



**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA EM CIDADES DE PEQUENO PORTE
DA SERRA GAÚCHA**

Rafael Fetter

Caxias do Sul, 2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA.

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA EM CIDADES DE PEQUENO PORTE
DA SERRA GAÚCHA**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado Profissional da Universidade de Caxias do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e Intervenções Clínicas em Contexto Psicossociais. Orientadora Profa. Dra. Cláudia Alquati Bisol.

Caxias do Sul, 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

F421a Fetter, Rafael

A atuação do psicólogo com pacientes com Transtorno do Espectro
Autista em cidades de pequeno porte da Serra Gaúcha [recurso eletrônico] /
Rafael Fetter. – 2021.

Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, 2021.

Orientação: Cláudia Alquati Bisol.

Modo de acesso: World Wide Web

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>

1. Psicologia. 2. Transtornos do espectro autista. 3. Autismo. I. Bisol,
Cláudia Alquati, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 159.9

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Carolina Machado Quadros - CRB 10/2236



“A atuação do psicólogo com pacientes com Transtorno do Espectro Autista em cidades de pequeno porte da Serra Gaúcha”

Rafael Fetter

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e intervenções clínicas em contextos psicossociais.

Caxias do Sul, 29 de outubro de 2021.

Banca Examinadora:

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Cláudia Alquati Bisol (Orientadora)
Universidade de Caxias do Sul

Participação por

videoconferência Profa. Dra.
Tânia Maria Cemin Wagner
Universidade de Caxias do
Sul

Participação por videoconferência

Prof. Dr. Carlo Schmidt
Universidade Federal de Santa Maria

AGRADECIMENTOS

Em uma jornada intensa como a realização de um Mestrado, são várias as pessoas a quem devo agradecer.

À minha orientadora, Dra. Cláudia Alquati Bisol, pelas orientações, pelas trocas, pela paciência, pela ajuda e por ter contribuído de maneira ímpar para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos professores Dra. Tânia Maria Cemin e Dr. Carlo Schmidt, por terem aceitados participar das bancas de qualificação e defesa e pelas preciosas orientações para a evolução do trabalho.

Aos entrevistados e às instituições que oportunizaram trocas riquíssimas e momentos de muito aprendizado nas entrevistas e visitas, tornando possível a produção do material proposto.

À minha noiva pelo apoio, pela força e compreensão nos momentos difíceis.

À minha família por ter estado comigo desde o início e ter me apoiado nas decisões tomadas.

Aos amigos pelas palavras e pelos momentos de descontração tão necessários.

Aos colegas e professores do mestrado pelas novas amizades e pelos momentos vividos nesses dois anos e um pouco mais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM OLHAR GERAL.....	14
2.1 TEA: Perspectiva Histórica e Paradigmas Atuais	14
2.2 Modelos Teóricos de Intervenção para o TEA.....	24
3 TEA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E O PSICÓLOGO	26
3.1 Reforma Psiquiátrica	26
3.2 Instituição dos CAPS	30
3.3 Políticas Públicas e O Atendimento Específico para Crianças e Adolescentes..	32
3.4 Políticas Públicas e Atendimento Focados no Autista	33
4 MÉTODO	35
4.1 Delineamento.....	35
4.2 Participantes.....	36
4.3 Instrumentos e Procedimentos	37
4.4 Análise dos Dados	38
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	41
5.1 Entrevistas com Gestores.....	41
5.1.1. Potenciais.....	43
5.1.2. Desafios.....	49
5.2 Observações	52
5.3. Entrevistas e Análise dos Psicólogos.....	58
5.3.1. A Atuação dos Psicólogo com Paciente com TEA.....	61
5.3.1.1. Escolhas Teóricas e Técnicas.....	61
5.3.1.2. Psicoeducação.....	63
5.3.1.3. O Papel da Família no Tratamento.....	65
5.3.1.4. A Importância da Equipe	68
5.3.2. Os Desafios do Psicólogo Perante o TEA	71
5.3.2.1. A Complexidade do TEA.....	71

5.3.2.2. A Participação da Família	75
5.3.2.3. A Desinformação e os Mitos sobre o TEA	76
6 WAKELET COMO FERRAMENTA DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTO	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS.....	97

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Roteiro para entrevista com gestores	97
ANEXO B. Modelo de ficha de observação.....	98
ANEXO C. Roteiro para entrevista com psicólogos.....	99
ANEXO D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
ANEXO E. Termo de Autorização Institucional	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Panorama Geral dos Municípios.....	37
Tabela 2. Resumo do Processo Metodológico.....	40
Tabela 3. Panorama dos Municípios e Entrevistados.....	41
Tabela 4. Categoria, subcategorias e focos de análise das entrevistas com gestores.....	42
Tabela 5. Características Gerais dos locais visitados.....	52
Tabela 6. Apresentação dos Serviços Disponibilizados	54
Tabela 7. Resumo das Salas.....	56
Tabela 8. Apresentação dos Participantes	59
Tabela 9. Categorias e Subcategorias das entrevistas com Psicólogos.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coleção Políticas Públicas Relacionadas ao TEA	80
---	----

RESUMO

O último número divulgado pelo órgão norte-americano CDC de casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) dá conta de 1 para cada 54 nascimentos, demonstrando um aumento percebido a cada ano. Esse aumento se dá devido a fatores como a adoção da ideia de um espectro autista, ampliando, assim, os critérios diagnósticos, profissionais mais preparados e melhores ferramentas para o diagnóstico do transtorno. Tem-se, portanto, um aumento de casos que provoca, por consequência, aumento da necessidade de atendimento no Sistema de Saúde Mental do país e maior participação de psicólogos que trabalham nesses locais no tratamento desses sujeitos. Esse estudo tem como objetivo geral compreender como é a atuação de psicólogos com esses pacientes no contexto de quatro municípios de pequeno porte da Serra Gaúcha. Para isso, foram contextualizados os locais de atendimento e a ação do psicólogo com esses pacientes. O aporte teórico traz uma perspectiva histórica do TEA, além de paradigmas atuais e intervenções utilizadas para o transtorno. Também apresenta a criação dos CAPS como dispositivos de prestação de Saúde Mental e as políticas públicas relacionadas ao paciente com TEA. A pesquisa consiste em um estudo qualitativo de natureza exploratória, caracterizado como estudo de casos múltiplos, composto por entrevistas semiestruturadas e visitas aos locais de atendimentos. Foram entrevistados gestores da Saúde Mental dos municípios estudados e profissionais que participam do tratamento desses pacientes. Os dados obtidos foram apurados através da análise de conteúdo de Bardin (2016) e divididos em categorias que abarcam questões estruturais dos locais, elementos do tratamento desses pacientes e os desafios presentes nesses atendimentos. Esse contato com a realidade dos sistemas de Saúde Mental e dos profissionais que neles atuam trouxe para uma dimensão mais palpável a atuação do psicólogo em cidades de pequeno porte, as ferramentas utilizadas por esses profissionais, o papel essencial da família e a importância da Psicoeducação. A pesquisa também demonstrou municípios com estrutura adequada para o atendimento, com salas específicas e papel central do psicólogo no tratamento desses pacientes, além das adequações para lidar com os desafios da Pandemia. A partir desse corpo de dados, foi possível propor material de apoio, que será disponibilizado de maneira virtual, visando a auxiliar os profissionais que trabalham com esse público.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista; psicologia; psicólogo; cidades de pequeno porte

ABSTRACT

The latest figure released by the US agency CDC of cases of Autistic Spectrum Disorder (ASD) gives an account of 1 for every 54 births, demonstrating a perceived increase each year. This increase is due to factors such as the adoption of the idea of an autistic spectrum, thus expanding diagnostic criteria, better-prepared professionals, and better tools for diagnosing the disorder. There is, therefore, an increase in cases that, as a result, increases the need for care in the country's Mental Health System and greater participation of psychologists who work in these places in the treatment of these subjects. The general objective of this study is to understand how psychologists work with these patients in the context of four small towns in the Serra Gaúcha. For this, the places of care and the psychologist's action with these patients were contextualized. The theoretical contribution brings a historical perspective of ASD, in addition to current paradigms and interventions used for the disorder. It also presents the creation of CAPS as devices for providing Mental Health and public policies related to patients with ASD. The research consists of a qualitative study of an exploratory nature, characterized as a multiple case study, consisting of semi-structured interviews and visits to care facilities. Mental Health managers of the studied municipalities and professionals who participate in the treatment of these patients were interviewed. The data obtained were determined through Bardin's (2016) content analysis and divided into categories that cover structural issues of the places, elements of the treatment of these patients, and the challenges present in these care. This contact with the reality of Mental Health Systems and the professionals who work in them bring to a more tangible dimension the role of the psychologist in small towns, the tools used by these professionals, the essential role of the family, and the importance of Psychoeducation. It also demonstrated municipalities with an adequate structure for care, with specific rooms, and the central role of the psychologist in the treatment of these patients, in addition to the adequacy to deal with the challenges of the Pandemic. From this body of data, it was possible to propose support material, which will be made available online, to help professionals who work with this audience.

KEYWORDS: Autistic Spectrum Disorder; psychology; psychologist; small towns

INTRODUÇÃO

Essa dissertação tem como foco analisar a atuação do psicólogo no diagnóstico e atendimento a pacientes com TEA em cidades de pequeno porte na Serra Gaúcha.

Os últimos anos testemunharam um aumento nos diagnósticos de autismo no mundo todo, chegando à prevalência de 1 caso para cada 54 crianças nos Estados Unidos, segundo relatório divulgado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 26 de março de 2020, abrangendo todas as classes sociais, etnias e raças (Maenner et al, 2020). Esse aumento do número de casos registrados chegou a desencadear suposições sobre uma epidemia de Transtornos do Espectro Autista (TEA), porém, as explicações mais consistentes desse fenômeno referem-se a mudanças nos critérios de inclusão no Espectro Autista, a um maior conhecimento por parte de clínicos e a instrumentos mais confiáveis para a realização desse diagnóstico (Schmidt, 2017).

Essa realidade trouxe uma série de novos desafios para os sistemas de saúde de todos os municípios, independente de tamanho. A complexidade do processo de diagnóstico e do tratamento do TEA, com pacientes permanecendo por grandes períodos de tempo nas instituições e usufruindo do atendimento de vários profissionais diferentes, impôs mais uma questão a ser resolvida no já atribulado sistema de saúde público brasileiro.

A percepção dessa nova realidade também em meu local de trabalho, a APAE de Carlos Barbosa/RS, foi o principal motivador para a escolha desse caminho de pesquisa. Minha caminhada como psicólogo da APAE iniciou no ano de 2017, trabalhando tanto com os usuários regulares da APAE quanto com crianças com dificuldades emocionais e de aprendizado, em um modelo de serviço diferenciado, oferecido pela instituição em conjunto com a prefeitura de Carlos Barbosa.

Até o ano de 2019, os pacientes com TEA eram encaminhados eventualmente para o serviço e para alguns profissionais específicos, contudo, essa realidade passou a se alterar no decorrer daquele ano. Houve um grande aumento do número de encaminhamentos desses pacientes tanto para avaliação e processo diagnóstico quando para iniciar os acompanhamentos terapêuticos de vários profissionais. Esse aumento da demanda do serviço trouxe uma série de questões complexas e que exigiram, e ainda exigem, uma série de adaptações e mudanças na maneira de trabalhar da instituição e de todos os profissionais.

Os pacientes com TEA têm como uma das características a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, intenso e de longo prazo. Esse fato em conjunto com a grande quantidade de novos pacientes com TEA ou com sinais de TEA e a urgência de início

dos atendimentos trouxe grandes dificuldade para a absorção dessas crianças no serviço. Além disso, surge a questão de como lidar com a demanda contínua de outros encaminhamentos com esses pacientes necessitando de acompanhamento por tanto tempo. Nascimento, Pereira e Garcia (2017) destacam a importância da preparação dos profissionais desses sistemas públicos de saúde para receber essa nova e complexa demanda, além de poderem absorver os sistemas familiares desses sujeitos, suas angústias e anseios.

Essa situação, que já seria preocupante por si mesma, torna-se mais grave ao pensarmos em termos de estrutura em saúde mental das cidades brasileiras, especialmente no que diz respeito às de menor porte, para a realização do processo de diagnóstico e atendimento de novos pacientes, além da demanda já consolidada de sujeitos diagnosticados com o transtorno e de outros pacientes que já frequentavam essas instituições.

Os municípios escolhidos para a pesquisa são, de acordo com dados do IBGE, considerados de pequeno porte e compartilham semelhanças em vários indicadores socioeconômicos e populacionais. Essa homogeneidade fez com que se tornasse possível encontrar semelhanças nos sistemas de Saúde Mental desses municípios, embora cada um deles apresente particularidades importantes. Por serem municípios de tamanhos parecidos, todos encaixam-se sobre as mesmas diretrizes federais em relação à estruturação da rede de Saúde Mental.

A gestão da Saúde Mental em cidades de pequeno porte apresenta muitas particularidades que a diferencia de cidades maiores, embora seja tão complexa quanto. Ferreira, Cortes e Pinho (2019) refletem sobre a grande influência da gestão política sobre o sistema de Saúde Mental de municípios de menor porte, onde os dispositivos de atendimento dependem mais da boa vontade dos atores políticos para permanecerem funcionando e muitas vezes não estão tão bem estabelecidos quanto em cidades de maior porte.

Em municípios de menor porte, as APAES assumem papel fundamental na rede de Saúde Mental, não se limitando à assistência de pessoas com deficiência, mas abarcando outros públicos, como, por exemplo, os próprios sujeitos com TEA que hoje, em muitos municípios, têm essa instituição como referência. Para evidenciar a participação das APAES na rede de Saúde Mental de municípios de menor porte, posso citar o município onde trabalho, Carlos Barbosa/RS, no qual a instituição também exerce um papel fundamental no acompanhamento de crianças com dificuldades emocionais, comportamentais e de aprendizado de escolas regulares do município.

De acordo com material consultado no site da APAE-ES (www.apaes.com.br), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais teve sua origem na cidade do Rio de Janeiro, em 1954, através do esforço do casal de diplomatas norte-americanos Beatrice e George

Bemis, em conjunto com outros profissionais da saúde e educação, visando a promover o cuidado e a atenção à pessoa com deficiência intelectual e múltipla, sendo a primeira escola especial fundada no ano seguinte. Nas décadas seguintes, o movimento apaeano expandiu-se no Brasil, contando hoje, de acordo com a Federação Nacional das APAES (www.apae.org.br) com 2.200 APAES espalhadas pelo Brasil e realizando quase 25 milhões de atendimento ao ano.

É, nesse contexto de reflexões sobre a conjunção entre a realidade dos sistemas de Saúde Mental de municípios de pequeno porte da Serra Gaúcha, do aumento da demanda de pacientes com TEA e do papel dos psicólogos no tratamento desses pacientes que se define o problema de pesquisa: Como é a atuação do psicólogo no diagnóstico e no atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em cidades de pequeno porte da Serra Gaúcha? Para contextualizar e compreender a atuação desse profissional nesses locais, foram desenhados os seguintes objetivos específicos:

- Conceituar o Transtorno do Espectro Autista, com ênfase na dimensão histórica, diagnóstica e de tratamento;
- Contextualizar o atendimento de pacientes TEA nas cidades escolhidas sob a ótica da estrutura de cada cidade e das políticas públicas relacionadas à Saúde Mental;
- Caracterizar a atuação do psicólogo, as estratégias e os desafios para o diagnóstico e tratamento de pacientes com TEA em cidades de pequeno porte;
- Propor material de apoio para auxiliar no atendimento de pacientes com TEA, tendo em foco o trabalho de psicólogos em cidades de pequeno porte.

A dissertação está organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo destina-se a apresentar as motivações e inquietações e o caminho do pesquisador que levaram à realização da pesquisa.

O segundo capítulo, denominado Transtorno do Espectro Autista: um olhar geral, apresenta uma perspectiva histórica do TEA, iniciando-se com as pesquisas de Kanner e Asperger até chegarmos aos paradigmas de pesquisa atuais, buscando trazer a evolução do transtorno através do tempo e os conceitos atuais do que se entende como TEA através de algumas bases teóricas.

O terceiro capítulo, intitulado TEA: Políticas Públicas de Saúde Mental e o Psicólogo, apresenta uma breve história da Reforma Psiquiátrica no Brasil procurando contextualizar a realidade atual dos sistemas de Saúde Mental dos municípios brasileiros. Além disso, o capítulo apresenta o histórico da instituição dos CAPS como dispositivo em Saúde Mental, além das Políticas Públicas que abrangem os direitos de crianças e adolescentes nas questões referente à Saúde Mental, sendo eles o foco maior quando se refere

aos pacientes com TEA. O capítulo ainda discute sobre Políticas Públicas específicas para os sujeitos com TEA, apresentando os avanços e os suportes dados a eles através de Políticas Públicas atualmente.

O quarto capítulo é destinado ao Método, mostrando o delineamento da pesquisa, a apresentação dos participantes, além dos instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados. Além disso, o capítulo apresenta a maneira como a Análise de Dados foi realizada.

O quinto capítulo, referente à análise dos dados, destina-se a apresentar os procedimentos utilizados para dividir as entrevistas realizadas em categorias e subcategorias e analisar os discursos, procurando contextualizar e compreender a atuação dos psicólogos nos municípios pesquisados.

O sexto capítulo apresenta o produto a ser desenvolvido, mostrando a funcionalidade do Wakelet e apresentando sua utilização como ferramenta para a formulação de um material de apoio aos profissionais que trabalham com pacientes com TEA. Além disso, formula exemplos práticos desse material de apoio, utilizando as questões levantadas nas entrevistas.

No sétimo e último capítulo, reflete-se sobre o processo de pesquisa como um todo, os desafios dessa caminhada e o desenvolvimento de ideias sobre fatores destacados durante o desenvolvimento do trabalho.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM OLHAR GERAL

De acordo com dados divulgados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a prevalência do Transtorno Autista no ano de 2020 é de 1 para cada 54 nascimentos nos Estados Unidos, ou seja, 10% a mais do que na pesquisa anterior que identificava 1 criança a cada 59 nascimentos (Maenner et al, 2020). Infelizmente, no Brasil, existem poucos estudos abordando a prevalência do autismo (Rossi, Lovisi, Abelha & Gomide, 2018), sendo eles, em sua grande maioria, estudos bastante localizados e, portanto, não abrangendo a totalidade do território. Segundo Paula, Cunha, Silva e Teixeira (2017), os números apresentados fazem do TEA um dos Transtornos do Neurodesenvolvimento mais comuns, sendo que esse aumento de casos diagnosticados deve-se a alguns fatores, como: ampliação dos critérios diagnósticos a partir da publicação do DSM - 5 em 2013; maior consciência dos clínicos e dos profissionais de saúde em relação ao transtorno; melhora nos serviços de assistência para casos suspeitos; além de pesquisas mais frequentes e de melhor qualidade (Paula et al., 2017).

Podem-se ressaltar ainda alguns dados trazidos pelo estudo da CDC de 2018: a prevalência permanece maior entre meninos – a cada quatro meninos, uma menina é diagnosticada. Afeta igualmente crianças de todas as classes sociais, etnias e raças e, mesmo com novos critérios diagnósticos, a idade média para o diagnóstico do transtorno não diminuiu, permanecendo, em média, aos quatro anos de idade (Tismoo, 2019).

Atualmente, entre as mais diversas linhas de pesquisa sobre Autismo, há um consenso de que existe um transtorno referente à linguagem nas crianças afetadas pelo transtorno (Jerusalinsky, 2015). Apesar de diferentes compreensões sobre o TEA, tanto a psicanálise quanto a neuropsiquiatria focam seus esforços para a compreensão do Autismo nas questões focadas na linguagem, seja no desenvolvimento do sujeito utilizando-se dessa ferramenta, seja nas áreas cerebrais afetadas (Sibemberg, 2011).

2.1 TEA: Perspectiva Histórica e Paradigmas Atuais

Durante muito tempo, a psiquiatria não reconheceu a existência da psicopatologia na infância. Esse quadro começou a ser alterado somente no ano de 1867 quando o psiquiatra britânico Maudsley incluiu um capítulo chamado *Insanity of Early Life* em seu livro *Physiology and Pathology of Mind*, no qual, ainda de maneira bastante primitiva, buscava relacionar sintomas psicopatológicos com estágios do desenvolvimento, constando diagnósticos, como: monomania, insanidade catatônica, melancolia e insanidade afetiva.

Já a psiquiatra americana Hilde Mosse foi uma das principais vozes na diferenciação entre esquizofrenia, autismo e psicose, destacando que o primeiro deles era um diagnóstico bastante proeminente nos anos 50, e que os sintomas aparecem geralmente na adolescência ou no início da adultez, diferindo bastante do autismo (Stelzer, 2010).

Marfinati e Abrão (2014) e Bercherie (2001) estabelecem três grandes períodos históricos na psiquiatria e psicopatologia infantil. O primeiro deles compreende os três primeiros quartos do século XIX, dedicando-se exclusivamente à discussão sobre o retardamento mental – ou idiotia, como era denominado na época –, não sendo aceito ainda o conceito de transtorno mental na infância. O ponto central dos trabalhos realizados era o grau de possibilidade de reversão do retardamento mental, representado por duas correntes opostas: a de Pinel e Esquirol, preconizando ser um quadro irreversível, e a dos educadores de “idiotas”, representados principalmente por Séguin e Delasieauve, na qual – se utilizadas as técnicas corretas – há a possibilidade de um melhor prognóstico (Marfinati & Abrão, 2014).

Data desse período, o emblemático caso de Victor de Aveyron, também conhecido como o Selvagem de Aveyron, em que um adolescente mudo e, provavelmente, surdo foi encontrado nu por um grupo de caçadores e é examinado primeiro por Pinel, que o considera irreversível, e depois por Itard, que buscou educá-lo através de técnicas utilizadas para alunos surdos, obtendo pequeno sucesso (Bercherie, 2001). O caso de Victor é importante porque foi o primeiro e único caso publicado de maneira detalhada e aprofundada, até mesmo em seus insucessos. Foi também com esse caso que Itard descobriu um novo campo de estudo para a medicina e, em consequência, para a psicanálise: as psicoses infantis (Marfinati & Abrão, 2014).

O segundo grande momento inicia-se na segunda metade do século XIX, porém evidencia-se somente em 1880, com a publicação de tratados de psiquiatria em alemão, francês e inglês. A diferenciação de diagnóstico entre o autismo e a psicose infantil foi questão de grande debate no princípio do século XX (Sibemberg, 2011). Nesse período, a psiquiatria infantil ainda não se desenvolvia como um campo independente, interessando-lhe somente quando o diagnóstico se assemelhava ao de adultos. Entre os anos de 1890 e 1907, Emil Kraepelin publica seu Tratado da Psiquiatria no qual descreve pacientes afetados por sintomas de maneira prematura, criando o conceito de demência precoce (Marfinati & Abrão, 2014).

Já no ano de 1906, Sancte de Sanctis denomina a “demência precocíssima”, em que as crianças que vinham tendo um desenvolvimento normal começam a apresentar indiferença, oposição, transtornos afetivos, degradação da linguagem e transtornos motores

a partir dos 3 ou 4 anos. Nesse mesmo ano, Thomas Heller faz uma descrição muito semelhante do mesmo quadro (Bercherie, 2001). Por sua vez, o psiquiatra suíço, Eugene Bleuler, não concorda com os conceitos de demência precoce e precocíssima e sua evolução inevitável para a demência adulta, cunhando-a com o termo esquizofrenia infantil. Ainda nesse período, Juliette Louise Despert fez uma descrição abrangente desse mesmo quadro baseado nas características apresentadas por 29 crianças que, futuramente, Leo Kanner descreveria como autismo infantil precoce (Marfinati & Abrão, 2014).

O terceiro período é considerado o marco do nascimento da clínica Pedopsiquiátrica, em que a psicanálise adota a investigação da psicopatologia, levando em consideração os fatores genéticos e ambientais, desvencilhando, assim, a psiquiatria infantil da psiquiatria do adulto, lançando as bases para a era moderna do campo as quais seguem até hoje (Marfinati & Abrão, 2014).

De acordo com Ferrari (2007), o termo autismo tem sua origem etiológica no grego *autós*, significando *de si mesmo*. Sua primeira menção na literatura médica ocorre em 1911 por Bleuler, que busca descrever o retraimento social, a dificuldade de interação e a retração do mundo interior de pacientes adultos esquizofrênicos – tendo uma conotação bastante diferente da atual –, referindo-se ao estado demonstrado por pacientes e não ao distúrbio propriamente dito. De acordo com Stelzer (2010), Bleuler caracteriza o autismo como um distúrbio de consciência, no qual há o desligamento, seja parcial ou absoluto, da pessoa com sua realidade e sua vida interior.

Devido à falta de clareza em seus critérios diagnósticos, o autismo infantil permaneceu classificado, por um longo período de tempo, entre as psicoses infantis. As primeiras descrições de psicoses infantis foram introduzidas pelo educador austríaco Thomas Heller no ano de 1908 (Brasil, 2015). Heller descreveu seis crianças que, depois de desenvolvimento aparentemente normal nos primeiros 3 ou 4 anos de vida, apresentaram rápida diminuição de interesse pelo ambiente que as cercava e pelas pessoas, bem como perda de fala e de controle esfinteriano, porém, mantendo o funcionamento motor menos refinado (Stelzer, 2010).

A primeira definição correspondente ao que se entende por autismo nos dias de hoje foi dada pelo psiquiatra norte americano Leo Kanner, em 1943, em um artigo intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Ferrari, 2007). O médico relatou um estudo realizado com 11 crianças que apresentavam um desinteresse incomum por outras pessoas e pelo ambiente social, caracterizando-se, nas palavras de Kanner (1943), como um distúrbio inato do contato afetivo (Volkmar & Wiesner, 2019). O psiquiatra elenca uma série de características em comum entre essas crianças, independentemente de seu histórico e

condição clínica: retraimento autístico, necessidade de imutabilidade, movimentos estereotipados, problemas na linguagem, prevalência significativa de déficit intelectual e desenvolvimento físico normal.

Tomando como base Ferrari (2007), o retraimento autístico caracteriza-se pela falta de contato com o mundo externo bastante acentuada, levando a criança a agir como se objetos e pessoas não existissem, apresentando medo ou recusa pelo contato corporal. Já a imutabilidade refere-se a uma necessidade de manter seu ambiente sem alterações, pois mudanças geram sentimentos de raiva, ansiedade e angústia. Valendo-se de Kanner, Ferreira (2007) ratifica que a criança com transtorno do espectro autista apresenta distúrbios no desenvolvimento da linguagem, podendo em muitos casos nem mesmo desenvolvê-la e, quando desenvolvida, é marcada por anomalias como ecolalia, inversão pronominal e *acesso ao sim* (em que a criança repete a pergunta feita quando busca afirmar algo, evitando o *sim*).

Kanner identifica duas características como essenciais para o diagnóstico do autismo infantil: uma enorme preferência pelo isolamento social e uma necessidade pela mesmice (Donvan & Zucker, 2017). O psiquiatra aponta como possível causa do distúrbio uma distorção no funcionamento familiar, alterando, por consequência, o desenvolvimento psicoafetivo da criança em decorrência da alta intelectualização dos pais, teoria posteriormente refutada por novas pesquisas. Porém, não deixou de considerar a possibilidade de haver algum fator biológico no desenvolvimento do transtorno, tendo em vista a precocidade das alterações comportamentais (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008).

No ano de 1944, Hans Asperger, pesquisador e médico situado na cidade de Viena, Áustria, escreve o artigo *Psicopatia autística na infância* no qual descrevia quatro crianças que apresentavam um transtorno na maneira como se relacionavam com seu ambiente. (Brasil, 2015). Asperger retrata meninos com desenvolvimento linguístico considerado normal e inteligência preservada, mas que demonstravam comportamentos autísticos e comprometimentos acentuados nas habilidades sociais e de comunicação (Stelzer, 2010). Essas características surgiam a partir do segundo ano de vida e seriam permanentes (Brasil, 2015). O médico vienense, apresenta ainda algumas características fundamentais para o diagnóstico: comprometimento importante do contato afetivo com outras pessoas; insistência em rotinas; anormalidade na fala (“falavam como pequenos adultos”); fascinação por manipulação de objetos; capacidades de memória visual e espacial desenvolvidas em conjunto com dificuldades de aprendizado em outras áreas; aparência alerta e inteligente (Stelzer, 2010). Outro fator a ser destacado desse distúrbio, descrito por Hans Asperger, é a grande diferença entre casos diagnosticados entre meninos e meninas, de 9 para 1, uma

diferença ainda mais pronunciada do que os números apresentados pelo autismo. (Klin, 2006).

No final da década de 40, mais precisamente no ano de 1949, Kanner desenvolveu a teoria de que o afastamento emocional dos pais seria um dos fatores causadores do transtorno autista, conceito esse posteriormente chamado de “mãe-geladeira” por Bruno Bettelheim (Lima, 2014). Essa teoria trazia como sua ideia central uma relação entre o alto nível intelectual dos pais e o distanciamento relacional como principais causas para o surgimento do transtorno autista, como visto no seguinte trecho de Kanner (1949, em Lima, 2014):

Na maioria dos casos, a gravidez não havia sido bem-vinda e ter filhos era nada mais que uma das obrigações do casamento. A falta de calor materno em relação ao filho ficaria evidente desde a primeira consulta, pois a mãe demonstrava indiferença, distanciamento físico ou mesmo incômodo com a aproximação da criança. A dedicação ao trabalho, o perfeccionismo e a adesão obsessiva a regras seriam outros dos traços dos pais, e os dois últimos explicariam o seu conhecimento de detalhes do desenvolvimento do filho. Mais que isso, os pais muitas vezes se dedicariam a estimular a memória e o vocabulário de sua criança autista, tomando o filho como objeto de “observação e experimentos”. Mantido desde cedo em uma “geladeira que não degela”.

Essa teoria insere-se em um contexto de grande responsabilização da mãe sobre o desenvolvimento dos filhos, principalmente no quesito emocional (Lima, 2014). Contudo, essa teoria logo foi desconsiderada com o avanço dos estudos relacionados às causas do autismo e à evolução de seu diagnóstico (Borges, 2006), tendo mais validade histórica por abordar, pela primeira vez, a questão relacional das possíveis causas do TEA, apesar de bastante distorcida e parcial.

Inicialmente, o autismo estava inserido entre as psicoses infantis, condição em que permaneceu durante anos devido aos critérios diagnósticos utilizados. Como mencionado anteriormente, o diagnóstico de psicose infantil foi introduzido no início do século XX por Heller, contudo, Kanner, no início dos anos 40, acusou diferenciações ao observar que o paciente caracterizado como autista apresentava desenvolvimento anômalo já nos dois primeiros anos de vida, enquanto pacientes psicóticos apresentavam desenvolvimento normal, desenvolvendo a sintomatologia no decorrer da infância (Stelzer 2010).

Já na década de 50, a psicanalista Beata Rank-Minzer cria a conceituação de “criança atípica”, ligando a psicopatologia materna com uma fragmentação do ego infantil, incluindo

nessa classificação várias das psicopatologias infantis, como a psicose, a esquizofrenia, o autismo e a deficiência mental (Stelzer, 2010). Nesse mesmo período, o psicanalista austríaco Bruno Bettelheim formulou a teoria de que o autismo teria suas origens em situações extremas pela qual a criança teria passado, fossem elas reais ou fantasiosas, chegando a comparar com o trauma experimentado por prisioneiros de campos de concentrações nazistas, fazendo com que ela se isolasse do mundo exterior e, assim, não tomando consciência de sua vida (Lima, 2014). Na década seguinte, mais precisamente no ano de 1967, Bettelheim publicaria sua obra mais famosa, o livro *A Fortaleza Vazia*, que defendia suas teorias sobre o transtorno autista, teorizando como principal fator relativo ao surgimento do distúrbio a vontade de não existência da criança por parte dos pais, inclusive, em uma analogia bastante dura, comparando as mães dessas crianças à carcereiras em campos de concentração (Donvan & Zucker, 2017). Ainda na década de 50, a psiquiatra americana Hilde Mosse foi uma das principais vozes no princípio da diferenciação entre esquizofrenia, autismo e psicose, destacando que a primeira era um diagnóstico bastante proeminente da época, cujos sintomas surgiam normalmente na adolescência ou início da adultez, diferindo-se, assim, do autismo (Stelzer, 2010).

Foi somente na década de 60 que profissionais da saúde começam a considerar outras compreensões sobre autismo, tendo como um dos principais representantes dessa nova corrente de pensamento o americano Bernard Rimland, com a publicação de seu livro *Autismo Infantil: A síndrome e suas implicações em uma teoria neural do comportamento*, em 1964 (Donvan e Zucker, 2017). De acordo com Rimland, o autismo seria uma “disfunção cognitiva”, manifesta na formação da retícula cerebral, prejudicando a articulação entre sensações e memórias, incapacitando a formação do pensamento conceitual, sendo a falta da afetividade uma consequência dessa disfunção (Lima, 2014).

Não obstante, a primeira descrição de um caso de autismo que se assemelha a conceitos contemporâneos na Europa, ocorre no ano de 1960, com uma publicação de Van Krevelen, nos Países Baixos. Nessa ocasião, o autor destaca com grande detalhamento e precisão as informações que pais de filhos com autismo sabiam fornecer sobre a situação de seus filhos, entretanto, conforme Stelzer (2010), devido à tendência da época em atribuir aos pais as causas do autismo, estes manifestavam também uma grande carga de insegurança e confusão.

Nas décadas de 70 e 80, ampliaram-se as pesquisas sobre o autismo infantil (Ferrari, 2007). Nos anos 70, o conceito do autismo ligado a disfunções cognitivos-cerebrais começa a se consolidar, sobrepujando as teorias que apontavam para fatores afetivos, tendo como um dos principais teóricos o psiquiatra inglês Michael Rutter, que, depois de realizar uma

extensa revisão dos modelos propostos pela literatura, chegou à conclusão (em conjunto com seus colaboradores) de que as explicações mais plausíveis para as causas do autismo eram anomalias neurológicas ou lesões cerebrais (Lima, 2014). Nessa época, portanto, houve o início de pesquisas sobre os fatores neurológicos, psicológicos e de processamento de estímulos e suas interações, tendo como pioneiros nesse tipo de estudo Hermelin e O'Connor, os primeiros a testarem de maneira científica o modo como a informação sensorial era processada por crianças com autismo. Esses estudos aportaram conclusões importantes referentes a alguns déficits específicos na cognição de pacientes com autismo, como, por exemplo, a presença de problemas na percepção de significado e ordem, além de uma tendência maior em armazenar informações visuais (Bosa, 2000).

Ainda na década de 70, o neurocientista português António Damásio e seu companheiro de estudos Maurer identificaram os circuitos neuronais que apresentariam comprometimento nas crianças com autismo. Por meio desse estudo, deduziram que o distúrbio implicava disfunções motoras e atencionais, comportamentos repetitivos e de comunicação, sendo a ausência de relações interpessoais uma consequência desses comprometimentos detectados (Lima, 2014).

No ano de 1979, a Associação Americana de Psiquiatria, através da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, incluiu, pela primeira vez, o autismo na categoria de Transtornos Globais de Desenvolvimento, reafirmando a diferenciação entre o autismo e as psicoses infantis (Lima, 2014).

Na década seguinte, estudos continuaram a ser realizados e, com eles, a próxima grande contribuição surge com a psiquiatra inglesa Lorna Wing, que introduziu as bases do que viria a ser o Transtorno do Espectro Autista, culminando em seu artigo *Autistic Spectrum Disorders*, de 1996. O conceito de um espectro continua a ganhar força nas décadas seguintes, sendo a classificação utilizada atualmente para diagnóstico nas diretrizes propostas pelo DSM - 5, de 2013.

Outros estudos relacionados ao autismo que merecem destaque são a Teoria Afetiva e a Teoria da Mente. Um dos principais teóricos da Teoria Afetiva é Peter Hobson que entende o autismo como uma dificuldade de reconhecer a emoção no outro e de interação emocional, o que levaria a um não reconhecimento de estados mentais e a uma inabilidade para abstrair e simbolizar, sendo a dificuldade do uso da linguagem uma consequência dessas disfunções afetivas (Hobson, 1986).

A Teoria da Mente tem como um de seus principais teóricos Simon Baron – Cohen, que, em seu artigo *Does the Autistic Children have a “theory of mind”?* (1985), traz a questão da dificuldade das pessoas com autismo de reconhecer faces, processar emoções,

usar gestos e a linguagem, bem como de reconhecer sentimentos e pensamentos, em si e nos outros, como uma carência do que pressupõe a Teoria da Mente, isto é, da habilidade automática de atribuir estados mentais a si mesmo e aos outros, permitindo prever e explicar comportamentos e caracterizando, portanto, essa deficiência como uma cegueira mental. Essas afirmações são corroboradas pelo mesmo pesquisador em seu artigo de 2000, *Theory of mind and autism: a fifteen year review*, em que reafirma as proposições de sua teoria através de novas testagens.

Uta Frith, em sua obra seminal sobre o tema, *Autism: explaining the enigma* (1989/2003) apresenta a teoria da Coerência Central Fraca, em que pessoas com autismo tendem a se prender em detalhes e teriam dificuldades em estabelecer um todo. Frith utiliza a metáfora de peças de quebra-cabeça que, para pessoas típicas, perdem seu significado de fragmento, uma vez que são encaixadas no todo, enquanto que, para sujeitos com TEA, isso não ocorre, não permitindo uma visão do contexto por inteiro, mantendo o foco em detalhes.

Em anos posteriores e até mesmo na atualidade, as pesquisas relacionadas ao autismo focavam-se nas áreas da genética, da química cerebral, da neurofisiologia e de imagens cerebrais (Ferrari, 2007). Ainda que essas pesquisas não tenham trazido respostas definitivas sobre as causas dos transtornos do espectro autista, elas trouxeram fortes indicativos de que as condições relacionadas ao autismo têm um forte fator genético e de comprometimento do funcionamento cerebral (Volkmar & Wiesner, 2019), auxiliando, com grandes avanços, no entendimento de processos e estruturas envolvidos nos distúrbios e nas maneiras com que tratarmos os sujeitos afetados. Contudo, até o presente momento, ainda não foram identificados marcadores biológicos para o autismo, sendo o diagnóstico um trabalho exclusivamente clínico, seguindo os critérios trazidos pelo DSM - 5.

O DSM - 5 traz como critério para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista dois grandes fatores: 1) Déficit na interação e comunicação social de maneira persistente e em contextos plurais (prejuízos na reciprocidade socioemocional, dificuldade na comunicação não verbal e compreensão prejudicada de relacionamentos) e 2) Padrões restritos e repetitivos de interesse, comportamento ou atividades (as estereotípias, hiperfoco e rotinas inflexíveis). Além disso, são estabelecidos níveis de gravidade para o TEA de acordo com a necessidade de apoio e o grau de autonomia desses sujeitos, sendo o nível 1: exigindo apoio, nível 2: exigindo apoio substancial e nível 3: exigindo apoio muito substancial (American Psychological Association, 2013). De acordo com esses critérios, os primeiros sinais devem aparecer antes dos 3 anos de idade, embora possam ser identificados entre os 6 e os 12 meses (Paula et al., em Bosa & Teixeira, 2017).

A compreensão do autismo pela Psicanálise alterou-se de maneira radical no decorrer do tempo, tendo se iniciado com o trabalho de Kanner, como visto anteriormente, em que a questão do relacionamento entre mãe e criança e a falta de afeto no ambiente familiar eram bastante destacados, porém não eram apontados como a causa única do transtorno, levando também em consideração as causas psicogênicas, mas sem o peso dado a esses fatores atualmente (Bosa, 2000).

A psiquiatra e psicanalista americana Margaret Mahler, inicialmente, situou o autismo dentro dos quadros gerais da psicose infantil, incluindo traços autistas e simbióticos da criança com a mãe no âmbito das síndromes psicóticas infantis (Kupfer, 2000). Contudo, com a evolução de seu trabalho, passou a considera-lo como uma regressão a uma fase anterior do desenvolvimento da psique da criança em que ela tem dificuldade de integrar sensações originárias do mundo externo com o seu mundo interno, além de não perceber a mãe como parte do mundo externo (Bosa, 2000).

Ainda pode-se destacar Frances Tustin que, consoante Bosa (2000), reconhecia o autismo como uma fase normal do desenvolvimento de toda criança, diferenciando-se do transtorno autista somente pelo grau, como uma reação de trauma à separação da mãe, gerando sensações desorganizadas e levando a uma espécie de colapso depressivo.

A virada do pensamento psicanalítico em relação ao autismo apoia-se na mudança de posicionamento no que diz respeito às psicoses infantis para a clínica do precoce ou do muito precoce (Laznik, 2015). Desde a perspectiva da psicanálise, a criança com autismo é considerada como um ser que vive em um estado mental que não diferencia estímulos do mundo externo dos do mundo interno, sendo incapaz de formular representações emocionais. Nesse contexto, todas as estimulações experimentadas seriam fragmentadas, não originando uma continuidade na experiência (Bosa, 2000).

Para a psicanálise, em todos os casos de autismo, é registrada uma falha ou uma quebra no reconhecimento entre mãe (ou quem desempenha a função materna) e filho, entre crianças menores de 3 anos e seus responsáveis pela sua inserção social (Jerusalinsky, in Jerusalinsky, 2015). O autor ainda considera o autismo como uma quarta estrutura psíquica na relação simbólica com o outro, além da neurose, perversão e psicose. Na neurose, a relação com o outro, embora conflitiva, é desejada; na perversão, a relação com o outro é de uso; e na psicose, a relação é confusa, temida, invasiva e distorcida. Já no autismo a relação é rechaçada, pois não existe representação do outro, sendo que, quando acontece, ela é mínima, sem contexto e sem simbolismo. Essa posição teórica defendida por Jerusalinsky é bastante criticada por outros pesquisadores da área psicanalítica, gerando uma grande polêmica, especialmente em autores que abordam a temática através de uma visão lacaniana

contemporânea (Azevedo & Nicolau, 2017). Rocha (2009) destaca que pensar na pessoa com autismo como um sujeito excluído do campo do outro ou que a subjetivação inexistente na pessoa com autismo é negar a eles uma dimensão necessária ao ser humano. A presente pesquisa não pretende esmiuçar em detalhes as questões dessa polêmica envolvendo diferentes posicionamentos teóricos, porém acredito ser válido apresentar os posicionamentos desses autores no que se refere a visão da psicanálise sobre o TEA.

O espectro autista apresenta uma rica e variada sintomatologia, podendo se manifestar de diversas maneiras em cada sujeitos. Paula et al. (2017), baseado no trabalho de vários autores (Klin, 2006; Levy et al., 2009; Ozonoff et al., 2010; Zwaigenbaum et al., 2009), entretanto, expõe três grandes grupos de sintomatologias: (a) da comunicação social atípica; (b) do modo de brincar incomum; e (c) dos prejuízos sensoriais. A comunicação social atípica se manifesta em falhas no contato visual e na atenção compartilhada, dificuldade na expressão do afeto, preferência por ficar sozinho, ausência ou atraso em comportamentos sociais, reduzido interesse no contato social, uso inadequado de linguagem não verbal, dentre outros. Já o modo de brincar *incomum* remete a movimentos repetitivos e estereotipados, interesses e atividades bastante restritas, manejo não usual dos brinquedos, atraso na aquisição da linguagem, fala prolixa e inadequada socialmente, regressão na fala, tom de voz e acentuação da fala alterados, incapacidade de se colocar no lugar de outros, etc. Os dos prejuízos sensoriais retratam uma fixação exagerada no olhar, reação exacerbada ou diminuída a sons ou outros estímulos, movimentações repetitivas e maneirismos motores.

Atualmente, a concepção mais aceita acerca desse transtorno engloba condições tanto cerebrais quanto genéticas, bem como influências ambientais e relacionamentais para seu prognóstico (Volkmar & Wiesner, 2019). Schmidt (2017), por sua vez, destaca que as dificuldades sociais da pessoa com autismo não são inatas, tendo em vista que queda de fixação do olhar do bebê ocorre entre os dois e seis meses. Nesse sentido, o autismo seria então fruto de um amálgama constituído de experiências individuais, estrutura cerebral e genética. Um dos fatores de apoio a essa teoria é a gravidade e complexidade de dificuldades presentes em pessoas com autismo que “acenam” para um conjunto bastante diverso de estruturas cerebrais; no entanto, também é importante mencionar que muitos dos aspectos do funcionamento cognitivo desses sujeitos permanecem normais e, em muitos casos, são até mesmo superiores aos de sujeitos não afetados pelo transtorno (Volkmar & Wiesner, 2019).

2.2 Modelos Teóricos de Intervenção para o TEA

Schmidt (2017) afirma que, apesar do grande número de propostas de intervenção para o tratamento do TEA, poucas são as que podem ser consideradas Práticas Baseadas em Evidências (PBE). Essas são provenientes do campo da saúde e seguem protocolos de passos e procedimentos, tornando possível medir seus resultados de acordo com critérios estabelecidos pela *National Professional Developmental Center on Autism Spectrum Disorder* (NPDC), um dos maiores referenciais internacionais em intervenções para o TEA. Seguindo os critérios estabelecidos, atualmente, a National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP) idêntica 28 intervenções como PBE (<https://autismpdc.fpg.unc.edu/evidence-based-practices>), sendo divididas em dois grandes grupos: Modelos Compreensivos e Práticas Focais. Alguns dos principais métodos compreensivos são a Análise de Comportamento Aplicada (ABA), o Treinamento de Respostas Pivotalis (PRT), LEAP (*Learning Experiences and Alternative Program for Preschoolers and their Parents*), o Denver e o método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*).

O método ABA utiliza-se de muitos dos princípios da psicologia comportamental, trabalhando com os conceitos de estímulos e recompensas. O comportamento a ser ensinado para a criança é decomposto em etapas menores que são ensinadas separadas e repetidas vezes, utilizando recompensas que, com o tempo, vão sendo menos utilizadas, até serem, eventualmente, extintas quando os comportamentos desejados são atingidos (Volkmar & Wiesner, 2019). Por ser um método de intervenção com características muito estruturadas e individualizadas, o ABA obtém uma taxa de sucesso muito alta em crianças responsivas a rotinas claras e planejadas, algo bastante característico do TEA.

O PRT utiliza-se de muitas das técnicas do método ABA, porém com foco em comportamentos considerados essenciais para o desenvolvimento, como facilitação da linguagem, do jogo e de habilidades sociais. Outra característica peculiar do PRT é a busca pela generalização, ou seja, a utilização de comportamentos aprendidos em uma situação específica em outros contextos diferentes do original (Volkmar & Wiesner, 2019).

O LEAP é um método que adapta a sala de aula da pré-escola como uma ferramenta de inclusão da criança com TEA em conjunto com alunos regulares. Essa inclusão é realizada por meio de adaptações curriculares na estrutura da própria sala e nas atividades dos alunos, tanto dos regulares quanto dos com TEA. Os alunos regulares passam por treinamentos em habilidades sociais para que a inclusão das crianças com TEA seja facilitada. Junto com

essas adaptações é realizado um treinamento com a família para vários momentos do dia: refeições, vestir a criança, sair de casa (Strain & Bovey, 2011).

O Denver segue as inclinações e interesses de cada criança, fornecendo uma base para a comunicação e interação, buscando tornar as crianças com TEA membros mais ativos no mundo que os cerca, promovendo interações com outras pessoas. Esse método segue os preceitos das teorias construtivistas que defendem a ideia de que a criança é parte ativa da construção de seu mundo e de que os sentimentos e humores dos que os cercam têm grande influência nos comportamentos e sentimentos da criança. É uma abordagem bastante abrangente, podendo ser aplicada por pais, professores e em qualquer local (Rogers & Dawson, 2010).

Já o método TEACCH busca promover o desenvolvimento de cada sujeito em sua faixa etária de acordo com as potencialidades apresentadas por eles. Exploram-se as áreas em que o indivíduo apresenta maior habilidade e mais interesse, privilegiando comportamentos emergentes. Também é estimulada a independência na vida diária e no aprendizado de novas tarefas, através de um ambiente adaptado para as necessidades da pessoa com autismo, respeitando suas capacidades e faixa etária (Rolim, Souza & Gasparini, 2001).

No campo da psicanálise, Melanie Klein, embora não utilizasse o termo autista para descrever alguns de seus pacientes, foi a primeira a utilizar-se das técnicas psicanalíticas no tratamento de crianças consideradas autistas e a ressaltar a importância da formação do símbolo no seu desenvolvimento, tendo em vista a grande dificuldade da formação simbólica nessas crianças. Também merece evidência os casos analisados por Tustin, na década de 60, como, por exemplo, a análise do menino John, em que o princípio clínico é o da interpretação dos objetos e das figuras autistas, na qual a psicoterapeuta ainda se utiliza da questão interpretativa de Klein. Além desse, no caso de Halil, de Laznik-Penot, destaca-se a técnica da tradução, em que os comportamentos da criança para a mãe auxiliam no estabelecimento da troca e da simbolização (Tafuri, 2000). Jerusalinsky (2015), por sua vez, situa como ponto essencial nas intervenções atuais da psicanálise a relação da criança com autismo com o outro e a construção dessa relação, sedimentar a diferença e a articulação entre o real, o imaginário e o simbólico, ensinar o brincar à criança; conhecer e relacionar-se com as coisas. Essas intervenções têm como principal objetivo possibilitar que o sujeito seja capaz de expressar seu próprio desejo.

Embora cada abordagem para tratamento tenha suas particularidades, alguns pontos são comuns a todas: cronograma de tratamento bastante intenso e com início mais precoce possível; busca pelo desenvolvimento da comunicação social; incentivo às habilidades de

jogo com os pares; aprimoramento do desenvolvimento cognitivo; intervenções comportamentais reforçadoras de comportamento positivos; inclusão da família; interação com os pares; a adaptação de um ambiente físico que apoie o processo de aprendizagem (Volkmar & Wiesner, 2019).

TEA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E O PSICÓLOGO

Para compreender melhor a realidade do processo de diagnóstico e atendimento das pessoas com autismo nas cidades escolhidas para a realização desta pesquisa, faz-se necessário contextualizar o processo de criação e estabelecimento da estrutura de saúde pública mental brasileira. Como ponto de partida, tem-se a Reforma Psiquiátrica, passando pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e culminando com a criação, mais recentemente, de leis específicas relativas aos direitos da pessoa incluída no Espectro Autista, além do trabalho das instituições e dos psicólogos com esses sujeitos.

3.1 Reforma Psiquiátrica

As raízes do que viria a ser chamado de Reforma Psiquiátrica no Brasil, originam-se na década de 70, com o movimento sanitário, a favor de mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, defesa da saúde coletiva e maior protagonismo de trabalhadores e usuários (Brasil, 2005).

Na época, o cuidado com o sujeito afetado pelo transtorno mental era centralizado no hospital psiquiátrico, onde começam a se tornar cada vez mais recorrentes as denúncias de abusos, maus-tratos e abandono dos internos a condições cada vez mais precárias de vivência (Tenório, 2002). Como resposta a esse quadro, nasce, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), unindo profissionais integrantes do movimento sanitário, familiares e usuários com longo histórico de internações, propondo-se a lutar contra a realidade insalubre e a violência dos manicômios e da mercantilização da loucura, visto que o modelo de clínicas particulares pagas pelo governo para a internação de doentes mentais era uma prática cada vez mais frequente (Brasil, 2005), chegando ao percentual de 80% de internações nesse modelo e somente 20% exclusivamente público (Tenório, 2002). O MTSM é considerado o marco zero da luta efetiva pelo direito de pacientes com transtorno mental, um crítico do saber psiquiátrico e do modelo centrado no hospital, tendo como base a bem-sucedida experiência de desinstitucionalização italiana (Brasil, 2005).

O início da década de 80 testemunha a chegada do movimento sanitarista à gestão efetiva das políticas e serviços de saúde mental através da eleição de governos oposicionistas. O movimento abraçou dois principais preceitos para buscar a melhoria nas condições de assistência do doente mental: a humanização do manicômio e a criação de ambulatório como uma alternativa ao asilo psiquiátrico. Importante destacar que, embora necessárias, essas propostas buscavam refinar o pensamento tradicional e não romper com ele (Tenório, 2002).

No ano de 1987, é realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Três foram os principais eixos temáticos discutidos nesse encontro: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação. Baseando-se no debate dessas questões, originou-se um relatório que propunha reformulações nas políticas de assistência à saúde mental no Brasil (Devera & Costa-Rosa, 2007). O documento tinha como diretrizes não uma melhoria ou aperfeiçoamento das políticas psiquiátricas vigentes, mas uma completa mudança, retirando o protagonismo do hospital e estabelecendo novos dispositivos, comunitários e territoriais, para o cuidado da saúde mental, questionando, por consequência, o saber clínico estabelecido à época. Para isso, passou-se a contar com uma maior participação de familiares e dos agora chamados usuários dos serviços, em oposição ao rótulo de “louco” que imperava no fazer clínico. Nesse mesmo ano, também é realizado o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, São Paulo, adotando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (Tenório, 2002). Ainda em 1987, surge o primeiro CAPS brasileiro com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, tendo um papel intermediário entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Já no ano de 1989, ocorrem dois importantes marcos na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, SP, onde ocorriam maus-tratos e morte de internos (Brasil, 2005) e, também, a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado, que viria a ser conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto era composto de somente três itens: o impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento das verbas para recursos não manicomial de atendimento e a obrigatoriedade de aviso ao sistema judiciário de internações compulsórias, que deveria emitir parecer sobre o caso. Depois de aprovada pelos deputados, a lei foi votada pelo Senado somente em janeiro do ano 2000 e de maneira alterada, permitindo até mesmo a construção de novos hospitais psiquiátricos. Todavia, na volta da lei aos deputados, o artigo citado foi suprimido, e a Lei

10.216, de abril de 2001, finalmente, foi aprovada. Importante destacar que, embora em esfera federal tenha havido uma grande demora na aprovação da lei, oito estados brasileiros aprovaram leis próprias referentes à substituição de leitos nos manicômios, dando andamento, assim, à Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002). Essa longa demora e as alterações realizadas na lei demonstram a grande influência que o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental ainda exercia nas decisões governamentais, mesmo depois de tantos anos do início do movimento da Reforma Psiquiátrica, preconizando as longas internações dos sujeitos.

A década de 1990 testemunhou ampliação e consolidação das sementes plantadas nas décadas anteriores. Ampliaram-se as experiências de desinstitucionalização ao redor do país e uma mudança no pensamento psiquiátrico (Tenório, 2002). Já no ano de 1990, é realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na cidade de Caracas, Venezuela. Nesse encontro, foi assinada a Declaração de Caracas, segundo a qual os países comprometiam-se a reestruturar a assistência psiquiátrica, retirar a hegemonia dos hospitais, observar os direitos dos usuários e manter sua convivência na comunidade (Hirdes, 2009).

Em novembro de 1991, é aprovada a Portaria 189 do Ministério da Saúde, incluindo os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, CAPS e NAPS, nos dispositivos de assistência custeados com verba pública. Em 1992, a Portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoa as diretrizes para o funcionamento dos CAPS e NAPS e também divide o atendimento de saúde mental em dois grandes grupos: hospitalar e ambulatorial. O primeiro englobava as internações ou semi-internações e o segundo, os atendimentos ambulatoriais, os CAPS e os NAPS (Tenório, 2002). Ainda nesse mesmo ano, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade de Brasília, onde são cunhados os conceitos de Atenção Integral e Cidadania, além da municipalização da saúde mental, consideradas diretrizes para a reestruturação do campo no país (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Na década seguinte, no ano de 2001, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, novamente na cidade de Brasília, com o lema “Cuidar sim, excluir não”. A reunião fortaleceu os conceitos da Reforma e discutiu propostas para a consolidação do modelo substitutivo de assistência. O relatório gerado pela conferência destaca a importância da formação dos profissionais para a viabilidade das propostas de descentralização do hospital (Devera & Costa-Rosa, 2007).

No ano de 2010, realiza-se a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), a última até o presente, na cidade de Natal, tendo como principal discussão a intersetorialidade e sua importância na assistência em saúde mental de maneira

mais propositiva e com maior potência (Costa & Paulon, 2012). Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída, sendo o objetivo principal um maior acesso à rede de cuidados e integração dos dispositivos de cuidado (Amarante & Nunes, 2018).

O fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica e a consolidação dos preceitos da saúde mental levaram a uma maior presença de psicólogos no sistema de saúde pública brasileiro (Neto, 2010). A Reforma, como citado anteriormente, levou à criação dos serviços substitutivos, trazendo uma nova leva de desafios para os profissionais de saúde mental, incluindo, os psicólogos, que sempre foram bastante atuantes na luta antimanicomial. Os preceitos da reforma visam à desinstitucionalização dos usuários, não somente uma desospitalização, mas também uma busca por alternativas para que se possa intervir no sofrimento real do sujeito e explorar novas possibilidades de sua existência (Sales & Dimenstein, 2009).

O campo da saúde mental tem historicamente uma grande importância para a profissão do psicólogo e sua representação política. Além de proporcionar uma expansão nos espaços de atuação desses profissionais e incluir os psicólogos de maneira ativa e relevante nas discussões sobre as políticas de saúde pública sobre o tema, o campo propõe discussões sobre as relações da Psicologia com o poder público e um diálogo mais relevante sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental (Macedo & Dimenstein, 2013).

Sales e Dimenstein (2009) e Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008) afirmam que o contexto gerado pelas mudanças acarretadas pela Reforma Psiquiátrica fez emergir uma nova maneira de trabalhar a loucura, implicando uma série de novos desafios para a categoria dos psicólogos. Nesse contexto, os psicólogos assumem novas funções e responsabilidades, participando do processo de acolhimento, atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas e acompanhamento de casos a longo prazo. Os autores também destacam a necessidade desses profissionais e dos demais trabalhadores em saúde mental de estarem preparados para trabalhar baseando-se nesses novos paradigmas, dependendo deles o sucesso e a continuidade do processo da Reforma Psiquiátrica. Esses profissionais também passam a fazer parte de uma equipe multidisciplinar que, além de atender o paciente, procura inseri-lo ao seu contexto social e cultural.

O número de CAPS e de Residenciais Terapêuticos cresceu de maneira constante nos anos seguintes, chegando a 2.661 e 686, respectivamente, de acordo com números divulgados pelo Governo Federal em 2020 (<http://www.gov.br>). A última mudança governamental na política de saúde mental foi editada em 2019, através de uma Nota Técnica, que busca tornar a rede mais acessível, humanizada e eficaz, através de uma reforma do modelo de assistência. Porém, contraditoriamente, essa Nota focava em uma

maior importância do hospital psiquiátrico, incluindo-o no sistema RAPS, além de incentivar a terapia de eletrochoque e a internação de crianças e adolescentes, contrariando, em diversos pontos, as diretrizes do Plano Global de Saúde Mental da OMS (Almeida, 2019).

Almeida (2019) realça que, posteriormente, essa Nota foi suspensa, deixando pouco claro o real posicionamento do Ministério da Saúde sobre a questão da Saúde Mental e trazendo questionamentos sobre um possível ressurgimento da internação no hospital psiquiátrico como modelo viável para o tratamento de pacientes da Saúde Mental. Em 2019, a Folha de São Paulo, em reportagem de Cláudia Collucci e Érica Fraga, destaca um aumento de 138% no número de internações psiquiátricas em hospital-dia, entre 2012 e 2019 (Collucci & Fraga, 2019a). Já em outra matéria do mesmo ano, também de Cláudia Collucci, destaca-se um aumento de 36% na internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas, utilizando dados referente aos últimos 5 anos (Colluci, C., 2019b). Os dados trazidos por essas matérias evidenciam uma retomada das internações psiquiátricas, opondo-se aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Embora essas internações não sigam os mesmos moldes das internações em hospitais psiquiátricos de décadas passadas, ainda ferem os objetivos propostos pela Reforma, simbolizando um meio de exclusão dos sujeitos que sofrem de transtorno mental e opondo-se ao que é apregoado nos CAPS.

3.2 Instituição dos CAPS

Como citado anteriormente, no ano de 1987, é criado o primeiro CAPS brasileiro, em São Paulo. Sua principal função era ser uma estrutura de assistência em saúde mental com papel intermediário entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental, realizando experimentos com novos conhecimentos e práticas baseados nas experiências francesas e italianas implementadas como alternativas à lógica hospitalocêntrica vigente (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Outro fator determinante para a expansão e consolidação dos CAPS e NAPS foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado e conveniado ao Inamps, ou seja, financiado pelo poder público, que por 40 anos absorveu praticamente toda a demanda por internações da região. Essa intervenção teve como ponto de partida denúncias, comprovadas em seguida, sobre maus-tratos, superlotação e morte de pacientes. Esse processo levou a uma desapropriação e posterior extinção do manicômio, sendo implementado em seu lugar um Programa de Saúde Mental, tendo como centro os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (Tenório, 2002).

Nesse mesmo período, especificamente no ano de 1991, é editada a Portaria 189, que insere as codificações NAPS e os CAPS no Sistema Único de Saúde (SUS) (Amarante &

Nunes, 2018). De acordo com Tenório (2002), a grande importância desta Portaria se dá no fato de possibilitar o financiamento público desses dispositivos de atendimento, quebrando a hegemonia das modalidades tradicionais.

Amarante e Nunes (2018) destacam também a importância da Portaria 224, estabelecida no ano de 1992, definindo os NAPS e CAPS como unidades locais/regionais de atenção à saúde. Esses locais são responsáveis pelo atendimento da população definida pelo local, oferecendo atendimentos intermediários entre o ambulatorial e a internação hospitalar, contando com equipe multiprofissional.

Os NAPS são estrutura de atendimento regionalizadas e que se responsabilizam por toda a demanda de determinada região, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, oferecendo consultas médicas e psicológicas, atividades grupais, hospital-dia e, até mesmo, internação, dispondo de leitos. Também realizam acompanhamentos domiciliares para pacientes que deles necessitem (Tenório, 2002).

Já os CAPS caracterizam-se por serem serviços de atenção diária na atenção à saúde mental, oferecendo atendimentos individuais ou em grupo, acompanhamento psiquiátrico e psicológico, oficinas terapêuticas, atividades físicas, dentre outros. Esses dispositivos são responsáveis pela assistência de pessoas com transtornos mentais graves e duradouros, observando a lógica da territorialidade (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009). De acordo com a Portaria 336, de fevereiro de 2002, os CAPS devem contar com equipe multiprofissional, sendo obrigatória a presença de médico com formação em saúde mental ou psiquiatra, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo), enfermeiro e profissional de nível médio (auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão), aumentando a quantidade de profissionais de acordo com a capacidade e a classificação da unidade.

Ainda de acordo com a mesma Portaria, os Centros de Atenção Psicossocial são classificados em três categorias, CAPS I, II e III, além de CAPSad, especializados em atendimentos de álcool e drogas, e os CAPSi, especializados em atendimento infanto-juvenil. Essa classificação se dá através da população das cidades em que as unidades serão implantadas: até 20 mil habitantes, rede básica com ações em saúde mental; de 20 a 70 mil habitantes, CAPS I; de 70 a 200 mil habitantes, CAPS II e CAPS ad; e acima de 200 mil habitantes, CAPS II e III, CAPSad e CAPSi.

Atualmente, o Brasil conta com os CAPS Infanto-juvenil como um dos principais dispositivos de atenção à saúde mental das crianças e dos adolescentes, seguindo os preceitos estabelecidos pelo processo da Reforma Psiquiátrica (Carvalho, Gondim, Holando & Alencar, 2014). Porém, por muito tempo, esse público não contou com uma atenção

especializada, sendo diagnosticado e atendido seguindo os moldes de assistência prestada a adultos, não levando em consideração as necessidades e particularidades do atendimento a crianças e adolescentes. Essa falta de uma atenção especializada pode acarretar possíveis prejuízos tanto para o estado mental atual do paciente quanto para seu prognóstico, emergindo, dessa situação, a necessidade da criação de uma política pública de assistência em saúde mental que olhasse para esse público de maneira mais especializada (Cunha & Boarini, 2011).

3.3 Políticas Públicas e O Atendimento Específico para Crianças e Adolescentes

Durante muito tempo na história da saúde mental brasileira, crianças e adolescentes eram assistidos nas mesmas estruturas que adultos com transtornos mentais frequentavam, não havendo uma atenção especializada para esse público. Porém, na virada para o século XX, uma preocupação com essa faixa etária começa a emergir dos intelectuais da época, originando iniciativas pioneiras, como a criação de pavilhões exclusivos para crianças nos hospitais psiquiátricos da Praia Vermelha e do Juqueri, em São Paulo. Já na década de 1930, são inauguradas clínicas de orientação infantil, que tinham como objetivo a prevenção de transtornos mentais e a readaptação dessas crianças à rotina escolar (Cunha & Boarini, 2011).

Apesar de, no decorrer do século XX, a atenção dada à saúde mental das crianças e jovens ter crescido de maneira substancial, foi somente no ano de 2002, mais precisamente no dia 19 de fevereiro, que os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) foram regulamentados através da Portaria 336/2002 (Cunha & Boarini, 2011). Esse serviço de atenção diária logo configurou-se como principal dispositivo de atendimento nas questões relativas à saúde mental infanto-juvenil no contexto da Reforma Psiquiátrica (Delfini & Reis, 2012).

O CAPSi visa disponibilizar o atendimento diário, de maneira intensiva e efetiva, para a população infanto-juvenil de determinada região. Para isso, segue um plano terapêutico individualizado e cada paciente conta com técnico de referência e profissionais atuando de maneira transdisciplinar. Essa modalidade de atendimento visa, além do acompanhamento clínico, uma reinserção social da criança ou adolescente através do acesso ao contexto escolar, da cultura, dos esportes, do lazer e fortalecimento de laços com família e sua comunidade (Ribeiro & Paula, 2013). Embora o papel do psicólogo no CAPSi assemelhe-se, em muitos momentos, ao papel do profissional no CAPS adulto, o trabalho nesse dispositivo diferencia-se pelo contato e troca constante que devem ser realizados com a família do usuário, procurando ampliar o alcance e a eficácia do trabalho, não ficando

contido somente às sessões, mas ao contexto inteiro do usuário (Carvalho, Gondim, Holanda & Alencar, 2014). Porém, é importante destacar que, apesar desses avanços, ainda não existe uma política de Saúde Mental específica para esse público. Isso se deve a alguns fatores como a diversidade de sintomas e prejuízos causados pelos transtornos mentais nessa fase, à grande variação do período de incidência e à dificuldade na formulação de um diagnóstico. Essa é uma realidade percebida na maior parte do mundo, com as políticas de Saúde Mental sendo bastante focadas no público adulto, sendo somente estendidas para crianças e adolescentes, e não contando com dispositivos exclusivos que respeitem as particularidades das demandas apresentadas (Couto, Duarte & Delgado, 2008)

3.4 Políticas Públicas e Atendimento Focados na Pessoa com Autismo

O principal marco relacionado ao reconhecimento da pessoa com autismo e de seus direitos dá-se em dezembro de 2012, mais precisamente, no dia 27, com a promulgação da Lei nº 12.764, pela então presidente Dilma Rousseff (Brasil, 2012). Essa Lei estabelece a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, em que são garantidos os direitos de diagnóstico e tratamento por equipe multiprofissional, acesso ao ensino regular e ao mercado de trabalho (se possível), além de condições de vida dignas, com moradia, nutrição e assistência social. É importante destacar que, nessa mesma Lei, é regularizada a presença de um acompanhante para a criança na sala de aula, caso haja a necessidade.

O documento “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2015), distribuído pelo Ministério da Saúde em 2013 e atualizado em 2015, destaca a participação dos NASF e CAPS no processo diagnóstico e no atendimento da pessoa com autismo, seguindo os princípios da integralidade e da transdisciplinaridade como elementos essenciais para a assistência desse público, devendo estar contemplados nos dispositivos de atendimento.

Parte essencial do cuidado das pessoas com autismo no sistema público de saúde brasileiro é o acompanhamento por um profissional de referência, tanto de pacientes quanto de suas famílias, podendo acompanhá-los de maneira individualizada e servindo como ponto de integração entre as demandas do usuário e demais membros da equipe. Além disso, há o Projeto Terapêutico Singular, em que as demandas e potencialidades de pacientes e famílias são avaliadas de maneira individual, abarcando todos os profissionais disponíveis, aumentando a possibilidade de evolução e um melhor prognóstico para o paciente (Brasil, 2015).

Ainda de acordo com o documento já citado, algumas das principais tecnologias utilizadas para o atendimento de pessoas com autismo no Brasil, no Sistema Único de Saúde, são as intervenções com base psicanalítica, o ABA, o TEACCH, a Comunicação Alternativa, a Integração Sensorial e o Acompanhamento Terapêutico.

Em estudo de Portolese, Bordini, Lowenthal, Zachi e de Paula (2019), foi realizado um levantamento sobre instituições responsáveis pelo atendimento da pessoa com autismo no Brasil. De acordo com essa investigação, foi verificado que a grande maioria dos atendimentos ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em dois níveis: Atenção Básica e Atenção Especializada (CAPS). A primeira tinha o papel de identificação e manejo dos casos, além de acompanhamento familiar, enquanto a segunda era responsável, especialmente, pelos CAPSi, tendo como função o acompanhamento diário e terapêutico de pacientes, de maneira individual e personalizada.

Nesse mesmo estudo, os autores destacam as dificuldades enfrentadas pelas equipes no fazer clínico com esses pacientes. Essas dificuldades vão desde o tamanho da equipe, propriamente dito, passando por infraestrutura problemática, falta de formação especializada, desconhecimento de diretrizes de atendimento e de avaliação sistemática de evolução desses pacientes e, até mesmo, diferenças em linhas teóricas, dificultando uma unificação do trabalho.

O estudo ainda aponta que, na situação atual de nosso país, são as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) as maiores responsáveis pelo atendimento de pessoas com autismo (33,6%), seguidos pelos CAPSi (30,9%), ONGs, (28,30%) e as Associações de Amigos dos Autistas (AMA) (7,07%), sendo que a maior parte dessas instituições atende de maneira multiprofissional. Também é importante citar a grande concentração desses dispositivos de atendimento nas regiões Sudeste e Sul: das 650 instituições estudadas, 494 são na região Sudeste, 431 somente em SP, e 59 na região Sul, com destaque para o RS com 39 (Portolese, Bordini, Lowenthal, Zachi & de Paula, 2019).

No dia 08 de janeiro de 2020, o presidente Jair Bolsonaro sanciona a Lei nº 13.977, conhecida como Lei Romeo M

ion, que cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), trazendo os dados completos do usuário, além de dados do cuidador, facilitando, assim, o reconhecimento e a obtenção de seus direitos (Brasil, 2020).

MÉTODOS

4.1 Delineamento

Devido à natureza dos objetos a serem pesquisados, o presente estudo é classificado como qualitativo exploratório. Sampieri, Collado e Lucio (2013) enfatizam que o método qualitativo deve ser utilizado quando se busca entender a visão dos participantes do estudo sobre fenômenos que os cercam e entender como os mesmos percebem e interpretam sua realidade. De acordo com Gibbs (2009), é cada vez mais raro encontrar uma definição de pesquisa qualitativa aceita pela maior parte dos pesquisadores e das abordagens. A pesquisa qualitativa deixou de ser apenas uma pesquisa não quantitativa para desenvolver uma identidade própria e plural. Flick (2009) afirma que a pesquisa qualitativa busca analisar casos concretos inseridos em um determinado espaço e período de tempo. Ela tem como principal característica a busca pela compreensão e a análise aprofundada de um determinado objeto, visando detalhar um sujeito, uma situação ou um ambiente (Godoy, 1995; Yin, 2015).

Segundo a definição apresentada por Sampieri, Collado e Lucio (2013), o estudo exploratório analisa temas pouco aprofundados na literatura os quais geram um grande número de dúvidas ou mesmo que nunca foram abordados anteriormente. De outra forma, o estudo busca tornar conhecidos fenômenos pouco explorados e abrir caminho para novos campos de pesquisa.

Devido à temática escolhida e ao problema de pesquisa desenvolvido, optou-se pela realização de um estudo de caso, que tem como objetivo investigar um determinado fenômeno inserido em seu contexto no mundo real, dispondo-se a promover um melhor entendimento de seu funcionamento e de suas particularidades (Yin, 2015). Trata-se de uma escolha adequada quando as perguntas a serem respondidas são “como” ou “por que” determinadas situações ocorrem (Godoy, 1995; Yin, 2015).

Nesta pesquisa, são analisados quatro municípios de pequeno porte da Serra Gaúcha, no que se refere ao atendimento de pacientes diagnosticados com Transtorno de Espectro Autista e ao papel do psicólogo no diagnóstico e tratamento desses sujeitos, caracterizando-se como um estudo de casos múltiplos, sendo cada município um caso analisado. Esse modelo de pesquisa objetiva tirar conclusões únicas, baseando-se em múltiplos objetos de estudo, cruzando os casos e comparando os dados obtidos. Nas pesquisas em que múltiplos casos são investigados, podem-se encontrar pesquisadores cujo objetivo seja somente

descrever determinados fenômenos, enquanto outros estabelecem comparações (Godoy, 1995; Yin, 2015).

4.2 Participantes

Foram escolhidas as cidades de Flores da Cunha, Nova Prata, São Marcos e Veranópolis para a realização do estudo. Esses municípios foram selecionados por serem semelhantes em diversos aspectos, como a colonização predominantemente italiana, aspectos culturais similares, condições econômicas e de qualidade de vida parecidas, contando com índices de IDH bastante semelhantes, que variam de 0,754 e 0,733, de acordo com dados de 2010 disponíveis no site do IBGE, e com renda per capita entre R\$ 991,51 e R\$ 1.141,67, de acordo com números de 2019 no site Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Além disso, a população dessas quatro cidades compreende entre 20 e 30 mil habitantes, de acordo com dados de 2019 do IBGE, caracterizando-as como cidades de pequeno porte, ainda de acordo com a mesma instituição.

O número de habitantes registrados nessas localidades faz com que as diretrizes governamentais relacionadas às políticas e estruturas em Saúde Mental sejam semelhantes, de acordo com legislação adotada no ano de 2002. A partir do ano de 2012, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista estabelece que a pessoa com esse transtorno passe a ser considerada uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, passando a ter os mesmos direitos de reabilitação e cuidados da pessoa reconhecida com Deficiência Intelectual. Esse processo de reabilitação deve ser realizado através da rede SUS, em locais especializados nesse processo. Na grande maioria das cidades de pequeno porte brasileiras, municípios alvos desta pesquisa, esses centros são as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES), entidades responsáveis pelo atendimento dos pacientes TEA nessas localidades.

Os locais foram visitados para a realização da observação da estrutura de atendimento e para entrevistar os psicólogos envolvidos no diagnóstico e acompanhamento de pacientes TEA das cidades mencionadas. Segundo contato telefônico prévio realizado com as APAES, essas instituições, responsáveis pelos atendimentos nas cidades escolhidas que trabalham atualmente com pacientes com TEA, apresentam: dois psicólogos em Flores da Cunha, uma psicóloga em Nova Prata, três psicólogas em São Marcos, uma psicóloga em Veranópolis.

Na Tabela1, Panorama Geral dos Municípios, apresentam-se os dados demográficos utilizados para a seleção dessas cidades e um breve resumo da rede de Saúde Mental. Os dados referentes aos CAPS e APAES foram obtidos através de contato com as Secretarias de Saúde e com as próprias instituições de atendimento. Os dados referentes à população e

ao IDH foram obtidos no site do IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>), apresentando números dos anos de 2019 e 2010, respectivamente. A Renda per capita foi obtida pela consulta ao site Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/>), com números do ano de 2010, sendo os últimos dados oficiais disponíveis nas fontes consultadas.

Tabela 1

Panorama Geral dos Municípios

	Flores da Cunha	Nova Prata	São Marcos	Veranópolis
População	30.745	27.257	21.556	26.241
Renda per capita	R\$ 1.062,06	R\$ 1.039,74	R\$ 991,51	R\$ 1.141,67
IDH	0,754	0,766	0,768	0,773
CAPS	Sim	Não	Não	Sim
CAPSi	Não	Não	Não	Não
Instituição	APAE	APAE	APAE	APAE
Psicólogos	2	1	3	1

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Yin (2015) destaca como principais fontes de evidências documentos, arquivos, entrevistas, observações e artefatos físicos. Para a realização desse estudo, serão utilizadas: as entrevistas com gestores da Saúde Mental dos municípios escolhidos; a observação das estruturas físicas dos locais de atendimento; as entrevistas com os psicólogos que trabalham com esse público. Os gestores convidados serão os responsáveis legais, em cada município, pela administração dos dispositivos de saúde mental. Serão convidados a participar todos os psicólogos, em cada APAE, que trabalham com atendimento e diagnóstico de pacientes com TEA, sendo critério de exclusão o não desejo em participar da pesquisa ou não trabalhar com esse público.

4.3 Instrumentos e Procedimentos

Em um primeiro momento foram realizadas entrevistas com os responsáveis legais pela gestão da Saúde Mental nos municípios selecionados. Essas entrevistas foram semiestruturadas e focadas no problema, com o intuito de compreender como se dá a estruturação do atendimento em saúde mental das pessoas com TEA nessas cidades. Tiveram duração aproximada de uma hora, sendo realizadas de maneira presencial em local de maior conveniência para o entrevistado, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra. O roteiro para essas entrevistas encontra-se no ANEXO A deste trabalho.

Yin (2015) caracteriza a entrevista como uma das principais fontes para a obtenção de dados em um estudo de caso. Flick (2009) traz o conceito de entrevista centrada no problema, inicialmente desenvolvida por Witzel, caracterizada por três elementos: a centralização no problema de pesquisa, a orientação ao objeto e a orientação no processo.

Em um segundo momento, foram realizadas as observações dos locais em que ocorrem os processos de diagnóstico e o atendimento desses pacientes, visando compreender a estrutura física, os materiais disponíveis, as condições gerais de trabalho e limitações impostas por essa estrutura. Essa observação foi realizada em visita ao local e registrada em uma ficha de observação (ANEXO B). Flick (2009) conceitua a observação como uma importante ferramenta metodológica na pesquisa qualitativa, já Yin (2015) destaca a importância da observação, tendo em vista que os fenômenos a serem estudados ocorrem dentro de um contexto socioeconômico. Utilizando a classificação proposta por Flick (2009), será realizada uma observação não participante e sistemática, buscando analisar os critérios estabelecidos pela ficha de observação.

Já em um terceiro momento, foram realizadas entrevistas com os psicólogos que atendem esse público nas instituições escolhidas, sendo também entrevistas semiestruturadas e focadas no problema. As entrevistas duraram cerca de uma hora com cada profissional e realizadas de maneira on-line, utilizando o *Google Hangouts Meet*. Essas entrevistas objetivaram compreender a sistemática de atendimentos, a formação prévia dos psicólogos referente ao tema, o processo de qualificação para que esses atendimentos sejam realizados, as dificuldades enfrentadas referentes aos próprios atendimentos e, por fim, a estrutura oferecida pelo local. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e anexadas ao trabalho. O roteiro dessas entrevistas encontra-se no ANEXO C.

Foram observadas e respeitadas as diretrizes previstas na Resolução nº 510/2016 sobre as normas para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. O trabalho foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética. Tanto gestores quanto psicólogos participantes das entrevistas foram contatados diretamente pelo pesquisador e foram entrevistados somente após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D). Da mesma forma, as observações foram realizadas somente após a assinatura dos Termos de Autorização Institucional de cada um dos municípios (ANEXO E).

4.4 Análise dos Dados

Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e, após esse processo, submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2016). A autora caracteriza a Análise de

Conteúdo como um apanhado de técnicas em mudança e aprimoramento constante, aplicáveis para a análise de conteúdos verbais ou não verbais presentes nos discursos. Bardin ainda afirma que a análise de conteúdo não pode ser considerada como um instrumento propriamente dito, mas sim como um amálgama de técnicas, com um campo de aplicação extremamente amplo: as comunicações.

O trabalho do analista circula entre a objetividade necessária e a riqueza da subjetividade, buscando encontrar o que está além do discurso, o não dito carregado de significados. Seu trabalho é quase que arqueológico, coletando vestígios de informações nos discursos, tratando os dados construídos e interpretando-os. Essa interpretação se dá por meio de um processo de raciocínio lógico, tratado como inferência, que nada mais é do que a ponte que conecta a descrição dos dados à interpretação dada pelo analista (Bardin, 2016).

Os dados coletados foram categorizados *a posteriori*. Tais categorias não são definidas prévia, mas progressivamente, conforme a interpretação dos conteúdos acontecer, com os títulos das categorias sendo definidos ao final de toda a operação. O processo de categorização refere-se à classificação dos elementos encontrados em conjuntos, de acordo com critérios definidos pelo analista conforme os objetivos da pesquisa. Esses agrupamentos são feitos tendo em vista características semelhantes, apresentadas pelos objetos do estudo, sendo elas temáticas, de acordo com a linguagem utilizada (Bardin, 2016).

Ainda de acordo com Bardin, em sua obra de 2016, o processo de categorização consiste em duas partes: inventário dos itens, ou seja, isolamento dos elementos e, após isso, sua classificação, visando padronização e produtividade das categorias. Nesse sentido, um sistema consistente de classificação deve possuir os seguintes predicados: exclusão mútua, em que os elementos só aparecem em uma categoria; homogeneidade; classificação organizada por um único princípio; pertinência de acordo com a proposta da pesquisa; teoria escolhida; objetividade; fidelidade.

Após definidas as categorias, cada um dos casos foi analisado de maneira individual, sem o intuito de comparação entre os municípios escolhidos, somente objetivando conhecer cada uma das realidades apresentadas para a atuação dos psicólogos nesses contextos. O mesmo cabe aos próprios psicólogos e a terapeuta ocupacional, não havendo qualquer comparação entre os profissionais e seus métodos de trabalho, somente uma busca por compreender como trabalham e como percebem sua atuação diante do sujeito com Transtorno do Espectro Autista.

Tabela 2

Quadro resumo do processo metodológico

ETAPAS DO ESTUDO DE CASO	FONTES DE EVIDÊNCIA		ANÁLISE DOS DADOS
	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	
1º momento	1 gestor de saúde mental de cada um dos municípios.	Entrevista semiestruturada.	Análise temática de conteúdo (Bardin).
2º momento	APAES das cidades de Flores da Cunha, Nova Prata, São Marcos e Veranópolis.	Observação dos locais de atendimento e registro através de ficha de observação.	Descrição de elementos relativos à estrutura física, material disponível e condições gerais de estrutura de atendimento.
3º momento	Psicólogos 2 - Flores da Cunha 2 - São Marcos 2 – Veranópolis Terapeuta Ocupacional 1 – Nova Prata	Entrevista semiestruturada.	Análise temática de conteúdo (Bardin).

Fonte: Tabela criada pelo autor.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse capítulo do trabalho são apresentados os resultados referentes à categorização das entrevistas e observações. Em um primeiro momento são apresentadas as entrevistas realizadas com os gestores de cada dos municípios. Após, em um segundo momento, os dados obtidos nas observações dos locais. E, em um terceiro momento, os resultados obtidos através das análises das entrevistas com psicólogos e terapeuta ocupacional.

5.1 Entrevistas com Gestores

Nesse subcapítulo, será contemplada a análise dos dados obtidos nas entrevistas com os gestores dos quatro municípios selecionados para a pesquisa, buscando contextualizar e compreender a estrutura do sistema de Saúde Mental dessas cidades, além de questões referentes ao papel da Saúde Mental nesses municípios, os desafios presentes na gestão e a realidade dos pacientes com TEA inseridos no sistema público de Saúde Mental desses locais.

Importante destacar que essas entrevistas em momento algum objetivaram avaliar ou comparar um município com outro ou suas estruturas, mas sim apresentar e compreender os dispositivos e profissionais com que o usuário com TEA dispões nos sistemas de Saúde Mental desses locais. Essa contextualização é de suma importância para podermos compreender a atuação dos psicólogos nesse quadro e com quais recursos podem contar no atendimento aos pacientes suspeitos ou diagnosticados com TEA.

Tabela 3

Panorama dos Municípios e Entrevistados

Município	Gestoras	Atribuição	Estrutura de CAPS	Formação
M1 (Flores)	G1	Gestora da Saúde Mental e do CAPS	Sim	Psicologia
M2 (Nova Prata)	G2	Assistente da Gestora da Saúde Mental	Não	Administração
M3 (São Marcos)	G3	Gestora de Saúde Mental	Não	Psicologia
M4 (Veranópolis)	G4	Gestora da Saúde Mental e do CAPS	Sim	Terapia Ocupacional

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Como visto em capítulo anterior, os municípios com mais de 15 mil habitantes, o que inclui os quatro locais de estudo desta pesquisa, seguindo o que é designado pelas diretrizes federais, devem contar com um CAPS I. Este é um dispositivo de atendimento para o público geral, abrangendo todas as idades e tipos de transtorno, sem a obrigatoriedade de haver um CAPS II. A presença desse se torna obrigatória em cidades contando com mais de 70 mil habitantes de acordo com as diretrizes propostas pelo Governo Federal em sua portaria do ano de 2011.

Porém, essa não é a realidade encontrada em alguns dos municípios nos quais as entrevistas foram realizadas. Embora M1 e M4 contem com a estrutura de CAPS, M2 não conta com o dispositivo e M3 tem a particularidade de contar com a estrutura física, porém não com a equipe, sendo que o que deveria ser o CAPS está sendo usado no combate à pandemia de COVID 19. Além do CAPS, M1 conta com uma estrutura ambulatorial e psicólogos atendendo em unidades do ESF e programas específicos para o atendimento a crianças com dificuldades escolares, sendo uma estrutura bastante semelhante a M4. Já M2, não contando com CAPS, concentra o cuidado com a Saúde Mental de seus habitantes em uma estrutura de consultórios e espaços para oficina em conjunto com a Secretaria de Saúde do município, além de contar com psicólogos atendendo em algumas das UBS da cidade e programas específicos para crianças com dificuldade no aprendizado. A realidade de M3 difere a dos outros municípios, pois, além de não contar com o CAPS, a cidade conta somente com um ambulatório com dois profissionais para o atendimento dos casos de Saúde Mental do município.

Pode-se observar que, mesmo sendo municípios que apresentam contextos socioculturais e econômicos semelhantes, encontram-se diferenças entre as estruturas de rede de Saúde Mental disponíveis, tornando a gestão de cada um desses municípios um desafio único, porém, com intersecções bastante importantes.

A análise das entrevistas com os gestores foi organizada em uma grande categoria e 2 subcategorias, apresentadas na Tabela 4. Também é destacado o foco de análise referente a cada uma das subcategorias.

Tabela 4

Categoria, subcategorias e focos de análise das entrevistas com gestores

Categoria	Subcategorias	Focos de Análise
------------------	----------------------	-------------------------

Gestão da Saúde Mental em municípios de pequeno porte	Potenciais	Importância da equipe e rede, oficinas como suporte terapêutico, pandemia como oportunidade.
	Desafios	Pacientes com TEA na rede pública, preconceito, desafios da pandemia.

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Após a análise das entrevistas dos gestores, foi delineada uma categoria denominada Gestão da Saúde Mental em municípios de pequeno porte, englobando as nuances presentes na gestão de um sistema de Saúde Mental complexo e com vários atores. Essa categoria engloba a visão desses gestores sobre os recursos desses municípios e sobre os desafios percebidos no processo de gestão.

As duas subcategorias definidas englobam as potências e os desafios apontados pelos gestores entrevistados nos sistemas de Saúde Mental dos municípios visitados. A primeira subcategoria analisa os potenciais percebidos por esses gestores no fazer da Saúde Mental. Essa subcategoria aborda questões referentes ao funcionamento da rede e a modelos de atendimentos para esses pacientes, além a uma visão da pandemia como algo positivo no contexto de um serviço de Saúde Mental.

5.1.1. Potenciais

O primeiro foco de análise referente a subcategoria dos potenciais trata da importância do trabalho das equipes e da atuação das redes nos sistemas de Saúde Mental desses municípios. Nesse tópico, é possível ter um breve entendimento de como as redes se estruturam e como se dá o seu funcionamento, levando em conta os contextos apresentados.

Analisando as entrevistas com esses gestores, merecem destaque o funcionamento dessas redes de suporte, contanto com vários dispositivos e trabalhando em conjunto para o benefício dos pacientes e também o papel central que as equipes possuem nessas estruturas. Vale mencionar que, por se tratarem de municípios de pequeno porte, essas redes, por óbvio, contam com menos pessoas e menos dispositivos, mas também trazem um grande grau de complexidade para o manejo.

A seguir destaco trechos que tratam sobre as questões referente às redes de atenção à Saúde Mental:

G1: É, o que a gente tem que acontece é as reuniões de rede, né, no município. Então nessas reuniões de rede participa o CAPS, o serviço de psicologia, o [Projeto Z], CRAS, CREAS, a APAE participa também, né. E daí é o momento de troca no sentido de a gente conversar sobre os encaminhamentos, sobre os pacientes e tudo mais.

G1: E até as próprias escolas, elas acionam muitos os serviços da Saúde. A gente é parceiro e essa parceria está se ampliando, digamos assim, nos últimos anos, né, no sentido mesmo de palestras, essas coisas que a gente possa estar junto, né, para desenvolver junto com os alunos, né. É claro, ainda muito sutil, não pensa que são grandes eventos, né, mas é algo que a gente tá começando, né. Enfim, é uma construção, né, sempre, eu vejo que sempre foi visto muito separado, sabe, tipo tu, a tua secretaria, nós a nossa secretaria, né, mas é importante essa conexão entre os serviços, né.

G4: (...) a gente tem uma parceria bastante legal com a assistência social e com a educação, a assistência a gente tem CREAS e CRAS e Conselho Tutelar e a gente trabalha junto direto, porque querendo ou não a maioria dos pacientes acaba sendo os mesmos, então a gente trabalha bastante juntos, bastante reuniões.

A literatura destaca a importância do trabalho de rede para o cuidado em Saúde Mental. Delfini e Reis (2012) destacam a importância do trabalho integrado da rede, tanto dos dispositivos de Saúde Mental propriamente ditos quanto dos serviços de atenção básica, procurando trabalhar com o mesmo foco e direcionamento terapêutico para um maior benefício do paciente e uma maior possibilidade de resolução do quadro ou de atenuação dos sintomas. Figueiredo e Campos (2008) trazem a importância da constante discussão dos papéis ocupados pelos dispositivos no cuidado à Saúde Mental, visando beneficiar o sujeito e mirando na prevenção e na produção de saúde, além da autonomia do paciente ligado à rede.

As falas dos gestores em conjunto com a produção literária traçam um quadro de essencialidade do trabalho conjunto entre os dispositivos de saúde e educação. Esse trabalho em conjunto com a educação se apresenta como uma ferramenta de Psicoeducação sobre questões emocionais e comportamentais e como uma maneira de promoção de saúde mental. Como evidenciado por Tomé et al (2017), a escola é um ambiente privilegiado para a promoção da Saúde Mental, trazendo benefícios a longo prazo no funcionamento emocional e comportamental dos sujeitos. Essa rede trabalha dirigindo-se ao maior benefício possível do usuário o qual possa se sentir assistido nas suas necessidades básicas.

As falas a seguir destacam o trabalho e a visão desses gestores sobre as equipes de trabalhadores em Saúde Mental desses municípios:

G1: (...) são equipes que são bem fortes assim, né. Equipes que se mantêm já por um bom tempo, porque na verdade assim, a equipe, principalmente falando de saúde, né, era uma equipe que trabalhava toda junta no [Projeto X] que era o Serviço de Saúde Mental, né, daí depois que se criou o CAPS, na verdade o Protege veio todo pro CAPS

G2: Certo, eu acho que a nossa equipe, ela é muito boa, nós temos profissionais qualificados, profissionais ótimos, assim, então, eu digo assim, pra quem adere o tratamento, que faz tudo certinho, a melhora é visível, sabe?

G4: nosso fluxo aqui no município tem funcionado, sabe? Tem funcionado bem. A gente ajusta periodicamente, assim né, a gente senta... tem uma coisa muito bacana também que aqui dentro do CAPS eu sempre deixo um tempo assim, semanal, para os psicólogos sentarem e conversarem, os nosso daqui... (...) ...e as vezes eles sentam com os de fora também pra, e não só pra discutir casos, mas pra discutir ações, pra discutir fluxos, e eu acho que isso tem funcionado assim...

Vasconellos (2010) afirma que a presença de múltiplos profissionais das mais diferentes áreas de atuação nos dispositivos de Saúde Mental é uma realidade cada vez mais presente e, geralmente, tem impacto positivo no trabalho desses locais. Entretanto, corre-se o risco de uma fragmentação desse trabalho, sendo de suma importância a integração dessas equipes, trabalhando com o mesmo foco e objetivo. Delfini e Reis (2012) também destacam que, quando existe o empenho das equipes em trabalhar com a rede como um todo e utilizar os recursos oferecidos, o cuidado ao paciente é realizado de maneira integral, trazendo a ele grandes benefícios.

O trabalho das equipes e a integração com a rede é trazido com destaque pelos gestores como um dos grandes potenciais dos serviços de Saúde Mental de três dos municípios visitados, sendo apontado como um fator determinante para o bom funcionamento desses dispositivos e para o sucesso no tratamento dos pacientes. Porém, em M3, a realidade encontrada difere dos outros locais, como pode ser visto nas falas de:

G3: Há muitos anos que a equipe foi reduzida, nós tínhamos, faz 14 anos eu tô aqui, nós tivemos uma época, sim, a equipe com psiquiatra, quando eu cheguei a gente tinha uma psiquiatra, tinha assistente social no quadro e as psicólogas. Mas com o passar do tempo foi se reduzindo isso e hoje a gente, hoje somos em duas pra dar conta de toda essa demanda do município. (...) A partir das gestões a gente foi vendo a desconstrução disso, assim. Tinha uma equipe, o que se lê ou que se ouve, assim, tinha uma equipe boa, com psiquiatra, com

psicólogos, né, assistentes sociais, enfermeiros. Tinha toda uma movimentação, reuniões semanais, discussão em equipe, acompanhamento dos casos. Fora da saúde também, né, pessoal da educação, da assistência. Nós éramos assistência também, né. Mas com o passar das gestões a gente foi vendo que isso se desconstruiu, assim.

As falas de G3 também evidenciam a falta de um trabalho em rede:

G3: E como a gente vê uma certa dureza, né, nesse trabalho de rede. Tiveram alguns movimentos de fala de a gente ter uma conversação, de retomada, a gente teve um movimento que nós também apoiamos e como a gente teve problemas, assim, muito sérios, realmente, nós fizemos um movimento de desinvestir nisso e investir no que é realmente necessário. O que é necessário pro nosso usuário, o que nós vamos conseguir. Nós tivemos algumas tensionadas ali, de equipe, de psicólogos, de assistentes sociais entre saúde e assistência. Situações muito tensionadas ali, de equipe, de psicólogos, de assistentes sociais entre saúde e assistência.

Como pode ser visto, em M3 houve um desmonte tanto de equipe quanto da rede disponível para a Saúde Mental, prejudicando o desenvolvimento do trabalho, impossibilitando uma atenção mais abrangente ao usuário e uma atuação satisfatória desse serviço. Neste caso, o trabalho em equipe pode ser considerado com um fator de desafio para o município,. Fatores políticos, como a posição de uma ou mais gestões frente ao papel da saúde mental em um município, são determinantes para a desestruturação de uma rede já estabelecida, com a realocação de profissionais e de instalações antes destinadas ao trabalho na área. Contudo, é importante ressaltar que, da mesma maneira que houve esse desmonte nesse período, uma aproximação diferenciada da gestão municipal, seja dessa ou de futuras, pode levar a uma reconstrução desse sistema e desses dispositivos.

O segundo foco de análise se baseia na evidência dada pelos gestores às oficinas e aos grupos terapêuticos presentes nos serviços. Esse modelo de atendimento é apontado como uma ferramenta de grande potencial terapêutico, auxiliando na diminuição de casos mais graves e na manutenção de casos moderados e leves.

As falas a seguir evidenciam esses apontamentos:

G1: É um suporte bem bacana, assim, porque acaba até mesmo pro CAPS, a gente tem as oficinas terapêuticas aqui também e tudo mais, claro que com outro enfoque, né. Mas muitos pacientes que acabam estabilizando o quadro, que tá legal que dá pra receber alta, digamos

assim, a gente acaba inserindo eles nessas oficinas pra não ser um corte muito grosseiro, assim, sabe.

G3: Teve épocas que a gente comprou material, lanche, bancou mesmo. As oficinas eu banquei muito tempo. O objetivo era que fossem fechadas, né, mas, como eram um espaço de cuidado muito importante, a gente conseguiu fazer um trabalho de cuidado muito bom, então a gente não vai fechar. Não vai mais vir verba, mas a gente vai manter. Foi um espaço de cuidado bem importante ali, a gente conseguiu reunir pessoas. Bom, as oficinas tem uma história de 10 anos. Faz 10 anos da primeira oficina aqui do município e ela ainda existe.

G4: (...) nós temos oficina de musicoterapia, que daí tem um profissional que vem, oficina de artesanato, oficina de yoga, essas tão paradas, só a música que não, as outras tão paradas em função da pandemia, né, mas tem a oficina de yoga e a oficina de pilates. (...) E de plantas medicinais também.

Ibiapina, Monteiro, Alencar, Fernandes e Costa Filho (2017) destacam como algumas das características das oficinas terapêuticas a possibilidade de diálogo, construção de cidadania, vínculos e reintegração dos sujeitos afetados por transtornos mentais à sociedade, possibilitando os usuários se expressarem e manifestarem seus desejos, anseios e inseguranças. Azevedo e Miranda (2011) afirmam a importância das oficinas como instrumento da ressocialização dos indivíduos e de convivência em grupos, incentivando o pensar e o fazer coletivos, respeitando as individualidades de cada um.

As oficinas aparecem como um grande recurso e um potencial no tratamento dos usuários do CAPS. Embora, de acordo com os gestores, os pacientes com TEA não frequentem esses locais, sendo atendidos por outras instituições devido às particularidades do quadro, apresenta-se a reflexão da possível inclusão de pacientes com TEA nessas oficinas, respeitando as possibilidades de cada um. Esse modelo de atendimento proporcionaria uma oportunidade de convivência em grupos e a inserção em círculos sociais em um ambiente controlado e com auxílio de profissionais, visando a aprimorar as habilidades sociais desses sujeitos.

Embora o quadro pandêmico vivido nos anos de 2020 e 2021 tenha sido um assunto recorrente nas entrevistas com os gestores, normalmente trazendo dificuldade e adaptações necessárias para se passar por esse momento, esse quadro pode ser visto como uma fonte de potencial para os serviços, como destacado no terceiro foco de análise. G2 exemplifica esse quadro, destacando a pandemia como uma oportunidade de mudanças que, no funcionamento normal dos serviços, seriam muito complicadas para adotar:

G2: daí vem a pandemia que, né, acaba mexendo com toda a nossa organização nesse sentido. Mas, por outro lado, né, pensando na pandemia, a gente viu como muito positiva, né, claro que não gostaríamos, né, mas pro serviço foi uma oportunidade de a gente poder olhar a fundo, né, porque a gente não tinha muita... muito espaço para a equipe pensar em algumas coisas, né, e também sempre tem aquela coisa de trabalhar sempre em um modelo, em um formato, né, e daí vem a pandemia e mostra que a gente pode fazer coisas muito diferente, né. E daí a gente acabou reestruturando toda nossa forma de ver e de funcionar, né, baseado na pandemia e no que a pandemia nos mostrou. (...) Foi uma oportunidade. Eu acho, assim, eu falo para a equipe a todo momento, até nos agradecimentos ali de final de ano eu disse: “foi um ano desafiador, sim, mas foi um ano que nos possibilitou olhar muito além do que a gente estava fazendo”, sabe, então hoje a gente já tem outras modalidade de trabalho que a gente não tinha antes, né, e que a gente viu que funcionavam, né, que funcionou e que agora, né, vamos ver na sequência, né, algo que a gente tá colocando em prática agora na pandemia.

Essa visão, apesar de destoar com a visão dos outros gestores, traz aspectos interessantes sobre a utilização das oportunidades disponíveis para uma reestruturação de um serviço, além de demonstrar como um desafio para a gestão desse serviço pode trazer resultados satisfatórios mesmo diante de uma situação tão adversa.

Na primeira subcategoria das entrevistas com os gestores destacam-se a grande importância que a rede e o trabalho em equipe exercem nos sistemas de Saúde Mental dessas cidades, sendo um fator essencial para o bom funcionamento desses serviços. Também foi trazido pelos gestores o protagonismo das oficinas terapêuticas, tendo elas o papel de manutenção desses pacientes nos serviços além de serem uma ferramenta essencial na reintegração desses sujeitos na sociedade. Além disso, o quadro pandêmico enfrentado em 2020 e 2021 também foi mencionado, porém como um fator de potencial para mudanças necessárias nesses serviços e uma oportunidade de repensar o funcionamento desses dispositivos.

5.1.2. Desafios

Fazer a gestão de um sistema tão complexo quanto o de Saúde Mental de um município, independentemente do tamanho, é uma tarefa repleta de questões a serem resolvidas. É sobre desafios apontados por esses gestores em suas falas que a segunda subcategoria trata. O primeiro foco de análise refere-se aos rumos que os paciente com TEA têm dentro do sistema de Saúde Mental nesses municípios e a interação entre os serviços e

os dispositivos de atendimento a esses pacientes, especialmente as APAES, mas não exclusivamente, que são as responsáveis pelo atendimento de pacientes com TEA nesses locais.

Os trechos a seguir destacam essa relação:

G1: (...) a gente tem bastante dificuldade de acesso à APAE, né. Então muitos acabam, a maioria desses que veio que não foram muitos, né, mas foi porque já tinham passado por avaliação na APAE e daí a APAE diz que não era lá e daí manda pra cá. Daí a gente tem todos os exames neurológicos, tudo certinho, sabe. Existem empecilhos bem grandes para acessar o serviço, sabe.

G2: (...) os que chegam até o setor nós atendemos a questão da parte psiquiátrica, né, a questão, que normalmente esses pacientes tem um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, né, daí é feito o encaminhamento para a APAE, né, e daí lá é trabalhado as outras questões, com terapeuta ocupacional, enfim, os outros profissionais.

G4: E a gente tem também aqui no município um projeto, que é [Projeto Y] não sei se tu já ouviu falar. É um programa para crianças com dificuldade de aprendizagem, então tipo, as escolas têm as salas de recurso, mas aquelas crianças que sala de recurso não dá conta, porque são um pouco mais graves, mas ainda não são de APAE, elas vão para esse programa. É um programa municipal, ele existe já, eu acho que ele mais ou menos, tem mais ou menos a idade do CAPS, talvez um pouquinho mais, porque ele começou com outro nome e funciona muito legal, ele tem uma estrutura bem boa também, com uma equipe multidisciplinar também, bem bacana assim e a gente tem também esse, essa ligação, assim, bastante forte com esse programa assim.

A literatura sobre a relação entre os sistemas públicos de Saúde Mental e sua relação com as APAES no atendimento de paciente com TEA ainda é bastante incipiente. Acredito que isso se deva, principalmente, ao quão recente o aumento de atenção é dado ao transtorno e ao fato de somente recentemente as APAES estarem funcionando como centro de referência para esses atendimentos. A literatura encontrada relata, sobretudo, estudos de caso em instituições específicas, tendo um alcance bastante limitado, sendo uma área de pesquisa que necessita de ampliação e aprofundamento para que se possa compreender melhor essas novas dinâmicas de atendimento e manejo desses pacientes em uma rede pública de atendimento. Alguns exemplos de publicações encontradas são Pantoja, Sousa e Araújo Júnior (2018) em estudo realizado na APAE de Marabá; Fernandes et al (2017) sobre o acompanhamento de terapia medicamentosa em uma APAE no interior da Bahia; e Ribeiro

et al (2017) que traçam um perfil epidemiológico de pacientes com TEA que frequentam escolas regulares na cidade de Bagé.

O segundo foco de análise é o desafio imposto pelo preconceito sofrido por esses pacientes que utilizam o sistema de Saúde Mental, sendo rotulado pela comunidade e, muitas vezes, excluídos ou considerados “loucos” pelos que os cercam.

As falas a seguir evidenciam esse preconceito:

G1: O maior desafio acho que é a gente quebrar mesmo os paradigmas e preconceitos relacionados a Saúde Mental, né, eu vejo isso, dessa dificuldade que a gente tem com a própria gestão, né, de fazer a Saúde Mental do município, né, então até é algo que eu sempre sinalizo que a Saúde Mental acaba sendo vista com secundária dentro da visão da gestão, né. Porque eles acabam se envolvendo muito mais com “ah, vamos contratar médicos, vamos contratar enfermeiros, vamos, né”, essa parte mais da saúde e eles acabam não reconhecendo tanto o papel da Saúde Mental, né.

G3: (...) parece que a cidade não enxerga o usuário de Saúde Mental como um sujeito de direito, então realmente tudo fica escondido, tanto é que os suicídios, né, é tudo assim “ah, porque o Samu foi pegar, ontem a gente teve dois”, daí a gente tem uma boa relação com o pessoal dos transportes e eles acabam comentando, mas é tudo muito velado, assim.

G4: (...) principal desafio, o número um assim, é tirar um pouco o preconceito das pessoas, né, da sociedade no geral, assim, né. A gente costuma fazer bastante atividades extra muro, né, lá fora, tenta incluir os pacientes na sociedade e a gente vê bastante preconceito da população. Eu acredito que seria o principal assim, desafio que eu vejo, é esse assim, né (...) Tem gente que “ai, eu não vou lá no CAPS porque é lugar de louco”, “ai, eu não vou no psicólogo, porque psicólogo é pra louco”, eu acredito que não seja só uma coisa do nosso município, né. Mas essa questão do preconceito, desse rótulo, esse estigma, essa coisa assim que existe na sociedade.

Cândido et al (2012) afirmam que, mesmo com todos os avanços sociais, culturais e na questão assistencial, a sociedade ainda adota o estigma da doença mental como um rótulo que deixa os indivíduos passíveis à exclusão e considerados sinônimos de anormalidade, sendo essa estereotipagem presente, até mesmo, nas camadas com um grau de instrução maior. Nascimento e Leão (2019) afirmam que as pessoas afetadas por transtornos mentais fazem parte de um grupo que, historicamente, foi esquecido e negligenciado pela sociedade. Porém, após a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consequente desinstitucionalização desses sujeitos, ainda enfrentam preconceito e dificuldade de inserção real na sociedade devido ao estigma que carregam. Silva e Marcolan (2018) trazem relatos de sujeitos que sofrem desse

preconceito, buscando compreender suas percepções sobre essa exclusão. O estudo afirma que a falta de informação em relação aos transtornos mentais é uma das principais causas desse preconceito. Essa realidade pode ser facilmente transportada para um transtorno onde muitos mitos e inverdades ainda são difundidos, como o TEA, resultando na exclusão desses sujeitos e no não aproveitamento dos seus potenciais.

O último foco de análise referente aos desafios percebidos pelos gestores diz respeito ao quadro pandêmico que atualmente enfrentamos e às adaptações necessárias aos serviços para que permanecessem funcionando, de modo a prejudicar o menos possível os pacientes.

A seguir, os relatos que trazem esses elementos:

G2: (...) grupo infantil, agora não estão acontecendo em função da pandemia, porque, os grupos infantis, porque eles manuseiam brinquedos, manuseiam materiais e tal, e daí foge um pouco do nosso controle depois a questão de higienizar tudo isso é mais complicado. (...) Mas com os adultos, tá acontecendo os grupos, a gente só parou lá no início da pandemia, mas depois a gente retomou. Tem limite, né, de pessoas no grupo, tem o distanciamento, o álcool gel, todo mundo de máscara, isso tudo a gente tem cuidado aqui no setor também.

G3: Até a questão da pandemia, realmente, não entrar pra uma normatização ali nas nossas vidas, enquanto se tiver esse quadro ali, eu não enxergo que tenha alguma, mais alguma discussão nesse sentido. Tá tudo parado, tudo parado, tudo em favor da pandemia.(...) . Foi um ano bem difícil. Surgiu, inesperadamente, essa nova demanda. E a questão de se apropriar dessa parte remota que não era algo que não estava na nossa perspectiva, né.

Barbosa et al (2020) retratam as dificuldades da falta do contato mais direto com os profissionais dos serviços de Saúde Mental para a continuidade do tratamento desses pacientes e ressalta a necessidade desses serviços se reinventarem para continuarem sendo promotores de saúde mental perante um quadro tão complexo quanto esse. Nabuco, Oliveira e Afonso (2020) ressaltam que o impacto real da pandemia na saúde mental da população ainda não pode ser medido, especialmente por ainda estarmos vivendo essa situação, e que essa exposição prolongada ao contexto ainda exigirá muita atenção das equipes de Saúde Mental dos municípios.

Esse processo de adaptação de profissionais e serviços foi uma realidade imposta em todos os municípios e trouxe desafios inesperados para esses gestores. Assim mesmo, de acordo com as entrevistas realizadas, os serviços buscaram se adaptar da melhor maneira possível tendo em vista as limitações de estrutura e pessoal. Apesar disso, percebe-se um

esforço grande desses dispositivos para que seus usuários permaneçam assistidos e estabilizados.

Os desafios apontados pelos gestores passam pela dificuldade de destinar apropriadamente os pacientes diagnosticados com TEA nas redes municipais de Saúde Mental, especialmente em eventuais dificuldades de encaminhamentos desses pacientes para a APAE. Vale dizer, porém, que essa não é uma realidade encontrada em todos os municípios. Também apareceu com grande destaque a questão do preconceito enfrentado pelos usuários da Saúde Mental. A desinformação e crenças antiquadas e não condizentes com a realidade fazem com que esses sujeitos tenham que enfrentar mais esse obstáculo em seu objetivo de serem parte da sociedade. Além disso, a pandemia apareceu como um grande fator de desafio na visão desses gestores, exigindo adaptações dos serviços e ocasionando quebras no funcionamento desses dispositivos, que muitas vezes levaram um grande tempo para serem realizadas, prejudicando o andamento dos serviços.

Os relatos trazidos aqui serviram para contextualizar brevemente as estruturas de saúde mental presentes nesses municípios e seu funcionamento. Essa contextualização é de grande importância para podermos compreender como a atuação dos psicólogos que atendem os pacientes com TEA pode se dar nesses municípios e quais são as limitações encontradas.

5.2 Observações

Conforme proposto para o segundo momento de construção dos dados, foi realizada visita para observação dos locais em que ocorrem os processos de diagnóstico e atendimento de pacientes com TEA, almejando compreender estrutura física, materiais disponíveis, condições gerais de trabalho e limitações impostas por essa estrutura. As visitas foram realizadas nos dias 18/03/21, 13/04/2021, 20/04/21 e 09/07/21, com duração aproximada de 1h20min em cada local, sendo guiadas por um dos mesmos profissionais entrevistados.

Na Tabela 5, observa-se um resumo das principais características observadas.

Tabela 5

Características Gerais dos locais visitados

Local	Terreno, prédio e pátio	Sala de espera	Acessibilidade Arquitetônica
--------------	--------------------------------	-----------------------	---

M1	<p>Terreno cercado, acesso por interfone no portão externo.</p> <p>Prédio térreo, amplo.</p> <p>Pátio grande, com grama, brinquedos de madeira e metal e quadra esportiva.</p> <p>Área externa central utilizada para realização de atividades.</p> <p>Estacionamento para os veículos da instituição.</p> <p>Bom estado de conservação geral.</p>	<p>Localizada no saguão do prédio, sem janelas. Murais informativos.</p> <p>Lugar para cerca de 10 pessoas. Ampla.</p>	<p>Não necessita de rampas para acesso ao prédio. Rampas internas de acesso para salas com diferença de nível.</p> <p>Banheiros adaptados.</p> <p>Corrimão nos corredores.</p>
M2	<p>Terreno cercado, acesso por interfone no portão externo.</p> <p>Prédio em dois andares, sendo o segundo andar somente parcial.</p> <p>Pátio com grama, brinquedos de madeira e metal e bancos.</p> <p>Área externa com proteção ao sol.</p> <p>Garagem para veículo da instituição.</p> <p>Bom estado de conservação geral.</p>	<p>Localizada no saguão do prédio, ampla, bem iluminada e arejada.</p> <p>Lugar para cerca de 6 pessoas.</p> <p>Conta com murais informativos.</p>	<p>Não necessita de rampas para acesso ao prédio. Banheiros adaptados.</p>
M3	<p>Terreno cercado, acesso por interfone no portão externo.</p> <p>Prédio em dois andares em terreno em declive, amplo. Pátio calçado e com área gramada e bancos.</p> <p>Estacionamento e garagem para os veículos da instituição.</p> <p>Bom estado de conservação geral.</p>	<p>Localizada em uma sala separada, espaço reduzido, com capacidade para cerca de 8 pessoas. Murais informativos.</p> <p>Bem iluminada.</p>	<p>Rampa de acesso para a entrada principal. Rampas internas de acesso para salas com diferença de nível.</p> <p>Elevador de acesso para o salão.</p> <p>Corrimão e faixas sinalizadoras na escada para o salão.</p> <p>Banheiros adaptados.</p> <p>Corrimão nos corredores.</p>

M4	Terreno cercado, acesso livre através do portão central. Prédio em dois andares, sendo o segundo andar menos que o primeiro. Pátio interno amplo, totalmente calçado e com área coberta, brinquedos de madeira e metal e bancos. Área para estacionamento do veículo que atende a instituição. Bom estado de conservação geral.	Não conta com sala de espera. Há bancos no pátio interno usados para esta finalidade.	Não necessita de rampas para acesso ao prédio. Elevador para acesso à biblioteca e sala de informática. Escada para biblioteca com corrimão e com faixas sinalizadoras. Banheiros adaptados.
-----------	---	--	--

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Embora os prédios não sejam novos, observa-se que todos os locais visitados se encontram em bom estado de conservação e apresentam condições gerais adequadas para os atendimentos a que se propõem. As condições das salas de espera são muito diferentes entre si, sendo que M4 utiliza bancos espalhados pelo pátio da instituição, enquanto os outros locais possuem espaços específicos para essa função. Com relação à acessibilidade arquitetônica, chama a atenção que apenas M2 não possui elevador para acesso ao segundo andar, porém, com todas as outras adaptações necessárias presentes, assim como nas instalações das outras três instituições.

Na Tabela 6, são apresentados os recursos oferecidos por essas instituições tanto em suas próprias instalações quanto através de convênios.

Tabela 6

Apresentação dos Serviços Disponibilizados

Locais	Serviços Oferecidos na Instituição	Serviços Oferecidos através de Convênios
M1	Sala de recursos; hidroterapia, sala de informática, biblioteca, brinquedoteca, oficinas terapêuticas, de AVD e convivência.	Equoterapia
M2	Sala de recursos, academia, sala de informática, oficina de artes, dança, culinária, música, teatro e AVD.	Equoterapia

	Quadra esportiva.	
M3	Sala de recursos; sala Snoezelen; horta; sala de informática, biblioteca, brinquedoteca; oficinas terapêuticas, de AVD e convivência	Equoterapia; Quadra Esportiva
M4	Sala de recursos; hidroterapia, sala de informática, biblioteca, brinquedoteca, oficinas terapêuticas, de AVD e convivência, quadra esportiva.	Equoterapia

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Quanto aos serviços oferecidos na própria instituição, percebem-se estruturas muito completas e ricas em quantidade e variedade de atividades disponíveis, merecendo destaque as instalações específicas para o tratamento de pacientes com TEA, como as salas de estimulação sensorial, sendo esse um recurso presente em todos os locais, e a sala de Snoezelen, presente em M3, buscando oferecer uma abordagem mais completa para esse público-alvo.

O Snoezelen tem seu início na década de 70, quando dois pesquisadores Hulsegge e Verheul criaram tal abordagem. Seu nome origina-se da junção das palavras alemãs *snuffelen* e *doezelen*, significando explorar e relaxar, respectivamente. Essas salas proporcionam estímulos visuais, olfativos, auditivos e táteis em um ambiente seguro e sem qualquer pressão externa (McKee et al, 2007). Essa aproximação teórica inventiva a liberdade de escolha e de decisão em um ambiente não ameaçador em que as intervenções são baseadas no relaxamento do paciente (Fava e Strauss, 2010).

Os quatro locais visitados também oferecem, através de convênio, o serviço da terapia assistida por cavalos, conhecida como equoterapia, para seus pacientes com TEA, sendo essa modalidade de tratamento um adendo extremamente benéfico para esses usuários.

Tendo em vista os dados de observação, pode-se pensar que a estrutura apresentada por essas cidades oferece condições adequadas de atendimentos para os pacientes com TEA, contando com um grande número de recursos, seja nas próprias instituições ou através de convênios, englobando as várias necessidades apresentadas por esses pacientes. Baseado no contexto atual em que esses locais estão inseridos e nas observações realizadas nessas visitas, pode-se entender que os serviços oferecidos por essas cidades de pequeno porte encontram-se em condições satisfatórias para atender à demanda dos pacientes incluídos na rede de atendimento municipal, oferecendo condições para que os profissionais possam realizar seu

trabalho de maneira adequada. Isso pode ser, inclusive, afirmado em relação às condições internas destes dispositivos, como pode ser observado na Tabela 7:

Tabela 7

Resumo das Salas

Locais	Condição geral das salas	Estrutura das salas	Material disponível
M1	Salas arejadas e bem iluminadas. Ótimo estado de conservação. Organizadas e limpas. Janelas grandes. Ar condicionado.	Mesa para o profissional, computador, mesa para o atendimento, armários contendo materiais e brinquedos. Tatames para criança brincar no chão.	Jogos, brinquedos, material para desenho e pintura. Material para regulação sensorial e estimulação cognitiva.
M2	Salas arejadas e bem iluminadas. Ótimo estado de conservação. Organizadas e limpas. Ar condicionado.	Mesa para o profissional, armários contendo material para atendimentos e brinquedos.	Jogos, brinquedos, material para desenho e pintura. Material para regulação sensorial e estimulação cognitiva.
M3	Salas amplas, arejadas e bem iluminadas. Ótimo estado de conservação. Organizadas e limpas. Murais com atividades realizadas e materiais do profissional. Ar condicionado	Mesa para o profissional, computador, mesa para o atendimento, armários contendo materiais e brinquedos.	Jogos, brinquedos, livros, revistas, material para desenho e pintura. Material para regulação sensorial e estimulação cognitiva.
M4	Salas amplas, arejadas e bem iluminadas.	Mesa para o profissional, computador, mesas para	Jogos, brinquedos, material para desenho e pintura.

Bom estado de conservação. Organizadas e limpas. Ar condicionado.	o atendimento, armários contendo materiais e brinquedos.	Material para regulação sensorial e estimulação cognitiva. Atividades confeccionadas pelos profissionais da instituição
---	--	---

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Todos os locais visitados apresentam boas condições internas, com salas organizadas, bem cuidadas, arejadas, bem iluminadas e climatizadas, oferecendo um ambiente apropriado para a realização dos atendimentos com pacientes com autismo. Além disso, contam com mobiliário e equipamentos adequados para o trabalho ao qual são destinadas. Importante destacar a grande disponibilidade de materiais para as crianças explorarem. Jogos e brinquedos variados, além de uma grande quantidade de atividades para áreas específicas, muitas delas confeccionadas pelos próprios profissionais, buscando atender às necessidades específicas desses pacientes de maneira lúdica e interativa.

Assim como as estruturas externas dos locais visitados, as salas utilizadas para atendimento fornecem um cenário bastante apropriado e contemplam as particularidades dos atendimentos que pacientes com TEA exigem. São espaços que fornecem estímulos variados, materiais ricos e condições ambientais que se demonstraram adequadas para esse trabalho.

A realidade percebida nos quatro municípios visitados se mostrou surpreendente até certo ponto, considerando a ótima estrutura apresentada e a grande preocupação demonstrada por essas instituições em fornecer as melhores condições possíveis para pacientes e profissionais para a realização do trabalho. Os municípios também se mostraram atentos ao aumento da demanda de paciente com TEA, buscando novas maneiras de tratamento, haja vista a sala de Snoezelen instalada em um deles e também a busca por materiais e por equipamentos adequados para as salas.

Os profissionais entrevistados para o terceiro momento da pesquisa reafirmaram as conclusões obtidas através das observações, corroborando com fato de os locais apresentarem estruturas adequadas para a realização do trabalho com pacientes com TEA, fornecendo um ambiente preparado para o trabalho e os recursos necessários para uma boa prática.

Importante salientar que se tratam de quatro instituições localizadas em municípios que se destacam pelo nível de qualidade de vida, estando inseridos em uma região rica do

estado do Rio Grande do Sul, como descrito anteriormente no quadro 1, presente no capítulo 6, e em comunidades bastante envolvidas na manutenção e cuidados com as APAES. Infelizmente, acredito não ser essa a realidade apresentada em grande parte dos municípios brasileiros onde as questões tanto populacionais quanto institucionais afetam a disponibilidade de recursos destinados a esses locais, causando uma defasagem estrutural e material que pode prejudicar o prognóstico de pacientes diagnosticados com o TEA.

É importante ressaltar também que todas as visitas foram realizadas em um contexto de pandemia, exigindo adaptações de todos os locais para a continuidade dos atendimentos. Podem-se observar medidas de higienização constante nas salas, além do uso de máscaras e frascos de álcool gel em todas. Os atendimentos individuais foram interrompidos em um momento inicial e retomados logo após, porém, de maneira adaptada, com menor duração e havendo uma janela de tempo maior entre um atendimento e outro. As atividades em grupo nesses locais, como as oficinas e as turmas de alunos, estavam suspensas, com previsão de retomada em breve, seguindo todos os protocolos de higienização e prevenção.

Mesmo nessas condições, pode-se observar que os locais visitados apresentam uma estrutura adequada para os atendimentos e que pode absorver bem as demandas de atendimento quando a situação pandêmica se normalizar, havendo o espaço para expansão e melhorias, especialmente devido ao constante aumento da demanda relacionada a pacientes com TEA.

5.3. Entrevistas e Análise dos Psicólogos

Nessa sessão do trabalho, serão discutidos os dados coletados através das entrevistas com os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes com o Transtorno do Espectro Autista nas instituições visitadas. Para esse momento, foram entrevistados seis psicólogos e uma terapeuta ocupacional com tempos de formação que abrangem desde 6 meses até mais de 30 anos e com tempo de vínculo bastante variados, indo de pouco mais de um mês até mais de 25 anos.

Apesar de contar com uma graduação diferente do resto dos entrevistados, a participante TO foi incluída na pesquisa por ser a principal responsável pelos atendimentos dos pacientes com TEA na instituição em que trabalha e por contar com vasta experiência no trabalho com esses usuários. Nesse local, a TO acaba por ter mais envolvimento com esses usuários do que os psicólogos, pois esses atendem casos de TEA esporadicamente, não possuindo, assim, grande contato com esses pacientes.

A Tabela 8 a seguir apresenta um panorama geral de apresentação dos profissionais entrevistados:

Tabela 8

Apresentação dos Participantes

Parti- cipante	Formação	Tempo de Formação	Tempo de APAE	Corrente Teórica	Especiali- zação TEA	Capacitações TEA
P1	Psicologia	06 meses	01 mês	TCC	Não	Neuro- psicologia
P2	Psicologia	34 anos	02 anos	Sistêmica	Não	Não
P3	Psicologia	15 anos	10 anos	TCC	Snouezelen	ABA
P4	Psicologia	16 anos	05 anos	TCC	Não	ABA
P5	Psicologia	04 anos	05 anos	TCC	ABA	Neuro- psicologia
P6	Psicologia	03 anos	01 ano e 6 meses	TCC	Não	Arteterapia
TO	Terapia Ocupacional	27 anos	26 anos	----	TEACCH	ABA

Fonte: Tabela criada pelo autor.

Pode-se observar uma grande amplitude de tempo de formação dos profissionais entrevistados, havendo desde profissionais recém-formados, como P1, e outros com uma caminhada maior em suas profissões, casos de P2 e TO. Essa diferença enriquece as entrevistas, pois traz uma grande variedade de experiências relativas ao TEA, a evolução na compreensão do transtorno e em seu tratamento. O tempo de atuação nas APAES também compreende uma janela bastante ampla, abrangendo períodos de pouco mais de um mês até 26 anos. Isso acaba por trazer para as entrevistas uma bem-vinda pluralidade na maneira com que esses profissionais relatam trabalhar com esses pacientes, as diferentes abordagens utilizadas e seu envolvimento com esses casos. É importante destacar a particularidade de P5, que aparece com um tempo maior de atuação na APAE do que de formação. Essa situação se explica pelo fato desse psicólogo ter iniciado na instituição como estagiário, depois sendo contratado como psicólogo nesse mesmo local.

Nota-se que, praticamente, a totalidade dos entrevistados trabalha seguindo os preceitos propostos pela Terapia Cognitivo Comportamental, sendo a única exceção P2 que segue a Terapia Sistêmica, trabalhando com a família desses pacientes. Atualmente, a TCC é considerada como padrão ouro para o tratamento de paciente com o TEA, utilizando-se de

técnicas comportamentais, de estimulação e reforço, além da Psicoeducação, como ferramenta de esclarecimento e informação para paciente e pais (Brito et al, 2021).

A maioria dos entrevistados não possui especialização específica para o TEA. Pode-se considerar que o pouco tempo de graduação seja um fator para a não realização de uma especialização, como é o caso de P1 e P6, ou pelo fato de a trajetória profissional ter seguido por outros rumos, uma vez que o contato maior com paciente do TEA se iniciou há pouco tempo. É importante destacar que, embora poucos tenham procurado especializações, praticamente todos os profissionais entrevistados realizaram cursos de formação focados no Transtorno, com destaque para formações relativas ao ABA.

Foi dado aos entrevistados a escolha de realização de entrevistas on-line ou presenciais, em decorrência ao quadro pandêmico em que nos encontramos, sendo que todos os profissionais optaram por realiza-las através de ferramentas on-line, tendo sido utilizados o *Google Meet* e o *Whats App*. Essas entrevistas foram realizadas entre os meses de março e julho de 2021. Assim como a análise dos gestores, o objetivo das entrevistas não é estabelecer comparações, mas sim compreender como cada um desses profissionais trabalha, que tipo de intervenções realiza, além dos demais tópicos abordados.

Esses dados foram organizados em categorias e subcategorias, tendo como base o trabalho de Bardin (2016); posteriormente, analisados, levando em consideração os conceitos já trabalhados em outros momentos da pesquisa. Esses dados serão de suma importância para a criação do material de apoio proposto como um dos objetivos deste trabalho.

A seguir, segue a Tabela 9, apresentando as categorias e subcategorias criadas após a análise das entrevistas:

Tabela 9

Categorias e Subcategorias das entrevistas com Psicólogos

Categoria	Subcategoria	Foco da Análise
A Atuação do Psicólogo com paciente com TEA	Escolhas teóricas e técnicas	Os caminhos teóricos escolhidos pelos profissionais entrevistados
	Psicoeducação	A importância da Psicoeducação no tratamento do TEA
	O papel da família no tratamento	As estratégias utilizadas com a família o tratamento do TEA

	A importância da Equipe	O trabalho de equipes multiprofissionais no tratamento do TEA
Os Desafios do Psicólogo perante o TEA	A complexidade do TEA	As particularidades de cada caso e o desafio que isso impõe ao profissional
	A participação da Família	Quando a família não se compromete o bastante
	A desinformação e os mitos sobre o TEA	A falta de informação e os mitos que ainda estão presentes sobre o TEA

Fonte: Tabela criada pelo autor.

5.3.1. A Atuação do Psicólogo com paciente com TEA

A primeira categoria delineada para análise diz respeito à atuação do psicólogo com os pacientes com TEA, englobando subcategorias referente a escolhas teóricas, a importância da Psicoeducação, o papel da família e da rede.

5.3.1.1. Escolhas Teóricas e Técnicas

A primeira subcategoria trazendo dados sobre as escolhas técnicas e teóricas desses profissionais e como essas escolhas influenciam sua maneira de trabalhar com os pacientes com o TEA. Como já observado anteriormente, no quadro de apresentação dos entrevistados, a grande maioria opta por realizar seu trabalho seguindo os preceitos da Terapia Cognitivo Comportamental. De acordo com os entrevistados essa abordagem teórica, mais focada na manutenção e modulação de comportamentos, traz grandes benefícios para esses pacientes, como pode-se observar nas falas destacadas:

P1: (...) a TCC ela tem muito disso, as técnicas que favorecem essa qualidade de vida, tanto para a criança, para o adulto que tá dentro desse processo, quanto para família.

P4: (...) a criança, daí, a gente trabalha na ideia do treino; da observação e o entendimento é em cima da teoria.

Dentro da abordagem Cognitivo Comportamental, se destaca a Análise de Comportamento Aplicada (ABA), tendo essa modalidade de tratamento eficácia comprovada de acordo com evidências científicas de seus benefícios para o paciente com o

TEA (Hume et al, 2021). Em material publicado em 2019, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) (<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/treatment.html>) destaca o ABA como sendo uma das terapias mais aceitas em escolas e por profissionais de saúde para o tratamento do TEA.

Camargo e Rispoli (2013) descrevem uma intervenção baseada em ABA como um processo de identificação de comportamentos e habilidades que necessitam evolução, seleção de comportamentos a serem modulados, desenvolvimento de estratégias comportamentais, reforço e controle de respostas. Durante esse processo, dados são coletados para medir, de maneira individualizada, a evolução do paciente, possibilitando analisar a eficácia das intervenções propostas e as mudanças necessárias a serem feitas.

O ABA aparece com destaque nas entrevistas dos psicólogos, sendo o modelo de intervenção utilizado pela grande maioria dos profissionais entrevistados, tanto por sua aplicabilidade bastante objetiva quanto por sua riqueza de técnicas e recursos e também por demonstrar resultados satisfatórios com os pacientes com TEA. Vietze e Lax (2018) afirmam que desde os estudos iniciais de Lovaas, publicados em 1987, o ABA é considerado como um dos modelos de intervenção mais eficazes para o TEA, trazendo evoluções significativas para os pacientes tratados através desses preceitos. Grigorenko, Torres, Lebedeva e Bondar (2018) também destacam a eficácia comprovada de intervenções baseadas em ABA na extinção de comportamentos indesejados e na aquisição de novas habilidades das crianças com o TEA. Os trechos destacados a seguir exemplificam a visão dos profissionais sobre o ABA:

P1: (...) essas teorias do sistema de Análise do Comportamento Aplicado vão me trazer ferramentas *pra* que eu consiga fazer essa criança viver melhor.

P5: (...) o que aponta os estudos mais focados no autismo é que o ABA é o que é mais eficaz (...) é muito funcional aquilo que o ABA traz *pra* trabalhar com a questão do comportamento

TO: Se é uma criança muito pequena que tu tem que trabalhar muito a comunicação, que *tá* começando o contato visual, a interação. Então, trabalha mais o ABA, *né?*

Além das abordagens teóricas já citadas, é importante mencionar as particularidades de P2, que adota uma abordagem sistêmica de arteterapia para realizar um trabalho mais focado nos pais e familiares dos pacientes com TEA nessas instituições. P3, apesar de formação em ABA, tem seu foco principal no Snoezelen e na utilização da sala construída na instituição. Já TO buscou sua especialização no método TEACCH, outro método de reconhecida importância e eficácia para o tratamento do TEA (Mesibov e Shea, 2010).

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas, os psicólogos e a terapeuta ocupacional mostram-se focados em buscar intervenções de eficácia comprovada para o tratamento de pacientes com o Transtorno do Espectro Autista, além de formações para melhor compreender o transtorno e o paciente.

Essa preocupação e esse desejo de estar mais preparado se reflete no conteúdo das respostas e na segurança com que todos os profissionais falam sobre seu trabalho e sobre como trabalham com esses pacientes, demonstrando conhecimento e propriedade sobre a realidade desse transtorno.

A realidade encontrada nas entrevistas desses profissionais mostra também a preocupação dessas instituições em relação à demanda de pacientes com autismo, que cresce constantemente nos últimos anos e tem a tendência de permanecer nesse ritmo pelo futuro próximo. Assim como verificado nas observações das estruturas dos locais visitados, as entrevistas com os profissionais mostraram pessoas preparadas para trabalhar com esse público e que constantemente buscam se aperfeiçoar, seja expandindo seus conhecimentos em abordagens já exploradas seja realizando formações em diferentes métodos e teorias que ampliem suas possibilidades de trabalho.

5.3.1.2. Psicoeducação

A segunda subcategoria destacada diz respeito à Psicoeducação. O termo refere-se ao processo de fornecer aos pacientes, familiares ou cuidadores informações relevantes sobre os transtornos dos quais sofrem ou que acometem essas pessoas próximas. Essas informações englobam as características dos transtornos, seu prognóstico, métodos para o tratamento, esclarecimento de dúvidas, etc. O início de sua utilização remete à década de 80, sendo constante e se popularizando desde então, tornando-se hoje uma ferramenta de suma importância nos tratamentos de doenças e transtornos diversos (Oliveira e Dias, 2018).

No contexto do TEA, a Psicoeducação torna-se uma ferramenta de capacitação para a família conseguir melhor compreender e lidar com comportamentos indesejados e com eventuais situações complicadas que possam surgir no cotidiano de um paciente com autismo (Sousa, Pinheiro e Machado, 2021). Nas entrevistas com os profissionais, pode-se perceber que a Psicoeducação é realizada, praticamente em sua totalidade, com os familiares devido à idade dos pacientes, a grande maioria em primeira infância, e aos problemas cognitivos muitas vezes presentes.

Nas falas a seguir, pode-se perceber a importância do processo psicoeducacional no tratamento do Transtorno do Espectro Autista:

P1: Então, a psicoeducação funciona e ela auxilia muito essa criança ter essa qualidade de vida, dentro desse processo que eu te falei (...) É cada indivíduo com psicoeducação.

Então, a psicoeducação, ela funciona como? Repetindo, explicando, vendo como é que a criança *tá* sentindo.

P2: (...) a psicoeducação, no sentido de explicar *pra* eles alguma coisa ou a gente lia junto algum artigo, ou alguma coisa sobre o autismo e ouvia, com certeza, essas queixas todas emocionais

P4: É psicoeducação, *né*? Claro, quando eles vêm, a primeira ideia é de apresentar a instituição e mostrar os serviços. Claro, também, poder ouvi-los, entender como é que eles estão sentindo a ideia de ter um filho com uma deficiência, *né*? Então, traz angústia, traz fra... Isso também é um momento da gente ouvir e poder acolher isso. Mas, depois, também vem – claro – a psicoeducação. Isso eu acho que é básico, a ideia é isso também. Eu acho que é isso, *né*?

P5: É cada indivíduo com psicoeducação. A psicoeducação, ela funciona como?

Repetindo, explicando, vendo como é que a criança *tá* sentindo.

Nos trechos destacados, pode-se observar tanto a importância da Psicoeducação para esses pacientes quanto uma pequena amostra de como esse processo se dá, sendo um trabalho que deve ser feito em vários momentos, através da repetição de informações e orientações. Esse processo visa a desmistificar o transtorno, fazendo com que todos as pessoas que lidam com esses pacientes possam tratar das questões características do TEA de maneira mais informada, além de compreender as possibilidades e eventuais limitações dessas crianças, proporcionando uma melhora na qualidade de vida de pacientes e familiares.

Através da fala dos entrevistados, percebe-se a ênfase dada nesse processo para uma melhor evolução do tratamento, especialmente em seus primeiros passos; além disso, vê-se tal processo como uma ferramenta para tranquilizar as famílias que frequentam o serviço, que, em muitos momentos, podem se sentir sozinhas e com uma série de questionamentos sobre o próprio filho e sua nova realidade. Acredito que a Psicoeducação seja o primeiro passo para proporcionar a essa família um maior leque de opções de manejo dessa criança, além de fornecer esclarecimentos necessários sobre um transtorno que ainda gera uma série de dúvidas, expectativas, preconceitos e rótulos. Alimentar esses pais e cuidadores de informações pode ser uma grande ferramenta para que eles possam dar uma maior assistência e lidar melhor com a situações que o transtorno provoca.

Importante destacar que a aplicação da Psicoeducação não vem sem a sua carga de desafios e limitações: sejam eles dificuldades de compreensão das informações passadas para essas famílias ou, até mesmo, a não participação delas no processo, muitas vezes, por resistência em aceitar a condição do filho. A família é parte intrínseca do processo de Psicoeducação e do tratamento como um todo. Esses desafios referentes à participação da família como componente ativo do tratamento serão melhor explorados em uma subcategoria futura.

5.3.1.3. O papel da família no tratamento

A terceira subcategoria segue conectada ao tema da participação das famílias e abarca as estratégias utilizadas pelos profissionais entrevistados para trabalharem em conjunto com o grupo de cuidadores dessas pacientes. Durante as entrevistas, um dos principais elementos, se não o principal, para uma melhor evolução do tratamento e, por consequência, um prognóstico mais positivo desses pacientes, era a participação ativa das famílias, tanto em momentos nas instituições quanto dando seguimento em suas casas às atividades realizadas nesses atendimentos.

A importância de comprometimento e participação da família pode ser percebida nos trechos destacados a seguir:

P3: A gente nota nitidamente aquela família que busca, aquela família que aceita as suas orientações, aquela família que te escuta, aceita orientação dos outros profissionais e faz, vai em busca disso, a gente vê que anda, que o atendimento anda com uma outra proporção, assim... (...) É nítido aquela criança que vê, porque anda, de certa forma, aquela criança que a mãe vai em busca, que o pai vai em busca ou que tem os dois ali comprometidos, *né?* (...) Mas acredito que seja algo que tem demonstrado, assim, pelo que eu sinto, os pais também precisam de orientação nesse sentido, como é que eu vou dizer... mais objetivo, *né?* “Tu tem que fazer assim”, *né?* Nesse sentido. “Faz assim com ele”.

P4: (...) a gente trabalha muito os pais, *né?*

P5: Se a família colabora, se a família segue as orientações que os profissionais passam e continuam com a estimulação em casa e seguindo as orientações, o trabalho a gente observa que ele ganha muito e o paciente ganha muito com isso. (...) E a gente traz um pouco as famílias a trabalhar com nós, no sentido de ver o que eu vou fazer no atendimento e depois continua em casa, *tá?* Porque se eu não tiver a família me apoiando, não vai funcionar

P6: Quando tu consegue trazer a família para junto *pra* realizar essas atividades, então tem um retorno bom. (...) Pais mais jovens – 30 anos, por exemplo – têm um comprometimento, engajamento e entendimento melhor

Os anos de 2020 e 2021, em função da pandemia pelo Covid-19, foram bastante atípicos para todos, e os profissionais entrevistados não foram exceção. Viram-se obrigados a fazer adaptações nos atendimentos e a contar, ainda mais, com a participação dos pais para a realização das tarefas em casa. A fala de TO reflete o engajamento dos pais no contexto pandêmico em que nos encontramos e o reflexo positivo disso nesses pacientes:

TO: A gente viu assim que, por um outro lado, houve muito engajamento dos pais, *né?* Assim, deles participarem, deles fazerem a atividade junto, muitos nunca acho que tinham parado *pra* trabalhar, *pra* fazer uma atividade, fazer uma brincadeira com o filho em casa.

A literatura destaca a importância dos pais no trabalho com o paciente com TEA. Por exemplo, da Silva et al (2018) afirma que todas as intervenções para a criança com TEA devem priorizar a participação e o apoio familiar como fatores determinantes para o sucesso do processo terapêutico. Burtet e Godinho (2017) realçam que um engajamento dos pais no tratamento das crianças com TEA também fortalece os vínculos parentais, proporcionando um ganho para a criança e um melhor prognóstico. Já Pereira (2011) traz a importância da família não só como um medidor para a evolução da criança em sua rotina diária, mas também como um veículo para a inclusão dessa criança em um ambiente estimulador e rico em oportunidades de exploração.

Pode-se observar pela literatura o papel essencial que a família tem em vários aspectos do tratamento de uma criança com autismo. Seja pela sua participação direta nas ações do tratamento, na continuidade das atividades em casa ou em proporcionar um ambiente mais propício para o desenvolvimento dessa criança. A participação da família é parte fundamental e indispensável para uma maior evolução desse paciente.

Os ganhos proporcionados pelo comprometimento da família em realizar as tarefas propostas e seguir as orientações podem ser percebidos pelos trechos destacados, nos quais os profissionais entrevistados afirmam a diferença percebida em pacientes com a família como parte ativa desse tratamento, trazendo ganhos nas mais diversas searas, aliviando os sintomas característicos do TEA e preparando essas crianças para melhor enfrentarem as dificuldades consequentes do transtorno.

Em relação à família, é importante destacar, inclusive, o papel de P2 que, mesmo atendendo pacientes com TEA, tem seu foco principal em trabalhar a saúde mental dos pais

dessas crianças e adolescentes, para que possam ter uma qualidade de vida melhor e que consigam lidar com menos dificuldade com as situações ocasionadas pelos transtornos dos filhos:

P2: E eu procuro trabalhar isso com os pais, no sentido deles terem uma qualidade de vida também, não ficarem só em cima do filho, *né?* (...) Então, trabalhar um pouquinho essa questão da saúde mental dos pais, porque é bem difícil. Eu percebo, assim, que é bem difícil mesmo

Schmidt e Bosa (2003) afirmam que a família das crianças com o TEA se vê diante do desafio de uma adaptação de expectativas quanto às limitações e expectativas relativas ao futuro dessa criança, além de uma readaptação de toda uma rotina para se atentar às necessidades que o quadro exige. Machado, Londeiro e Pereira (2018) destacam a centralização da dinâmica familiar ao redor da criança, muitas vezes, tornando secundário o cuidado dos pais consigo mesmos e com a sua vida de casal que, em muitos casos, deixa de existir pela dedicação oferecida à criança.

Esse movimento da família e dos pais em direção à dedicação total à criança afetada pelo TEA é, até certo ponto, esperado, porém, no longo prazo, pode acabar por minar a saúde mental desses pais, suas outras relações familiares e sua vida conjugal. Por isso, essa atenção aos cuidadores primários se faz tão relevante e necessária, trazendo benefícios não somente para esses pais, mas, na mesma medida, para a criança, já que pais e familiares saudáveis e com relações sadias podem proporcionar um ambiente mais tranquilo e também focarem-se com mais qualidade nas necessidades de seus filhos.

Apesar da grande importância desse cuidado com a saúde mental dos pais, percebe-se ainda pouca atenção dada a isso nas instituições pesquisadas. Em geral, quando se fala dos pais na questão do TEA, refere-se à participação deles no tratamento dos filhos e não de uma atenção específica aos pais. Embora essa importância seja percebida pelos profissionais e exista o desejo de ampliação de um olhar mais específico para os pais, existem obstáculos práticos na implementação dessa modalidade de atendimento. Acredito que o principal desafio a ser superado seja a carga horária em relação à demanda de pacientes com TEA. Como visto anteriormente, o número de pacientes que chegam a essas instituições com o diagnóstico vem em uma crescente, exigindo mais horas de trabalho que, em muitos casos, esses profissionais não podem atender. Vale lembrar que esses profissionais não trabalham somente com esse público, atendendo em outros locais ou trabalhando com outros pacientes

dessas instituições. Tendo em vista esse fato, uma atenção sistemática aos pais se torna, nesse momento, uma impossibilidade para a atuação nessas instituições.

5.3.1.4. A importância da Equipe

A quarta subcategoria discorre sobre o trabalho multidisciplinar realizado nessas instituições, sua importância e como ele é visto pelos profissionais entrevistados. É importante destacar que, em todos os locais pesquisados, as avaliações e os atendimentos aos pacientes com TEA são realizados por equipes bastante completas, contando com psicólogos, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogas e fisioterapeutas, de acordo com a necessidade de cada paciente.

As trocas relatadas pelos profissionais com os profissionais de outras áreas são sempre tratadas como muito ricas e necessárias para o bom andamento do tratamento, alinhando maneiras de trabalhar, expectativas, técnicas e próximas etapas do processo terapêutico. Essa visão multidisciplinar do paciente com TEA se faz de suma importância para um prognóstico mais positivo e uma evolução mais integrada e homogênea.

As falas destacadas auxiliam a contextualizar a importância da equipe e como se dá o processo de troca entre os membros de cada uma:

P1: trabalhar com os profissionais que também trabalham e que dividem o mesmo objetivo, que têm as mesmas metas: auxiliar uma pessoa, ajudar uma família a evoluir, sabe?

P2: Aí, todas as profissionais que atendem o fulano, colocam o que trabalharam, o que precisa trabalhar, enfim... Que daí já é geral, são todos os profissionais de todas as áreas, né?

P3: A gente tenta ouvir o outro profissional e se ajudar nesse sentido, porque a gente entende que cada área pode *tá* contribuindo um pouco.

P5: O paciente, então, é acolhido, juntamente com suas famílias, né? A gente faz esse acolhimento, depois cada profissional na sua área vai fazer uma avaliação *pra* observar as necessidades que cada paciente necessita naquele momento e, conforme a demanda de cada paciente, vai ser sugerido, então, o número de sessões. (...) Se ganha muito... se enriquece muito nos atendimentos, porque acaba sendo cada um na sua área, mas tendo a mesma postura.

TO: além dessas conversas informais e que acho que, às vezes, é importante e precisa, né, em função do pouco tempo, a gente tem as reuniões, sempre que surge [alguma questão do paciente] temos reuniões.

Peduzzi (2001) caracteriza o trabalho da equipe multidisciplinar como um modo de trabalho caracterizado pela reciprocidade nas relações entre os profissionais e as trocas técnicas entre esses agentes. A literatura direcionada ao estudo desse tipo de trabalho com pacientes com TEA corrobora essa visão de equipe e a grande importância do atendimento de múltiplos profissionais que caminhem na mesma direção em relação aos pacientes. Locatelli e Santos (2016) destacam a importância do trabalho conjunto no atendimento desses pacientes, cada um com seu conhecimento técnico específico, sempre tendo em vista a evolução do paciente, porém, respeitando o seu desenvolvimento atual. Gadia, Tuchman e Rotta (2004) também ressaltam o papel dos profissionais de psicologia, educação, terapia ocupacional e fonoaudiologia no tratamento dos pacientes com TEA, demonstrando a importância do conhecimento de cada um desses profissionais e seu papel na evolução desses pacientes quando a equipe consegue focar as intervenções para uma mesma direção no tratamento.

Embora a produção científica sobre esse tema específico não seja abundante, as entrevistas e a literatura encontrada destacam o quão importante essas intervenções com múltiplos profissionais são para esses pacientes e para seu prognóstico. O trabalho sendo realizado dessa maneira tende a atender a maioria das necessidades clínicas desses pacientes e quando realizado de maneira constante e em conjunto com a família trazem grandes benefícios para a condição dessas crianças.

Nas instituições pesquisadas, o trabalho multidisciplinar é um dos pilares do atendimento aos pacientes com TEA e sempre é buscado pelos profissionais, porém, trabalhar em equipe traz desafios característicos a esse contexto. Os principais desafios encontrados pelos profissionais entrevistados se dão com a questão de horário para conseguir realizar as trocas necessárias para a evolução desse trabalho, como evidenciado a seguir:

P3: Como o trabalho é muito corrido e são profissionais que fazem horas aqui, então, eu tenho uma carga horária maior – eu fico mais tempo aqui na APAE – mas a maioria das profissionais fazem algumas horas, *né?* Fazem alguns turnos e trabalham em outros locais. Então, a dificuldade, às vezes, é da gente juntar isso; então, a gente tem que fazer extra.

Em outros momentos, o que pode ser um desafio são as múltiplas visões dos variados profissionais como nos traz a fala de P5, que, no contexto da instituição, é coordenador da equipe:

P5: São visões diferentes de áreas diferentes e o que ocorre numa equipe... E o propósito em uma equipe, a visão que um profissional tem... a minha forma de trabalho é uma e a da fisioterapeuta, da TO, da *fono*, da assistente social é outra. Então, assim, é desafiador *pra* ser o coordenador da equipe no sentido de que você tem que filtrar muita coisa, *né?*

Além disso, a pandemia trouxe um novo desafio para essas equipes, tendo em vista que, desde que o quadro se instaurou, foram poucos os momentos em que todos os profissionais se encontravam nas instituições e, mesmo quando era esse o caso, as aglomerações eram evitadas, impossibilitando reuniões com a equipe em sua totalidade, fazendo com que fossem encontradas novas estratégias para essa discussão dos casos acontecesse, como destacam as falas de P3 e P5:

P3: Então, claro que agora não *tá* acontecendo em função da pandemia, mas é um momento que a gente pode estar conversando, nos dias que não têm avaliação e tudo, *pra* ajustar esses casos; mas não são todos os profissionais. Daí, então, a gente tem que ficar ligando, conversando, *né?*

P5: Coordenar uma equipe de profissionais da saúde, no momento em que a gente *tá* vivendo, essa loucura toda, é mais enlouquecedor ainda. Eu vou te mostrar aqui, por exemplo, nós temos uma grade, só *pra* ti ter uma ideia: nós temos uma grade de atendimentos, não são uma folha, são duas. Nessa grade tem o quê? Tem cada profissional com cada horário com cada paciente, e a gente tem que combinar esses horários *pra* quando eu *tô* aqui, a Fulana que atende e a outra – e a *fono*, por exemplo – *pra* que o paciente vem uma vez por semana só, e que ele passe pelos atendimentos de todo mundo. Então, é uma logística muito louca. Tu imagina agora, na pandemia, um ano e pouco, o que que a gente *tá* fazendo *pra* essa coisa funcionar; a gente muda ela toda a semana: “Ah, o fulano pegou COVID e vai ficar em casa 15 dias”, então tu tira da grade e bota outro.

A pandemia trouxe a necessidade de adaptações para o trabalho em equipe nessas instituições, obrigando esses profissionais a flexibilizarem suas atuações para um contexto em constante mutação e imprevisibilidade, buscando fazer o melhor por esses pacientes mesmo sem saber como poderia estar a situação na próxima semana.

As entrevistas com esses profissionais trouxeram uma excelente visão geral sobre como se dá o trabalho dos psicólogos com esses pacientes em instituições que atendem esse público em cidades de pequeno porte da Serra Gaúcha. Percebem-se profissionais interessados, trabalhando de maneira adequada e buscando crescimento em sua profissão.

Importante mencionar que, de acordo com todos eles, seus locais de trabalho oferecem boas condições para que esse seja realizado, buscando a evolução dos pacientes.

As entrevistas foram, de maneira geral, muito enriquecedoras e tocaram em vários pontos que são de muita relevância para a formulação do material de apoio proposto como um dos objetivos do trabalho. Os papéis fundamentais da Psicoeducação e da família no tratamento da criança com TEA apareceram com grande força nas respostas dos profissionais entrevistados, demonstrando a importância da conscientização dessas famílias sobre o transtorno como uma importante ferramenta de evolução dos pacientes. Além disso, uma participação ativa das pessoas que cercam a criança com TEA, dando continuidade ao que é trabalhado durante as sessões, oferece condições muito mais favoráveis a um prognóstico melhor dessas crianças.

Novamente o papel da equipe aparece com grande destaque, ressaltando a essencialidade de um atendimento que possa atender as múltiplas demandas desses pacientes através de uma troca intensa de conhecimentos e experiências, com o mesmo foco e direcionamento terapêutico, trazendo assim, maior possibilidade de avanços do quadro e no manejo desses pacientes.

5.3.2. Os Desafios do Psicólogo perante o TEA

Dando seguimento à análise, tem-se a segunda categoria que trata sobre os desafios enfrentados por esses profissionais com o próprio TEA e no seu trabalho com esses pacientes. Essa categoria se divide nas subcategorias A complexidade do TEA, a participação da Família e A desinformação e os mitos sobre o TEA.

5.3.2.1. A complexidade do TEA

A primeira subcategoria discorre sobre a complexidade do TEA, sobre as particularidades percebidas nos pacientes, sobre como esses profissionais trabalham com essas diferenças e como isso influencia no manejo dos pacientes com o TEA.

Como mencionado anteriormente no capítulo 4, o TEA é um transtorno extremamente heterogêneo que, apesar de possuir manifestações características, pode se apresentar de maneira bastante variada nas pessoas afetadas por ele. O conjunto de sintomas e suas demonstrações são bastante particulares a cada paciente e essa característica traz um desafio a mais para o tratamento de um transtorno que já seria bastante complexo por si só. Esse grande número de manifestações diferentes do conjunto de sintomas do TEA exige que

os profissionais abordem cada novo caso como um novo universo, buscando conhecer as nuances, os comportamentos, as habilidades e as limitações de cada paciente.

As falas a seguir destacam esse desafio de reconhecer cada paciente com um ser único e com sua sintomatologia particular:

P1: *Tá sendo muito bom, tá sendo construtivo, mas – principalmente – desafiador. E eu acho que, se tu me pedisse isso daqui um ano, eu ia te dizer a mesma coisa, porque nenhum adolescente, nenhuma criança vai chegar no autismo da mesma forma. A história da família vai ser diferente. Então, por mais que a gente acredite que a gente vá fazer umas coisas, né, pra ajudar ou o E. vai me explicar... cada criança e cada dia, eles vão reagir de uma forma.*

P4: *Eu tento também observar, eu tenho uma sessão com a criança observando os comportamentos que possam me indicar, né? E como que essa criança é também, às vezes, é uma criança que tem suas características de personalidade também, né? Não são todas iguais, né?*

P5: (...) *uma hora você tem um Transtorno do Espectro Autista, outra hora você tem Transtorno Asperger, outra você tem os dois, outra hora você tem Espectro Autista, nível um, dois, três e quatro. Então, você veja que as informações... elas mudam muito, né? (...) Então, a informação, ela precisa ser constante e o aprimoramento e o estudo também, porque cada pessoa é uma, né? Independente de ter o mesmo transtorno, cada autista é um autista diferente. E a gente, então, tem que olhar para cada sujeito dessa forma singular.*

A literatura corrobora essa visão apresentada pelos profissionais de que o TEA é uma condição bastante variável entre os sujeitos afetados por ele. Zanon, Backes e Bosa (2014) destacam, além das dificuldades de desenvolvimento que o TEA acarreta, a grande variabilidade na expressão e na intensidade com que os sintomas se manifestam, havendo alguns muito pronunciados em determinados casos; enquanto em outros, o transtorno se manifesta de maneira diferente. Geschwind, em seu artigo de 2009, destaca que, embora duas crianças possam ser diagnosticadas com o Transtorno, sua sintomatologia e manifestações podem variar de maneira significativa. O pesquisador cita como exemplo a deficiência cognitiva presente de maneira bastante acentuada em alguns pacientes e outros com capacidades cognitivas muito acima da média para a idade.

As inúmeras possibilidades de combinações de sintomas do TEA acabam por se apresentar como um dos grandes desafios no manejo desses pacientes, pois exigem um constante processo de adaptação das técnicas utilizadas por esses profissionais para obterem a evolução desejada. Essa necessidade é evidenciada nas falas dos profissionais a seguir:

P1: Porque cada indivíduo é único e eu vou ter que trabalhar junto. Por isso que eu te disse, assim, a gente faz vidas, a gente faz técnicas, mas nunca vou aplicar pronto. Eu todo dia vou ter que estudar e todo dia vou ter que reformular essas técnicas. Eu todo dia vou ter que me desafiar: qual vai ser a melhor que eu vou aplicar?

P5: A gente estuda [o comportamento] da pessoa que tem o autismo e, em cima da técnica, a gente tenta criar formas de criar uma modelagem nesse comportamento. *Vamo* lá, por exemplo, na prática: estereotípias. Aí tem lá um menino que eu atendo que – quando ele fica feliz – ele ((som de palmas)) bate no peito e bate as mãos, assim. Certo?

TO:(...) Então, tudo vai do objetivo, *né?* E, às vezes, tu mescla isso. Tu mescla essas, *ã...* abordagens terapêuticas, *né?* Se é uma criança muito pequena que tu tem que trabalhar muito a comunicação, que *tá* começando o contato visual, a interação. Então, trabalha mais o ABA, *né?* Algo mais estruturado e mescla. Às vezes tu divide um pouquinho, por ser pouco tempo, mas, assim, dá *pra* dividir um pouquinho: parte estrutural e uma parte mais, assim, sensorial... de interação sensorial também.

Uma das principais características das intervenções para o TEA é a questão da frequência. Quanto mais frequente as sessões de tratamento, maior a possibilidade de evolução desse paciente. Isso leva os profissionais a buscarem adaptações nos horários das instituições, embora, em muitos momentos, isso se torne difícil pelos fatores apresentados a seguir:

P3: Então, a gente tem casos, assim, que a gente vê que a criança precisa de dois atendimentos, mas ela não vem de, por exemplo, ou ela não pode, às vezes, vir *pra* instituição, porque mora longe, depende de transporte e tal, duas vezes na semana. Então, a gente dá dois atendimentos seguidos, por exemplo, de uma hora para que essa criança tenha essa possibilidade de fazer esse atendimento maior, *né?* Tem crianças que não toleram, então, precisa ser de meia hora, de menos tempo. Então, a gente avalia caso por caso

P6: É, normalmente, são semanais; ainda que fosse necessário mais que um na semana, a gente não tem condições pela carga horária, *né?* Então, são semanais e alguns até quinzenais, dependendo do nível, do acompanhamento, se já é prévio ou não, se tem acompanhamento fora daqui.

As falas apresentadas demonstram um pouco da complexidade do TEA como transtorno e de se atender um transtorno tão amplo e cheio de particularidades como esse é, especialmente, em instituições públicas de cidades de pequeno porte na Serra Gaúcha. Além

dos desafios propostos pelo quadro do TEA e sua ampla gama de sintomas, as falas dos profissionais também mostraram as adaptações técnicas necessárias e os desafios de prestar um serviço de qualidade e que supra as demandas desses pacientes da melhor maneira possível frente a uma carga horária limitada e um grande público necessitando o acompanhamento especializado.

Tendo em vista todo esse grande quadro de complexidade e fatores a serem considerados, os profissionais mostraram, através das entrevistas, estarem buscando respostas a esses desafios, buscando aprimorar os serviços e atender as necessidades apresentadas pelos pacientes com TEA. Ainda que o esforço fique evidente, notam-se também limitações na atuação desses profissionais pela maneira como as instituições funcionam e pela demanda desses pacientes que têm como uma das características ter um período de atendimento bastante prolongado, permanecendo por anos em acompanhamento e limitando, assim, a entrada de novos pacientes na instituição.

Vale destacar que, apesar do grande período que o tempo de formação desses profissionais abrange, nenhum deles contou com uma visão mais aprofundada do TEA em seus cursos, limitando-se a uma introdução básica e sem maiores aprofundamentos. Acredito ser esse um fato que chama a atenção, dado o grande aumento da prevalência do transtorno percebida nos últimos anos e ao fato de esses profissionais poderem sair sem uma preparação mais adequada para lidar com o TEA.

Outro fator a ser destacado e que também pode agir como um desafiador nesse trabalho é a confiança do próprio profissional em seu ofício. Embora todos os profissionais tenham se dito confiantes, a fala de P5 destaca como esse sentimento não é algo permanente:

P5: (...) sim, eu confio no meu trabalho, no meu diagnóstico e me sinto seguro sim em trabalhar com o público do Transtorno do Espectro Autista, *tá?* Tanto é que eu também trabalho particular no meu consultório. Mas essa segurança é volátil; ao mesmo que você se sente seguro, você [áudio inaudível 6min29seg] [falha na chamada 6min30seg-6min40seg]. Ao mesmo que a gente se sente seguro, a gente precisa continuar buscando a informação, no [caso], o conhecimento constante, estudando muito, porque como é algo – vamos dizer assim – novo e ainda temos que conhecer muito sobre o assunto, a gente não pode acreditar que a gente saiba tudo, *né?* Isso não existe.

5.3.2.2. A Participação da Família

A segunda subcategoria trata, novamente, da essencialidade da participação da família, destacando as dificuldades encontradas por esses profissionais quando essas famílias apresentam dificuldades em participar ativamente do tratamento do paciente e os reflexos disso. As falas a seguir retratam essas dificuldades:

P3: Olha, eu vou te falar dessa minha realidade: a gente sente bastante dificuldade, porque eu tenho acesso bastante às famílias, *né?* Então, a gente sente dificuldade um pouco... a gente nota assim – vou te colocar – famílias e famílias, *né?* A gente nota nitidamente aquela família que busca, aquela família que aceita as suas orientações, aquela família que te escuta, aceita orientação dos outros profissionais e faz, vai em busca disso. É nítido neles, *né?* Isso a gente vê que anda, que o atendimento anda com uma outra proporção, assim.

P5: Porque se eu não tiver a família me apoiando, não vai funcionar. É o que eu tenho como experiência *pra* te dizer, *tá?* É um trabalho muito repetitivo de psicoeducação, de orientação; assim, de treinar comportamentos, de mudar algumas habilidades, mas, se a família não fizer em casa, não vai funcionar, *tá?*

P6: Mas com o pouco entendimento dos familiares, às vezes, até o próprio desinteresse ou... isso fica um pouquinho mais difícil de ser trabalhado. Então, por vezes, acaba atrasando um pouquinho o nosso trajeto de trabalho com eles. O que é mais interessante é que quando a gente consegue ter essa empatia por parte da família também, o paciente desenvolve muito.

A importância da participação da família já havia sido destacada como um grande potencial para a evolução desses pacientes. Nesse momento, podemos perceber como essa mesma família pode também funcionar como um fator para frear a evolução possível desses pacientes. Muitas vezes, a pouca participação da família se dá pela falta de compreensão em relação ao transtorno, por uma não aceitação desse diagnóstico, podendo gerar, assim, uma impressão de desinteresse, como evidenciado pela fala de P6. Porém, é importante destacar que, em grande parte dos casos, o público-alvo desses atendimentos são famílias de baixa renda, com riscos sociais presentes e, em muitos casos, com outras questões problemáticas concomitantes. São frequentemente famílias monoparentais, com outros filhos que também necessitam de cuidados, e com questões relacionadas à renda e ao trabalho para garantir o sustento desse núcleo familiar.

Hofzmann, Perondi, Menegaz, Lopes e Borges (2019) destacam os sentimentos de desesperança, cansaço, estresse e desânimo que podem acometer essas famílias no processo

de adaptação a uma nova rotina, centrada nessa criança com TEA. Esses sentimentos podem tornar a aceitação dessa nova realidade difícil e, como reflexo, uma falta de comprometimento com o andamento do tratamento e com a continuidade das atividades em casa. Pinto et al (2016) destacam a dificuldade do processo de aceitação do diagnóstico pelos pais do paciente com TEA, pela falta de informações acerca do transtorno, pela falta de orientações do profissional que transmitiu esse diagnóstico para a família e, principalmente, pela expectativa frustrada do filho idealizado. Essa dificuldade na aceitação ou desinformação pode fazer com que, pelo menos inicialmente, a família se afaste do tratamento desses pacientes.

Esses fatores só fazem destacar ainda mais a importância de um acolhimento eficaz, empático e compreensivo a essas famílias, além de um processo de Psicoeducação abrangente e capaz de esclarecer dúvidas que possam surgir. Acentuam a necessidade de um acompanhamento mais próximo às condições psicológicas e ao relacionamento desse contexto familiar. Acredito que, suprindo essas necessidades, as famílias passariam a ser mais participativas e comprometidas com as atividades dos filhos.

5.3.2.3. A desinformação e os mitos sobre o TEA

Exatamente sobre desinformação e sobre alguns dos mitos que perpassam o TEA que a última categoria trata. Em vários momentos das entrevistas, os profissionais relataram as dificuldades que a desinformação ou as impressões erradas sobre o TEA criam, especialmente na relação com as famílias. Essas chegam com concepções equivocadas sobre o transtorno, expectativas infundadas sobre a evolução ou sobre as capacidades dessas crianças.

Os trechos destacados a seguir trazem relatos dos profissionais em relação a esses tópicos:

P5: Carimbar “Teu filho é autista, agora vai ser sempre assim”, até porque o diagnóstico pode evoluir, né? *Pra* mais ou *pra* menos. E junto com isso que uma outra desinformação muito grande, às vezes, das pessoas(...) Então, tem uma expectativa muito grande com o autista ser o cara que vai virar astronauta, que vai virar médico. “ O Messi é autista?” – todo mundo me pergunta, né? Meu filho vai jogar bola que nem ele.

P6: É verdade, os pais buscam no *Google*... não, eles vêm com dificuldades: dificuldades de ouvir, de falar, a linguagem, a comunicação social; essas são as maiores características, mas normalmente sim, os pais acabam buscando no *Google* e acabam criando um perfil das

crianças, *né*, dos filhos. Muitos deles, às vezes, não; às vezes é só algum probleminha de linguagem mesmo, outro probleminha só *fono, né?* A gente tá aqui meio que *pra* desmistificar um pouco essa questão do autismo.

As entrevistas destacam a falta de informação sobre o TEA como um fator bastante comum nas famílias, especialmente ao nos referirmos a famílias de baixa renda e/ou comprometida capacidade cognitiva, como é uma parte significativa do público dessas instituições. A literatura ratifica o fato de a desinformação sobre o transtorno ainda ser algo muito presente que traz consequência diretas para a vida desses pacientes. Minatel e Matsukura (2015) nos trazem relatos de o quanto a desinformação sobre o TEA pode se tornar fonte de preconceito e de dificuldades no processo de inclusão dos pacientes com TEA na escola e na sociedade como um todo. Alvarez-López et al (2014) dedicaram em um artigo ao esclarecimento dos mitos sobre o TEA, buscando elucidar algumas concepções errôneas sobre o transtorno, como a questão de serem crianças com capacidade cognitiva acima da média ou que é algo que naturalmente vai embora no decorrer da vida. Bennet, Webster, Goodall e Rowland (2019) buscam desmistificar uma série de mitos sobre o TEA, contrapondo-os com fatos científicos, buscando esclarecer algumas convicções incertas sobre o transtorno difundidas na sociedade atual.

Esse trabalho de esclarecimentos de inverdades e dos mitos oferece uma maior compreensão sobre esses sujeitos e sobre suas particularidades. Havendo uma difusão maior de conhecimento sobre o TEA, muitos dos estereótipos sobre o transtorno não seriam mais aplicáveis, proporcionando uma visão mais realista e correta. Essa visão despida de mitos e medos poderia proporcionar um maior número de oportunidades de inclusão real na sociedade, seja em um sistema educacional mais bem preparado para receber esses alunos ou em um mercado de trabalho com vagas que possam explorar as potencialidades dessas pessoas. Esse ponto realça a grande importância da Psicoeducação no processo terapêutico, seja na orientação às famílias, às escolas ou a sociedade como um todo.

Nessa sessão do trabalho foram destacados os principais desafios apontados pelos profissionais entrevistados. Uma das questões que surgiram com mais destaque foi a grande complexidade do TEA e das manifestações dos sintomas, tornando cada paciente um quadro único, com seus potenciais e complexidades, exigindo uma grande dedicação desses profissionais para com esses pacientes possibilitando maiores evoluções. A participação da família também é apontada como um fator de desafio, pois em muitos momentos esses profissionais tem que lidar com famílias com dificuldades de compreensão, dificuldades socioeconômicas ou pouco comprometidas, adicionando mais uma camada de desafio ao já

complexo processo de tratamento desses sujeitos. Foram também apontados os mitos e as desinformações sobre o TEA, trazendo as expectativas exageradas, o preconceito e, em muitos casos, a exclusão desses sujeitos que, apesar de suas limitações, apresenta grandes potenciais.

Os relatos trazidos pelos profissionais, destacando os muitos desafios presentes em seu fazer com os pacientes com TEA, foram enriquecedores, mostrando como é a experiência de trabalhar com esses sujeitos diariamente e quais são algumas das principais questões presentes nesse processo terapêutico. Todos esses relatos serão utilizados como base para a construção de um material de apoio para psicólogos que estão iniciando o trabalho com pacientes com TEA, tendo em vista o aumento da demanda relativa a esses pacientes e o pouco tempo para a preparação de muitos desses profissionais. A análise realizada oportuniza focar mais objetivamente nas questões, nos desafios e nas lacunas em que esses profissionais podem necessitar mais de apoio.

WAKELET COMO FERRAMENTA DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTO

Após realizada a análise dos dados obtidos através das entrevistas com gestores, psicólogos e terapeuta ocupacional e com as visitas às instituições que prestam atendimentos aos pacientes com TEA, o próximo passo é a formulação de um material de apoio que possa auxiliar os psicólogos que trabalhem com esse público.

O último objetivo específico a ser atendido pelo trabalho era a proposição de um material de apoio para auxiliar o psicólogo no atendimento de pacientes com TEA em cidade de pequeno porte. Esse material objetiva esclarecer algumas dúvidas relacionadas ao TEA, apresentar brevemente modelos de intervenção, bem como seu contexto, baseado no que foi encontrado na realização dessa pesquisa. Os tópicos inicialmente abordados nesse material são os que apresentaram mais destaque nas entrevistas realizadas com os psicólogos e terapeuta ocupacional, visando assim dar destaque para aspectos considerados essenciais por esses profissionais e que possam auxiliar outros com menos experiência ou que ainda não tiveram muito contato com o tema. Importante ressaltar que as condições encontradas nos municípios pesquisados é um recorte do contexto de cidades de pequeno porte da Serra Gaúcha, uma região considerada desenvolvida economicamente e com bons indicadores de qualidade de vida.

A ferramenta escolhida para produzir e apresentar esse material foi o Wakelet. De acordo com o site da própria plataforma (www.wakelet.com), o Wakelet é uma plataforma de curadoria digital de conhecimento que permite educadores e estudantes organizar, produzir e pesquisar conhecimento de maneira bastante intuitiva e de fácil acesso. Esse conteúdo é organizado nas chamadas coleções, que são nada mais do que conjuntos de artefatos de conhecimento, podendo ser textos produzidos pelo criador da coleção, artigos científicos, vídeos, imagens, etc.

Pimenta (2021) destaca que os valores adotados pela plataforma, como responsabilidade, foco no trabalho em equipe e dedicação, para citar alguns, são adequados para o contexto educativo e buscam um novo grau de interatividade entre professores e alunos. Ainda de acordo com o autor, a plataforma oferece oportunidades de trabalho em conjuntos, possibilitando para o aluno exercer sua criatividade e seu pensamento crítico.

Em momento algum, a intenção desse material ou do uso dessa plataforma é a de assumir um tom professoral ou de transmissor de conhecimento, mas sim uma oportunidade de entrar em contato com esses psicólogos de uma maneira dinâmica e com espaço para trocas de experiências e conhecimentos, o que não seria possível com a publicação de um e-book, por exemplo.

A curadoria do conhecimento possibilita pesquisadores e especialistas em determinado assunto explorar, definir e detalhar o conhecimento específico daquela área de maneira qualitativa e colaborativa, contribuindo para o refinamento e amadurecimento dos conhecimentos dos temas, além de possíveis questionamentos, buscando a sua expansão. (Groza, Tudorache & Dumontier, 2013).

Seguem os esboços de três coleções criadas para exemplificar o funcionamento da plataforma e alguns dos temas que são inicialmente abordados:

Conceitos gerais sobre o TEA:

https://wakelet.com/wake/cHoNoxj_ifityf9okGRae

As Políticas Públicas relacionadas ao TEA:

<https://wakelet.com/wake/izpQ6y3Q3w92u1EIt6aJW>

TEA e cidades de pequeno porte:

<https://wakelet.com/wake/McVdTo8w4XmPV-RG71N3t>

Como um exemplo da aparência das coleções, segue uma tela da coleção 2, intitulada As Políticas Públicas relacionadas ao TEA:

Figura 1

Coleção As Políticas Públicas relacionadas ao TEA



Fonte: Figura criada pelo autor.

Após a apresentação e ajustes feitos no material, ele será divulgado através de um perfil criado no Instagram para esse fim específico e direcionado diretamente às coleções do

Wakelet, permitindo acesso direto e objetivo ao material formulado. O material será atualizado e expandido regularmente pelo pesquisador e por algum eventual colaborador, almejando uma periodicidade semanal, através da criação de novas coleções pertinentes e do aprimoramento das já existentes.

É importante ressaltar que o objetivo desse material é ser visto e utilizado por psicólogos no seu cotidiano de atendimentos com pacientes com TEA, difundindo, assim, o conhecimento construído no meio acadêmico. Acredito que o processo de pesquisa como um todo só ganha seu sentido real se oferecer ganhos à comunidade, buscando melhorar as condições de trabalho e trazendo apoio aos profissionais. Minha esperança é que esse material possa alcançar um grande número de profissionais e que, através de trocas e interações com os que o utilizarem, possa se tornar uma ferramenta útil para a consulta de conhecimento atual e relevante sobre o TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder.*
Chico Cesar, Dominginhos

Ao início desse trabalho, foram apresentadas as motivações pessoais para a realização dessa pesquisa e as percepções do pesquisador sobre o cenário atual de um transtorno que se torna cada vez mais presente no contexto de nossas vidas. Dito isso, esse momento de considerações finais assume um papel de síntese dessa caminhada, apresentando as percepções positivas sobre a realidade do TEA nos municípios pesquisados, mas também dúvidas, desafios e experiências conquistadas no decorrer desses 2 anos de trabalho.

Como dito anteriormente, a principal motivação para essa pesquisa foi a percepção de que a demanda de pacientes com TEA, chegando ao meu local de trabalho, demonstrava um movimento de crescimento constante e preocupante. Tanto eu, como psicólogo, quanto a instituição, como um todo, passamos a nos questionar sobre uma série de fatores relacionados a esse novo público. Como se daria o trabalho com esses pacientes? Quais seriam as intervenções que trariam mais benefícios? E como a instituição poderia absorver essa nova demanda e ainda dar conta das demandas já estabelecidas e que continuavam a fazer parte do dia a dia do local?

Schmidt (2017) elenca algumas razões para esse aumento nos casos do transtorno como uma maior preparação dos profissionais para perceber e diagnosticar o TEA, uma melhoria nas ferramentas diagnósticas e a mudança ocorrida nos critérios diagnósticos no DSM - 5. Em determinado momento, chegou-se a cunhar o termo “epidemia de autismo”, porém, como afirmam Almeida e Neves (2020), o que se percebe é uma maior atenção a crianças como essa sintomatologia e sua posterior inclusão na questão do espectro.

Para compreender melhor esse quadro todo e buscar auxiliar os profissionais que, assim como eu, se viam diante de um novo desafio em relação a sua prática clínica, decidi me dedicar à criação de uma ferramenta que pudesse auxiliar no esclarecimento de dúvidas e angústias desses profissionais de maneira clara e acessível. Para a criação desse material, busquei contextualizar o TEA através da história e de paradigmas atuais, além de possíveis intervenções. E, para uma melhor compreensão do contexto de Saúde Mental em que esses municípios estão inseridos, foram abordadas questões a Reforma Psiquiátrica, dos CAPS e das Políticas Públicas relacionadas aos sujeitos com TEA.

Após essa contextualização, foram entrevistados gestores de Saúde Mental, psicólogos e uma terapeuta ocupacional de quatro municípios de pequeno porte da Serra Gaúcha, visando a compreender a realidade desses municípios e desses profissionais no atendimento a pacientes com TEA. Além disso, foram visitadas as instituições responsáveis pelo acompanhamento clínico desses sujeitos, nesse caso, quatro APAES.

As primeiras entrevistas foram realizadas com as gestoras do sistema de Saúde Mental dos quatro locais escolhidos. É importante, mais uma vez, destacar que a intenção dessas entrevistas não foi, em momento algum, comparar as estruturas, serviços e equipes desses municípios. O único propósito foi o de contextualizar a realidade desses locais de acordo com a visão das pessoas responsáveis pela gestão.

As entrevistas foram realizadas de maneira presencial em cada um dos municípios. Além de muito ricas em conteúdo, é muito importante salientar a receptividade e a honestidade de cada uma das entrevistadas. Foram trocas em que cada uma delas analisou de maneira bastante realista a situação de seu município, exaltando o que era percebido como positivo, porém sem medo de expor e criticar aspectos que, no ponto de vista de cada uma, necessitavam de melhorias.

Essa grande transparência foi extremamente enriquecedora para a pesquisa e para mim, como profissional. Pude ter contato com abordagens diferentes sobre os diversos assuntos que foram trazidos nas entrevistas, conhecer, pelo lado de dentro, a realidade dos sistemas de Saúde Mental desses municípios e entender melhor sobre quais são as condições com que psicólogos e outros profissionais da rede de Saúde Mental se deparam para a realização do seu trabalho. As gestoras também demonstraram interesse em conhecer mais a fundo a pesquisa que estava sendo realizada, mais detalhes sobre o tema que seria abordado, a maneira com que seria realizada e a disponibilização do material.

Um segundo momento envolveu a visita e a observação das quatro instituições responsáveis pelo atendimento desses pacientes nos municípios escolhidos. Em termos práticos, esse momento da pesquisa foi o mais desafiador, pois, devido ao quadro pandêmico em que nos encontramos, e que na época das visitas era ainda mais agudo, as visitas às instituições estavam impossibilitadas de acontecer.

Porém, depois de uma longa espera e de alguns reagendamentos, tive a oportunidade de conhecer cada uma dessas instituições e ser surpreendido em cada visita. Deparei-me com quatro locais preparados para receber pacientes com TEA, com estrutura de salas adequadas para seu acompanhamento e evolução, inclusive, com salas focadas exclusivamente para o atendimento desses pacientes, como, por exemplo, a sala de Snoezelen. Além disso, encontrei instituições muito bem cuidadas e conservadas, amplas e acolhedoras,

proporcionando um ambiente adequado para o trabalho a ser realizado. As instituições visitadas também contavam com uma grande variedade de materiais visando ao público com TEA, proporcionando estímulos e atividades de maneira estruturada.

Posteriormente às entrevistas com gestores e às visitas, foram realizadas as entrevistas com psicólogos e com uma terapeuta ocupacional. O objetivo dessas entrevistas era, após conhecido o contexto de trabalho, ter contato com a realidade desses profissionais, conhecer seu cotidiano, seus desafios e suas percepções sobre o TEA. Aqui vale uma observação sobre a razão de uma das entrevistadas ser uma profissional com uma formação diferente da psicologia. Na instituição em que essa profissional exercia suas atividades, ela era a grande responsável pelo acompanhamento clínico de pacientes com o TEA, diferente das psicólogas do local que faziam somente intervenções pontuais e muito mais voltadas para a família do que para o paciente em si, o que também é de extrema importância para a evolução desses pacientes. Porém, considere que a entrevista com a terapeuta ocupacional, que trabalha com esses pacientes constantemente, poderia fornecer mais dados sobre a realidade dos tratamentos.

As entrevistas com os psicólogos foram momentos de muita troca e aprendizagem. Ter contato com profissionais que lidam com esses sujeitos em seu cotidiano de trabalho foi algo extremamente enriquecedor e que trouxe um grande número de reflexões. A dedicação, a atenção e o carinho desses profissionais por seus pacientes, percebendo as nuances e as particularidades de cada paciente, foi algo bastante tocante de ser percebido e sentido nas entrevistas. São pessoas que dedicam grande parte de sua vida a fazer o seu melhor pelos seus pacientes, auxiliar famílias e escolas no manejo com os pacientes com TEA, buscando uma melhor qualidade de vida.

Além do aspecto humanizado demonstrado por esses profissionais, merece destaque a questão técnica apresentada por eles. Todos, sem exceção, mostraram um desejo na busca por mais conhecimentos e de aprimoramento de suas intervenções, realizando formações em técnicas baseadas em evidências como o ABA, sendo, inclusive, essa a abordagem mais utilizada por esses profissionais. Steinbrenner (2020) caracteriza as intervenções baseadas em evidência como práticas em que exista evidência empírica de eficácia, com as intervenções baseadas em ABA, possuindo robusta comprovação de seus benefícios. Os psicólogos e a terapeuta ocupacional participantes da pesquisa trouxeram um grande número de elementos para a pesquisa e para a formulação do material baseado em suas respostas e também demonstraram um grande interesse em ter esse material disponibilizado para sua consulta e eventuais contribuições.

O interesse sobre o material evidenciou com ainda mais força a necessidade de expansão das pesquisas sobre o tema e de um apoio para os profissionais que trabalham com esse público. Também reafirmou minha escolha de temática de pesquisa e a relevância do que estava fazendo perante a comunidade, afinal, não foram poucos os momentos de insegurança e de dúvida sobre os rumos da pesquisa.

Essa insegurança fez com que, em muitos momentos, me questionasse se esse era o rumo certo a ser tomado e se os frutos dessa pesquisa seriam de valia para os gestores e profissionais que atuam na área. Entretanto, esse interesse manifestado pelos entrevistados fez com que me sentisse mais seguro sobre o caminho a ser tomado e sobre como o produto seria formatado.

Outro fator de dificuldade apresentado na realização do trabalho foram as imposições causadas pelo quadro pandêmico. Como já mencionado anteriormente, as visitas sofreram reagendamentos e cancelamentos por esse fator. Além disso, as entrevistas com os profissionais foram todas realizadas de maneira on-line, ficando sujeitas à qualidade de conexão, que, em muitos casos, deixava bastante a desejar, com cortes de áudio e vídeo ou quedas na chamada. Uma certa impessoalidade de se fazer as entrevistas através de uma tela também, em alguns momentos, acabou por prejudicar a interação com o entrevistado e a fluência da conversa.

Nesse momento, cabe também apresentar as limitações desse estudo. Por ter sido realizado em um contexto considerado bastante desenvolvido e com boa qualidade de vida para a realidade brasileira, foram encontradas condições satisfatórias tanto nas instituições quanto no material fornecido e profissionais interessados pelo transtorno e com oportunidades de aprimoramento, uma realidade que pode ser radicalmente diferente de outras regiões do país com menos recursos. Essas diferenças serão levadas em conta na formulação do material, procurando alcançar o maior número possível de profissionais, familiares e gestores de todas as regiões do território nacional.

Porém, apesar das condições apresentadas nos municípios serem satisfatórias para a realização do trabalho com esses pacientes, uma questão a ser levantada é a carga horária disponível para a realização desses atendimentos. É aceito pela grande maioria dos especialistas em Transtorno do Espectro Autista que a intervenção para essa condição deva ser sistematizada e realizada com grande frequência semanal, o máximo de vezes possível. Porém, em instituições que atendem seguindo os moldes das APAES, os atendimentos são realizados, no máximo, duas vezes por semana. Essa é uma questão bastante complexa, pois as instituições que hoje atendem esse público trabalham com outras demandas além do TEA. Acredito que a solução ideal seria a abertura de centros especializados para o atendimento

dessa demanda crescente, porém essa é uma questão que esbarra em barreiras de alocação orçamentária e de prioridades das gestões em saúde. Porém, com o evidente aumento de registros de casos de TEA, essa é uma situação de saúde pública que, sem demora, deverá ser encarada pelas administrações.

Além disso, me deparo com outra limitação em relação ao trabalho que é uma possível postura defensiva dos entrevistados em relação às perguntas realizadas. Embora as respostas tenham sido satisfatórias, fica o questionamento se em alguns momentos algum dos entrevistados assumiu esse posicionamento, podendo assim, de maneira inconsciente, relativizar as condições reais de seu serviço para passar uma impressão melhor e não totalmente correspondente com a realidade. Porém, esse é um questionamento levantado como uma possibilidade de reflexão e não como uma certeza.

O período de pesquisa foi um cercado de tensões, inseguranças, crescimento e trocas. Ao chegar ao final dessa pesquisa, fica a certeza de que o TEA e a atuação do psicólogo com o transtorno em contextos específicos ainda são terrenos muito férteis que necessitam de uma maior exploração. O TEA é um transtorno extremamente complexo e variado, trazendo desafios para todos os profissionais que se envolvem em seu diagnóstico e tratamento. Os pacientes são sujeitos cheios de nuances e de potencialidades. Estudos como esse buscam auxiliar os profissionais, para que possam se sentir mais seguros e preparados para o manejo desses pacientes, ajudando, assim, no desenvolvimento de sujeitos que possam explorar seus potenciais e terem uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-6.
- Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.
- Alvarez-López, E. M., Saft, P., Barragán-Espinosa, J. A., Calderón-Vazquez, I. A., Torres-Córdoba, E. J., Beltrán-Parrazal, L., ... & Morgado-Valle, C. (2014). Autismo: Mitos y realidades científicas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 14(1), 36-41.
- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de pesquisa*, 36, 637-651.
- Amarante, P., & Nunes M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais* (5a ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Azevedo, D. M. D., & Miranda, F. A. N. D. (2011). Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, 15, 339-345.
- Azevedo, Marcela Maria de Paiva, & Nicolau, Roseane Freitas. (2017). Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. *Estilos da Clínica*, 22(1), 12-28. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i1p12-28>
- Barbosa, A. D. S., Nascimento, C. V., Dias, L. B., do Espírito Santo, T. B., da CS Chaves, R., & Fernandes, T. C. (2020). *Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19*.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3a reimp., L. Antero & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70 (trabalho original publicado em 1977).
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 2(3-20), 102.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”?. *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bennett, M., Webster, A. A., Goodall, E., & Rowland, S. (2019). *Life on the autism spectrum: Translating myths and misconceptions into positive futures*. Springer.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: Estudo histórico. In O. Cirino. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura* Rio de Janeiro: Autêntica Editora. 123-144. (Trabalho original publicado em 1983).

- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-27.
- Borges, T. P. (2006). Considerações sobre o autismo infantil. *Mental*, 4(7), 137-146.
- Bosa, C., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 167-177. DOI: 10.1590/S0102-79722000000100017.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, Presidência da República. (2012). *Lei 12.764*, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, Presidência da República. (2020). *Lei 13.977*, de 8 de janeiro de 2020. Altera a lei nº 12.764, para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea).
- Burtet, K. S., & Godinho, L. B. R. (2017). Envolvimento Familiar Na Clínica Do Autismo. *Cippus*, 5(2), 29-44.
- Camargo, S. P. H., & Rispoli, M. (2013). Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, 26(47), 639-650.

- Camargo, S., & Rispoli, M. (2013). Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial, 26*(47), 639-650. DOI: 10.5902/1984686X9694.
- Cândido, M. R., Oliveira, E. A. R., de Souza Monteiro, C. F., da Costa, J. R., Benício, G. S. R., & da Costa, F. L. L. (2012). Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 8(3), 110-117.
- Carvalho, I. L. N., Gondim, A. P. S., Holanda, T. T., & Alencar, V. P. (2014). CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 14*(6), 42-60.
- Collucci, C. & Fraga, É. (2019a). Internações em hospital-dia de saúde mental triplicam no País. *Jornal digital Folha de S. Paulo*. Recuperado em (23/07/2020) de <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/internacoes-em-hospital-dia-de-saude-mental-triplicam-no-pais.shtml>
- Collucci, C. (2019b). Internações de crianças devido a transtornos mentais crescem 36%. *Jornal digital Folha de S. Paulo*. Recuperado em (23/07/2020) de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Folha_de_SP_dra._Liubiana_Arantes_de_Araujo.pdf
- Costa, D. F. C., & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate, 36*(95), 572-582. DOI: 10.1590/S0103-11042012000400009.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(4), 390-398.
- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde, 1*(3), 68-76.
- da Silva, S. E. D., dos Santos, A. L., de Sousa, Y. M., da Cunha, N. M. F., da Costa, J. L., & Araújo, J. S. (2018). A família, o cuidar e o desenvolvimento da criança autista. *Journal of Health & Biological Sciences, 6*(3), 334-341.
- da Rosa Hofzmann, R., Perondi, M., Menegaz, J., Lopes, S. G. R., & da Silva Borges, D. (2019). Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Enfermagem em Foco, 10* (2).
- de Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 6(1), 1-22.

- Delfini, P. S. D. S., & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 357-366.
- Delfini, P. S. S., & Reis A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 357-366.
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.
- Donvan, J. & Zucker, C. (2017) *Outra Sintonia – a história do Autismo* (L. A. de Araújo, Trad.) São Paulo: Editora Companhia das Letras (Trabalho Original publicado em 2016).
- Fava, L., & Strauss, K. (2010). Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in developmental disabilities*, 31(1), 160-171.
- Fernandes, L., Portela, F. S., Moreira, P. M. B., & Fernandes, M. T. (2017). Perfil do uso de Medicamentos em Pacientes Autistas Acompanhados na APAE de um Município do Interior da Bahia. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 11(35), 301-316.
- Ferrari, P. (2007). *Autismo infantil* (M. D. Almada, Trad.). São Paulo: Editora Paulinas. (Trabalho original publicado em 1999).
- Ferreira, R. S. A. S., Cortes, H. M., & Pinho, P. H. (2019). Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. *Mudanças*, 27(1), 63-68.
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2008). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 143-149.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*, (3a ed.; J. E. Costa, Trad.) Porto Alegre: Editora Artmed. (Trabalho original publicado em 2007).
- Frith, U. (2003) *Autism – Explaining the Enigma*, (2a ed) Malden: Blackwell Publishing. (Trabalho original publicado em 1989).
- Furtado, L. A., Brayner, J. C., & Silva, L. S. (2014). Transtornos globais do desenvolvimento e saúde pública: uma revisão integrativa. *Percurso Acadêmico*, 4(8), 283-297.
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de pediatria*, 80, 83-94.

- Garcia, S., do Nascimento, M., & Pereira, M. (2017). Autismo infantil: acolhimento e tratamento pelo sistema único de saúde. *Revista Valore*, 2(1), 155-167. doi:<https://doi.org/10.22408/reva12201735124-135>
- Geschwind, D. H. (2009). Advances in autism. *Annual review of medicine*, 60, 367-380.
- Gibbs, G. (2009) *Análise de Dados Qualitativos*, (R.C. Costa, Trad.) São Paulo: Editora Artmed. (Trabalho original publicado em 2008)
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. 35(3), 20-29.
- Grigorenko, E. L., Torres, S., Lebedeva, E. I., & Bondar, Y. A. (2018). Evidence-based interventions for ASD: A focus on applied behavior analysis (ABA) interventions. *Psychology. Journal of Higher School of Economics*, 15(4), 711-727.
- Groza, T., Tudorache, T., & Dumontier, M. (2013). State of the art and open challenges in community-driven knowledge curation. *Journal of Biomedical Informatics*, 46(1), 1-4.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Hobson, P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion: A further study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 671-680.
- Hofzmann, R. R., Perondi, M., Menegaz, J., Lopes, S. G. R., & da Silva Borges, D. (2019). Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Enfermagem em Foco*, 10(2).
- Hume, K., Steinbrenner, J.R., Odom, S.L. *et al.* Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *J Autism Dev Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>
- Ibiapina, A. R. D. S., Monteiro, C. F. D. S., Alencar, D. D. C., Fernandes, M. A., & Costa, A. A. I. (2017). Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. *Escola Anna Nery*, 21.
- Jerusalinsky, A. (2015). Tornar-se sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In A. Jerusalinky (Org.), *Dossiê Autismo*, 24-51. São Paulo: Instituto Langage.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250.
- Klin, A. (2006) Síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I)S3-11.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, s3-s11.

- Kupfer, M. C. M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicologia USP*, *11*(1), 85-105. DOI: 10.1590/S0103-65642000000100006.
- Laznik, M. C. (2015). Diversos olhares sobre o autismo. In A. Jerusalinky (Org.), *Dossiê Autismo*, 56-60. São Paulo: Instituto Langage.
- Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2009). *Autism. The Lancet*, *374*(9701), 1627–1638. doi:10.1016/s0140-6736(09)61376-3
- Lima, G. T., Tannus, V. F. S., de Santana Fernandes, R., Costa, N. S., Franco, M. A. C. B., da Silva, J. R., ... & de Sousa Oliveira, R. M. (2021). O impacto da terapia cognitivo-comportamental no transtorno do espectro autista. *Brazilian Journal of Health Review*, *4*(2), 7902-7910.
- Lima, R. C. (2014). A Construção Histórica do Autismo (1943-1983). *Ciências Humanas e Sociais em revista*. *36*(1), 115-129.
- Locatelli, P. B., & Santos, M. F. R. (2016). Autismo: propostas de intervenção. *Revista Transformar*, *8*(8), 203-220.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., & Baio, J. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, *69*(4), 1.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2013). Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, *18*(2), 297-304.
- Marfinati, A., & Abrão, J. L. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilos da Clínica*, *19*(2), 244-262. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262.
- McKee, S. A., Harris, G. T., Rice, M. E., & Silk, L. (2007). Effects of a Snoezelen room on the behavior of three autistic clients. *Research in developmental disabilities*, *28*(3), 304-316.
- Mesibov, G. B., & Shea, V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *Journal of autism and developmental disorders*, *40*(5), 570-579.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(1), 159-164. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100021.
- Minatel, M. M., & Matsukura, T. S. (2015). Familiares de crianças e adolescentes com autismo: percepções do contexto escolar. *Revista Educação Especial*, *28*(52), 429-441.
- Nabuco, G., de Oliveira, M. H. P. P., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*, *15*(42), 2532-2532.

- Nascimento, L. A. D., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26, 103-121.
- Neto, J. L. F. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 30(2), 390-403.
- Oliveira, B. D. C. D., Feldman, C., Couto, M. C. V., & Lima, R. C. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação¹. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 707-726.
- Oliveira, C. T. D., & Dias, A. C. G. (2018). Psicoeducação do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: o que, como e para quem informar?. *Trends in Psychology*, 26, 243-261.
- Ozonoff, S., Iosif, A. M., Baguio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., Hutman, T., Rogers, S. J., Rozga, A., Sangha, S., Sigman, M., Steinfeld, M. B., & Young, G. S. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256–66.e662.
- Pantoja, J., Sousa, A., & de Araújo Júnior, R. M. (2018, October). Alfa autista: uma aplicação mobile para o auxílio na alfabetização do autista através de método fônico. Um estudo de caso na APAE-Marabá. In *Brazilian Symposium on Computers in Education (Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE)* (Vol. 29, No. 1, 1873).
- Paula, C. S., Cunha, G. R., Silva, L. C., & Teixeira, M. C. T. V. (2017). Transtorno do espectro autista (TEA): conceituação e considerações sobre o processo psicodiagnóstico. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica* (2a ed., 7-28). São Paulo: Editora Hogrefe.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, 35, 103-109.
- Pereira, C. C. V. (2011). Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 9(2), 52-59.
- Pimenta, G. (2021). O Uso Da Plataforma Wakelet No Processo De Ensino-Aprendizagem No Ensino Médio. In *Anais do Congresso Nacional Universidade, EAD e Software Livre* (Vol. 2, No. 12).
- Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. D. S., Souza, V. L. D., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.

- Portolese, J., Bordini, D., Lowenthal, R., Zachi, E. C., & de Paula, C. S. (2018). Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtornos do espectro autista no Brasil. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 79-91.
- Ribeiro, E. L., & Paula, C. S. (2013). Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In M. D. Mateus (Org.), *Políticas de Saúde Mental*. São Paulo: Instituto da Saúde.
- Ribeiro, E. S., Da Rosa, J. V., Mello, K. M., Ferraz, L. P., & Silva, S. (2017). Perfil epidemiológico de pacientes com transtorno do espectro autista assistidos pela APAE/BAGÉ que frequentam escolas regulares. *ANAIS CONGREGA MIC-ISBN: 978-65-86471-05-2 e ANAIS MIC JR.-ISBN: 978-65-86471-06-9*, 745-746.
- Rocha, Fúlvio Holanda. (2009). Questões sobre a alteridade no autismo infantil. *Estilos da Clinica*, 14(27), 150-171.
- Rogers, S. J. & Dawson G. (2014). *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. (M. B. Lança, & S. Rodrigues, Trad.). Lisboa: Editora Lidel.
- Rolim, C. S., Souza, L. S. A., & Gasparini, G. C. (2001). A terapia ocupacional e o método TEACCH no tratamento do portador de autismo. *Multitemas* (23), 23-29.
- Rossi, L. P., Lovisi, G. M., Abelha, L., & Gomide, M. Caminhos virtuais e autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da análise de redes sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10) 3319-3326. DOI: 10.1590/1413-812320182310.13982018.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812. DOI: 10.1590/S1414-98932009000400012.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (D. V. Moraes, Trad.). Porto Alegre: Editora Penso.
- Schmidt, C. (2017). Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 221-230.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, 7(2).
- Sibemberg, N. (2011). Autismo e psicose infantil. O diagnóstico em debate. In A. Jereusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria Ltda. 93-101.
- Silva, T. C. M. F., & Marcolan, J. F. (2018). Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2089-2098.

- Sousa, I. C., Pinheiro, F. B. A., & Machado, E. T. D. M. (2021). A relevância da Psicoeducação familiar e o papel da família na reabilitação neuropsicológica do TEA. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 22558-22570.
- Stelzer, F. G. (2010). *Uma pequena história do autismo*. São Leopoldo: Associação Pandorga.
- Strain, P. S., & Bovey, E. H. (2011). Randomized, controlled trial of the LEAP model of early intervention for young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(3), 133-154. DOI: 10.1177/0271121411408740.
- Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., ... & Savage, M. N. (2020). Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism. *FPG Child Development Institute*.
- Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(3), 296-299. DOI: 10.1590/S1516-80342008000300015.
- Tafari, M. I. (2000). O início do tratamento psicanalítico com crianças autistas: transformação da técnica psicanalítica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3, 122-145.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. DOI: 10.1590/S0104-59702002000100003..
- Tismoo. (2019). *CDC divulga novos números de autismo nos EUA: 1 para 59*. Recuperado em 31 de março, 2020, de <https://tismoo.us/destaques/cdc-divulga-novos-numeros-de-autismo-nos-eua-1-para-59/>
- Tomé, G. M. Q., Matos, M. G. D., Gomes, P., Camacho, I. N. M., & Gaspar, T. (2017). Promoção da saúde mental nas escolas: Projeto ES´ COOL. *Rev. de Psicologia da Criança e do adolescente*, 8(1), 172-184.
- Tonelli, H., (2011). Autismo, Teoria da Mente e o Papel da Cegueira Mental na Compreensão de Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 24(1), 126-134.
- Vietze, P., & Lax, L. E. (2018). Early intervention ABA for toddlers with ASD: Effect of age and amount. *Current Psychology*, 39(4), 1234-1244.
- Volkmar, F. R., & Wiesner, L. A. (2019). *Autismo: guia essencial para compreensão e tratamento* (S. M. M. da Rosa, Trad.). São Paulo: Editora Artmed. (Trabalho Original publicado em 2017).

- Wing, L. (1996). Autistic spectrum disorders.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: planejamento e métodos* (5a ed., C. M. Herrera, Trad.). Porto Alegre: Editora Bookman. (Trabalho original publicado em 2014).
- Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30(1), 25-33.
- Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2017). Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 19(1), 152-163. DOI: 10.5935/1980-6906/psicologiav19n1p164-175.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., ... & Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123(5), 1383-1391.

ANEXOS

ANEXO A. Roteiro para entrevista com gestores

A seguir apresentamos um roteiro para as entrevistas com os gestores do sistema de Saúde Mental dos municípios escolhidos. Este roteiro visa orientar as perguntas buscando compreender a estrutura para o diagnóstico e atendimento com paciente com TEA, as políticas públicas que envolvem essas questões, a relação dos gestores com as instituições que realizam esse trabalho e os desafios que se apresentam.

Município:

Cargo ocupado:

Tempo que ocupa o cargo:

1) Estrutura

- Como se estrutura o sistema de Saúde Mental no município
- Com que dispositivos de atendimento a cidade conta
- Número de profissionais
- Potenciais e desafios na Saúde Mental da cidade
- A estrutura do município diante das diretrizes federais
- Principais dificuldades na gestão da Saúde Mental
- Necessidades mais frequentes observadas nos municípios

2) Pacientes TEA

- Como o paciente ingressa no sistema de Saúde Mental
- Percepção sobre essa demanda em termos de quantidade
- Quais são os encaminhamentos que são dados
- Que instituições atendem esses pacientes
- Há algum tipo de acompanhamento às entidades conveniadas

3) Família e escola

- Como é feita a assistência às famílias de pacientes com TEA
- Formação de professores e monitores e atenção às escolas

ANEXO B. Modelo de ficha de observação

A Ficha de Observação padroniza o que será observado pelo pesquisador em cada uma das instituições a ser visitadas. O processo de observação visa compreender a estrutura física dos locais de atendimento, a condição das salas de atendimento, o material disponibilizado, a acessibilidade.

Instituição:

Município:

1) Estrutura

- Condições gerais da instituição
- Sala de espera
- Número de salas para atendimento
- Acessibilidade

2) Salas

- Condição geral das salas
- Material disponível para atendimentos
- Estrutura das salas

ANEXO C. Roteiro para entrevista com psicólogos

Psicólogo:

Tempo de formação:

Município:

Tempo em que trabalha na Instituição:

A seguir apresentamos um roteiro para as entrevistas com os psicólogos que trabalham no diagnóstico e atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). As perguntas visam compreender quem é esse profissional, sua formação, especificidades do trabalho com pacientes com TEA e as dificuldades apresentadas nesses processos.

1) Formação

- Tempo
- Se houve atenção ao TEA na formação
- Se fez alguma especialização relativa ao TEA
- Se fez alguma formação específica em alguma corrente teórica, qual
- Preparado para realizar o trabalho

2) Diagnóstico

- Demanda e como pacientes chegam até a APAE
- Processo de diagnóstico (sinais que costuma apresentar, idade em que costuma ser feito, etc.)
- Profissionais envolvidos no diagnóstico

3) Processos e estrutura dos atendimentos

- Sistemática dos atendimentos (ao longo de todo processo)
- Adequação da estrutura física para os atendimentos
- Material para os atendimentos
- Potenciais e desafios nos atendimentos
- Avanços percebidos nos pacientes
- Condições oferecidas pela instituição para a realização do trabalho
- Procedimento em situações emergenciais

4) Modelo/perspectiva/abordagem teórico-técnico que sustenta a prática

- Modelo teórico técnico com que trabalha atualmente
- Motivo de ter adotado esse modelo.
- Potenciais e desafios da utilização desse modelo.
- Se fez alguma formação específica nessa área e se busca atualizações.
- Orientação da instituição por modelo/perspectiva específica.

5) Questão da equipe

- Aspectos facilitadores
- Desafios/dificuldades
- Trabalho multidisciplinar no diagnóstico e atendimento (discussão de casos/grupos de estudo)

6) Interação com as famílias e escola

- Participação da família no processo de diagnóstico e tratamento
- Intervenção com familiares
- Participação e intervenção com escola

7) Políticas Públicas

- Conhecimentos sobre as políticas públicas referentes aos pacientes com TEA
- Tópico na instituição

ANEXO D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado,

Venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS), intitulada “A Atuação do Psicólogo com Pacientes com Transtorno do Espectro Autista em Cidades de Pequeno Porte da Serra Gaúcha”, desenvolvida por mim, Rafael Fetter, sob orientação da Profa. Dra. Cláudia Alquati Bisol. A pesquisa visa analisar a atuação dos psicólogos no diagnóstico e tratamento de paciente com Transtorno do Espectro Autista em Cidades de Pequeno Porte da Serra Gaúcha.

1. Participantes da Pesquisa: Serão convidados os responsáveis legais pela saúde mental de cada um dos municípios selecionados e psicólogos que trabalham com pacientes com TEA.
2. Envolvimento na pesquisa: Você está sendo convidado a participar de uma entrevista. As falas serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Estima-se duração de uma hora para a realização desta etapa. Você receberá esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sinta-se livre para recusar ou interromper a sua participação a qualquer momento e ninguém ficará desapontado por isso.
3. Procedimentos: Serão realizadas entrevistas com os profissionais mencionados, através de encontros presenciais ou utilizando softwares de reuniões virtuais e observação da estrutura física das instituições responsáveis pelo atendimento, de pacientes com TEA. O material produzido ficará sob a guarda do pesquisador responsável pelo período de cinco (5) anos e, após esse prazo, será totalmente destruído/apagado/inutilizado.
4. Riscos e desconforto: A participação na pesquisa não traz implicações legais. A pesquisa oferece riscos mínimos a integridade física, psíquica e moral dos participantes, semelhante a um dia normal. No entanto, pode haver algum desconforto ou constrangimento em responder alguma pergunta e você terá total liberdade para não responder a qualquer pergunta que o/a faça se sentir desconfortável.
5. Benefícios: Esta pesquisa auxiliará na compreensão da atuação dos psicólogos no diagnóstico e no tratamento dos pacientes com TEA nas cidades selecionadas. Após coleta e análise de dados, será formulado e disponibilizado material informativo que poderá auxiliar profissionais na compreensão e intervenções com pacientes com TEA no contexto de cidades de pequeno porte. Mesmo que não haja benefícios diretos em sua participação, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

6. Pagamento: A participação na pesquisa é voluntária e não gerará nenhum tipo de pagamento. Além disso, não haverá nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa.

7. Confidencialidade: As informações obtidas no decorrer da pesquisa serão utilizadas somente com a finalidade científica. Os dados da pesquisa poderão ser vistos exclusivamente pelo pesquisador e sua orientadora. Na publicação dos resultados da pesquisa, a identidade dos participantes será mantida em sigilo e todas as informações que possam identificar os participantes ou locais serão omitidas.

8. Dúvidas e esclarecimentos: O pesquisador se compromete a esclarecer qualquer dúvida que o participante possa ter no momento da pesquisa ou posteriormente, através do telefone (54) 99605-6127 e e-mail: rfetter@ucs.br.

9. Comitê de Ética: Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/ UCS), colegiado interdisciplinar e independente, criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com o seu desenvolvimento. O CEP/UCS pode ser contatado na Universidade de Caxias do Sul (UCS), cidade universitária, Bloco M, sala 306, telefone: (54) 3218-2829, e-mail: cep_ucs@ucs.br.

Atenciosamente,

Rafael Fetter

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as informações apresentadas, Eu, _____, aceito o convite para participar de forma voluntária da pesquisa acima e declaro que fui informado do objetivo do estudo de forma clara e esclareci minhas dúvidas. Informo também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado e rubricado pelo Pesquisador Principal, Rafael Fetter.

_____, ____ de _____ de 202__.

Assinatura

Rafael Fetter

Pesquisador Principal

ANEXO E. Termo de Autorização Institucional

Eu, _____, responsável legal pela _____ autorizo a realização da pesquisa intitulada “A Atuação do Psicólogo com Pacientes com Transtorno do Espectro Autista em Cidades de Pequeno Porte da Serra Gaúcha”, na presente instituição. Fui informado de forma clara e detalhada sobre a pesquisa, a qual está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e que objetiva compreender a atuação dos psicólogos no diagnóstico e tratamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista em cidades de pequeno porte na Serra Gaúcha.

Tenho conhecimento que a pesquisa de campo será realizada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul. Tenho ciência que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa com o autor Rafael Fetter pelo telefone (54) 99605-6127.

Responsável pela instituição

Pesquisador Rafael Fetter

Testemunha

_____, _____ de _____ de 20__.