

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

RAFAELA PEREIRA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRASNITORNO DO
ESPECTRO DO AUTISMO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIS (CAPSij)**

São Carlos
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

RAFAELA PEREIRA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRASNTO RNO DO
ESPECTRO DO AUTISMO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIS (CAPSij)**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título
de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade
Federal de São Carlos (UFSCar)

Orientadora: Profa. Dr. Thelma Simões Matsukura

Co-orientadora: Profa. Mariane Cristina Lourenço

São Carlos
2019

RESUMO

A compreensão sobre o autismo, atualmente conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA), passou por diversas modificações durante os anos. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980, o autismo foi incluído aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Já na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (1992), o autismo infantil passou a ser incluído dentro do grupo de transtornos globais do desenvolvimento. No DSM-IV (1994), além do autismo, passaram a ser descritos a síndrome de Asperger e o Transtorno Global do desenvolvimento sem outra especificação, e, na quinta e atual versão (DSM-V), de 2013, a denominação utilizada é “transtornos do espectro do autismo”, nessa, além da mudança de denominação, ocorreu a modificação na estrutura dos grupos de sintomas e sinais que determinam o diagnóstico do TEA. No Brasil, o cuidado dessas crianças com autismo se deu através de instituições filantrópicas, em serviços da assistência social ou de associações de familiares de autistas. Alguns estudos apresentam que esse desenvolvimento tardio fez com que a elaboração da política pública para o autismo fosse marcada por dois grupos opostos, o grupo ligado às ações da atenção psicossocial ligadas às políticas públicas do sistema único de saúde (SUS), e, o grupo das associações de pais e familiares de autistas. Com as políticas públicas do SUS, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis (CAPSij) com a perspectiva de saúde territorial e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estudos recentes abordam sobre as dificuldades ainda encontradas nesses CAPSij em relação as estratégias e ações voltadas especificamente para essas crianças e adolescentes com autismo, ressaltando a necessidade de pesquisas que auxiliem na identificação e compreensão das demandas que chegam até esses serviços. Nessa direção, o presente estudo objetivou caracterizar os usuários autistas vinculados aos CAPSij de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Trata-se de investigação exploratória, de abordagem quantitativa, que envolveu a participação de gestores de todos os quatro Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Para a coleta de dados foram utilizados um dos módulos de um roteiro de entrevista estruturada, o qual foi elaborado na pesquisa mais ampla em que este TCC está vinculado, e uma ficha de registro de dados de prontuário, elaborado neste estudo. Revelou-se que 26% dos usuários dos CAPSij participantes são autistas, com prevalência de chegada entre 1 a 5 anos de idade, a maioria sendo

do sexo masculino. O estudo também identificou algumas fragilidades na adesão de adolescentes com TEA nesses serviços. De forma geral, os resultados alcançados revelaram algumas fragilidades decorrentes da composição de equipe nos CAPSij, que devem impactar nas práticas de cuidado em geral e, das ações relativas ao TEA em particular.

Palavras-chave: *autismo; saúde mental; adolescentes; psicossocial.*

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1 - INFORMAÇÕES ACERCA DOS GESTORES PARTICIPANTES	16
QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FOCALIZADOS.....	17
QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DOS SERVIÇOS FOCALIZADOS NO ESTUDO	19

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE USUÁRIOS COM TEA NO CAPSij	20
GRÁFICO 2 - IDADE DE CHEGADA DOS USUÁRIOS COM TEA NO CAPSij	21
GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA.....	22
GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE MENINOS E MENINAS	24

SUMÁRIO

1-	Introdução	7
2-	Objetivos	12
3-	Método	12
3.1.	Participantes	13
3.2.	Local	13
3.3.	Instrumentos e materiais	14
3.4.	Procedimentos	14
3.4.1.	Procedimentos éticos	14
3.4.2.	Sensibilização e treinamento de pesquisadora para a utilização dos instrumentos e coleta de dados	14
3.4.3.	Elaboração da ficha de registro	15
3.4.4.	Coleta de dados	15
3.4.5.	Análise dos dados	15
4-	Resultados e discussão	16
5-	Considerações finais	24
6-	Referências	25

1- Introdução

O autismo, atualmente conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA), é considerado uma síndrome comportamental que envolve o desenvolvimento psiconeurológico e motor, suas principais características são o comprometimento no comportamento, interação social e linguagem (PINTO et al., 2016).

Inicialmente, em 1943, o conceito de Autismo foi descrito por Kanner, em seu estudo onde acompanhou o caso de onze crianças que tinham em comum características como distúrbios de linguagem e incapacidade de se relacionarem com outras pessoas. Kanner associava a etiologia com fatores ambientais, destacando principalmente o cuidado parental. Nessa época o autismo era incluído no grupo das “psicoses infantis”, sendo tratado como um transtorno das fundações do psiquismo infantil (BOSA; CALLIAS, 2000).

Além de Kanner, em 1944, outro médico psiquiatra, Hans Asperger, em seu estudo com quatro crianças usou a definição de um distúrbio que ele denominou Psicopatia Autística, expressa por transtorno severo na interação social, poucas expressões e presença de movimentos estereotipados. Porém, as descrições de Asperger se tornam conhecidas em momentos distintos das de Kanner, que foi rapidamente incorporada pela comunidade científica, na década de 1950 (TAMANAHHA e col., 2008).

No final dos anos de 1940, a psicanalista Margareth Mahler, começou seus estudos sobre as psicoses e o autismo. Mahler (1968), citada por Bosa e Callias (2000), desenvolveu suas ideias sobre o autismo infantil a partir de sua teoria evolutiva, onde coloca o autismo no subgrupo das psicoses infantis, que se explica pela fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não-diferenciação perceptiva, onde os sintomas ressaltados são as dificuldades em absorver as sensações recebidas do mundo interno e externo, e em perceber a mãe como a representante do mundo exterior (BOSA; CALLIAS, 2000).

Tustin (1981), citado por Bosa e Callias (2000), apresentou uma ideia semelhante, reconhecendo também uma fase autista normal no desenvolvimento infantil, sendo o grau a diferenciação desta do autismo patológico. Para ela, o autismo seria uma consequência de uma experiência traumática de separação materna, que dispararia sensações desorganizadas que resultariam em um colapso depressivo (BOSA; CALLIAS, 2000).

No entanto, o psiquiatra inglês Michael Rutter, desde o final dos anos 1960, integrou os grupos de especialistas que questionavam a centralidade dada aos aspectos afetivos na síndrome e defendia que o cerne do problema estava no campo da cognição (BRASIL, 2015)

Assim, a partir de 1970 começou a ganhar visibilidade uma nova concepção na compreensão sobre o autismo, a concepção cognitivista, associada à pesquisa genética. Tal concepção tem como referências pesquisadores como Michael Rutter, o qual os estudos influenciaram a definição desta condição no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-III, em 1980, quando o autismo foi incluído aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Passando também a ser descrito na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (1992). No DSM-IV (1994), além do autismo, passam a ser descritos a síndrome de Asperger e o Transtorno Global do desenvolvimento sem outra especificação. Em 2013, a quinta e atual versão (DSM-V), substitui a denominação para “transtornos do espectro do autismo” (BRASIL, 2015; KLIN, 2006).

Na atual versão do DSM, além da mudança de denominação, ocorreu a modificação na estrutura dos grupos de sintomas e sinais que determinam o diagnóstico do TEA. No DSM-V os sintomas são apresentados em dois grupos – déficits persistentes na comunicação social e interação social, diferente do DSM-IV que apresentava os sintomas em três grupos de alterações – sociabilidade, comunicação e comportamentos estereotipados (BORATI; PANTANO, 2016).

Ainda, no DSM-V são apresentados os especificadores de gravidade, que são classificados em níveis de apoio que a criança necessita e podem variar com o tempo e com o contexto. Assim tem-se o Nível 3 “exigindo apoio muito substancial”, para indivíduos com severos déficits na comunicação e interação social; Nível 2 “exigindo apoio substancial”, quando apresentam déficits graves na comunicação e prejuízos sociais; e o Nível 1 “exigindo apoio”, quando os déficits na comunicação causam prejuízo na ausência de apoio (DSM-V, 2014).

Já na Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª versão (CID – 10), como já apontado o autismo infantil é classificado dentro do grupo de transtornos caracterizados por alterações das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação, por um repertório de atividades e interesses restrito, repetitivo e estereotipado, os quais constituem uma característica global do funcionamento do sujeito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Dentro dos transtornos globais do desenvolvimento, o Autismo infantil é caracterizado por um desenvolvimento anormal manifestado antes dos três anos de idade, e envolve perturbação nas

interações sociais, comunicação e comportamento repetitivo. Nessa classificação dos transtornos globais do desenvolvimento, incluem-se também o autismo atípico, a síndrome de Rett, Outro transtorno desintegrativo da infância, Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, a Síndrome de Asperger, e ainda, os Outros transtornos globais do desenvolvimento e Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental voltadas a população infante-juvenil se deu tardiamente (TÃNO; MATSUKURA, 2015). Até o surgimento dessas políticas as crianças em sofrimento psíquico, nas quais são incluídas as crianças com autismo, eram cuidadas por instituições filantrópicas, como a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) e a Associação Pestalozzi, e educacional, em serviços da assistência social ou de associações de familiares de autistas, como a Associação de Autistas do Brasil (AMA-SP), que de modo geral, tinham o objetivo de promover a busca de conhecimento e troca de experiências sobre o autismo (OLIVEIRA et al., 2017).

Oliveira et al. (2017), apresentam que esse desenvolvimento tardio fez com que a elaboração da política pública para o autismo fosse marcada por dois grupos opostos que expandiram suas ações paralelamente, sendo um grupo ligado às ações da atenção psicossocial ligadas às políticas públicas do sistema único de saúde (SUS), e, o outro, as associações de pais e familiares de autistas (OLIVEIRA et al., 2017).

A partir de uma forte mobilização das associações de pais e familiares de autistas foi aprovada, dia 27 de dezembro de 2012, a Lei nº 12.764, lei federal específica para o autismo, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (BRASIL, 2015). Essa lei passa a reconhecer a pessoa com TEA como uma pessoa com deficiência, associando ao autismo uma perspectiva de reabilitação, o que acentuou o debate sobre a forma de cuidado para essa população, sobretudo nas ações ofertadas pelo SUS.

As duas concepções distintas sobre o cuidado das pessoas com transtornos do espectro autista são verificadas nos dois documentos públicos, intitulados "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista" (BRASIL, 2014) e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015), que parecem tentar contemplar e legitimar os dois grupos distintos nas políticas públicas. Porém, essas duas

concepções distintas contribuem para a discussão de qual “perfil diagnóstico” cada serviço deve seguir (OLIVEIRA et al., 2017).

Oliveira (2015) aponta que as duas cartilhas concordam no que chamam de “princípios básicos”, que são entendidos como as ações de autonomia das pessoas com TEA, discordando somente nas estratégias para atingir esse propósito, sendo assim, as duas visões compartilham do mesmo objetivo, porém suas formas de diagnóstico e intervenções se diferem (OLIVEIRA, 2015).

O grupo ligado às ações da atenção psicossocial foi marcado pela construção de uma rede de cuidados às crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes incorporada ao SUS, tendo como estratégia a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij) e de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TAÑO, 2014).

Os CAPSij foram criados com a perspectiva de saúde territorial, que articulassem a rede de cuidado e prestassem suporte às ações de saúde mental da infância e adolescência da Atenção Básica. Deveriam promover o acolhimento e acompanhamento de pessoas com transtornos graves, visando a inclusão e participação social, e tinham a responsabilidade pelo atendimento regular dos pacientes e de suas famílias, com um plano terapêutico seguindo a necessidade de cada paciente (BRASIL, 2011).

Mais recentemente, em 2011, tem-se que as ações de saúde mental destinadas às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades derivadas do uso de álcool e outras drogas devem estar articuladas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, constituída pela portaria n.º 3088, em 2011, e republicada no 18 DOU n.º 96 de 21/05/2013, objetiva à criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção psicossocial. (BRASIL, 2013)

A atenção básica de saúde é considerada o primeiro componente da RAPS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enfatiza o papel da Atenção Básica de Saúde em atuar como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção e apresentar um conjunto de ações de saúde voltadas para a promoção, prevenção e manutenção em saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral de saúde (BRASIL, 2013; 2012).

Desta forma, atualmente, nas portarias da saúde mental, os CAPS são dispositivos estratégicos da rede de saúde mental e necessitam estar articulados a uma rede, em especial com a Atenção Básica de Saúde. Contudo, as portarias também ressaltam o trabalho em rede na atenção

psicossocial a ser realizado pelos CAPSij, em vista do direcionamento do cuidado para uma rede de serviços com interesse territorial e comunitário (BRASIL, 2013; 2014).

Para Couto e Delgado (2015), a criação dos CAPSij consistiu na primeira ação efetiva da posição do Estado sobre a saúde mental infanto-juvenil, iniciando a solução do SUS sobre a necessidade de cuidado para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental que antes não tinham atendimento.

Os CAPSij representam um conjunto de modos de intervenção e de atenção orientados por uma lógica de cuidado, qualificando e expandindo o cuidado através da intersetorialidade, do território e da articulação com a rede. Tem a responsabilidade de promover espaços de cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento, além de ampliar os locais de vida dos mesmos, devendo garantir a participação social, moradia, educação, e cidadania para essa população que frequentemente não estão inseridas em outros espaços de sociabilidade (COUTO; DELGADO, 2015; TÃNO; MATSUKURA, 2015).

Couto (2012) ressalta que há uma grande presença de crianças e adolescentes com autismo nos CAPSij, porém ainda há uma ausência de informações sobre o trabalho concedido nesses serviços (COUTO, 2012).

Katz e Lugon (2016) apresentam a necessidade de ruptura dessa divisão entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos serviços de reabilitação, mostrando que o cuidado dessas crianças e adolescentes com autismo deve ser compartilhado. Uma das vertentes que destacam é a de que “os CAPSij e a rede de reabilitação devem pactuar territorialmente a composição do cuidado às crianças e adolescentes com autismo”, seguindo uma direção de atenção de linha de cuidado inclusiva e não segregadora (KATZ; LUGON, 2016).

Teixeira e Jucá (2014) objetivaram em seu estudo caracterizar o perfil dos pacientes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento, atendidos em um CAPSij no Município de Salvador (BA). Dentre os usuários que o serviço atende a maioria era do sexo masculino e os diagnósticos eram em sua maioria de transtorno global do desenvolvimento, e os mais recorrentes foram os de autismo infantil e autismo infantil em comorbidade com retardo mental.

Os autores apontam os desafios do cuidado a pessoa com autismo decorrentes da precarização do trabalho, da formação dos profissionais e da má gestão do governo, que geram um cuidado com pouco potencial terapêutico para esses usuários. Ressaltam a necessidade de mais

pesquisas com foco na caracterização da população infantil que busca atendimento em serviços de saúde mental, para a identificação e compreensão das demandas dessas crianças e adolescentes encaminhadas para os CAPSij (TEIXEIRA; JUCÁ, 2014).

Lima e col. (2014), destacam que pelo autismo se iniciar precocemente e por estar associado a um grave prejuízo na criação de laços sociais e na sobrecarga provocada aos familiares pelos cuidados cotidianos desses indivíduos, os CAPSij podem ser considerados os primeiros a incluir o autismo no campo da saúde mental pública do Brasil. Sendo assim, é importante olhar para o cuidado dessa população nesse espaço (LIMA e col., 2014).

No estudo de Lima e col. (2017) sobre os dados referentes ao perfil psicossocial e projetos terapêuticos para crianças e adolescentes com autismo e seus familiares em CAPSij do Rio de Janeiro, encontraram que 1/3 dos usuários em atendimento eram autistas, sendo a maioria do sexo masculino, entre 10 e 19 anos, e que estavam em regime assistencial semi-intensivo, ou seja, com atendimentos individuais e coletivos.

Assim, os CAPSij do estudo atendiam um número significativo de autista, porém, apresentaram uma carência de informações sobre as ações e estratégias de cuidados voltadas para esses usuários. Os autores apontam então, a necessidade de maior investimento na produção de conhecimento e de estratégias em conjunto com trabalhadores e familiares em relação a qualidade e efetividade de cuidado dessa população nos CAPSij, colocando esse como o principal serviço para a implementação e desenvolvimento dessas estratégias (LIMA e col., 2017).

Pelo exposto, compreende-se a relevância de se colocar foco sobre a caracterização dessa população no campo da saúde mental infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial.

2- Objetivos

- Caracterizar usuários autistas vinculados aos CAPSij de uma cidade do interior do estado de São Paulo

3- Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa¹.

¹ Este estudo está vinculado a pesquisa quali-quantitativa mais ampla, desenvolvida pela Mariane Cristina Lourenço junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, que tem como

Segundo Gil (2002) as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma aproximação com o problema, com o intuito de deixá-lo mais evidente ou de elaborar hipóteses. A grande maioria das pesquisas exploratórias envolve um levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos que promovam a compreensão (GIL, 2002).

3.1. Participantes

Participaram do estudo os gestores de todos os quatro Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

3.2. Local

A pesquisa foi realizada em quatro CAPSij de uma cidade do interior de São Paulo, a escolha pelo município foi intencional e o mesmo registrava, em 2016, o número de aproximadamente 1.800.000 habitantes, segundo o IBGE, e renda per capita média de R\$ 1.130, 83 segundo o atlas do desenvolvimento humano do Brasil em 2010 (IBGE, 2016; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2010)

Na época da coleta de dados, o município possuía sessenta e um centros de saúde (Unidades Básicas de Saúde), os quais são responsáveis pela atenção básica à saúde e alguns procedimentos de média complexidade (PREFEITURA MUNICIPAL, 2016).

A cidade também possuía um total de dezoito unidades de referência com atendimento especializado, com unidades de saúde secundárias que concentram ambulatórios com aproximadamente 30 especialidades médicas, além de ambulatório, dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e unidades dedicadas à Reabilitação Física, Saúde do Idoso, etc. (PREFEITURA MUNICIPAL, 2016).

3.3. Instrumentos e materiais

Para a coleta de dados foram utilizados um dos módulos de um roteiro de entrevista estruturada ² e uma ficha de registro de dados de prontuário.

O módulo do roteiro estruturado solicitava informações sobre os gestores, caracterização do serviço, composição da equipe e informações da população atendida e, especificamente, sobre as crianças e adolescentes autistas vinculados aos serviços.

Já a ficha de registro de dados de prontuários foi elaborada neste estudo e utilizada para o registro das informações específicas dos pacientes com TEA obtidas em análises de prontuários.

3.4. Procedimentos

3.4.1. Procedimentos éticos

Todos os procedimentos éticos foram realizados conforme prevê o registro do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), o qual foi aprovado, sob o número 3.050.794, na pesquisa mais ampla a qual este TCC está vinculado.

3.4.2. Sensibilização e treinamento de pesquisadora para a utilização dos instrumentos e coleta de dados

Nesta etapa, a pesquisadora responsável pelo estudo mais amplo, realizou reuniões de orientação e treinamento onde nos permitiu acompanhar os procedimentos de aplicação teste dos instrumentos relativos a pesquisa mais ampla. Nesta oportunidade, acompanhamos a aplicação junto a gestora do CAPSij de uma outra cidade do interior do Estado de São Paulo.

² Os instrumentos na íntegra foram elaborados pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo mais amplo o qual este TCC está vinculado.

3.4.3. Elaboração da ficha de registro

Duas gestoras participantes indicaram que não teriam condições de informar sobre a quantidade de prontuários ativos e os dados específicos desses pacientes, conforme solicitado no roteiro de entrevistas, assim, sugeriram a consulta a prontuários.

Para a elaboração da ficha de registro de dados de prontuários foi necessário começar pela lista dos profissionais, pois cada profissional é referência para um determinado número de pacientes. Com tal lista foi possível identificar quantos prontuários estavam ativos e quantos usuários apresentavam o transtorno do espectro autista (TEA) na hipótese de diagnóstico (HD).

Os dados registrados a partir da consulta de prontuários foram: idade, sexo, hipótese de diagnóstico, idade que chegou no serviço e encaminhamento (todas as informações foram anexadas em uma planilha do excel).

3.4.4. Coleta de dados

A coleta foi realizada entre fevereiro e abril de 2019, após os procedimentos de autorização e convite aos participantes efetivado anteriormente pela pesquisadora responsável pela pesquisa mais ampla.

Foram entrevistados em contato presencial os gestores de todos os quatro CAPSij de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Para responder as perguntas do roteiro de entrevistas que seria realizada, o instrumento foi mandado por e-mail, para que os gestores participantes verificassem com antecedência o que lhes seria solicitado na entrevista.

As entrevistas foram realizadas nos próprios CAPSij e foram gravadas em áudio. O tempo médio de duração das mesmas foi de, aproximadamente, 2 horas.

3.4.5. Análise dos dados

Todas as entrevistas foram transcritas e os dados obtidos foram organizados e são apresentados descritivamente.

4- Resultados e discussão

Nesta seção inicialmente são apresentados os resultados relativos aos participantes e aos serviços focalizados, seguidos dos resultados que focalizam as crianças e adolescentes autistas inseridos nos CAPSij.

As informações sobre as gestoras participantes, como formação e tempo em que estão na função de gestor são apresentados a seguir, no quadro 1.

QUADRO 1 - INFORMAÇÕES ACERCA DOS GESTORES PARTICIPANTES

	CAPSij1	CAPSij2	CAPSij3	CAPSij4
Formação	Psiquiatra	Terapeuta Ocupacional	Psicóloga	Psicóloga
Formada(o) a quanto tempo	16 anos	12 anos	20 anos	26 anos
Tempo de inserção no serviço	5 anos	2 anos	5 anos e 9 meses	4 anos e meio
Quanto tempo está na função de gestor	4 anos	2 anos	5 anos e 9 meses	5 anos

Fonte: autoria própria.

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, é possível verificar que todos os gestores participantes são formados há mais de 10 anos e estão inseridos no serviço onde atualmente exercem a gestão há mais de dois anos. Tal caracterização dos participantes permite a inferir que as mesmas têm conhecimento prático e administrativo consolidado o que qualifica ainda mais as informações oferecidas durante a coleta de dados.

Ainda que não seja foco deste estudo, considera-se relevante destacar que um dos CAPSij do estudo tem como gestora uma terapeuta ocupacional. De Carlo et al. (2009) aponta que antigamente a participação do terapeuta ocupacional (T.O.) na gestão pública era pouco valorizada, essa função era exercida principalmente por médicos. Entretanto, com a ampliação do campo de atuação do terapeuta ocupacional e a territorialização das práticas de saúde do SUS o T.O. começou a assumir papéis ativos nas instituições em que se insere, ocupando cada vez mais os cargos de gestores (DE CARLO et al., 2009).

Cruz, Souza e Emmel (2014) ressaltam a importância que envolve o papel de gestor e apontam que os terapeutas ocupacionais são profissionais competentes para tal cargo, a medida que possuem habilidades como as de lidar com as atividades humanas, o manejo de grupos e a valorização do trabalho em equipe, trazendo essas como características essenciais para a prática de gestão.

Os estudos acerca da inserção de terapeutas ocupacionais na gestão de serviços ainda são escassos e sugere-se que esta temática possa ser focalizada em pesquisas futuras. A maioria dos estudos existente buscou investigar a formação dos terapeutas ocupacionais para essa prática e ressaltam as dificuldades de reflexão e conhecimento específicos sobre gestão encontradas pelos profissionais em sua prática, decorrentes da formação com pouco enfoque nos conhecimentos sobre planejamento e gerenciamento de serviços (DE CARLO et al., 2009; CRUZ; SOUZA; EMMEL, 2014).

Sobre os serviços envolvidos no estudo, as informações sobre tempo de funcionamento, tipo de administração e área de abrangência são apresentados no quadro 2, a seguir.

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FOCALIZADOS

	CAPSij1	CAPSij2	CAPSij3	CAPSij4
Tempo de funcionamento do serviço	Desde 2014	Desde 2010	Desde 2010	Desde 2014
Tipo de administração	Prefeitura	O.S.S.	Prefeitura e O.S.S.	Prefeitura
Território que abrange	Região Sul	Região Leste e Norte	Região Sudoeste	Região Noroeste
Número de habitantes da área de abrangência	250 mil habitantes	500 mil habitantes	230 mil habitantes	200 mil habitantes

Fonte: autoria própria.

As gestoras participantes do estudo relataram sobre a história dos CAPSij em que trabalham e, confirmando a literatura sobre a atenção a crianças e adolescentes e ao surgimento de políticas públicas na área (TAÑO; MATSUKURA, 2015), contaram que os serviços de atenção a

adolescentes no município começaram como um ambulatório de adolescentes e foi passando por algumas transformações no decorrer dos anos. Assim, ainda que a inauguração dos CAPSij tenha registro relativamente recente - 2010 e 2014, alguns deles já funcionavam sob outra denominação e com outros objetivos.

Sobre o tipo de administração dos CAPSij focalizados, verifica-se que dois são administrados exclusivamente pela prefeitura, um exclusivamente por Organização Social de Saúde (O.S.S.) e um que é administrado pela composição da OS com a Prefeitura Municipal.

As Organizações Sociais surgiram após a Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994 e 1995, com o intuito de ter 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 e contribuindo para o desenvolvimento da gestão pública estatal e não-estatal (MORAIS et al., 2018; BRASIL, 1997).

No entanto, Muylaert e col. (2015), destacam as complexidades no campo de atenção à saúde mental infanto-juvenil derivadas dessa terceirização da área da saúde pelas organizações sociais de saúde. Sendo a precarização do trabalho, com falta de investimento e número reduzido de profissionais contratados, uma dificuldade com relação direta no trabalho desses profissionais e no atendimento que é ofertado para os usuários. Apontam também as contradições existentes entre o modo de atenção psicossocial em relação a promoção da saúde mental e a lógica capitalista observada nas O.S.S., já que esse processo de terceirização vem se inserindo na lógica de mercado (MUYLAERT et al., 2015).

Nessa perspectiva, Morais et al. (2018), em seu estudo sobre as organizações sociais de saúde, colocam em questão o caráter não lucrativo das O.S.S., observam que as organizações privadas ditas de interesse público necessitam de significativas transferências do fundo público para seu financiamento e expansão. Explicam a crescente expansão pelo modelo econômico, colocando as O.S.S. no cenário de mercantilização do setor saúde (MORAIS et al., 2018).

A partir do exposto relativamente às O.S.S., torna-se necessário alertar que os resultados aqui apresentados, devem ser considerados também à luz deste tipo de administração que, como apontado, podem impactar as práticas de cuidado desenvolvidas.

Acerca da população que cada um dos serviços responde, é possível observar que esta varia de 200 a 500 mil habitantes. Vale alertar que a Portaria Ministerial 336 de 19 de fevereiro de 2002

define os CAPSij como serviços de referência para locais com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2002).

Porém, há previsão de um CAPSij para cada 70 mil habitantes, porém possivelmente por não ser uma prioridade nas políticas públicas muitas vezes acaba não acontecendo, assim, muitos CAPSij trabalham com populações muito maiores, como os CAPSij focalizados no presente estudo, dificultando o alcance das ações territoriais colocados para esse equipamento e causando sobrecarga para a equipe (COUTO; DELGADO, 2015).

Sobre a composição de equipe de cada CAPSij, as informações são apresentadas a seguir, no quadro 3.

QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DOS SERVIÇOS FOCALIZADOS NO ESTUDO

	CAPSij 1	CAPSij2	CAPSij3	CAPSij4
Administrativo	0	1	1	0
Assistente social	0	0	0	-
Auxiliar técnico ou técnico de enfermagem	5	2	4	6
Enfermeiro	2	2	2	1
Farmacêutico	0	1	1	0
Fonoaudiólogo	1	1	1	1
Médico Pediatra	0	1	1	1
Médico Psiquiatra	2	2	3	1
Monitor	0	3	1	0
Psicólogo	2	3	3	3
Terapeuta Ocupacional	2	2	2	1

Equipe de Limpeza	2	2	2	2
TOTAL	16	20	23	15

Fonte: autoria própria.

De acordo com o ministério de saúde a equipe mínima para um CAPS é de 1 médico, podendo ser psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico) e 5 profissionais de nível médio (BRASIL, 2015). Como se observa a partir dos resultados apresentados no quadro 3, todos os CAPSij do estudo estão de acordo com a portaria.

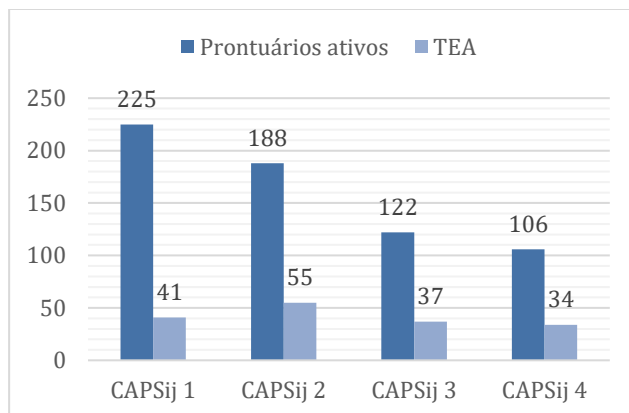
Assim, os quatro CAPSij contam com técnicos ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, apenas dois contam também com farmacêuticos e nenhum dos CAPSij contam com assistente social. No entanto, ainda que todos tenham a equipe mínima exigida, a equipe é consideravelmente reduzida, considerando-se a população de abrangência, conforme já destacado.

Durante a coleta de dados, as gestoras dos CAPSij 3 e 4, que tem os menores números de profissionais em suas equipes, relataram que se tivessem mais profissionais os atendimentos ofertados melhorariam, que as equipes trabalham com as agendas lotadas e muitas vezes não dão conta de ampliar o projeto terapêutico do usuário por faltar profissionais.

Além disso, como se observa no Quadro 3, esses CAPSij em questão (3 e 4), não contam com profissionais administrativos. No relato, compreende-se que o serviço desta natureza é dividido entre os profissionais da equipe técnica, o que gera uma sobrecarga ainda maior. Tal sobrecarga e as dificuldades decorrentes da ausência dos profissionais administrativos também impactaram neste estudo, onde uma das gestoras participantes solicitou nossa inserção no local para realizarmos o registro dos dados específicos sobre os usuários atendidos no serviço, mostrando a necessidade de ter um profissional específico para fazer esse registro para a melhor organização dos dados e de todos os profissionais.

A seguir, apresenta-se o gráfico 1 com as informações sobre a proporção de usuários com TEA relativamente ao total de prontuários ativos nos CAPSij do estudo.

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE USUÁRIOS COM TEA NO CAPSij



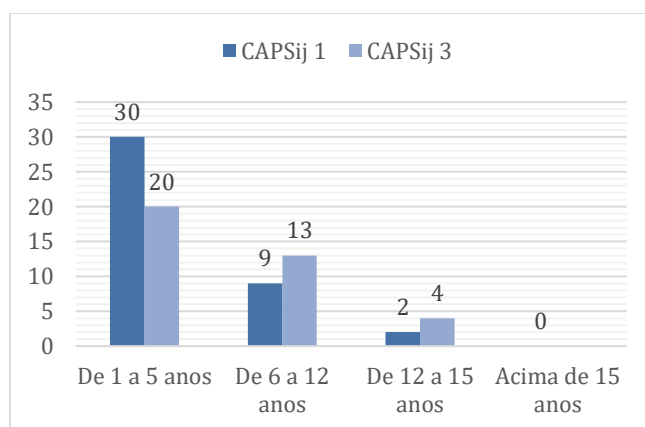
Fonte: autoria própria.

Observa-se que 26% dos prontuários ativos registram na hipótese de diagnóstico o Transtorno do Espectro do Autismo.

No estudo de Reis et al. (2010), focalizando as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, e não especificamente o TEA, atendidos nos CAPSij de São Paulo identificou que 19,8% dos usuários dos serviços encontravam-se dentro dos transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 – F90), o qual engloba os transtornos globais do desenvolvimento (F84) onde encontra-se o TEA (REIS et al., 2010).

Em relação a idade que esses usuários com TEA chegam no serviço é possível observar a seguir, no gráfico 2.

GRÁFICO 2 - IDADE DE CHEGADA DOS USUÁRIOS COM TEA NO CAPSij



Fonte: autoria própria.

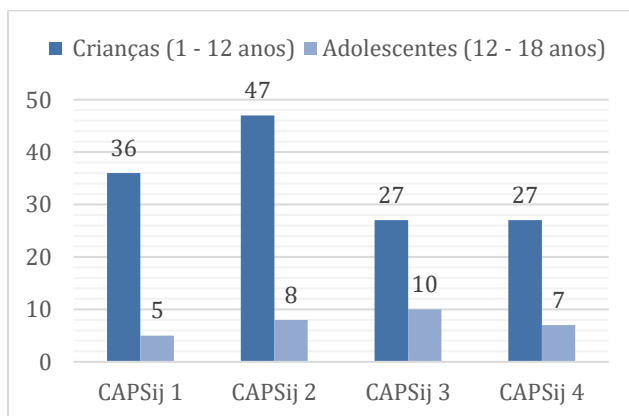
Ao observarmos o gráfico é notável a prevalência de chegada nesses equipamentos entre 1 a 5 anos. Dados sobre os CAPSij 2 e CAPSij 4, do estudo, mostram que a idade prevalente é de 2 anos e meio e 4 anos, respectivamente.

Os resultados aqui apresentados em relação a chegada das crianças com TEA nos CAPSij, podem fazer diálogo com o estudo sobre diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis, de Visani e Rabello (2012), o qual ressaltam que a média de idade no diagnóstico formal está sendo dado em sua maioria na faixa de dois a cinco anos de idade, sendo que na maioria dos casos das crianças autistas os pais já tinham percebido algo em seus filhos antes do diagnóstico formal (VISANI; RABELLO, 2012). É possível supor que esta idade de chegada aos CAPSij está relacionada a uma hipótese diagnóstica ou a um diagnóstico já definido efetivado em outro serviço de saúde.

O diagnóstico e o tratamento precoce, principalmente para o autismo, são de suma importância para a evolução clínica da criança, possibilitam a melhora no comportamento, na capacidade de comunicação, nas habilidades motoras e na interação com o outro. Laznik (1997), citado por Visani e Rabello (2012) aponta que a intervenção precoce no caso de autismo além de melhorar a evolução do tratamento, minimiza alguns sintomas experimentados pelos pais que são agravados com o passar do tempo, como depressão e dificuldade de impor regras à criança (VISANI; RABELLO, 2012; PINTO et al. 2016).

No gráfico 3 (a seguir), apresenta-se a proporção de crianças e adolescentes com TEA que estão em tratamento durante o período do estudo.

GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA



Fonte: autoria própria.

Os resultados apresentados no Gráfico 3, revelam que a proporção de adolescentes autistas variou de 13 a 37% em relação ao total de crianças autistas vinculadas nos serviços, o que indica um número menor de adolescentes como usuários dos CAPSij.

Ainda que relativamente aos usuários de CAPSij em geral, no estudo de Teixeira e Jucá (2014), sobre a caracterização de usuários de um CAPSij de Salvador, também encontrou um número menor de adolescentes comparado às crianças. Nesse estudo ainda ressaltaram que apenas 14 autistas, dos 143 indivíduos, tem idade igual ou superior a 18 anos, colocando para tal fato pontos importantes em questão: a resistência institucional e dos indivíduos, até a possível ausência de dispositivos da rede que compreendem as demandas dessa população (TEIXEIRA; JUCÁ, 2014).

O estudo internacional, de Platos e Pisula (2019), sobre o atendimento e o uso de serviços de diversas naturezas, por adolescentes com autismo na Polônia, teve como objetivo compreender as barreiras encontradas pelos adolescentes e adultos com TEA sobre o uso dos serviços naquele país. Os resultados mostram que grande porcentagem desses adolescentes não estão em tratamento, o que também é verificado em pesquisas encontradas em outros países, como nos Estados Unidos. Dentre os serviços utilizados o de saúde mental foi o que mais apareceu, sendo que foram mais utilizados por indivíduos com TEA em comorbidade com outros problemas da saúde mental.

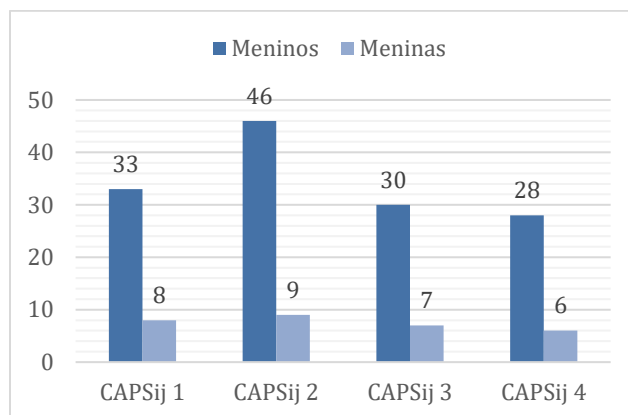
Dessa forma, ressaltam a necessidade de os serviços voltados para essa população melhorarem a disponibilidade e a acessibilidade dos adolescentes autistas aos serviços. Além da importância e necessidade dessa população ter acesso a terapias individuais, de treinamento de habilidades sociais e de consultas psiquiátricas e psicológicas (PLATOS; PISULA, 2019).

Ainda que não focalizando em adolescentes autistas especificamente, o estudo de Silva et al. (2018) 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. Reforça que essa área da literatura ainda é pouco observada e revela a necessidade de estudos focalizados nessa população (BUENO, 2013).

A seguir, no gráfico 4, apresenta-se a proporção de meninos e meninas com TEA

GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE MENINOS E MENINAS



Fonte: autoria própria.

Quanto ao sexo é possível observar que a maioria é do sexo masculino correspondendo com a incidência de aproximadamente 4 meninos para 1 menina. O que é ressaltado em outros diversos estudos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

5- Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os usuários autistas vinculados aos CAPS infanto-juvenis de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Compreende-se que os resultados aqui apresentados contribuem para o campo. Como indicado, na literatura há uma escassez de estudos de caracterização das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSij e compreende-se que essa caracterização pode contribuir para compreender se as crianças e adolescentes com TEA estão realmente nos serviços psicossociais, como os documentos oficiais do ministério da saúde indicam.

Revelou-se que 26% dos usuários dos CAPSij participantes são autistas, a prevalência de chegada desses usuários no serviço se dá entre 1 a 5 anos de idade, a maioria sendo do sexo masculino, além de revelar uma fragilidade na adesão de adolescentes com TEA nesses serviços.

Esse baixo número de adolescentes autistas nos serviços levanta questões sobre as ações que estão sendo ofertadas nesses dispositivos, a articulação que está sendo realizada entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), e sobre onde esses adolescentes estão sendo cuidados.

Logo, para estudos futuros, apontam-se considerações sobre as ações desenvolvidas com esses usuários, principalmente em relação aos adolescentes com TEA; investigações sobre a ausência destes adolescentes nos serviços de atenção psicossocial; sobre o tempo de permanência de usuários com TEA, sendo que verificou-se que crianças bem novas chegam a esses dispositivos; da rede intersetorial sobre a construção da atenção psicossocial e a capacidade de articulação destas equipes, dentre outros.

De forma geral, os resultados alcançados revelaram algumas fragilidades dos CAPSij acerca da composição de equipe, revelando ter um número consideravelmente reduzido para o número de habitantes que o território em que está inserido abrange. Fato que dificulta a ampliação dos projetos e leva a uma sobrecarga da equipe e que devem impactar as práticas de cuidado em geral e, das ações relativas ao TEA em particular. Assim, os resultados do presente estudo devem ser considerados à luz destas dimensões e dos demais limites da pesquisa.

6- Referências

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cadernos MARE da reforma do Estado. v. 2. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Decreto 3088 de 23 de dezembro de 2011 (republicada). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Governo Federal. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. 164 p.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. SUS em Campinas. Campinas, 2018.

BORATI, M. A.; PANTANO, T. Transtornos do neurodesenvolvimento. In: BORATI, M. A.; PANTANO, T.; SCIVOLETTO, S. Psiquiatria da infância e adolescência: cuidado multidisciplinar. Barueri, SP. Editora Manole, 2016. p. 8-12.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. Psicologia : reflexão e crítica. Porto Alegre. Vol. 13, n. 1, p. 167-177, 2000.

COUTO, M.C.V. Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 2012. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 4, n. 30, p. 390-398, 2008.

CRUZ, D. M. C.; SOUZA, F.; EMMEL, M. L. G. Formação do terapeuta ocupacional para a gestão. Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, set./dez. 2014.

DE CARLO M. M. R. P. et al. Planejamento e gerenciamento de serviços como conteúdos da formação profissional em Terapia Ocupacional: reflexões com base nas percepções dos estudantes. Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação, v.13, n.29, p.445-53, abr./jun. 2009.

DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Dados eletrônicos - Porto Alegre: Artmed, 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KATZ, I. LUGON, R. Autismo, o campo das deficiências e as redes de atenção psicossocial (Raps). In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. O capsí e o desafio da gestão em rede. São Paulo: Hucitec Editora, 2016. cap.16, p.232-245.

KLIN, A. Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. Ver. Bras. Psiquiatr. Vol.28. São Paulo, maio, 2006.

LIMA, R. C. e col. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 715-739, 2014.

LIMA, R. C. e col. 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.

MINATEL, M. M. Cotidiano, demandas e apoio social de famílias de crianças e adolescentes com autismo. 2013. 101 f. 207 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2018.

MUYLAERT, C. J. et al. Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 11, p. 3467-3476, 2015

PINTO, R.N.M.; TORQUATO, I. M. B.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SOUZA, N. V. L.; SARAIVA, A. M. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussão nas relações familiares. Rev Gaúcha Enferm, v. 3, n. 37, set., 2016.

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.

OLIVEIRA, B. D. C. Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. 2015. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

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. 3, n 27, p. 707-726, 2017.

REIS, A. O. A. et al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. IN: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS, São Paulo: Hucitec, 2010, cap. 9, p. 186-210.

TAMANAH, A. C. e col. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. Ver Soc Bras Fonoaudiol. 2008.

TAÑO, B. L. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. 2014. 207 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infanto-juvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TEIXEIRA, R. M. JUCÁ, V. J. S. Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 5 - n. 2, p. 70-84, jul./dez. 2014.

VISANI, P. RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, junho 2012.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD – 10). World Health Organization version, 2015.