MOREIRA, T.M.M.; MORAIS, A.P.P. Gestão de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no Contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16. n.3, p. 417-25. 2007.

KATZ,I.; LUGON,R. Autismo , o Campo das Deficiências e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). In: LAURIDSEN-RIBEIRO,E.; LYKOUROPOULOS,C.B. (org.). **O CAPSi e o desafio de gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016 p.232-245.

KING,M.; BEARMAN,P. Diagnostic Change and the Increased Prevalence of Autism. **Int J Epidemiol**. 2009;38(5):1224-1234.

LAMPREIA,C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.17 n.1 p.111-120. 2004.

LAURIDSEN-RIBEIRO,E.; TANAKA,O.Y. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescente com problemas de saúde mental. In: **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec . 2010. p.147-169.

LIMA,P.M.D.S. **O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2017.

LIMA,R.C. O avanço da contrarreforma no Brasil (editorial). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.29 n.1 p.1-5. 2019.

LIMA,R.C.; COUTO,M.C.V.; SOLIS,F.P.; DELGADO,P.G.G.; OLIVEIRA,B.D.C. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Saúde Soc**. São Paulo. V.26 n.1 p.196-207.2017.

LOURAU,R. René Lourau na UERJ – 1993. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993 116p.

LOURENÇO,M.S.G. **Saúde Mental Infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2017.

LYKOUROPOULOS,C.B. Saúde e Educação: intersectorialidade e práticas inclusivas. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY (org.) **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec. 2010 p.381-93.

MATSUKURA,T.S. A aplicabilidade da Terapia Ocupacional no autismo infantil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. 1997; 6(1): 25-47.

MATSUKURA,T.S. Terapia Ocupacional e Transtornos do Espectro do Autismo: Reflexões e Proposições. In: Cavalcanti A, Galvão C, (ORG.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. 2ºed. No prelo. 2016.

MANZINI, E.J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos,2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC, 2004.

MCPHEETERS,M.L.; DAVIS,ALAINA.; NAVARRE-II,J.R.; SCOTT, T.A. Family Report of ASD Concomitant with Depression or Anxiety Among US Children. **J Autism Dev Disord** n.41 p.646-653. 2011.

MINATEL,M.M. **Cotidiano, demandas e apoio social de famílias de crianças e adolescentes com autismo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2013.

MIRE, S.S.; RAFF, N, S.; BREWTON, C.M.; GOIN-KOCHEL, R.P. Age-related trends in treatment use for children with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders** n.15-16 p.29-41. 2015.

MORAIS.H.M.H.; ALBUQUERQUE,M.S.V.; OLIVEIRA,R.S.; CAZUZU,A.K.I.; SILVA,N.A.F. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.34, n.1. 2018.

MOYSÉS,M.A.A.; COLLARES,C.A.L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES,C.A.L.; MOYSÉS,M.A.A.; RIBEIRO,M.C. (ORG.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. São Paulo: Mercado das Letras. 2013. p.41-64.

MUYLAERT,C.J.; ROLIM NETO,M.L.;ZIONI,F.; REIS,A.O.A. Vivências de Trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura. **Ciência e Saúde Coletiva** v.20, n.11, p.3467-3476. 2015.

NAKAMURA,E. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

NARENDORF,S.C.; SHATTUCK,P.T.; STERZING,P.R. Mental Health Service Use Among Adolescents with na Autism Spectrum Disorder. **Psychiatric Services** v.62 n.8 p.975-978. 2011.

NUNES,F.; ORTEGA,F. Ativismo Político de Pais de Autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. **Saúde Soc.** São Paulo. V.25. n.4. p.964-975. 2016.

OLIVEIRA,B.D.C.; FELDMAN,C.; COUTO,M.C.V.; LIMA,R.C. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27 n.3 p.707-726. 2017.

OLIVEIRA,M.F.A.P.B.; MENDONÇA,J. O CAPSi e a Rede Ampliada: intersectorialidade. In LAURIDSEN-RIBEIRO,E.; LYKOUROPOULOS,C.B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec. 2016. p.193-207.

OMS – Organização Mundial da Saúde. 67º Assembleia Mundial de Saúde. **Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders**. 2014. Disponível em http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/eb_resolution_childhood/en/ Acesso em 02/05/2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Perguntas e Respostas: revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID)**. 2018. Disponível em :

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5574:perguntas-e-respostas-revisao-da-classificacao-internacional-de-doencas-cid&Itemid=875 .Acesso em 10/01/2020.

ORTEGA,F. Práticas de Ascese Corporal e Constituição de Bioidentidades.**Cadernos Saúde Coletiva** , v.11, n.1, p.: 59 - 77, 2003.

_____. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.14 n.1 p.67-77. 2009.

PLATOS, M.; PISULA, E. Service use, unmet needs, and barriers to services among adolescents and young adults with autism spectrum disorder in Poland. **BMC Health Services Research**, 2019.

PIMENTEL,F.A.; MOURA,B.R. Do caos à corresponsabilização: o espaço de ambiência no CAPSi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO,E.; LYKOUROPOULOS,C.B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec. 2016. p.116-129.

PRESOTTO,R.F. **Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2013.

QUARESMA,H.D.V.; SILVA,V.G. Autismo infantil: concepções e práticas psicológicas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v 14, n 4, p.:85-90, 2011

QUEIROZ, M.S., DELAMUTA, L.A. Saúde Mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Candido Ferreira” em Campinas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.16 n.8 p.3603-3612. 2011.

REIS,A.O.A.; DELFINI,P.S.S.; BARBOSA,C.D.; OLIVEIRA,M,F,A,P,B, Crianças e Adolescentes em Sofrimento Psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In:LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (org.) **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec. 2010. p.186-210.

RÉZIO,L.A.; OLIVEIRA,A.G.B. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Mato Grosso. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v.14 n.2, p. 346-354. 2010.

RIOS,C.; ORTEGA,F.; ZORZANELLI,R.; NASCIMENTO,L.F. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia brasileira. **Interface**, v.19, n.53, p. 325-35. 2015.

RONCHI,J.P.; AVELLAR,L.Z. Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-juvenil: um estudo no CAPSi. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.4, p.1045-1058, 2013

_____. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 379-396, ago. 2015.

ROSA,F.D. **Autistas em idade adulta e seus familiares: recursos disponíveis e demandas da vida cotidiana**. 2015. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2015.

ROSSI,A.; PASSOS,E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rio de Janeiro: **Rev. EPOS** v.5 n.1 p. 156-181. jan./jun. 2014.

RYAN, S.; LAI,J.; WEISS,J.A. Mental Health Service Use Among Youth with Autism Spectrum Disorder: a comparison of two age groups. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics** v.31 n.1 p. 20-27. 2018.

SANJURJO,L.; CAMARGO,W.; KEBBE,V.H. Etnografias: desafios metodológicos, éticos e políticos. **Revista de @ntropologia da UFSCar**, 8 (1), p.7-18 jan./jun. 2016

SANTOS, R.G.H.; ONOCKO-CAMPOS,R. Ambiência em um CAPS Infanto-juvenil: a experiência de um coletivo brincante. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.41-52, 2015.

SARACENO,B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Trad. ZANETTA,L.H.; ZANETTA,M.C.R.; VALENTINI,W. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá. 2001.

SARTORY,L. O Convênio de Cogestão: política, instituição e gestão pública. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.3, n.1,, p.385-392, 2011.

SILVA, M.B.B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.15, n.1, p. 127-150, 2005.

SILVA, J.F.; MATSUKURA,T.S.; FERIGATO,S.H.; CID,M.F.B. Adolescência e Saúde Mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface**.v. 23, p.: 1-14. 2019.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA,M.R.; CONSTENARO,R.G.S. (org.) **Metodologias de Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. Porto Alegre: Moriá. 2016. p.99-122.

STEWART, M.E.; BARNARD,L.; PEARSON,J.; HASAN,R.; O'BRIEN,G. Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review. **Autism**, v.10 n. 1 p.103-116. 2006.

TAÑO, B.L. **A Constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017.260f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós Graduação em Educação especial da universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2017.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015

_____. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias no Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.9, p.: 51-63. 2017.

_____. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiência dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1. 2019

TEIXEIRA,M.R.; COUTO,M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência e Saúde Coletiva** v.22, n.6, p.1933-1943. 2017.

CUNHA,,G.T.; CAMPOS,G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

TISMOO. **Nova Classificação de Doenças, CID-11, unifica Transtorno do Espectro do Autismo: 6A02.** 2018. Disponível em: <https://tismoo.us/saude/diagnostico/nova-classificacao-de-doencas-cid-11-unifica-transtorno-do-espectro-do-autismo-6a02/>. Acesso em 23/01/2020.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VICENTIN,M.C.G. Infância e Adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

WEBER, F. A Entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 157-170, 2009.

ZANIANI,E.J.M.; LUZIO,C.A. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista, Belo Horizonte**, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014.

APÊNDICE 1

Questionário de Identificação – os CAPSij e as ofertas de Cuidado aos usuários com TEA nos CAPSij – QCCTEA

Caro gestor/ coordenador, esta pesquisa busca compreender melhor sobre o cuidado ofertado para crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo no espaço do CAPSij. Através da entrevista, espera-se conhecer melhor as características do serviço bem como as ações ofertadas em relação ao público alvo desta pesquisa – crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo. Ressaltamos que os serviços não serão identificados durante a pesquisa e nem nos relatórios à respeito da mesma, assim como não serão identificados os sujeitos participantes desta entrevista. Uma vez que você aceite participar, lhe será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual as questões éticas e de sigilo estão melhores especificadas. Caso tenha alguma dúvida, não receie em entrar em contato com a pesquisadora responsável, Mariane Cristina Lourenço. Pedimos que, caso você não possa responde esta entrevista, por favor indique um profissional que você avalia estar apto para respondê-la

Você está recebendo este instrumento com certa antecedência e combinaremos em conjunto um melhor dia e horário para a entrevista. Pedimos que leia as questões antes a fim de pensar sobre o que lhe será questionado. As questões marcadas **com um asterisco (*)** podem ser respondidas previamente pois são questões que demandam o acesso a dados específicos do CAPSij. Desde já agradecemos sua colaboração para com este estudo!

Pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com parecer nº 3.050.794/ 2018.

Pesquisadora responsável: Mariane Cristina Lourenço Contato: (16)99127-9262/
marianec.lourenco@gmail.com

Auxiliar de Pesquisa: Rafaela Pereira Silva

Orientadora: Profa Dra Thelma Simões Matsukura

I- Dados sobre o entrevistado

1. * Nome _____
2. * Formação _____
3. * Há quanto tempo você se formou? _____
4. * Tempo de inserção neste serviço _____
5. * É o coordenador/gestor do serviço? Sim () Não ()
6. * Há quanto tempo você está na função de coordenador/gestor deste serviço? _____

II- Caracterização do Serviço

7. * Nome do Serviço _____
8. * Tempo de Funcionamento _____
9. * Tipo de administração: () Prefeitura () Prefeitura e O.S.S. () O.S.S. () Outro _____
10. * Composição da Equipe – por favor, preencha a tabela especificando a quantidade de pessoas em cada categoria profissional.

Categoria Profissional	Quantidade	Categoria Profissional	Quantidade
Administrativos		Médico Pediatra	
Assistente Social		Médico Psiquiatra	
Auxiliar/técnico de Enfermagem		Monitor	
Enfermeiro		Psicólogo	
Farmacêutico		Terapeuta Ocupacional	
Fonoaudiólogo		Equipe de Limpeza	

Outros (por favor, especifique quais e a quantidade) _____

11. * Em relação à população atendida neste CAPSij, por favor responda:
 - a) Qual o número de prontuários ativos? _____
 - b) Considerando os últimos 6 meses, qual o número de crianças (menores de 12 anos) e de adolescentes (12 anos ou mais) em atendimento no CAPSij?
 Crianças: _____
 Adolescentes: _____
 - c) Em relação às **crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo**, atendidas nos últimos 6 meses, por favor especifique:
 Número de crianças : _____
 Número de adolescentes: _____

Meninos: _____

Meninas: _____

- d) Por favor, preencha a tabela abaixo indicando, por faixa etária, a quantidade de crianças e de adolescente com TEA que estão em atendimento no CAPSij (considere os últimos seis meses como referência)

Distribuição Etária – TEA			
Faixa Etária	Quantidade	Faixa Etária	Quantidade
0 a 3 anos		9 anos a 12 anos	
3 anos a 6 anos		12 anos a 18 anos	
6 anos a 9 anos		Acima de 18 anos	

III- Em relação ao território adscrito:

12. Para qual território este CAPSij é referência? (todo o município, alguma região específica, características dessa região)

13. * Qual o número de habitantes estimado na área de abrangência deste CAPSij?

14. * Pensando nos demais equipamentos de saúde (intra-setoriais) localizados na área de abrangência, ou que sejam referência para o serviço, por favor responda:

- a) Quantidade de Centros de Saúde na área de abrangência: _____
- b) Quantidade de Equipes NASF na área de abrangência: _____
- c) Quantidade de Centros de Saúde com Estratégia de Saúde da Família na área de abrangência: _____
- d) Quantidade de ambulatórios, policlínicas... Eles estão localizados no território de abrangência? _____
- e) Quantidade de hospitais. ... Eles estão localizados no território de abrangência? Estes hospitais possuem leitos específicos para a população infanto-juvenil? _____
- f) Outros CAPS localizados na área de abrangência. Por favor, especifique o tipo (AD, II, III, ij) _____
- g) Quantidade de equipes de Consultório na Rua. Estas equipes estão localizados no território de abrangência?? _____

h) Outros equipamentos (por favor, especificar) _____

15. Pensando nos equipamentos intra setoriais citados na questão anterior, cite possíveis ações desenvolvidas em conjunto com estes equipamentos (encaminhamentos, compartilhamento de casos, ações de educação permanente...).

16.* Este CAPSij é referência para outros municípios? Se sim, quais?

17. Este serviço realiza Apoio Matricial para a Atenção Básica? Se sim, em quantas unidades?

18. Com quais outros setores este CAPSij realiza ações em conjunto? Por favor, especifique os equipamentos e as ações realizadas em conjunto. Estes equipamentos estão localizados na área de abrangência do serviço? (ex: Educação, Assistência Social, Arte e Cultura, Esporte e Lazer, Justiça)

IV- Em relação às crianças e aos adolescentes com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) inseridos neste CAPSij:

19. * Com que idade a maior parte dos sujeitos com TEA costuma chegar ao serviço?

20. * O encaminhamento de pessoas com TEA para o serviço, este se dá através de quais equipamentos? (classifique com números, sendo o número 1 o que mais encaminha e assim sucessivamente)

- Escola /Diretoria de Ensino
- UBS/USF
- Hospital Geral
- Conselho Tutelar
- Sistema Judiciário
- Ambulatórios de especialidades
- Demanda Espontânea
- Outros (por favor, especifique)

21. * Por favor, coloque nos parênteses o número total de crianças e /ou adolescentes com TEA inseridos no serviço de acordo com as especificidades abaixo:

Em relação às vezes na semana:	Em relação ao período
<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> Meio período
<input type="checkbox"/> 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> Período Integral

<input type="checkbox"/> Todos os dias	<input type="checkbox"/> Atividades Pontuais
<input type="checkbox"/> Quinzenal	

22. Estes sujeitos com TEA fazem tratamentos/ terapias em outros serviços, clínicas, escolas especiais, instituições? Por favor, explique.

23. * Entre as crianças e adolescente com TEA, quantos fazem uso de medicação? Quais as principais medicações utilizadas? _____

V- Em relação ao cuidado ofertado no CAPSij para as crianças e os adolescente com TEA :

24. Quais os procedimentos realizados pelo serviço na chegada destes sujeitos ao CAPSij?

25. * Existem instrumentos, protocolos e/ ou avaliações utilizadas pela equipe a partir da chegada deste sujeito ao CAPSij? Se sim, por favor, fale sobre eles.

26. Como você compreende o cuidado ofertado para as crianças e os adolescentes com TEA neste serviço?

27. Explique as singularidades e especificidades relacionadas a este cuidado.

28. Quais ações de cuidado são desenvolvidas junto às crianças com TEA?

29. Quais ações de cuidado são desenvolvidas junto aos adolescentes com TEA?

30. Estas ações são desenvolvidas por todos os membros da equipe? Há algum núcleo específico de profissionais que estão mais engajados com o cuidado a esta população? Por favor, especifique.

31. Existem ações de cuidado direcionadas para as famílias das crianças e dos adolescentes com TEA inseridos no serviço? Se sim, fale sobre elas.

32. Como é o envolvimento dos familiares nestas ações?

33. Quais são, de acordo com sua percepção, as demandas e expectativas dessas famílias em relação ao cuidado ofertado pelo CAPSij?

34. Quais são as potências percebidas em relação ao cuidado ofertado cuidado para as crianças e adolescente com TEA?

35. Quais são os desafios percebidos para a efetivação do cuidado para as crianças e adolescente com TEA?

36. Você gostaria de destacar alguma prática ou ação realizada por esta equipe com estes sujeitos e que ainda não tenha sido abordada nesta entrevista?

APÊNDICE 2

Formulário para Levantamento de Dados em Prontuário

1. O usuário tem diagnóstico, ou hipótese diagnóstica, de Transtorno do Espectro Autista?
Se sim, continue respondendo as demais questões.

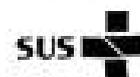
SIM NÃO

2. Nome
3. Data de nascimento e idade atual
4. Sexo
5. Data de acolhimento no CAPSij
6. Quem realizou o encaminhamento?
7. Quais atividades participa no CAPSij (atendimento individual, grupo...)
8. Faz uso de medicação? Quais?
9. Faz terapias/tratamentos em outros lugares?

APÊNDICE 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO
054/2018

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada "OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS (CAPS IJ) E O CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO", que tem por objetivos: a) compreender, sob a ótica da equipe, o alcance das atividades propostas à estes sujeitos e seus familiares, levando em consideração as especificidades e complexidades do cuidado a ser ofertado; b) identificar as opiniões e expectativas dos familiares de crianças e de adolescentes com TEA em relação ao cuidado ofertado pelo CAPS IJ.

Declaro estar ciente que a Pesquisa de Mestrado será desenvolvida por estudante do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional no Departamento de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, junto a profissionais e crianças/adolescentes com TEA e seus familiares, que estejam em acompanhamento nos CAPS IJ Roda Viva e Travessia, sob a orientação da Professora Doutora Thelma Simões Matsukura.

Campinas, 03 de outubro de 2018


Cármino Antonio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 125.344-1
CPF: 723.831.818-49

APÊNDICE 4



Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira"

Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 861/61 e Municipal 3936/70.
CNPJ 46.044.368/0001-62

Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990.
Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106-042.
Fone/Fax: 066 - 030X -19 – 3768.8636 - E-mail: Candido.escola@candido.org.br

Autorização para Coleta de Dados

Eu, Juliana Azevedo Fernandes, responsável pelo Cândido Escola, do SERVIÇO DE SAÚDE DR CÂNDIDO FERREIRA, situado na Rua Conselheiro Antônio Prado, 430 – Sousas- Campinas/SP– CEP: 13106-042 declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro ter conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos.

Assim autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado: Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij) e o cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo do pesquisador Mariane Cristina Lourenço sob orientação de Telma Simões Matsukura após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino.

Campinas, 10 de Setembro de 2018.



JULIANA FERNANDES

CPF 781.209.005-10
Coordenação Cândido Escola

APÊNDICE 5

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij) e o cuidado à crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo.

Pesquisador: Mariane Cristina Lourenço

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01008818.5.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.050.794

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 02 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/2012 do CNS)

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij) e o cuidado à crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo compreender como se dá o cuidado à crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSij). A partir deste estudo espera-se conhecer as potencialidades e as limitações deste serviço para com esta população, entendendo os CAPSij como os primeiros lugares de cuidado à esta população enquanto política pública de Estado.

Esta pesquisa será realizada pela terapeuta ocupacional Mariane Cristina Lourenço, como parte de seu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação da Prof^a. Dr^a Thelma Simões Matsukura.

Você foi selecionado(a) para participar desta pesquisa por ser familiar ou cuidador de alguma criança ou adolescente com TEA que está, atualmente, inserido em um CAPSij no município de Campinas/SP, cidade onde o estudo está sendo realizado; ou por ser profissional da equipe técnica do CAPSij selecionado para a pesquisa. Você será convidado a participar de uma conversa onde serão realizadas algumas perguntas sobre a percepção que você tem do cuidado que o CAPSij oferta a crianças e adolescente com TEA.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. Caso você tenha algum gasto para participar desta pesquisa, o mesmo será reembolsado pela pesquisadora responsável. Esta pesquisa não apresenta riscos físicos aos seus participantes. Poderá, ocasionalmente, gerar incômodos uma vez que se propõe a refletir sobre a condição das crianças e adolescentes com TEA no CAPSij, abordando percepções, técnicas, conhecimentos e dificuldades. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a

nomes, a eles serão atribuídas letras ou nomes fictícios, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Mariane Cristina Lourenço
Endereço: Rua Ulisses Dória, 165 – São Carlos /SP
Contato telefônico: (16) 99127-9262 e-mail: marianec.lourenco@gmail.com

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

ANEXO 1 – Ficha de Acolhimento dos CAPSij

FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO		
Nome:		
Data de Nascimento:		
Cartão SUS:	RG/CPF:	
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
Cuidador/Responsável:		
Endereço:		
Bairro:	Ponto de Referência:	
Telefones:		
Está em acolhimento institucional? SIM () NÃO () Destituído de Guarda: SIM () NÃO ()		
Instituição: _____ Telefone: _____		
Endereço: _____		
Técnico de Referência: _____		
CS Referência:	Equipe:	
Escola:		
Período Escolar:	Série:	Professor(a):
Raça/Cor/Etnia (autodeclaração): () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena () Não declarado/não sabe () Outro:		
Identidade de Gênero (autodeclaração): () Homem Cis () Homem Trans () Mulher Cis () Mulher Trans () Travesti () Outro:		
Orientação sexual (autodeclaração): () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outro:		
PTS CAPS:		
Hipótese Diagnóstica:		
CID Transurc:		
Profissional de Referência:	Data:	Prontuário:

¹ Considerar Abrigo ou cumprimento de medida socio-educativa em privação de liberdade (Fundação Casa)

FICHA DE ACOLHIMENTO²

DADOS FAMILIARES

Nome da Mãe: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____ Carteira Assinada? _____

Nome do Pai: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____ Carteira Assinada? _____

OUTRO/A CUIDADOR/A

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____
 Ocupação: _____ Carteira Assinada? _____

GENOGRAMA / HEREDOGRAMA

Observações sobre a Família/ Cuidador:

² Esta ficha tem por objetivo contribuir com a tarefa de acolhimento ao lembrar sobre informações importantes para compreender as necessidades do usuário e sua família. A pertinência, o momento e o modo de explorar os temas serão decididas por cada trabalhador. Em breve será acrescentado um guia onde serão apresentadas maiores explicações sobre esta ferramenta.

DADOS ESCOLARES

Idade de ingresso na escola: _____ É alfabetizado? _____ Alguma repetência? Qual série? _____

O que acha da escola?

Relação com os colegas e os/as professores/as:

Informações complementares:

Frequenta algum outro serviço no contraturno? (ONG, Núcleo, Medida Socioeducativa)

Técnico de Referência: _____ Telefone: _____

DADOS ECONÔMICOS

Qual a média de rendimentos da família? _____

Participa de algum programa social? Bolsa Família BPC (Quem?): _____ Outros:A casa que vivem é: Própria Alugada Cedida Ocupação Outro

Possui TV em casa? Quantas? _____	Possui carro? Quantos? _____	Possui saneamento básico? _____
Quantas pessoas moram na casa?	Quem trabalha na casa? Quantos são carteira assinada? _____	Possui pavimentação? _____
Quantas pessoas estão aposentadas na casa? _____	Quantos cômodos a casa tem? _____	

DADOS COMPLEMENTARES

Fez ou faz algum acompanhamento em saúde?.....Qual? _____

Faz uso regular de alguma medicação?.....Quais? _____

Alergia à alguma medicação ou alimento? Qual/quais?

Histórico de internações? Onde?

DIÁLOGOS Como chegou ao serviço (Demanda Espontânea/Encaminhamento):

Escuta/observação da criança/jovem (queixa, desejos, expectativa, o que o motiva estar no serviço):

Escuta do familiar/acompanhante (queixa motivo de chegada ao serviço, expectativas):

HISTÓRICO

Em que momento da vida da mãe e da família aconteceu a gravidez?

Como foi o foi feito pré-natal? _____

Onde e como aconteceu o parto? _____

O bebê nasceu A Termo? _____

Se não como foi o processo? _____

Como a criança foi recebida pela família?

Como foi a amamentação? E o desmame?

Teve menarca?Quando? _____

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Com que idade engatinhou? _____ Com que idade andou? _____

Com que idade falou as primeiras palavras? _____ Com que idade começou a formar frases? _____

Usou mamadeira?..... até que idade? _____ Usou chupeta?..... até que idade? _____

Com que idade controlou esfínteres diurno.....? E noturno?

Histórico de doenças do usuário (incluindo saúde mental)

Histórico de doenças na família (incluindo saúde mental)

COTIDIANO

Como é a rotina durante a semana, final de semana?

Sono; Alimentação; Auto Cuidado

Atividades que gosta e/ou gostaria de fazer

Lazer (loais que frequenta frequência, faz uso de SPA nestes momentos, entre outros)

Perguntas específicas para adolescentes:

Já fez uso ou faz de SPAs?..... Quando usou por primeira vez..... Quais substâncias e com que frequência? _____

É sexualmente ativo? _____ Com que idade iniciou a vida sexual?..... Usa contraceptivos?.....

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Acolhimento feito por :

_____ Conselho N°: _____
_____ Conselho N°: _____

Período (Data do/s encontro/s) : _____

Conduta após encontro/s de acolhimento (inserido; encaminhado para outro serviço; discussão em matriciamento; entre outras...)

