

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS

**A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO ENTRE CAPS IJ E CAPS ADULTO DE
PESSOAS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO A PARTIR
DO RELATO DOS TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, como requisito para obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Artur Malvasi

São Paulo

2025

ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS

**A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO ENTRE CAPS IJ E CAPS ADULTO DE
PESSOAS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO A PARTIR
DO RELATO DOS TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, como requisito para obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração:

Orientador: Prof. Dr. Paulo Artur Malvasi

São Paulo

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Martins, Ariela Del Vecchio da Fonseca

A transferência de cuidado entre CAPS IJ e CAPS Adulto de pessoas com transtorno do espectro autista: um estudo a partir do relato de trabalhadores./ Ariela Del Vecchio da Fonseca Martins. São Paulo, 2025.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Paulo Artur Malvasi

**1. Transtorno do espectro autista 2. Serviços de saúde mental
3. Cuidado transicional**

BC-FCMSCSP/57-25

Dedico esse trabalho a minha FAMÍLIA.

Ao meu marido Fabio Henrique, que me incentiva, que me centra quando necessário e que é meu alicerce nos dias mais difíceis. Te Amo.

Aos meus pais, que me criaram com tanto empenho e amor. Que, mesmo com tantas dificuldades, ensinaram a mim e minha irmã a importância da família e da retidão. Sou muito grata a vocês.

À minha irmã, minha companheira desde quando éramos pequenas.

À minha sobrinha, Elisa, que ilumina nossos corações, alegria nossa família e nos mostra o que realmente é caro na vida.

Aos meus avós (em memória), que me amaram tanto, que me apoiaram tanto e dos quais sinto saudades todos os dias. Em especial, às minhas avós, exemplos de mulheres persistentes, trabalhadoras e amorosas.

Ao meu tio (em memória), homem iluminado, generoso, benevolente e que deixou uma marca enorme em nossos corações.

Por fim, que esse trabalho sirva de exemplo para as minhas sobrinhas, Elisa e Leona, sobre a importância de dedicação e perseverança.

Acho sempre engraçado que as pessoas sem autismo digam que as crianças autistas 'vivem no seu próprio mundinho'. Quando você trabalha com animais por um tempo, começa a perceber que pode dizer o mesmo sobre as pessoas sem autismo. Existe um mundo enorme e lindo lá fora que muitas pessoas sem autismo mal conseguem perceber. Pessoas autistas e animais enxergam um espectro completamente diferente do mundo visual, algo que as pessoas sem autismo não conseguem, ou não veem. (Grandin, 2013)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof Dr. Paulo Artur Malvasi, pela paciência, dedicação e colaboração com essa pesquisa.

Agradeço aos professores da Santa Casa por tantos ensinamentos, entre eles, Prof. Dr. Cássio Silveira e Prof. Dra. Patrícia Montanari, que ajudaram a moldar esse trabalho no processo de qualificação.

Agradeço a Prof. Dra. Fernanda Marquetti, que acompanhou o início de minha jornada enquanto estudante de Terapia Ocupacional e que agora, depois de quase 16 anos, aceitou participar da minha banca de defesa.

Agradeço ao Dr. Odilon Castro por compartilhar seus conhecimentos e aceitar participar como membro da banca durante a minha defesa.

Agradeço aos meus colegas de turma que, direta ou indiretamente, me apoiaram nesse processo.

Por fim, agradeço aos participantes dessa pesquisa que ofereceram seu tempo e conhecimento para que essa pesquisa se concretizasse.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atendem pessoas em sofrimento psíquico intenso, entre elas, pessoas com autismo. Os CAPS IJ atendem crianças e adolescentes, mas ao completarem 18 anos, esses usuários são direcionados para a continuidade do cuidado para o CAPS Adulto ou para a Atenção Básica. Esse estudo se propõe a investigar o processo de transferência de cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista que são acompanhadas pelo CAPS IJ e, ao completarem 18 anos, serão direcionadas ao CAPS Adulto. A pesquisa é de caráter qualitativa, realizada a partir da entrevista de 16 profissionais desses dois serviços atuantes na Grande São Paulo e utilizando um questionário com questões norteadoras. Para análise dos dados, foram identificados padrões e então definidos cinco eixos temáticos a saber: (1) perfil dos entrevistados; (2) processo de transferência de cuidado; (3) critério de inserção desses usuários no CAPS Adulto; (4) a articulação de rede como “pano de fundo” para a transferência de cuidados e (5) sugestões para potencializar esse cuidado. Como resultados, percebe-se que esse processo ocorre com pouca frequência; a gravidade do caso pode ser uma barreira de acesso aos serviços da rede de atenção em saúde; existem dificuldades para efetivar práticas de reabilitação psicossocial; há indícios de estratégias potentes do CAPS Adulto com esse público; e a importância da educação permanente em saúde.

Descritores: Transtorno do Espectro Autista; serviços de saúde mental; cuidado transicional.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (Caps) provide services to individuals experiencing severe psychological distress, including people with autism. The Caps IJ centers serve children and adolescents, but once users turn 18, they are referred for continued care at an Adult Caps or to primary health care. This study aims to examine the process of care transfer for individuals with Autism Spectrum Disorder who are followed by Caps IJ and, upon reaching 18 years of age, are referred to an Adult Caps. The research is qualitative in nature, based on interviews with 16 professionals from both services operating in the Greater São Paulo area, using a questionnaire with guiding questions. For data analysis, patterns were identified, leading to the definition of five thematic axes: (1) profile of the interviewees; (2) the process of care transfer; (3) criteria for the inclusion of these users in the Adult Caps; (4) network coordination as a “background” for the transfer of care; and (5) suggestions to strengthen this care process. The results indicate that this process occurs infrequently; case severity can act as a barrier to accessing services within the health care network; there are difficulties in implementing psychosocial rehabilitation practices; there are signs of effective strategies developed by the Adult Caps for this population; and continuing health education plays an essential role.

Descriptors: Autism Spectrum Disorder; mental health services; care transition.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Elementos presentes nas várias dimensões da gestão de cuidado em Saúde.....	22
Quadro 2 - Ocupações de pessoas adultas.....	34
Quadro 3 - Comparação entre os documentos: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TEA e Linha de Cuidado para a pessoa com TEA e suas famílias na RAPS.	42
Figura 1 - Fluxo de atendimento de Pessoa com TEA.....	44
Tabela 1 - Caracterização dos Participantes da pesquisa.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APD	Apoiador da Pessoa com Deficiência
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CER	Centro Especializado em Reabilitação
Crefito	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EPS	Educação Permanente em Saúde
LACE	Núcleo de Ações para a Cidadania na Diversidade
Naps	Núcleo de Atenção Psicossocial
OSS	Organização Social de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
WFOT	World Federation of Occupational Therapists (Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais)

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	11
1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
3	MÉTODO	16
3.1	Seleção dos participantes.....	17
3.2	Análise dos dados	18
4	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RAPS	19
4.1	O cuidado em Saúde Mental	21
4.2	O lugar do Autismo na RAPS	23
4.3	A Transferência de Cuidado na RAPS	24
4.4	A Transferência de cuidado do CAPS IJ para o CAPS Adulto.....	27
5	AUTISMO EM PALAVRAS	29
5.1	Autismo em Palavras (ou Transtorno do Espectro Autista).....	29
5.2	Autonomia, Ocupações e Injustiça Ocupacional da Pessoa com TEA.....	33
5.3	O Autista cresce e envelhece	37
6	POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA PESSOAS COM TEA.....	39
6.1	Diretrizes de atenção à reabilitação de pessoa com Transtorno do Espectro Autista	39
6.2	Linha de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial	40
6.3	Comparando os dois documentos	41
6.4	Alinhando o cuidado de Pessoas com TEA.....	43
7	TRABALHADORES DE CAPS COMO “EFETIVADORES” DE POLÍTICAS PÚBLICAS	46
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	49
8.1	Caracterização dos profissionais	49
8.2	Processo de transferência de cuidado e suas peculiaridades.....	50
8.2.1	Transferência de Cuidados pelos Profissionais do CAPS IJ.....	51
8.2.2	Transferência de Cuidados sob a ótica dos Profissionais do CAPS Adulto	52
8.2.3	As diferenças entre CAPS IJ e CAPS Adulto e suas implicações na transferência de cuidado	54
8.2.4	A transferência de cuidado como um processo esporádico	57
8.3	Crítérios de inserção de pessoas com TEA no CAPS Adulto.....	58

8.3.1	Crise e Sofrimento Psíquico.....	58
8.3.2	Questões Socioeconômicas	59
8.3.3	Medicação	59
8.3.4	De que pessoa com TEA estamos falando? Dificuldades e Potencialidades no Cuidado do TEA no CAPS Adulto	60
8.3.4.1	<i>Dificuldades</i>	61
8.3.4.2	<i>Potencialidades do CAPS Adulto</i>	68
8.4	A articulação de rede como “pano de fundo” para a transferência de cuidado	70
8.5	Sugestões para possíveis melhoras na assistência a esse público.	74
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXO A - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA	93
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO NCEP (TCLE)	94

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação é um marco dentro da minha trajetória profissional. Quando conheci a Terapia Ocupacional, o campo da saúde mental me despertou muito interesse.

Iniciei minha graduação pela Unifesp, na cidade de Santos. Essa cidade, além de me trazer boas lembranças do tempo em que passava minhas férias com meus avós e minha irmã, foi uma das pioneiras na Reforma Psiquiátrica, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs).

Nesses 4 anos, aprendi com pessoas que pensaram e participaram do movimento de desinstitucionalização. Retorno para São Paulo e, então, começo a aprender na prática durante o aprimoramento em Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva sobre sofrimento psíquico, crise, vulnerabilidade social, transferência e contratransferência, mas principalmente sobre pessoas que sofrem e buscam os serviços como forma de acolhimento e cuidado.

Trabalhei por 13 anos na saúde pública, principalmente em CAPS Adulto e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e continuei aprendendo na prática.

A prática clínica, o vínculo com os usuários e suas histórias, visitas domiciliares, andanças por territórios vulneráveis, presenciar cenas de uso, participar de supervisões clínico-institucionais, discussões em equipe (reforço o quanto esses encontros são potentes) contribuíram para minha formação enquanto agente de cuidado em saúde mental.

Em 2021, começo a pensar um pouco mais sobre pessoas com autismo. Percebo que tenho recebido essas pessoas no CAPS Adulto em que trabalhava e não conseguia entender muito do que se tratava e como se tratava. Após um encontro realizado pelo Crefito, entendo como essa condição impacta diretamente a funcionalidade do sujeito e seus papéis ocupacionais, desde a infância e na vida adulta.

No CAPS Adulto, esses sujeitos chegavam, muitas vezes vindo do Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude (CAPS IJ) através da transferência de cuidado. Durante as reuniões, sentia um certo tensionamento entre os dois serviços. Muitas vezes, não entendia por que me sentia tão desconfortável naquele espaço.

Como poucas pessoas se interessavam pelo assunto dentro do CAPS em que eu atuava, esses profissionais passaram a ser pessoas de referências desses casos. Reforço que era um critério muito mais pelo interesse do que pelo conhecimento técnico.

Nós éramos responsáveis por problematizar esse cuidado dentro do CAPS, trazer discussões em reuniões de equipe e nas passagens de plantão.

Atendíamos adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) muito graves. Um inclusive foi um dos motivos que me fez estudar sobre esse assunto.

Um usuário não-verbal, vindo do CAPS II, que pouco saía de casa, usava pouca roupa porque não as tolerava em seu corpo, que se colocava em risco porque saía nu de casa, em um território extremamente vulnerável e cercado pelo tráfico de drogas. Quando retorno de férias e recebo a notícia de seu óbito por sua mãe pelo telefone, a impotência, tristeza e frustração tomam conta de mim. O que fizemos por esse rapaz?

Dessa história, surge esse trabalho .

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços em saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). São substitutivos ao modelo asilar, além de ser um serviço de porta aberta, ou seja, não necessita de encaminhamento, não apresenta fila de espera, facilitando o acesso da população.

Os CAPS são divididos de acordo com o público que atendem e de acordo com a quantidade de pessoas que existem no território de abrangência. Os CAPS Infanto-Juvenil (CAPS IJ) atendem crianças e adolescente; e o CAPS Adulto atende pessoas adultas.

No CAPS IJ, para o usuário, ao completar 18 anos e atingir a maioridade, é findado o período de permanência no serviço e a equipe se depara com a necessidade de realizar a transferência de cuidado para outro serviço. Vale ressaltar que, em casos específicos, podem mantê-lo até 24 anos, postergando esse processo.

Apesar da idade ser um fator determinante, Pastura e Paiva (2018) entendem que o momento da transferência para o atendimento de adultos deve basear-se menos na idade e mais na aquisição de habilidades individuais do paciente, incluindo a prontidão e a capacidade de negociar com o sistema de saúde de adultos. Os autores reforçam que a articulação entre os serviços é um ponto crucial para esse processo.

O CAPS IJ, dentro da rede de saúde, tem a possibilidade de realizar a transferência de cuidado apenas para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou então incluir o CAPS Adulto nesse cuidado. Ele não realiza transferência de cuidado aos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pode sim ocorrer a discussão de caso entre os serviços, mas a inserção no Centro Especializado em Reabilitação (CER), por exemplo, sempre é direcionada pela UBS e não por esse serviço de especialidades.

O critério de escolha entre apenas UBS e UBS juntamente com CAPS não é muito claro, mas dependerá de muitas variáveis, como a individualidade e a necessidade de cada usuário, a indicação ou não da necessidade de continuidade ao cuidado intensivo no CAPS de maneira integrada com a Atenção Básica (AB) ou ser acompanhado apenas pela Atenção Básica.

Em um estudo de 2023 realizado por Silva e seus colaboradores, mostra que a transferência de cuidado no cenário brasileiro apresenta variações no cuidado e evidenciam a existência de ações que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento do cuidado transitório.

Reforça a importância da realização e divulgação de mais estudos sobre o tema, que abordem experiências práticas dos profissionais, e a elaboração de estratégias nos setores de saúde para fortalecer a transição do cuidado ao paciente com transtorno mental.

Sendo assim, além da transferência de cuidado ser um tema pouco estudado, segundo Barros *et al.* (2023) há uma escassez de artigos explorando o atendimento aos adultos na RAPS, e, quando encontramos, percebe-se um receio da equipe no atendimento aos adultos no CAPS.

O autismo tem sido tema de importantes debates, tanto em âmbito nacional quanto global. Diversos atores - alguns pais e familiares, profissionais, acadêmicos, gestores, os próprios autistas e outros ativistas - têm promovido ampla discussão, a partir de diferentes posições, sobre fatores etiológicos, descrição nosográfica e as metodologias supostamente eficazes de tratamento, assim como a organização de políticas de cuidado e o arcabouço legal de garantia de direitos (Oliveira *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, esse trabalho se propõe a estudar a organização de cuidado de pessoas com Transtorno de Espectro Autista (TEA) dentro da RAPS, tendo como estratégia principal discutir sobre a transferência de cuidado desses usuários de um serviço de especialidades da infância e adolescência para um serviço que atende adultos e atentar-se para o processo de articulação entre esses dois serviços.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo principal analisar o processo de transferência de cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) do CAPS IJ para o CAPS Adulto.

Como objetivos específicos, busca caracterizar os profissionais que atuam nesses dois serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entender os critérios utilizados pelo CAPS IJ para articular com o CAPS Adulto e identificar os critérios de inclusão adotados pelo CAPS Adulto para receber esse público.

Por fim, pretende investigar a articulação entre esses dois serviços e a rede intrasetorial e sugerir estratégias e possibilidades dentro da RAPS que contribuam para uma transição mais acolhedora, integrada e efetiva, garantindo a continuidade do cuidado do TEA Adulto.

3 MÉTODO

Nesse estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas individuais com maior profundidade de maneira online síncrona com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Adulto e Infantojuvenil (CAPS Adulto e CAPS IJ respectivamente) que atuam na Grande São Paulo.

A entrevista de profissionais foi a estratégia escolhida como forma de responder aos questionamentos definidos nesse projeto como objetivos da pesquisa, sendo utilizada como fonte de coleta de informações, para mapear práticas em Saúde Mental, bem como para se aprofundar em experiências, sentimentos e posicionamentos desses profissionais sobre essa temática. A modalidade online síncrona foi proposta para garantir uma maior acessibilidade e variabilidade de participantes.

Esses profissionais precisariam atuar em serviços na Grande São Paulo (Cidade de São Paulo e mais 38 municípios), a qual é caracterizada por uma área de quase 8 mil km² e com aproximadamente 21 milhões de habitantes.

As entrevistas foram semiestruturadas e seguiam um roteiro prévio, mas que poderiam ser flexibilizados, de acordo com os relatos e experiências trazidas pelos participantes.

Glaser e Strauss (1967) definiram o critério de saturação como um momento, dentro do trabalho de campo, em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Essa conceituação trouxe uma sensação de praticidade e, ao mesmo tempo, desencadeou contáveis questionamentos (Fontanella *et al.*, 2008)

Um desses questionamentos, destacados por Ritchie, Lewis e Elam (2003), é de que, muitas vezes, o critério para o encerramento das pesquisas ocorrem, não por razões metodológicas, mas nos limites dos recursos disponíveis.

Sendo assim, o número de participantes não foi previamente definido e o encerramento das entrevistas foi determinado pelo tempo, ou seja, foram analisadas entrevistas realizadas até o final de setembro de 2025.

Pela complexidade do tema e pela heterogeneidade dos territórios da Grande São Paulo e dos profissionais atuantes, entende-se que essa pesquisa não chegou aos critérios de saturação.

Entretanto, como sinaliza Minayo (2017), entende-se que essa pesquisa, mesmo que de maneira provisória, encontrou uma lógica entre o objeto de estudo e suas conexões.

3.1 Seleção dos participantes

A seleção dos participantes para as entrevistas teve como recorte serem profissionais atuantes em CAPS Adulto e/ou CAPS IJ na Grande São Paulo, com ensino superior completo e, no mínimo, 2 anos de experiência em Saúde Mental. Além disso, deveriam aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi determinada por conveniências e pela metodologia bola de neve. Inicialmente, as entrevistas foram realizadas com profissionais que apresentaram maior disponibilidade. Alguns desses entrevistados indicaram outros profissionais, garantindo uma maior amostragem.

A pesquisa foi divulgada pela pesquisadora através de grupos de Whatsapp de trabalhadores de CAPS e no Instagram da autora, entre os meses de maio e julho de 2025.

Através dessa metodologia, entende-se que o desenvolvimento dessa pesquisa e a participação dos entrevistados aconteceu de maneira intencional, já que estava sujeito à familiarização e interesse sobre essa temática.

Os profissionais interessados preenchiam um documento elaborado através do *Google Forms*, informando sua formação, local de atuação e disponibilidade para a realização da entrevista. A partir disso, a pesquisadora entrava em contato com o participante para agendamento da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de julho e setembro de 2025 através da plataforma *Google Meet*, já que nenhum participante escolheu a modalidade presencial.

O tempo de duração de cada uma variou entre 40 minutos e duas horas. No início da entrevista, a pesquisadora se identificava, explicava sobre o projeto de pesquisa e pedia a autorização dos participantes para realizar a gravação e transcrição através do *Google Gemini*. Esses arquivos ficaram registradas no computador da pesquisadora, sem compartilhamento das imagens.

O TCLE foi assinado antes do início da gravação, de maneira eletrônica, tendo a mesma validade de uma assinatura física de acordo com o Decreto 10.543/2020 através das plataformas *Docusign* ou *Clicksign*.

Importante ressaltar que essa pesquisa segue a conformidade com os padrões éticos dos comitês nacionais e institucionais relevantes sobre experimentação humana. Todos os procedimentos envolvendo sujeitos humanos/pacientes foram respeitados, e a aprovação ética foi concedida pelo Comitê de Ética (Número do Processo CAEE 87281324.9.0000.5479)

3.2 Análise dos dados

A análise dos dados seguiu os passos descritos por Minayo (2011). Foram organizados os documentos contextuais como textos teóricos, documentos institucionais e históricos, além dos empíricos, através da transcrição e impressão das entrevistas.

Após essa etapa, todas as entrevistas foram impressas, facilitando o processo de familiarização dos dados pela pesquisadora. Durante a leitura, pontos foram destacados e alguns áudios foram gravados, detalhando as primeiras impressões. Algumas falas foram sinalizadas em um outro documento com o objetivo de identificar padrões e possíveis eixos temáticos. As categorias específicas, de maneira intuitiva, foram definidas e redefinidas. Então, uma planilha foi criada ressaltando falas e as categorizando de acordo com os eixos temáticos já definidos.

O último passo foi a realização da análise final, tentando articular os dados coletados, os referenciais teóricos e o que se tem produzido a nível acadêmico como artigos semelhantes.

Além disso, algumas expressões utilizadas na transcrição foram corrigidas, já que o objetivo do trabalho não é reconhecer a linguagem dos participantes, o que se adequa com o que é enfatizado por Manzini (2020), de que parece apropriado corrigir pequenos erros ortográficos nas falas transcritas, visto que expressões escritas como "tá" (em vez de "estar"), "vô" (em vez de "vou"), podem ser mal-recebidas pelos próprios participantes ao lerem o material transcrito.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RAPS

Falar sobre assistência em Saúde Mental no Brasil é algo recente, conquistado a partir do processo da reforma psiquiátrica. A assistência psiquiátrica brasileira surgiu com um papel saneador com os primeiros hospícios, os quais tinham como características principais o papel excludente e alienante.

Resende (1987) e Cerqueira (1989) afirmam que cenário da assistência psiquiátrica no final da década de 50 nos hospícios, hospitais e colônias era sombrio. Tinham como característica a superlotação, falta de profissionais, maus-tratos e condições de hotelaria tão más ou piores quanto as dos piores presídios, e o poder público pouco se mobilizava.

Nos anos 1960, um movimento internacional (principalmente europeu) de desinstitucionalização ganhou força muito motivado pelo fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Ocorriam debates sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas como a psiquiatria preventiva e comunitária.

Na época da ditadura militar brasileira, entre 1964 e 1985, Guedes (2019) conta que algumas instituições psiquiátricas foram usadas para aprisionar, torturar e até mesmo encobrir rastros de presos políticos.

O momento posterior ao golpe militar de 1964 foi o marco divisório para a inserção da questão social no âmbito dos hospitais psiquiátricos, com a chamada Psiquiatria de massa e com os movimentos privatistas, gerando uma “indústria da loucura”, de forma dispendiosa para os cofres públicos, além de cronificadora dos seus usuários (Amarante, 1995).

A Luta Antimanicomial, inspirada no movimento de “Reforma Sanitária”, inicia-se na década de 1980 a partir da mobilização de trabalhadores, usuários e familiares alinhados com a Reforma Sanitária, que fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A reforma psiquiátrica enquanto movimento sociopolítico buscava o deslocamento e a designação de um conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, para um modelo baseado na comunidade, na perspectiva psicossocial, garantindo a essas pessoas seus direitos civis. Esse movimento teve forte influência dos ideais do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que buscava a experiência social dos sujeitos, colocando “a doença entre parênteses” (Lima, 2019).

Para Giacomini e Rizzotto (2022), o papel diagnóstico da psiquiatria moderna faz prevalecer a etiologia orgânica, o tratamento psicofarmacológico e a codificação objetiva de experiências individuais sobre os determinantes sociais da doença mental.

Os padrões são importantes marcadores culturais e sociais da modernidade; porém, estão longe de serem neutros. Esta é a denúncia de uma parte dos estudiosos sobre saúde mental e saúde mental infantil: há um processo de inflação diagnóstica e relações questionáveis entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria (Araújo, 2011).

A experiência italiana mostrou para o Brasil e tantos outros países que existia a possibilidade de transformar a maneira com que a sociedade lidava com a loucura, modificando o modelo assistencial.

O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado (MG). O texto só foi aprovado 12 anos depois, sancionado como Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado.

Essa lei traz marcos importantes para a assistência em saúde mental. O usuário tem o tratamento garantido pelo SUS, de maneira humanizada, e tendo a reinserção social como principal objetivo.

Apesar de definir a internação como um dispositivo pertencente à rede, quando os dispositivos extra-hospitalares chegam a um limite, a de modalidade asilar é vedada. Além disso, as internações involuntárias devem ser comunicadas ao Ministério Público do Estado.

Segundo Merçom e Constantinidis (2020), o novo modelo assistencial em saúde mental preza por uma rede de cuidados cuja organização exige complexa estrutura de serviços comunitários articulados a recursos territoriais, culturais e sociais.

As relações sociais que se desenvolvem no interior do hospital psiquiátrico são dominantes, evidenciando a hierarquia, a subordinação, a exclusão, a expropriação do saber e a divisão do trabalho e dos saberes em especialidades. A implantação do modelo psicossocial tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e a comunidade em geral (Costa-Rosa, 2000).

A RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 dezembro de 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011)

É constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção, a saber:

- I. Atenção psicossocial especializada - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- II. Atenção Básica – UBS e Consultório na Rua;

- III. Atenção de urgência e emergência, com as ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ambas com funcionamento 24 horas;
- IV. Atenção residencial transitório como as Unidades de Acolhimento (UA);
- V. Estratégias de desinstitucionalização como Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa;
- VI. Atenção hospitalar, seja em leitos de enfermaria especializada em hospital geral;
- VII. Estratégias de reabilitação psicossocial como trabalho e renda.

São divididos de acordo com a população do território de abrangência (CAPS I, CAPS II e CAPS III) e de acordo com o público-alvo (CAPS Infanto-juvenil – CAPS IJ, CAPS Adulto e CAPS Álcool e outras Drogas- CAPS AD).

O CAPS I atende regiões de até 80 mil habitantes, o CAPS II atende uma região de até 200 mil habitantes e o CAPS III para regiões com mais de 200 mil habitantes. As duas primeiras modalidades funcionam de segunda a sexta-feira. Já a modalidade III tem funcionamento 24 horas e tem como especificidade o acolhimento noturno, evitando assim internações em Hospitais.

O CAPS IJ atende crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico intenso, já o CAPS Adulto atende adultos. O AD atende pessoas que apresentam uso problemático de substâncias.

As características do CAPS, destacadas pela Portaria nº 3.088/2011 são: equipe multiprofissional; atua sob a ótica interdisciplinar; atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; área territorial; regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo; atividades prioritariamente em espaços coletivos; articulação com a rede intra e intersetorial; e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

4.1 O cuidado em Saúde Mental

Cecílio (2011) entende que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção.

Quadro 1 - Elementos presentes nas várias dimensões da gestão de cuidado em Saúde

Dimensão da Gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós	Cuidado de si, autonomia e escolha.
Familiar	Família, amigos e vizinhos	Apoio, proximidade e mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde	O preparo técnico, ética e vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde e gerente	Divisão técnica do trabalho e coordenação.
Sistêmica	Os gestores	Linhas ou redes de cuidado, financiamento.
Societária	O “Estado”. A “Sociedade Civil”	Políticas sociais.

Fonte: Cecílio (2011).

Esse trabalho, por investigar sobre a transferência de cuidado entre dois serviços, trata principalmente das dimensões profissionais e organizacional. Entretanto, percebe-se que esbarra em todas as outras, já que, no decorrer do texto, surgem temas ligados a políticas sociais, linhas ou redes de cuidado sobre autismo, autonomia da pessoa com autismo e apoio de seus familiares .

Vale ressaltar ainda que a reabilitação psicossocial passeia por quase todas essas dimensões. Em seu estudo, Mielke e seus colaboradores (2011) apontam que os profissionais do CAPS entendem o cuidado em saúde mental como uma ação abrangente, que vai além do cuidado específico com a saúde mental, que envolve a família e a sociedade, onde se compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado.

Atualmente, o cuidado [em saúde mental] envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos usuários e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, dentre outras (Furegato, 2009).

Para Ayres (2004), quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade, se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou deveriam nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende.

O cuidado enquanto momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação 'dessubjetivadora', quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo 'objeto' cuidado e

humanização das práticas de saúde de intervenção' que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam (Ayres, 2006).

Na história da saúde mental, o cuidado nos hospitais psiquiátricos se dava de maneira hierarquizada, tendo a doença como personagem central e a objetificação do sujeito. Desconsiderava-se o outro saber no momento assistencial.

4.2 O lugar do Autismo na RAPS

A atuação da RAPS junto a população com TEA é relativamente nova, já que até o século XX esses pacientes eram atendidos em centros educacionais, filantrópicos ou associações de pais (Lima *et al.*, 2014).

Com a publicação em 2015 da “Linha de cuidado de pessoas com TEA na Reabilitação Psicossocial”, torna-se explícito que os CAPS e outros pontos na RAPS têm a responsabilidade de prestar uma assistência adequada.

Apesar da existência dos debates e de serviços voltados a atendimentos das crianças e adolescentes com autismo, como por exemplo o CAPS IJ, nota-se que ainda não estão definidos quais os espaços específicos para esta população dentro da linha de cuidado e qual a função de casa espaço na RAPS (Cumum; Mäder, 2020). Essa indefinição também se aplica quando se fala da assistência de pessoas adultas com TEA.

Antes de 2025, notava-se uma ausência de direcionamento por parte do Ministério da Saúde (MS) sobre a interlocução entre os serviços de saúde e os papéis específicos, principalmente entre a RAPS e a RCPD.

Um dado importante que impacta diretamente a construção de cuidado em rede é a diferença de serviços especializados entre as duas redes. Em 2024, havia um total de mais de 3 mil CAPS, dentre todas as modalidades, espalhados pelo Brasil. O número de CER, em 2020, era de 217 unidades dentre todas as modalidades. Em 2024, foi anunciado pelo MS, a construção de mais 20 unidades.

Portanto, em muitos municípios, com a ausência de serviços da RCPD, os CAPS são a única forma de cuidado especializado, tanto para crianças quanto para adultos.

A maciça maioria dos estudos disponíveis que relacionam o autismo e os serviços CAPS giram em torno da infância e adolescência e foram realizados em CAPS IJ (Nunes; Leite, 2024; Lima *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2025; Santos; Silva, 2025).

Muitos desses estudos abordam acerca do olhar dos pais sobre os profissionais, o diagnóstico e a assistência dentro do CAPS IJ (Lima *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2025). Outros

têm como enfoque o olhar dos profissionais a respeito do autismo, do manejo clínico e de suas experiências (Esteves *et al.*, 2021; Mandaj *et al.*, 2023; Prigolli *et al.*, 2025).

A relevância adquirida pelo tema do autismo nas últimas décadas exige do campo da atenção psicossocial a definição de estratégias claras, tendo na intersetorialidade um princípio de ação e na figura do CAPS IJ uma peça fundamental de sua implementação e desenvolvimento (Silva, 2022).

Diante do exposto, alguns questionamentos surgem: Os CAPS IJ e Adulto funcionam da mesma maneira? Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais dos CAPS Adulto e do CAPS IJ com autistas? Eles sentem que o CAPS é o lugar adequado para TEA? Para onde vão os adultos com autismo, se não estão no CAPS Adulto?

4.3 A Transferência de Cuidado na RAPS

A transferência de cuidados surge no contexto da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira com o objetivo de proporcionar um curso diferente daquele atribuído anteriormente ao sujeito em sofrimento psíquico, o qual era destinado a viver em um serviço de psiquiatria por toda a sua vida (Antonacci, 2015).

É um marcador importante para a consolidação da atenção psicossocial, pois possibilita que os usuários avancem em suas trajetórias na rede de maneira autônoma e cidadã (Schieck, 2021).

Quando se justapõem estas palavras, transição (ou transferência) e cuidado, torna-se possível entender que o conceito ‘transição de cuidados’ expressa a ideia de um processo que demanda atenção, planejamento, intencionalidade, envolvimento e responsabilidades (Vidal *et al.*, 2025)

O CAPS é um local de passagem, e a transição ou transferência de cuidado muitas vezes ocorre quando o usuário já está mais organizado e pode dar continuidade ao cuidado através apenas da atenção básica. O serviço de especialidade fica como suporte.

Embora os CAPS sejam estratégicos no cuidado em saúde mental, não devem ser serviços que mantenham os usuários em acompanhamento contínuo por longo período, e sim devem ser transitórios, possibilitando o fortalecimento do cuidado em outros pontos da rede, estreitando vínculo com a atenção primária e com os demais equipamentos sociais do território (Guedes *et al.*, 2017)

Esse processo poderia se chamar “alta”, como em muitos outros serviços de saúde. Entretanto, na saúde mental, a ideia é de uma assistência contínua, itinerante e ampliada.

O termo “alta”, muitas vezes utilizado, remete a uma noção de cura e estabilização atrelada ao binômio biomédico de saúde-doença (Richther *et al.*, 2022) e não é sobre cura da “doença mental”, mas sim da ampliação de repertório, da organização dos pensamentos e do ganho de autonomia.

Para Guedes *et al.* (2017), a transferência de cuidados é um marcador importante para a consolidação da atenção psicossocial, pois possibilita que os usuários avancem em suas trajetórias na rede de maneira autônoma e cidadã. Acreditam não ser possível formalizar um fluxo de transferência para o território único e uniforme, pois as ações de saída do CAPS devem estar em consonância com a vivência e o momento de cada usuário

É um processo de desenlace dos usuários, dos profissionais de referência, das relações e vínculos criados naquele espaço. Sendo assim, não é um processo que se reduz apenas ao encaminhamento burocrático de uma pessoa a outro local de tratamento, descrevendo as medicações em uso e que devem ser mantidas.

Lancetti (2006) discute em seu livro “Clínica Peripatética” sobre o processo de burocrático e tecnocrático que o CAPS pode assumir. Afirma que instituições que cuidam de “doentes mentais” tendem a se cronificar, envelhecem de maneira prematura, infantilizada, e seus profissionais são regidos pelas dificuldades. Enfatiza que o CAPS burocrático é um CAPS que cheira mal, fazendo uma alusão aos hospícios que eram sombrios e cheiravam mal.

O autor destaca que é uma transferência de vida, de vínculos e histórias que pode gerar inseguranças para os profissionais, usuários e seus familiares. Fala ainda de uma mudança de processos de cuidados, da aproximação de um novo local de maneira cuidadosa, em que o vínculo com o usuário pode ser “emprestado” do serviço que encaminha para o que recebe.

Falar de transferência de cuidado é também falar de articulação de rede, de como esse território e esses serviços se conversam e alinham uma rede que possibilite a circulação desse usuário, garantindo tanto a continuidade do cuidado, como seus direitos.

A continuidade do cuidado para pacientes com transtornos mentais graves e persistentes depende da facilidade de acesso aos serviços (Tavares *et al.*, 2013). Essa continuidade impacta diretamente a qualidade de vida do usuário e de seus familiares.

A articulação em rede retém caráter relacional entre seus atores, sendo uma tecnologia de nível leve e de extrema importância. Merhy (1999) apresentam a tecnologia leve como uma estratégia para os processos relacionais entre os profissionais de saúde, os usuários e seus familiares, seja de forma individual ou coletiva, sendo um cuidado pautado na escuta, no acolhimento, no diálogo, no vínculo e no encontro de um com o outro, em ato, o trabalho vivo.

A articulação de rede se dá na prática, em ato, através de discussões, reuniões, atendimentos compartilhados, visitas compartilhadas, apoio matricial. Essas ações fazem com que as relações se estreitem e os serviços se conheçam, mostrando suas potencialidades e limitações.

O matriciamento (ou apoio matricial) se torna essencial para o fortalecimento da rede de cuidado, elaborando novas perspectivas na atenção psicossocial, estabelecendo vínculo, relações de confiança, disponibilidade e afetividade (Cortes *et al.*, 2014).

É um desafio efetivar a articulação de maneira “Oficial” e não “Oficiosa”, ou seja, garantir processos e relações institucionais que independam diretamente das relações pessoais, não ficando sujeitos a um processo de informalidade.

Silva (2025) pontua que organizar o cuidado compartilhado entre serviços como CAPS e o CER é bastante desafiador, já que são serviços que têm como base lógicas de cuidado e fluxos diferentes, colocando em xeque o cuidado integral.

Quando a rede estiver articulada, com atenção qualificada em todos os seus pontos, tanto os profissionais quanto os usuários estarão mais seguros para a promoção da alta, possibilitando que os indivíduos com transtorno psíquico sejam cuidados em seu território de vida, rompendo o estigma de que a atenção em saúde mental acontece apenas em serviços especializados (Guedes *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que a eficácia da rede está intrinsecamente relacionada à disponibilização de serviços que estejam alinhados com as responsabilidades específicas de cada instituição, levando em consideração fatores como a capacitação dos profissionais e a infraestrutura à disposição (Araújo; Veras; Varela, 2019, p. 95).

As equipes devem promover a alta do usuário dos serviços especializados, fortalecendo a construção de parcerias e relacionamentos em todos os pontos da rede a fim de assegurar uma transição efetiva ao sujeito, uma vez que usuários que não conseguem se vincular às equipes para as quais são transferidos têm maior dificuldade de adesão ao tratamento após a alta (Lin *et al.*, 2013).

Esse processo de transferência não é bem delimitado pelas diretrizes e possui muitas variáveis, como território, profissionais envolvidos, organização da rede e dos serviços; o que pode dificultar ou favorecer a circulação do usuário na rede e na manutenção do cuidado. Ademais, é um processo pouco descrito na literatura e que precisa ser pesquisado com maior profundidade.

Para Schiek (2021), não é possível formalizar um fluxo de transferência para o território único e uniforme, pois as ações de saída do CAPS devem estar em consonância com a vivência e o momento de cada usuário.

Aspectos como a falta de clareza das diretrizes operacionais, infraestrutura integrada, planejamento e avaliação dos serviços são considerados como principais barreiras para a transição do cuidado (Oliveira *et al.*, 2008)

As diretrizes e princípios que ordenam este cuidado são reforçados ao entendermos que a garantia da continuidade “se condiciona ao encaminhamento corresponsável e implicado da criança e/ou adolescente para a rede intra e intersetorial” (Richter *et al.*, 2022)

Richter e seus colaboradores (2022) também apontam a escassez de estudos que abordem a transferência de cuidado no campo da atenção psicossocial, mas especificamente sobre a ótica da infância e adolescência.

Importante atentar que a ausência ou um processo inadequado de transição de cuidados pode trazer consequências para a vida desses jovens adultos, como: interrupção ou abandono de acompanhamento de saúde, inadaptação, lacunas e desencontro de informações; desorganização na oferta de vagas e na gestão da atenção especializada; além de dificuldades do acesso aos direitos sociais, em virtude de dificuldades para obter documentação médica e social (Vidal *et al.*, 2025).

A transferência pode ocorrer não apenas em situações de “alta”, mas também em mudança de território ou limitações institucionais, como no caso da maioridade para o CAPS IJ.

4.4 A Transferência de cuidado do CAPS IJ para o CAPS Adulto

No CAPS IJ, quando um usuário completa 18 anos e atinge a maioridade, é findado seu período de permanência no serviço e a equipe se depara com a necessidade de realizar a transferência de cuidado para outro serviço. Vale ressaltar que, em casos específicos, podem mantê-lo até 24 anos, postergando esse processo.

Esse processo é muito complexo, pois significa a passagem da adolescência para a vida adulta, e essa singularidade não é algo apenas do indivíduo, mas da sociedade com construções sociais e suas subjetivas. Segundo Salles (2005), as etapas da vida se hierarquizam e o desenvolvimento adquire uma meta: tornar-se adulto, pois só o adulto sabe conduzir sua vida.

No final da adolescência ocorre a transição para a vida adulta, fase que representa um período de grande mudança, de múltiplas escolhas, entrada em novos papéis, além da sensação

de incerteza por causa do cenário socioeconômico. Já no caso dos jovens com deficiência, estas fases de transição podem igualmente traduzir-se num risco acrescido (Cheak-Zamora *et al.*, 2015).

Não é apenas uma mudança de serviço de atenção, existe uma mudança de um papel na sociedade, o adolescente que vira adulto. É uma transição de vida e transição ocupacional, entendendo que a singularidade do sujeito não é apenas um processo

Uma transição de vida é caracterizada como a descontinuidade ou interrupção do espaço e padrão de vida de uma pessoa, que pode levar à adaptação e alternância de papéis, hábitos, identidades, saúde, bem-estar e ocupações (Blair, 2000).

Para pessoas com autismo, a transição para a idade adulta representa um conjunto de desafios e possibilidades. O sucesso dessa transição depende não apenas do seu nível de funcionamento e autonomia, mas do suporte e apoio que terá.

O CAPS IJ, dentro da rede de saúde, tem a possibilidade de realizar a transferência de cuidado apenas para a UBS ou então incluir o CAPS Adulto nesse cuidado.

O CAPS IJ não realiza transferência de cuidado aos serviços da RCPD, embora possa ocorrer a discussão de caso entre os serviços, mas a inserção no CER, por exemplo, sempre é direcionada pela UBS e não por esse serviço de especialidades.

O critério de escolha entre UBS e UBS juntamente com CAPS não é muito claro, mas dependerá de muitas variáveis como a individualidade e a necessidade de cada usuário, a indicação ou não da necessidade de continuidade ao cuidado intensivo no CAPS de maneira integrada com a Atenção Básica ou ser acompanhado apenas pela Atenção Básica.

Essa escolha está intimamente ligada ao contexto em que esse usuário está inserido, se existe vulnerabilidade, suporte familiar, e ao território ao qual pertence. Então, não é algo estático e nem só protocolar, como deve ser o olhar em saúde mental.

Cabe reforçar que a oferta de assistência aos adultos com TEA, de literatura e de políticas públicas, é extremamente escassa, dificultando ainda mais esse processo de transferência de cuidado.

5 AUTISMO EM PALAVRAS

5.1 Autismo em Palavras (ou Transtorno do Espectro Autista)

O Autismo tem tido destaque no cenário mundial e nacional. Existem muitas discussões sobre o aumento da prevalência na população mundial, uma crescente mobilização de familiares e pessoas com TEA em busca de seus direitos à inclusão e assistência, além da grande atenção midiática.

Bialer e Voltolini (2022) apontam que o TEA ganhou ampla repercussão em nossa atualidade, interessando a mídia, as autoridades públicas, os vários profissionais envolvidos, mas, mais amplamente, o conjunto da sociedade, mesmo aqueles que não se encontram diretamente tocados pelo problema.

O primeiro trabalho científico publicado e reconhecido internacionalmente, descrevendo um conjunto de sintomas sob o nome de “distúrbio autístico do contato afetivo”, foi realizado por Kanner em 1943. Em 1988, Wing introduziu o conceito de “espectro autista”, concebendo o autismo como um complexo sintomatológico, ocorrendo num *continuum*, dependendo do comprometimento cognitivo (Goldenberg, 2012).

Durante muito tempo, perdurou no tratamento e na abordagem dos autistas uma leitura culpabilizadora dos pais. Baseados em diversas entrevistas e documentos da época, Donvan e Zucker (2017) relatam exemplos de diversas mães de autistas que, de modo a terem direito ao tratamento institucional do autismo, deveriam corroborar com a origem psicogênica do autismo relacionada a mães patológicas que produziram um trauma emocional em seus filhos.

Embora o autismo tenha ocupado lugar privilegiado no cenário contemporâneo, suas causas e modalidades de intervenção permanecem transitando entre o orgânico, o ambiental e o psíquico (Jerusalinsky *et al.*, 2013).

O autismo tem sido descrito de maneiras diversas de uma edição do Manual Diagnóstico (DSM), o que impacta tanto as publicações científicas quanto a representação social do autismo. Hassal (2016) analisa criticamente a tendência a se supor que a última classificação diagnóstica sempre é a melhor, aperfeiçoada por ser fruto do conhecimento científico adquirido naquele período, sinalizando a tendência de desconsiderar as “[...] descontinuidades [...]”.

Entretanto, First (2009) aponta que existe um consenso generalizado de que os sistemas de classificação provaram ter um enorme benefício no campo da psiquiatria, por terem a virtude de definir uma linguagem comum que permite aos clínicos se comunicarem de forma mais

efetiva uns com os outros e aos pesquisadores estabelecerem amostras de diagnóstico para estudo.

Hoje, na saúde mental, destacam-se duas classificações usadas no Brasil e reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais são: a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM em inglês).

O CID, atualmente na décima primeira edição (CID-11), é uma maneira de sistematizar as doenças. Essa classificação foi produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzida em 2022 pelo Ministério da Saúde juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Na décima edição do CID (CID-10) existia um código amplo denominado Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), que incluía Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, entre outros. O CID-11 não utiliza mais o termo “autismo” e TGD, mas cria um código chamado Transtorno do Espectro Autista. As subdivisões estão relacionadas à presença ou ausência de deficiência intelectual e aos aspectos de linguagem.

O DSM é um manual feito pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e ajuda a traçar diagnósticos de saúde mental. É um “[...] instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais.” (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Segundo o DSM V (2013), o Transtorno do Espectro Autista é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela dificuldade de comunicação e interação social, além de apresentar comportamentos repetitivos. Esses sintomas devem estar presentes desde o início da vida e limitam ou prejudicam o funcionamento diário.

O termo “espectro” remete à ideia de uma amplitude e diversidade, sendo assim, algumas pessoas com Transtorno do Espectro Autista podem apresentar dificuldades discretas e pontuais, mas outros prejuízos importantes na comunicação e em suas ocupações básicas, como atividades de autocuidado.

A heterogeneidade no TEA é uma das características do transtorno que torna complexo os processos de diagnóstico e tratamento. O diagnóstico pode ser dado tanto para aqueles casos de indivíduos que são oralizados e escolarizados, mas que apresentam dificuldades em compreender regras sociais, ironias e que se interessam demasiadamente por poucos tópicos específicos, quanto para aqueles indivíduos que não desenvolveram a linguagem, que apresentem rituais e comportamentos estereotipados e que necessitam de auxílio para se alimentar, se vestir, se banhar, entre outras necessidades básicas (Araújo *et al.*, 2019).

As classificações dentro do TEA são de acordo com o nível de suporte que necessitam, usando como critério a autonomia.

As pessoas nível de suporte 1 usam como forma de comunicação a verbalização, apresentam uma necessidade menor de suporte e, muitas vezes, mascaram seus prejuízos “copiando” o comportamento de pessoas neurotípicas. Entretanto, apresentam dificuldades de interação social e para seguir e compreender regras sociais.

Pessoas nível de suporte 2 apresentam comportamento social atípico, rigidez cognitiva, dificuldades de lidar com mudanças e interesse intenso por determinados objetos, pessoas ou temas. Apresentam déficits marcantes na conversação, com respostas reduzidas e dificuldades para iniciar a interação.

Já no nível de suporte 3, trata-se de pessoas que precisam de muito suporte, são ditas não verbais, com dificuldades importantes na independência e autonomia.

Esses sintomas devem estar presentes desde o início da vida e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Onzi; Gomes; 2015). Muitas pessoas com TEA apresentam prejuízos nas áreas de comunicação, independência/autonomia, motor e na interação social, impactando diretamente em seus papéis ocupacionais.

O diagnóstico de TEA é um diagnóstico clínico dado a partir da observação de comportamentos por profissionais e familiares. Existem também testes de rastreio validados no Brasil, como o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). Esse passou a ser obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, e, desde 2018, está incluído na carteirinha de acompanhamento da criança.

Como mostra Beck (2017), existem muitos estudos de prevalência no mundo, mas os números são bem diferentes, pois variam em metodologia usada, país e ano de realização. De acordo com a OMS, estima-se a prevalência global em 1,5% da população mundial.

O aumento dos casos de autismo tem sido consistentemente relatado ao longo dos últimos anos na literatura. Há apenas uma década se estimava a prevalência de uma criança a cada 110 nascimentos, ao passo que dados epidemiológicos atuais indicam uma a cada 68 (Schmidt, 2017).

Em 2011, foi realizado um estudo-piloto no Brasil, desenvolvido em um bairro com cerca de 20 mil habitantes na cidade de Atibaia, interior de São Paulo, que identificou a proporção de 1 autista para cada 367 crianças (Paula *et al.*, 2011). Informações do Censo Escolar no Brasil mostram que o número de alunos com TEA matriculados em classes comum aumentou 37,27% entre os anos 2017 e 2018.

Como não havia informações claras sobre a prevalência dessa população no Brasil, muitos artigos e pesquisas utilizavam dados de outros países, principalmente dos Estados Unidos, que, por meio do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), monitora a saúde da população americana e produz relatórios sobre a prevalência do TEA, realizando comparações históricas.

Segundo o CDC, a prevalência de crianças com TEA na faixa etária de 8 anos de idade aumentou de 1 para cada 150, em 2000, para 1 em cada 31 crianças, em 2022.

Com a publicação do Censo Demográfico de 2022, que incluiu em seu questionário da amostra uma pergunta específica sobre pessoas diagnosticadas com autismo naquela residência, identificou-se 2,4 milhões de pessoas, correspondendo a 1,2% da população brasileira.

Houve maior prevalência entre homens em relação às mulheres, como já demonstrado em diversos estudos publicados. Ao comparar os grupos etários, observou-se que a maior prevalência ocorreu entre crianças de 5 a 9 anos, correspondendo a 2,6% dessa população.

O aumento no número de pessoas diagnosticadas é um fenômeno multifatorial que reflete tanto mudanças nos critérios diagnósticos e maior conscientização social quanto possíveis influências ambientais e demográficas. Para Borges *et al.* (2024), o uso de ferramentas mais precisas permitiu que casos antes negligenciados fossem identificados, resultando em uma maior detecção do transtorno em suas diferentes manifestações.

Atualmente, tem-se percebido um aumento no número de pessoas diagnosticadas com esse transtorno, principalmente em países de alta renda, como mostra o estudo de André *et al.* (2020).

Salgado e seus colaboradores (2023) mostram que houve um aumento na incidência de autismo no Brasil, principalmente em comunidades mais vulneráveis socioeconomicamente. Os autores relacionam esse fenômeno a um maior acesso à saúde e aos investimentos realizados nos serviços pertencentes ao SUS.

Esse aumento na prevalência pode estar associado a fatores clínicos, como a ampliação nos critérios diagnósticos e alterações genéticas, bem como a fatores sociais, como maior conhecimento sobre a temática e uma maior acessibilidade aos serviços de saúde pela população.

Esse fenômeno exige atenção, pois suas implicações vão além das estatísticas: impactam diretamente a assistência em saúde e educação, as relações familiares, a participação e a inclusão na sociedade, além de demandarem a criação de políticas públicas voltadas às pessoas com TEA e seus familiares.

Para autores como Machado (2021), Barroso (2019) e Chamak (2019), o autismo ter se tornado uma “prioridade na agenda global de saúde mental”.

Para Nunes e Leite (2024), o autismo deve ser tratado como uma questão de saúde pública e precisa ser enfrentado como tal, considerando seus impactos sobre a rede de saúde e a necessidade de investimentos para sua atenção. Além disso, deve ser conhecido por todos os profissionais, a fim de que desinformações e preconceitos sejam combatidos.

5.2 Autonomia, Ocupações e Injustiça Ocupacional da Pessoa com TEA

A autonomia é um conceito amplo e que, a depender da definição, está relacionado ao conceito de liberdade, vinculado à participação social, ou simplesmente à capacidade de fazer escolhas.

O termo autonomia é derivado do grego *auto*, que significa próprio, e *nomos*, que significa lei, regra ou norma. A junção dos dois termos confere à ideia de autonomia o significado de autogoverno; autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetem sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais (Muñoz; Fortes, 1998).

A questão da autonomia está intimamente relacionada ao referencial da promoção da saúde, visto que a preocupação recai sobre a capacidade de cada sujeito fazer escolhas para alcançar sua própria saúde, em um movimento contínuo de emancipação (Andrade *et al.*, 2014). Neste trabalho, o conceito de autonomia está atrelado ao de ocupação, compreendido como a capacidade do sujeito de escolher e realizar ocupações significativas que expressem seus desejos.

A autonomia é algo caro para todas as pessoas, e para os portadores de TEA não é diferente. Vale ressaltar que a classificação em relação ao nível de suporte de pessoas com TEA está baseado nesse conceito.

Apesar de parecerem sinônimos, o conceito de independência é diferente do conceito de autonomia e, segundo Novo *et al.* (2022), é a capacidade que um indivíduo tem para realizar suas atividades de autocuidado e de vida diária, sem que alguém o ajude.

A vida humana constitui-se, em diversas dimensões, como um continuum de atividades (ocupações) nas quais se produz o sentido da própria existência (Quarentei, 2001). As ocupações estão diretamente relacionadas à autonomia e à independência. É por meio delas que se atribuem significado e sentido à vida, englobando as diversas atividades que as pessoas realizam em seu cotidiano, seja no cuidado de si mesmas, no convívio familiar ou na participação em suas comunidades (WFOT, 2012).

Na tabela a seguir, constam as ocupações dos adultos e suas descrições:

Quadro 2 - Ocupações de pessoas adultas

Atividade da Vida Diária (AVDs)	Atividades voltadas ao autocuidado como higiene corporal, vestir-se, alimentar-se, mobilidade funcional, entre outras.
Atividade Instrumental da Vida (AIVDs)	Atividades de apoio às AVDs dentro e fora de casa como preparar refeições, organização financeira, atividades e expressão religiosa, segurança, entre outras.
Descanso e Sono	Atividades relacionadas à obtenção de descanso e sono reparadores para apoiar a saúde e o envolvimento em outras ocupações.
Educação	Atividades necessárias para a aprendizagem e a participação no ambiente educacional.
Trabalho	Ocupações executadas com ou sem recompensa financeira.
Lazer	Atividade não obrigatória e prazerosa realizada durante o tempo livre.
Participação Social	Atividades que envolvam situações sociais com outras pessoas. Envolvem pares, familiares, amigos e comunidade.

Fonte: elaborado pela autora.

O Modelo de Ocupação Humana foi criado em 1970 por Gary Kielhofner e é baseado na ocupação. Tem um olhar holístico, considerando os fatores do usuário e da sociedade em que vive. Volição, habituação e desempenho ocupacional são elementos centrais dessa teoria.

Volição é o processo de motivação intrínseca que leva uma pessoa a escolher e se engajar em ocupações. Este componente é impulsionado por três fatores principais: causalidade pessoal (a percepção da própria capacidade e autoeficácia), valores (crenças e diretrizes culturais) e interesses (atração por atividades prazerosas ou satisfatórias).

Habituação é o processo pelo qual as atividades diárias são organizadas em padrões e rotinas consistentes. Essas rotinas são influenciadas por papéis sociais e moldam como o indivíduo interage com o ambiente.

Desempenho, ou habilidades de desempenho, se refere à capacidade motora, sensorial, cognitiva, intrapessoal e interpessoal desse sujeito que realiza aquela ocupação.

Esse modelo pode ser uma ferramenta conceitual que compreende a interação contextual entre as ocupações dos indivíduos e seus ambientes, em condições de *apartheid* ocupacional; é um conceito que envolve a restrição do engajamento em ocupações, devido à injustiça social (Kielhofner, 2008).

Muitos indivíduos com deficiência não estão participando dos domínios básicos da vida. Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem ter dificuldades em muitas áreas

funcionais básicas, como higiene pessoal, vestir-se, tarefas domésticas e gestão do dinheiro, pré-requisitos importantes para a autossuficiência e autonomia (Longo, 2022).

Essas dificuldades podem permanecer por toda a vida, exigindo a presença mais próxima dos cuidadores. Podem também diminuir, atingindo a autonomia e independência.

No âmbito da ciência ocupacional, para aprofundar a compreensão sobre o papel da ocupação humana, a partir da articulação entre os conceitos de justiça e ocupação humana, as autoras Wilcock e Townsend propuseram, em 1990, o conceito de justiça ocupacional (Nilson e Townsend, 2010).

Evidências demonstram, inequivocamente, que a ocupação é um determinante da saúde e do bem-estar humanos. Como determinantes sociais desiguais moldam a disponibilidade de oportunidades ocupacionais promotoras da saúde, terapeutas ocupacionais têm levantado a importância de abordar as injustiças ocupacionais (Hammell, 2020).

Cientistas ocupacionais defendem que os humanos são seres ocupacionais, por isso todos devem ter oportunidades e recursos equitativos para a participação apropriada em seus diferentes contextos, o que resultaria na criação de uma sociedade justa. A justiça ocupacional, portanto, prioriza “ocupações” significativas (Pereira; Magalhães, 2023)

A justiça ocupacional é definida pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (2020) como “[...] o acesso e a participação em toda a gama de ocupações significativas e enriquecedoras oferecidas a outros, incluindo oportunidades de inclusão social e recursos para participar de ocupações para satisfação de necessidades pessoais, de saúde e sociais”.

Sendo assim, a injustiça ocupacional ocorre quando a pessoa é negada, excluída ou privada da oportunidade de exercer ocupações significativas, ou quando as ocupações são impostas a ela, limitando assim, uma satisfação pessoal.

Existem quatro tipos de Injustiças Ocupacionais: 1) Alienação: sensação de isolamento ou estranhamento na realização das ocupações; 2) Privação: restrição prolongada da participação em atividades necessárias ou significativas devido a circunstâncias fora do controle individual; 3) Desequilibrada: estresse ou aborrecimento ligado ao nível inadequado de engajamento ocupacional; 4) Marginalização: ocorre quando o processo de tomada de decisão é retirado das pessoas que tentam participar das ocupações.

Situações de guerra, violência, racismo, capacitismo, machismo, adoecimentos e pessoas em cuidados paliativos podem estar associados à injustiça ocupacional, privação, alienação e marginalização.

O “*apartheid*” ocupacional também pode existir quando fatores como etnia, gênero, local de residência, status socioeconômico, idade, origem indígena e diagnóstico de condições

diferentes do câncer impactam no acesso equitativo e na justiça ocupacional (Keesing; Rosenwax, 2013).

Pessoas com autismo vivenciam injustiças ocupacionais desde o início de suas vidas. São privados de direitos e oportunidades, enfrentam desafios e preconceitos que dificultam a inclusão em vários espaços como escola e o mercado de trabalho.

A ocupação principal de uma criança é brincar, mas quando crianças com TEA são direcionadas a cargas horárias intensas de terapias, são impossibilitadas de brincar e, em muitos momentos até de dormir. Ademais, encontram barreiras em suas inserções no ambiente escolar e a ausência de materiais adaptados, dificultando uma inclusão efetiva.

Adultos com TEA experimentam participação social limitada, baixas taxas de emprego e falta de independência. (Barneveld *et al.*, 2014; Helles *et al.*, 2017; Howlin *et al.*, 2017; Shattuck *et al.*, 2012).

Leopoldino (2015) destaca que pessoas com TEA relatam três grandes dificuldades, no que se refere à inclusão no mercado de trabalho: dificuldade em conseguir emprego, em manter-se nele e a obtenção de uma colocação compatível com a sua formação e expectativas. Snell-Rood *et al.* (2020) pontua que essa população pode ser desconsiderada para possíveis trabalhos, por subestimarem suas capacidades.

A situação acima é um exemplo de capacitismo que está diretamente ligado à injustiça ocupacional. É um processo de opressão e preconceito através de atitudes intencionais ou não, que desvalida os pontos fortes dos sujeitos e potencializa as dificuldades. Esse fenômeno gera impactos importantes na possibilidade desse sujeito realizar ocupações que fazem sentido para ele.

O capacitismo pode ser entendido como o preconceito contra pessoas com deficiência, visto que a sociedade valoriza pessoas e corpos a partir de referências padronizadas, ou seja, àqueles que destoam da norma são negados os direitos de participação na sociedade, por meio de barreiras atitudinais (Starelli *et al.*, 2023).

Achados indicam que o capacitismo infantiliza e deslegitima as necessidades afetivo-sexuais de indivíduos autistas, reforçando sua invisibilidade social, dificultando o acesso a uma educação sexual adequada e contribuindo para comportamentos inapropriados decorrentes da falta de informação (Amarante *et al.*, 2025).

Camilozi e Couto (2025) pesquisando sobre lazer em jovens com autismo, perceberam que, em muitos momentos, essa ocupação não é vista como um tempo para se divertir e descansar, mas sim utilizada para atingir metas terapêuticas.

5.3 O Autista cresce e envelhece

Parece óbvio dizer que as pessoas com autismo crescem, se tornam adultas e depois envelhecem. Em cada uma dessas fases da vida, surgem atividades e ocupações distintas e que exigem do sujeito novas habilidades e funcionalidades. Há um impacto no sujeito nesse novo contexto de vida, explicitando dificuldades e potencialidades.

A sociedade se organiza em torno de fatores externos, como as idades e as expectativas sociais atribuídas a cada uma delas, regulando para cada período da vida um conjunto de direitos, deveres e obrigações (Merriam; Baumgartner, 2020).

Segundo Ruggieri (2022), nos últimos dez anos, tivemos pouquíssimos estudos sobre adultos, e somente ao reconhecer essa complexidade será possível alcançar melhor qualidade de vida para as pessoas com autismo e seus familiares. Grande parte dos estudos se debruçam a pesquisar sobre comorbidades psiquiátricas em pessoas com TEA adulto e sobre definições de diagnósticos na vida adulta (Ronzani *et al.*, 2021; Morais *et al.*, 2024).

O sofrimento psíquico em adultos com TEA e em seus cuidadores tem sido amplamente discutido, sobretudo em razão do número crescente de tentativas de suicídio nesse grupo. Além disso, muitas pessoas com autismo que tiveram suas dificuldades negligenciadas na infância buscam ajuda em serviços de saúde mental na vida adulta, em geral por apresentarem quadros de sofrimento associados a humor depressivo e ansioso. É nesse momento que muitas descobrem que são autistas.

Várias são as possíveis causas que geram intenso sofrimento nessa população, como a dificuldade de se relacionar, sentir-se um peso para cuidadores, dificuldades/barreiras de acesso, esgotamento emocional, sobrecarga sensorial, sentimento de não pertencimento, o cansaço por uso de “camuflagem” para tentar se adaptar a ambientes, frustrações, violência e vitimização, dentre tantos outros.

O desafio em saúde mental para esse público é evidente, uma vez que a prevalência de comorbidades psiquiátricas em adultos com TEA é elevada. A depressão é uma das condições de saúde mental comórbidas mais frequentes entre autistas (Hofvander *et al.*, 2009), e essa população apresenta três vezes mais chances de se envolver em comportamentos suicidas (Kölves *et al.*, 2021).

Indivíduos adultos com autismo podem apresentar desafios na compreensão de pistas sociais, na reciprocidade emocional e no estabelecimento de relações sociais significativas (Jones *et al.*, 2019). A persistência dessas dificuldades sociais pode influenciar significativamente a qualidade de vida e a integração social.

Poucos estudos se debruçam sobre a sexualidade, a identidade de gênero e a vitimização e violência direcionadas a essas pessoas.

Pessoas com autismo claramente vivenciam a sexualidade de uma maneira particular, com experiências únicas da percepção da sensualidade, o que está em dissonância com a educação sexual comumente orientada (Rocha *et al.*, 2022). Abordar o autorreconhecimento da identidade de gênero também é um benefício da educação sexual para indivíduos com TEA, considerando que questões íntimas podem trazer maior complexidade à experiência social dessas pessoas (Mendonça, 2022).

Em uma dissertação de mestrado realizada por Nascimento (2023), em Portugal, sobre preditores de vitimização sexual, identificou-se que estudantes universitários autistas têm uma probabilidade significativamente maior de sofrer vitimização sexual em comparação a seus pares não autistas.

Descobertas recentes destacam a gama de vitimização vivenciada por indivíduos autistas ao longo da vida (Libster *et al.*, 2022; Twyman *et al.*, 2010; Rumball *et al.*, 2025). Adultos autistas relataram taxas significativamente mais altas de violência em comparação com adultos não autistas. Isso incluiu assédio sexual, perseguição, violência sexual e violência física (Gibbs *et al.*, 2024).

Considerando a diversidade de questões que permeiam a vivência adulta do TEA, discutir estratégias adequadas à realidade individual é fundamental para a melhoria da qualidade de vida no processo de crescimento e envelhecimento (Laguna *et al.*, 2025).

6 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA PESSOAS COM TEA

As políticas públicas foram feitas para serem públicas, pois dizem respeito ao coletivo em sua acepção mais ampla e universal. Entretanto, não contemplam toda a complexidade de universos sociais, culturais e familiares.

No Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às pessoas com TEA aconteceu de maneira tardia, gerando uma intensa mobilização por parte de pais e familiares, culminando no surgimento de diversas associações na década de 1980. A proposta era produzir e compartilhar conhecimentos e experiências terapêuticas e educacionais no campo do autismo (Cavalcante, 2003 *apud* Oliveira *et al.*, 2017). Dentre elas, a Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo (AMA) em 1983 e a Associação de Pais de Autistas do Rio de Janeiro (APARJ), em 1985, se destacavam.

Apesar da inexperiência em relação à atuação social e política e das diferenças em termos financeiros, sociais e culturais, essas famílias se reuniram a partir daquilo que percebiam ser uma ‘angústia’ em comum: ser mãe e pai de uma criança diagnosticada com autismo num país marcado pelo desconhecimento do assunto (Lopes, 2024).

No início dos anos 2000, havia uma movimentação de setores na saúde para garantir o direito de crianças e adolescentes à saúde mental, entre elas, pessoas com TEA. Um exemplo foi a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes em 2004.

Com o lançamento de políticas públicas e o investimento em determinados serviços, o Ministério da Saúde demonstra uma preocupação legítima em oferecer diferentes tipos de tratamento para o TEA na rede de atenção. Esse aspecto do cuidado em saúde é fundamental, uma vez que indivíduos com TEA apresentam demandas variadas que requerem a atuação de diversos profissionais, ainda que essas demandas não se manifestem simultaneamente em um mesmo período da vida (Araújo *et al.*, 2019).

Vale destacar que, além das iniciativas em nível federal, existem ações estaduais, como a criação de linhas de cuidado específicas nos estados do Paraná e de São Paulo, bem como serviços especializados, entre eles o Centro TEA, na cidade de São Paulo, e o Centro de Apoio ao TEA, em Sarandi.

6.1 Diretrizes de atenção à reabilitação de pessoa com Transtorno do Espectro Autista

O movimento político criado principalmente pelos pais e familiares de autistas passou

a desenvolver ações e a exigir do poder público a criação de políticas públicas que garantissem a assistência dessas pessoas, diminuindo as barreiras de acesso.

Como resultado dessa luta, houve a promulgação da Lei n. 12.764 de 27 de dezembro de 2012. Conhecida também como Lei Berenice Piana, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012). A partir de então, a pessoa com autismo passa a ser considerada uma pessoa com deficiência para efeitos legais e assistenciais.

Assim, o Estado reconhece seu papel de garantir políticas públicas que apoiem as pessoas com TEA no exercício de sua autonomia, assegurando inclusão, proteção contra violações de direitos e o enfrentamento de barreiras socialmente construídas.

Como desdobramento dessa ação, em 2014 foi lançado o documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, elaborado para orientar as equipes da Rede SUS quanto ao cuidado à pessoa com TEA e sua família, nos diferentes pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). O documento evidencia a importância da detecção precoce, oferece indicadores comportamentais, instrumentos de rastreio e possibilidades de cuidado dentro da Rede especializada. Em contrapartida, apenas cita sobre a possibilidade de acompanhamento em outros pontos da rede, como na saúde mental e atenção básica, além de pouco explorar a assistência de adultos e idosos.

Um dos serviços centrais dessa rede é o Centro de Especialidades em Reabilitação (CER), ponto de atenção ambulatorial especializado que realiza diagnóstico, orientação, estimulação precoce e atendimentos específicos em reabilitação. O acesso ocorre por meio de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde. Assim, com essa legislação, as pessoas com TEA passam a receber apoio nesses serviços.

Os CERs são organizados conforme o número de modalidades de reabilitação que atende. Por exemplo, o CER II atende duas modalidades dentre as seguintes especialidades: auditiva, física, intelectual e visual. O CER IV é um serviço de maior complexidade e que atende todos os tipos de reabilitação.

6.2 Linha de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

Em seguida, no ano de 2015, foi lançado um documento chamado “Linha de cuidados para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2015).

Esse documento contextualiza o surgimento da RAPS, fruto da Reforma Psiquiátrica, reafirma os princípios ético-técnico-políticos da atenção psicossocial, apresenta uma construção histórica do diagnóstico de autismo até a definição atual de espectro e esclarece as diretrizes de cuidado. Também descreve uma rede ampliada de atenção e os principais métodos e abordagens amplamente utilizados na assistência a esse público, como a Integração Sensorial, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), o uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) e tratamentos de base psicanalítica. Esta última, que embasa grande parte do trabalho realizado nos CAPS, tem sido alvo de debates acerca de sua “eficácia”, o que, muitas vezes, resulta na desvalorização da potência desses serviços.

Além disso, o documento destaca a importância da articulação de redes intra e intersetoriais. Descreve como deve ocorrer a organização dos diferentes pontos da RAPS, como a atenção básica, os CAPS e os serviços de urgência, e enfatiza também a necessidade de parceria com os serviços da assistência social e da educação. Ressalta a importância da articulação com a RCPD, embora não detalhe como essa integração deve se efetivar. O texto segue os princípios da Luta Antimanicomial, adotando um modelo de cuidado em liberdade e de base comunitária, que rejeita o uso do diagnóstico médico como critério para definir o público-alvo das políticas públicas em saúde mental.

Por fim, esse documento parece um pouco contraditório quando valida práticas extremamente especializadas que, em sua grande maioria, são acessíveis apenas dentro da saúde suplementar e seguem a lógica biomédica.

6.3 Comparando os dois documentos

Os dois documentos convergem em relação a: 1) determinados princípios básicos envolvidos na terapêutica do autismo (tais como a promoção de autonomia, do aprimoramento do desempenho em atividades sociais e cotidianas, a inserção no mercado de trabalho e a integração no cenário comunitário); 2) valorização do papel dos familiares durante todo o programa de tratamento; 3) significativa importância do trabalho colaborativo e inter setorial; 4) defesa de direitos; e 5) detecção precoce e diagnóstico diferencial (Lima *et al.*, 2017).

Apesar das convergências, foram criados por áreas técnicas diferentes, partindo de premissas diversas a respeito da natureza do problema e dos modos e redes preferenciais de cuidado das pessoas com TEA no SUS (Rios, 2021).

Existe um embate teórico entre profissionais da rede de saúde mental e familiares ativistas. Os primeiros, alinhados à lógica do cuidado em território, defendem a potencialidade

da escuta e do cuidado orientado pelo sofrimento, e não pela lógica biomédica centrada no diagnóstico. Já os segundos buscam cuidados mais especializados, ofertados em serviços específicos e estruturados a partir do diagnóstico.

Quadro 3 - Comparação entre os documentos: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TEA e Linha de Cuidado para a pessoa com TEA e suas famílias na RAPS.

Itens Comparativos	Diretrizes	Linha de Cuidado
Eixo Central	A Rede de Pessoa com Deficiência é o ponto central desse documento; embasa-se na legislação sobre deficiência.	A Rede de Atenção Psicossocial é o ponto central; embasa-se nas legislações sobre saúde mental e da pessoa com deficiência.
Organização da Rede	Fluxo predefinido para os serviços de especialidade, através do encaminhamento da atenção básica.	Acesso ao serviço de especialidade da rede de maneira espontânea e sem fila de espera; potencialização da rede ampliada
Consulta Pública	Não houve a consulta pública.	Documento criado a partir de uma consulta pública.

Fonte: Oliveira *et al.* (2017).

Segundo Oliveira e seus colaboradores (2017), não foram encontrados pontos de discordância fundamentais entre os dois documentos. As divergências ficam evidentes quando se materializam na esfera política, nas disputas pela alocação de recursos relacionados a dispositivos clínicos e diagnósticos.

Existe uma falta de consenso com relação aos melhores tratamentos a serem disponibilizados na rede pública, especialmente considerando-se a crônica escassez de recursos, a amplitude de condições que se encaixam no espectro do autismo e as dificuldades inerentes a situações de vulnerabilidades social e econômica da grande maioria das famílias (Rios, 2021).

Em ambos os documentos não são explicitadas as formas de aplicação e os critérios de elegibilidade das metodologias terapêuticas relacionadas à assistência às pessoas com autismo. A Diretriz se concentra em ações de cuidado com base em terapêuticas de habilitação/reabilitação, executados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual é atribuído um papel estratégico (Oliveira *et al.*, 2017).

Destaca-se, em ambos os documentos, a ausência de estratégias específicas e de visibilidade direcionadas aos adultos e idosos com TEA. Embora reforcem a importância da intervenção precoce, tratam apenas de forma pontual das necessidades relacionadas ao lazer, ao mercado de trabalho e à assistência voltada às pessoas mais velhas.

Segundo Bussinger e Penna (2020), a realidade das pessoas com TEA e de suas famílias ainda é marcada pela exclusão e até mesmo pela invisibilidade, especialmente no caso de adultos autistas que vivem à margem das políticas públicas atuais.

Assim, não existe uma definição de modelo assistencial a ser seguida pelo Ministério da Saúde, pela qual os profissionais inseridos nos CAPS, UBS e CER devam se orientar. Os critérios de cuidado nesses serviços tornam-se nebulosos, e a forma como essas duas políticas dialogam e se complementam passa a ser construída conforme a compreensão de cada território.

6.4 Alinhando o cuidado de Pessoas com TEA

Em setembro de 2025, na semana do Dia Nacional da Luta da Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde (MS) lança “Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista-TEA”. Esse documento surge com o objetivo de integrar o cuidado dessas pessoas no SUS.

Esse documento recente responde a algumas inquietações existentes acerca de como se daria a articulação entre os serviços da RAPS e da RCPD e de qual seria a diretriz de cuidado adotada pelo Ministério da Saúde, aspectos que impactam diretamente o investimento público e a formação de profissionais. Ademais, o documento admite que o cenário atual ainda evidencia desigualdades no acesso a serviços especializados, que existe uma carência de profissionais qualificados e uma dificuldade na articulação entre os diferentes níveis de atenção e setores envolvidos no processo de cuidado.

O documento ainda conta com três pontos-chave que o sustentam: assistência precoce, fluxo de cuidado entre os serviços e articulação de rede; e investimento financeiro.

a) Assistência precoce: O público-alvo dessa publicação está na primeira infância. O cerne é o diagnóstico precoce e a intervenção precoce. Mesmo destacando que “O autismo é uma condição vitalícia e seu impacto pode variar ao longo da vida [...], reconhece que os desafios são persistentes, especialmente nos contextos sociais e ocupacionais, sobretudo na vida adulta” (Brasil, 2025).

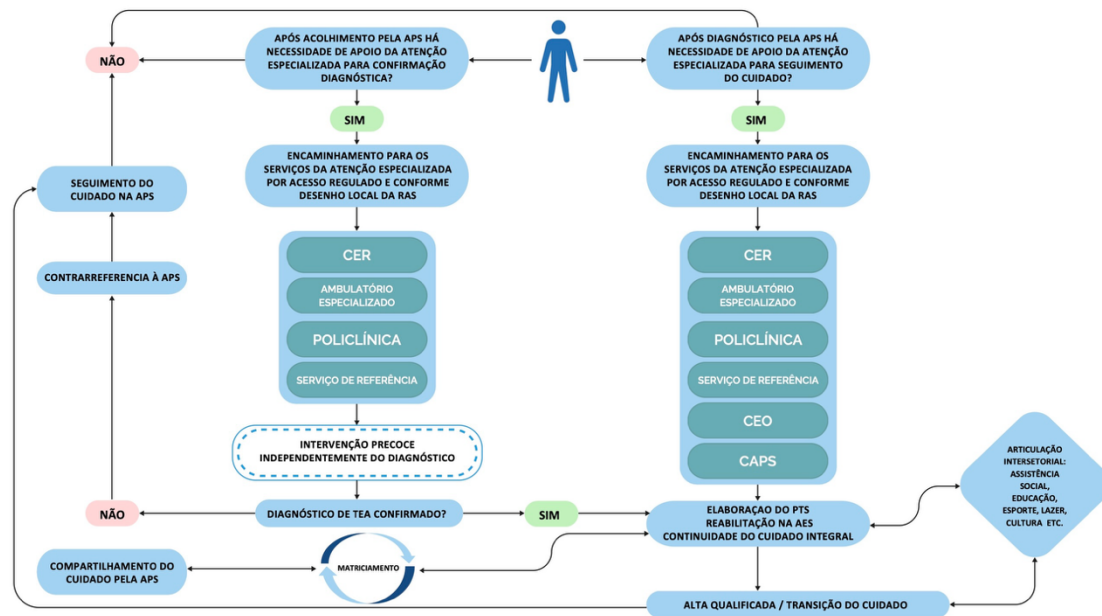
Pontua ainda sobre a importância da UBS nas implicações clínicas inerentes ao envelhecimento, e sobre comorbidades psiquiátricas, mas não explora sobre a assistência nos serviços especializados, como CER ou CAPS Adulto.

b) Fluxo de cuidado e Articulação de Rede: A atenção básica deve funcionar como a ordenadora do cuidado, acompanhando de maneira longitudinal e coordenando, juntamente com os serviços especializados existentes no município, a assistência. O acompanhamento deve ser baseado nas necessidades individuais, considerando o impacto da deficiência sobre a funcionalidade do indivíduo, bem como fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais (Brasil, 2025).

Determina, diferentemente dos outros documentos, o critério técnico para a inclusão dos usuários nos serviços de especialidade. O CER atenderá demandas de reabilitação; e, no CAPS, ocorrerá o acompanhamento de situações em que haja suspeita ou confirmação de sofrimento psíquico. Nas cidades em que apenas um desses equipamentos exista, esse será responsável pelo cuidado.

Em cidades em que coexistem CER e Caps, não se justifica a exclusão de nenhum desses dispositivos do fluxo assistencial destinado às pessoas com TEA. Há uma necessidade imperativa de que ambos os dispositivos aprimorem seus recursos de trabalho compartilhado, de modo a evitar exclusões (Brasil, 2025).

Figura 1 - Fluxo de atendimento de Pessoa com TEA



Fonte: Brasil (2025).

Nesse fluxograma, identifica-se que os casos são acolhidos pela UBS e encaminhados para outros pontos da Rede. A UBS pode realizar o diagnóstico ou encaminhar a pessoa para serviços de atenção especializada, a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico após a intervenção precoce.

O CAPS não integra os serviços responsáveis pela confirmação diagnóstica, tampouco pelo primeiro momento de assistência. Além disso, o fluxograma não esclarece qual é o percurso destinado às pessoas adultas que ainda não possuem diagnóstico.

Após o diagnóstico confirmado pelos serviços de especialidades e/ou pela UBS, é pensado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), dando continuidade na AES, ou transferindo o cuidado para a UBS.

Apesar de o CAPS não integrar os serviços especializados de diagnóstico, sua característica de atendimento por demanda espontânea, em contraste com o CER, que depende de encaminhamento pela UBS e, em muitos casos, possui fila de espera, faz com que esse fluxograma possa, na prática, reduzir-se a uma única coluna..

c) Investimento financeiro: no lançamento desse documento, foi anunciado o investimento de 72 milhões de reais voltados para a RCPD em 18 estados brasileiros. Não houve a sinalização de investimentos na área da saúde mental.

Considerando esses dados e a data em que esse documento foi lançado, entende-se que o Ministério da Saúde pode estar direcionando novamente sua atenção aos serviços de reabilitação.

7 TRABALHADORES DE CAPS COMO “EFETIVADORES” DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A participação dos trabalhadores foi essencial para a criação da Lei 10.216 de 2001, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica. Depois dela, houve a criação da RAPS, dos CAPS, das linhas de cuidado que dão o tom de como a assistência deve acontecer dentro do SUS.

Os CAPS são constituídos por uma equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

A quantidade de profissionais da equipe mínima de um CAPS irá variar de acordo com a sua modalidade, mas todos contam com a presença de médico (preferencialmente psiquiatra ou clínico geral com especialização em Saúde Mental), profissionais de ensino médio (técnicos de enfermagem, profissionais do setor administrativo, oficinairos) e profissionais de ensino superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, pedagogos ou educador físico). Os CAPS IJ podem contar ainda com fonoaudiólogos e pediatras especialistas em Saúde Mental.

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente; esses profissionais devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolvendo projetos terapêuticos, de maneira a trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhando do espaço de convivência do serviço (Brasil, 2004).

O conceito de co-ocupação não é ainda muito bem estudado e compreendido. É baseado na literatura interdisciplinar, fruto do interesse dos cientistas ocupacionais pela dimensão social e interativa da ocupação. As co-ocupações são as mais interativas de todas as ocupações sociais (Pierce, 2009)

O engajamento entre ocupações permite a criação de propósito e significado, assim, significado e experiência compartilhada constituem partes essenciais da co-ocupação (Pickens; Pizur-Barnekow, 2009; Pierce, 2009). As co-ocupações abrangem atividades diárias com propósito e significado (Pickens; Pizur-Barnekow, 2009).

Esse conceito surgiu para estudar a relação entre pais e filhos, tendo como critérios básicos a fisicalidade, a intencionalidade e a emocionalidade, bem como seus impactos no desenvolvimento infantil. Entretanto, alguns estudos passaram a ser produzidos com o objetivo de ampliar esse olhar.

Considera-se que as co-ocupações são flexíveis no desempenho co-ocupacional e, dessa forma, uma ocupação engajada por apenas uma pessoa pode, com a adição de outra, evoluir para uma co-ocupação (Pizur-Barnekow; Knutson, 2009)

Pode-se, então, compreender que, no contexto do CAPS, há vivências de co-ocupação, pois o coletivo está sempre implicado no “fazer”. Essas vivências se expressam em construções coletivas desenvolvidas por meio de oficinas, grupos e intervenções no território, todas baseadas no vínculo terapêutico.

As estratégias ligadas à co-ocupação podem ser uma ferramenta potente na construção de projetos terapêuticos, favorecendo experiências concretas e significativas, e potencializando as relações.

O trabalho em equipe dos profissionais de saúde mental em um CAPS também pode ser compreendido sob a ótica da co-ocupação. Grande parte das ações é realizada no coletivo, envolvendo engajamento mútuo, cooperação, escuta sensível e vinculação tanto entre os próprios profissionais quanto entre profissionais e usuários.

As equipes dos CAPS operam diferentes instrumentos de trabalho, recursos materiais e conhecimentos especializados de distintas áreas profissionais. Utilizam diversas técnicas (como oficinas artísticas, culturais, educativas e de geração de renda; grupos terapêuticos; consultas médicas, de enfermagem e de psicologia) e são, elas próprias, simultaneamente meios/recursos e agentes do processo de trabalho.. Nos CAPS, todos os agentes e meios necessitam ser coordenados com a finalidade de transformar o “objeto” de trabalho, os usuários dos CAPS, realizando a reabilitação psicossocial (Milhomem; Oliveira, 2007).

É crucial evidenciar o quanto a participação dos trabalhadores é essencial para a criação e a efetivação dessas políticas públicas. Os trabalhadores do CAPS, mas não só eles, são agentes de cuidado que, de fato, operacionalizam e efetivam as políticas de saúde mental das esferas federal, estadual e municipal.

O conceito de “burocratas de nível de rua” foi criado por Lipsky na década de 1980 e se refere aos funcionários e profissionais que atuam em serviços públicos em uma esfera ampla como na segurança pública, saúde e educação, interagindo diretamente com os usuários desses serviços e contribuindo para a implementação das políticas públicas.

As decisões dos burocratas de nível de rua, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com as incertezas e pressões no trabalho tornam-se efetivamente as políticas públicas. Esses profissionais desenvolvem técnicas para garantir que o serviço seja feito e mediam a relação entre o Estado e os cidadãos.

Lipsky (1980) aponta a importância do estudo desses burocratas, afirmando que são o foco da controvérsia política na medida em que são pressionados pelas demandas de serviço para aumentarem a efetividade e a responsividade; ao mesmo tempo, são pressionados pelos cidadãos para aumentarem a eficiência e a eficácia. São esses agentes que determinam o acesso do público a direitos e benefícios governamentais e é por meio deles que a população consegue acessar a administração pública.

Segundo Lotta (2010), há duas razões centrais para denominar a controvérsia política nos serviços públicos: a primeira razão é que todo o debate sobre o escopo e o foco dos serviços públicos diz respeito diretamente ao debate sobre o escopo e a função exercida pelos trabalhadores; a segunda razão é que os agentes de rua têm grande impacto na vida das pessoas, na medida em que socializam o espaço na comunidade e geram expectativas sobre os serviços públicos, determinam a elegibilidade dos cidadãos para acessarem benefícios ou receberem sanções e dominam a relação institucional dos cidadãos com o Estado.

Como afirma Arretche (2001), há uma grande distância entre os objetivos e o desenho concebido originalmente pelos formuladores das políticas públicas e a tradução de tais concepções em intervenções públicas.

No cotidiano, os trabalhadores do CAPS são os responsáveis por efetivar a Reforma Psiquiátrica, precisando se reinventar em um contexto desafiador. Os problemas vivenciados, por vezes, transcendem sua formação, muitas vezes protocolar, e até mesmo as condições materiais disponíveis para a realização do trabalho. Transcendem também seus valores e suas crenças.

Esse “poder”, relatado por Lotta (2010) em relação à elegibilidade, pode ser associado ao processo de admissão de usuários em serviços de especialidade, como os CAPS, tanto no processo de transferência de cuidado quanto no acolhimento inicial. São os trabalhadores os responsáveis por determinar a elegibilidade dos usuários para a inserção ou não nesses serviços.

A inserção de pessoas com TEA nos CAPS, principalmente no CAPS Adulto, é permeada por diversos fatores, que dependem, em grande parte, das percepções, bases teóricas, capacidade de articulação e conhecimentos sobre políticas públicas dos profissionais. Sendo assim, existe um número crescente de pessoas buscando informações, diagnósticos e tratamento para pessoas com TEA sendo direcionadas aos serviços públicos de saúde, bem como um número crescente de profissionais responsáveis por efetivar as políticas públicas.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da análise realizada a partir das entrevistas, cinco eixos temáticos foram definidos para a apresentação dos resultados: (1) perfil dos profissionais participantes; (2); o processo de transferência de cuidados; (3) os critérios de inserção no CAPS adulto; (4) a articulação de Rede como “pano de fundo”; e (5) sugestões dos trabalhadores para melhor assistência a esse público.

8.1 Caracterização dos profissionais

Esse estudo contou com a participação de dezoito (18) profissionais de seis categorias diferentes, desses, dois (02) foram excluídos da pesquisa por não contemplarem os critérios de seleção como formação superior ou não atuação no momento da entrevista em CAPS IJ e/ou em CAPS Adulto.

Para preservar a identidade dos participantes, os profissionais foram identificados de acordo com a categoria de CAPS em que trabalham, sendo A os profissionais do CAPS Adulto e I os profissionais do CAPS IJ. Logo depois, foi incluída a numeração de acordo com a ordem de participação.

A idade varia entre 30 e 51 anos, o tempo de formação superior varia entre 4 e 28 anos. Quatro (04) participantes são do sexo masculino e doze (12) do sexo feminino.

Sobre a formação acadêmica, houve a presença de dois (2) Assistentes Sociais, três (3) Enfermeiras, duas (2) Fonoaudiólogas, quatro (4) Psicólogos, dois (2) Psiquiatras e três (3) Terapeutas Ocupacionais. Desses profissionais, dois (2) ocupavam o cargo de gestão no momento da entrevista.

Todos os profissionais entrevistados detêm um diploma de especialização em Saúde Mental. Desses, dois (2) possuem a titulação de Mestre e um (1) é aluno de Mestrado. Nenhum entrevistado realizou alguma formação específica em TEA.

Em relação a atuação profissional, sete (7) trabalham em CAPS Adulto, oito (8) em CAPS IJ e um (1) profissional nos dois serviços simultaneamente. Desses trabalhadores, treze (13) profissionais atuam na cidade de São Paulo, dois (2) na cidade de Guarulhos, um (1) na cidade de Suzano e um (1) trabalha na cidade de São Paulo e na cidade de Guarulhos de maneira simultânea.

Por fim, dois (2) profissionais atuam em serviços administrados diretamente pela prefeitura e todos os outros atuam em serviços administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A seguir, a Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes dessa pesquisa:

Tabela 1 - Caracterização dos Participantes da pesquisa

Participante	Formação	Tempo de Formação (anos)	Município de Atuação
A1	Terapeuta Ocupacional	12	São Paulo
A2	Assistente Social	28	São Paulo
A3	Enfermeira	14	São Paulo
A4	Psicóloga e Gestora	12	Guarulhos
A5	Psicóloga	12	São Paulo
A6	Terapeuta Ocupacional	23	São Paulo e Guarulhos
A7	Psiquiatra	09	São Paulo
A8	Psicólogo	10	São Paulo
I1	Enfermeira e Gestora	04	Suzano
I2	Fonoaudióloga	08	São Paulo
I3	Psicóloga	08	São Paulo
I4	Assistente Social	20	São Paulo
I5	Fonoaudióloga	08	São Paulo
I6	Enfermeira	13	São Paulo
I7	Psiquiatra	04	São Paulo
I8	Terapeuta Ocupacional	05	São Paulo

Fonte: elaborado pela autora

8.2 Processo de transferência de cuidado e suas peculiaridades

O processo de transferência de cuidado é o tema central dessa dissertação. Um processo institucional que envolve principalmente dois serviços, o CAPS IJ como serviço que direciona o usuário e o CAPS Adulto, que recebe esse usuário e tem como responsabilidade a continuidade do cuidado em Saúde Mental.

Sendo assim, as entrevistas com profissionais desses dois serviços forneceram um pequeno panorama de como é visto esse mesmo fenômeno em diferentes papéis. Portanto, essa temática foi dividida entre relatos de profissionais do CAPS IJ e relatos de profissionais do CAPS Adulto.

Quando esse jovem com TEA acessa o CAPS Adulto, vindo através da transferência de cuidados do CAPS IJ (ou mesmo por demanda espontânea), o profissional que o recebe realiza o acolhimento e entende se existem critérios para inserção nesse serviço ou se ele será direcionado para outro espaço de cuidado. Sendo assim, os critérios de inserção no CAPS Adulto é uma variável a ser discutida.

8.2.1 Transferência de Cuidados pelos Profissionais do CAPS IJ

O CAPS IJ, dentro desse processo, é o serviço que avalia para onde o usuário com TEA que está sendo assistido por eles será direcionado. Nesse sentido, I4 relata: “Não tinha recordação de nenhuns casos que a gente tem feito a transferência do IJ para o Adulto”. Já I3 admite: “São poucos os casos, eu acho.” I6 corrobora com os outros participantes: “Não são muitos casos que vão para o CAPS Adulto, porque fica pro APD, para a atenção básica”.

De acordo com esse recorte, os profissionais indicam que o processo de transferência de cuidado de pessoas com TEA para o CAPS Adulto não é um fenômeno muito frequente em suas práticas.

I6 apresenta como possibilidade de continuidade do cuidado outros equipamentos como a UBS ou o Apoiador da Pessoa com Deficiência (APD). I3 relembra sobre os critérios: “Para adulto o critério de gravidade, tanto do caso quanto da família.” I8 complementa: “E aí a gente tem tentado fazer bastante parceria e conversas com as UBS, porque nem todos os casos de TEA tem que estar aqui no CAPS Adulto.” I6 ainda enfatiza: “A UBS sim é responsável pelo cuidado também da pessoa com TEA.... O CAPS fica pros casos graves [...] acho que se tem prejuízos, com certeza seria para CAPS Adulto” I2 ressalta: “Quem não vai para o Adulto, talvez nem precisasse ficar no IJ até os 18 anos, mas que também acaba ficando. Tem alguns momentos que esgota, mas já está lá no IJ.”

Essas falas sinalizam que o critério de gravidade, tanto em relação à sintomatologia desse jovem quanto em relação a marcadores sociais podem ser um dos motivos para que o CAPS Adulto seja acionado.

Além disso, alguns casos, como sinaliza I6, que poderiam já ter sido direcionados para a UBS, ficam no CAPS IJ e quando eles são convocados a pensar na continuidade do cuidado aos 18 anos, entendem que a gravidade já não existe mais.

A relação entre o CAPS IJ e CAPS Adulto, além da expectativa por parte dos trabalhadores do IJ quanto a se os trabalhadores do Adulto aceitarão ou negarão a entrada dessas pessoas, fazem parte de relatos que aparecem com frequência na entrevista como fatores que

impactam a escolha. I6 declara: “Acho que agora mais [se sente mais segura em transferir ao CAPS Adulto], acho que agora tem se falado mais, mas antes não, pensava que o fim era aqui [CAPS IJ].” “Quanto mais proximidade, quando mais vínculo a gente tem entre as equipes [CAPS IJ e CAPS Adulto], mais segurança a gente se sente de conseguir compartilhar o cuidado e depois transferir em um outro momento”, relata I5. “Eles são bem receptivos com esse público. Porque assim, nós estamos no mesmo prédio, então todas as ações têm os dois CAPS juntos, né”, complementa I1. Já I8 admite: “A gente sabe que o CAPS adulto não vai pegar, o Adulto pega o que é grave e não crônico... não entra, a gente já sabe... Eu acho que eu tenho uma certa insegurança, por isso eu nem tento.”

Os entrevistados I6, I5 e I1 relatam que, no território em que atuam, sentem-se seguros em realizar a transferência de cuidado para o CAPS Adulto e que a proximidade, muito provavelmente gerada por discussões compartilhadas, pode ser o motivo disso. Já o trabalhador I8 percebe que, em seu território, o CAPS Adulto provavelmente não aceitará os usuários com TEA, sendo assim, prefere não investir nesse processo.

Quando se fala sobre a articulação de rede dentro da RAPS, a maioria dos estudos se debruça a estudar sobre os serviços CAPS, em relação à atenção básica, tendo como pano de fundo o apoio matricial. Entretanto, estudos mostram que as articulações entre CAPS são escassas.

É de extrema importância que os CAPS e as equipes da APS trabalhem de maneira integrada, compartilhando a responsabilidade pelos casos e garantindo maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico

Ademais, como visto nessas entrevistas, os trabalhadores mostram que a relação entre o CAPS IJ e o CAPS Adulto pode impactar na assistência ao usuário e no fortalecimento da rede de saúde mental. Avançando nessa discussão, a relação entre o CAPS Adulto e o CAPS AD pode também impactar nos mesmos aspectos quando se pensa em pessoas com sofrimento psíquico intenso e que fazem um uso problemático de substâncias psicoativas.

8.2.2 Transferência de Cuidados sob a ótica dos Profissionais do CAPS Adulto

De acordo com os trabalhadores do CAPS Adulto, a transferência de cuidado do CAPS IJ para o CAPS Adulto de pessoas com TEA não é algo tão frequente. Esse achado condiz com a percepção dos profissionais do CAPS IJ entrevistados nessa pesquisa, o que se revela um dado bem importante, já que se sabe que a prevalência de pessoas com TEA é alta em nosso país e que o CAPS é um dispositivo de cuidado para esse público.

As seguintes falas evidenciam isso: “são raros os casos, eles [CAPS IJ] normalmente acham que já estimularam, eles pensam que já foi feito o que tinha que ser feito nos CAPS e eles pouco são encaminhados para uma continuidade no CAPS Adulto.” afirma A4. A7 complementa: “olha, faz tempo que eu não atendo ou fico sabendo de um caso novo de autismo que está sendo acompanhado pelo CAPS [adulto].” A5 corrobora: “Então na verdade não tem muitas inserções que eu saiba.”

A maneira como esse processo se dá varia de acordo com o território, com os profissionais envolvidos e o usuário/familiares em questão. De maneira geral, esse processo é visto como algo cuidadoso, envolvendo discussões e contribuições entre serviços. Apenas o entrevistado A1 relata o envio de encaminhamentos por escrito, usando de uma lógica mais burocrática.

A estratégia mais utilizada são as discussões entre equipes. Habitualmente, se usa as reuniões de matriciamento para discutir a transição desse usuário, com a presença dos serviços CAPS, a atenção básica e, em alguns territórios, os serviços da RCPD como APD e CER. Outros relatos trazem reuniões apenas entre CAPS IJ e CAPS Adulto. Não fica muito claro quais os critérios usados para essa distinção. Uma hipótese para que isso aconteça é a de que, usuários que são mais assistidos pela UBS ou que estão inseridos em outros serviços exijam uma discussão mais ampliada. Nesse sentido, A5 explica: “alguns casos eles trazem na discussão de matriciamento, outros eles levam até o CAPS, dependendo do caso, mas não foram muitas vezes.”

Além dessas discussões, atendimentos compartilhados (no CAPS IJ ou no CAPS Adulto) e visitas domiciliares compartilhadas são dispositivos usados nesse processo. Esse último está mais atrelado a usuários que, de alguma maneira, apresentam pouca circulação pelo território e presença no CAPS IJ.

Um achado dessa pesquisa é que muitos usuários com TEA do CAPS Adulto não chegam ao serviço através da transferência de cuidado pelo CAPS IJ, mas sim por busca espontânea. As participantes A1, A4 e A5 ressaltam que essa busca está ligada a outras apresentações do sofrimento psíquico, como ideação suicida ou humor deprimido, e que esses usuários recebem o diagnóstico lá. “Às vezes pode ser uma via de chegada no CAPS Adulto, que não é necessariamente pelo CAPS IJ, pode chegar também por questões, mais de fato de saúde mental, de sofrimento psíquico.”, explica A5.

A5 conta ainda que é profissional de referência de dois usuários nessa situação, um que chegou devido a uma tentativa de suicídio e outro por pensamentos de morte. “É muito mais uma população que a gente acaba descobrindo, fazendo o diagnóstico já enquanto adulto.”,

relata A4. “Tenho pacientes que receberam diagnóstico tardio [...]. Um homem veio no CAPS por uma questão de tentativa de suicídio e um quadro de depressão.”, conta A1.

A4 também aponta que diagnósticos podem ser mudados, ao relatar que jovens chegam ao CAPS Adulto com diagnóstico de esquizofrenia, mas quando os profissionais se apropriam melhor do caso, conversando com familiares e oferecendo escuta qualificada, entendem ser uma pessoa com autismo. Essa confusão pode ser dar porque, nos dois sofrimentos, o isolamento social é uma marca. Entretanto, o autismo é uma condição desde o início da vida e, por isso, informações sobre a infância são determinantes para esse diagnóstico diferencial. “Chegou a ser dado um diagnóstico de até F20 [esquizofrenia segundo o CID 10], assim em algum momento, e depois chegou a se entender essa mudança de diagnóstico.”, relata A4.

Paes (2024), em sua pesquisa de mestrado, discute sobre a importância desse diagnóstico ser dado a adultos, mesmo que de maneira tardia, possibilitando uma maior compreensão por parte dessas pessoas em relação aos seus sofrimentos, bem como o acesso a políticas de garantia de direitos e a estratégias individuais que favoreçam sua inclusão.

A partir desse novo conjunto de informações oriundas da descoberta, esses usuários se permitem rever e compreender melhor o funcionamento ideal das coisas para si. Essa situação foi percebida como sendo um retorno a si mesmos, ou ao menos uma permissão para isto, assim, as estratégias tornaram-se mais claras e nítidas quanto à possibilidade de aumento da qualidade de vida e bem-estar (Paes, 2024).

8.2.3 As diferenças entre CAPS IJ e CAPS Adulto e suas implicações na transferência de cuidado

A saúde mental da infância e da vida adulta envolvem diferentes dimensões. A criança ocupa um papel social diferente do adulto, a família ocupa um papel central no cuidado desse usuário, cujas principais ocupações são o brincar, as atividades de autocuidado e a escola. Sendo assim, o CAPS IJ deve olhar para todos esses fatores. Já na vida adulta, as ocupações mudam e o cuidado envolve outras dimensões.

porque é um momento, esse momento de transição para vida adulta já é muito delicado. e acho que o paciente tem uma expectativa de continuidade do cuidado, principalmente quando já vem de muitos anos do CAPS, ele tá acostumado com aquela lógica de ser acompanhado muito de perto e aí bom, CAPS adulto e aí a meu Deus, estou perdido no mundo, jogado aqui. (I7, 2025).

A mudança da adolescência para a vida adulta, como já descrito nesse trabalho, é bastante marcante, como relata I7. Quando nosso olhar é centralizado nas pessoas com TEA, esse processo pode ser ainda mais delicado. Através das entrevistas, algumas diferenças foram mostradas, sugerindo, inclusive, o quanto elas podem impactar no processo de aceitação da transferência de cuidados. A família e a configuração das diferentes clínicas em saúde mental foram os principais destaques.

As famílias e os cuidadores são um dos atores principais, não só na articulação para que esses usuários permaneçam nos CAPS, mas também como pessoas que favorecem ou negam a inserção de adultos com TEA no CAPS Adulto. I6, ao falar que antes o CAPS IJ não fazia a transferência de usuários já adultos, mas que, com o tempo, os profissionais entenderam que essa ação era necessária, relata: “Foi difícil pra família, foi difícil pra gente, foi difícil para a rede, foi um trabalho.” “Na verdade, a resistência é mais por parte dos pais. Como assim, ele vai para o adulto? E muitos não vem para o acolhimento e preferem ir para a UBS”, explica I1.

Nesse contexto, I6 ainda explica: “O desafio não é só entre a equipe [CAPS IJ e CAPS Adulto], eu acho que os familiares também sentem uma insegurança, um medo de mudar de clínica... Porque infantil é muito materno.”. “Muitas vezes o familiar não quer que fique aqui [CAPS Adulto], tem medo do paciente ser agredido e então abandona e vai para a UBS”, conta A2. “A família diz que o outro lugar [CAPS Adulto] para acompanhar não vai ser igual.”, complementa I2.

As falas de I6, I1, I2 e A2 evidenciam insegurança e até mesmo a recusa por parte da família ao ser direcionada ao CAPS Adulto. Esse processo ocorre devido à mudança de espaço físico, mudança de rotina, mudança de profissionais e de clínica, mas não só disso, mudança de papel social de seu ente. Todas essas mudanças podem despertar sentimentos como medo, angústia e insegurança. As equipes precisam olhar para isso e acolher os familiares.

Os pais também não se sentem seguros com essa mudança, visto que, nos CAPS IJ, os filhos são atendidos geralmente junto com outras pessoas diagnosticadas com TEA. No CAPS Adulto, teriam contato com usuários com os mais diferentes diagnósticos, e existe a preocupação sobre o impacto que isso poderia causar nos filhos. Ainda decorrente disso, os profissionais acham que, pelo CAPS IJ ter se tornado esse lugar de expertise para o atendimento ao TEA e assumido esse lugar de referência na Rede, os CAPS Adulto muitas vezes não se sentem preparados para atender esse público, com todas as suas especificidades, que demandam uma necessidade de capacitação das equipes (Feldman, 2017).

Muitos trabalhadores apontam diferenças entre CAPS Adulto e CAPS IJ. A vivência do sofrimento psíquico na infância e na vida adulta são muito distintas. Essa prerrogativa fica

clara nos discursos, mas os profissionais não realizam desdobramentos sobre essa temática, entretanto, parece que autonomia e manejo estão ligados a esse contexto. “O funcionamento do CAPS Adulto é muito diferente do CAPS IJ.”, explica I5. “Eu acho que tem coisas que só o adulto consegue fazer, né.”, ressalta I3.

Ainda destacando sobre as questões referentes à autonomia e manejo, A1 aponta: “O lugar de trabalhar é autonomia dentro do espaço da infância e da adolescência que é diferente de você trabalhar autonomia de um adulto né, de uma pessoa mais velha.”, e complementa: “a equipe do adulto e a equipe do infantil tem um tipo até de lugar da infância, tem outro propósito de cuidado, em termos de abordagem de intervenção de manejo mesmo.” A5 ressalta: “acho que é bem mais fácil no CAPS IJ. Eu tenho essa sensação, que estão mais acostumados”, e A6 corrobora: “na infância agente carrega no colo.”

A autonomia, como já conceituada nesse trabalho, é a capacidade e o poder de uma pessoa tomar suas próprias decisões. Na infância e na adolescência, com o desenvolvimento de capacidades psicossociais, é esperado que haja uma gradativa ampliação da autonomia e independência, mediada e estimulada pelos cuidadores. Esse é um processo natural, mas que entre pessoas com autismo pode acontecer de uma maneira mais lenta ou não acontecer. Sendo assim, essa delicadeza deve ser mediada pelo CAPS IJ, ocupando o papel de maternagem em alguns momentos e buscando autonomia em outros.

Silva (2025), em sua dissertação, aponta que, muitas vezes, os serviços de saúde mental, sobretudo aqueles que acompanham crianças e adolescentes, tendem a tutelar os usuários, quer seja por garantir segurança, quer seja por reproduzir uma lógica de controle. Dessa forma, é de extrema importância que a autonomia seja um processo discutido nos serviços CAPS.

O CAPS Adulto, como pontuado por A1, é recrutado e tem maior possibilidade de incentivar e auxiliar na construção dessa autonomia em comparação com o CAPS IJ.

Em contrapartida, pelo CAPS ser um serviço vivo, de porta aberta, com intensa circulação de pessoas, que atende usuários com sintomatologias bastante diversas, onde a crise está presente, se manifestando, em alguns casos, através de agitação e agressividade, alguns trabalhadores se questionam se esse espaço é indicado para esse público.

Muitos estudos se debruçam a compreender as alterações no processamento sensorial em pessoas com TEA. Isso significa que, por questões de prejuízos na modulação ou na percepção desses estímulos sensoriais, algumas pessoas podem receber informações em excesso, em falta ou mesmo não as perceber, o que pode levar a intenso sofrimento e angústia. Alterações comportamentais como agitação, desorganização e crises podem ser resultados desse processo.

Crianças com TEA frequentemente apresentam respostas atípicas aos estímulos sensoriais, em decorrência de uma desorganização a essas respostas adaptativas, podendo apresentar extremos níveis de sensibilidade a estímulos auditivos, táteis, visuais e olfativos (Furtuoso; Mori, 2022). Essas desordens sensoriais podem afetar negativamente a qualidade de vida e o bem-estar das crianças, bem como suas famílias (Posar; Visconti, 2018). Em adultos, alguns estudos mostram que 94% dessa população apresenta alterações de processamento sensorial (Crane *et al.*, 2009), e que existe uma associação entre processamento sensorial e comportamento agressivo em pessoas com TEA (Boogert *et al.*, 2021).

Alguns trabalhadores do CAPS Adulto, mas também do CAPS IJ descrevem essa preocupação: “mas ele está com fone de ouvido, porque acho que não aguenta o barulho do Caps [Adulto] e fora a questão visual.”, conta A2. A7 explica: “se tivesse um ambiente mais tranquilo, com menos estímulos, mais silencioso, com atividades específicas, eles teriam uma evolução muito melhor.” I3 complementa: “Muita circulação, né? Muito estímulo para alguns autistas e tal então eu sei que é um grande desafio [do CAPS Adulto].

Diferentemente do CAPS Adulto, o ambiente do CAPS IJ não é visto como um possível espaço iatrogênico para as pessoas com TEA.

8.2.4 A transferência de cuidado como um processo esporádico

Os profissionais dos dois serviços CAPS identificam que a transferência de cuidado de adultos com TEA não é algo que acontece de maneira tão frequente.

Todos os profissionais do CAPS IJ percebem que a demanda por atendimento de crianças com TEA aumentou de maneira expressiva, mas que o número de adolescentes com TEA é bem menor. Mesmo não tendo claro o motivo desse fenômeno, se os CAPS IJ têm poucos adolescentes, terão poucos usuários que completarão 18 anos.

Já os profissionais do CAPS Adulto incluem um dado nessa equação, afirmando que alguns casos chegam já adultos, buscando cuidado, muitas vezes por questões ligadas aos prejuízos funcionais e ocupacionais que o TEA pode trazer.

Dito isso, um questionamento aparece: onde esses adolescentes e adultos estão dentro do SUS?

Segundo Antonacci (2015), “a entrada no serviço já deve considerar o momento de transferência de cuidados, ou seja, o processo é construído pensando na reinserção do usuário em seu território”. Esta concepção de que a transferência faz parte do processo de

cuidado e que o CAPS é um dispositivo de cuidado transitório não aparece claramente no discurso dos trabalhadores de nenhum dos dois serviços.

8.3 Critérios de inserção de pessoas com TEA no CAPS Adulto

A análise das entrevistas mostrou que a inserção desse público dentro do CAPS Adulto não é algo completamente definido ou bem delimitado. É resultado de uma série de fatores que podem culminar na inclusão desse usuário no CAPS Adulto, ou então no direcionamento para a unidade básica. “Vamos absorver dependendo da demanda”, explica A2. Os fatores mais citados foram: crise, estabilidade, sofrimento psíquico, uso de medicação, comorbidades psiquiátricas e questões socioeconômicas.

8.3.1 Crise e Sofrimento Psíquico

Estar “estável” ou estar em crise parece ser um critério determinante e o que mais aparece no discurso dos trabalhadores no que se refere à inserção dessas pessoas. “Se tiver crise, o lugar do TEA é no CAPS Adulto.”, opina A4. “A pessoa está estabilizada? Essa pergunta fazemos para o CAPS IJ.”, explica A6 sobre as discussões realizadas entre os CAPS Adulto e IJ, entendendo que, se a pessoa está estabilizada, deve ser direcionada para UBS. “O CAPS não foi feito para o diagnóstico, ele foi feito para o sofrimento psíquico.”, ressalta A6. “Quando são pessoas que minimamente tão lá e não dão trabalho [para p CAPS IJ], eles são encaminhados para a atenção básica”, conta A4 sobre usuários fora da crise que devem ir para UBS. A8 complementa: “Comorbidades muito graves [...] acaba sendo o que faz até a galera da RAPS acolher, porque aí consegue ter mais entrada.”.

Sofrimento psíquico e crise em saúde mental são conceitos usados quase que como sinônimos. Entretanto, sofrimento psíquico é algo que faz parte da constituição do ser humano, a partir de relações e contextos como adoecimentos, injustiças, conflitos, e que se manifesta com intensidades diferentes.

O sofrimento psíquico geralmente é manifestado por tristeza e/ou ansiedade, resultado de momentos durante a vida que, em situações difíceis e de sofrimento intenso, leva ao desequilíbrio das pessoas (Brasil, 2003).

O conceito de crise é bastante variável a depender da teoria. Nesse trabalho, a crise em saúde mental não é apenas a presença de sinais e sintomas como alucinações, delírios, agitação

psicomotora, entre outros. Esse olhar sustentado pela perspectiva psiquiátrica restringe a crise a características médicas, desconsiderando o contexto e o sujeito e buscando uma normalização.

Um acolhimento possível abre uma via de mão dupla na qual a crise, em uma direção, deve abrir acesso ao serviço de saúde, ao atendimento e ao cuidado, e, em outra direção, deve abrir acesso ao sujeito que sofre, ao emergir de sua multiplicidade singular. Assim, encontramos a crise nessa encruzilhada de um duplo acesso: acesso ao cuidado em seu processo e acesso ao sujeito em seu excesso (Chagas *et al.*, 2014).

A8 sinaliza que, quando o usuário apresenta alguma comorbidade psiquiátrica, a inserção no CAPS Adulto é mais provável. Isso pode acontecer porque, no CAPS, esse tipo de sofrimento é mais rotineiro e, talvez, os profissionais se sintam mais seguros nesse campo de conhecimento.

8.3.2 Questões Socioeconômicas

Os profissionais A8 e A1, além de pensar no conceito de crise, ressaltam que o contexto em que o usuário está inserido, as questões sociofamiliares e econômicas influenciam no momento do acolhimento. “Não é nem nível de suporte, é complexidade a nível sociofamiliar mesmo de contexto, não só de quadro clínico.”, explica A1.

Para Romagnoli e Silva (2022) é de fundamental importância considerar a interseccionalidade entre as várias características que atravessam a subjetividade dos sujeitos na saúde mental, como raça, gênero, deficiência e classe social.

Esses trabalhadores ressaltam que, ao receber um usuário no CAPS Adulto, não são consideradas apenas questões ligadas ao “quadro psicopatológico”. A gravidade do usuário é vista de maneira mais ampla, considerando o contexto familiar e social.

É comum nos serviços de saúde mental no país nos depararmos com dinâmicas familiares complexas, que envolvem fatores de pobreza e vulnerabilidade, privação de direitos básicos, como moradia, alimentação, acesso à escola, empregabilidade, entre outras condições que afetam a saúde da população (Kinoshita, 2016).

8.3.3 Medicação

A8 e A6 abordam esse tema de maneira diferente, como evidencia-se a seguir. “A transição se dá com força total, porque quem vai prescrever a medicação?”, relata A8. Já A6 explica: “Ah, mas e a medicação? A medicação a UBS vai dar, eu matriciei e conversei.”

A6 reforça que a necessidade da continuidade do uso de medicação e sua reavaliação por si só não é critério para a inserção do sujeito no CAPS. É um processo que a unidade básica poderá fazer com suporte do CAPS através do matriciamento.

A8 relata que a inserção ocorre, sim, quando há necessidade de manter o uso de psicotrópicos.

Talvez a diferença dos relatos diga respeito ao território em que esses dois trabalhadores estão inseridos. Entende-se que a Unidade Básica também é responsável por aquele usuário, podendo haver continuidade no âmbito medicamentoso. Entretanto, a depender de como a atenção básica está configurada e de como se dá a articulação com os CAPS do território, essa tarefa acaba se tornando um fator que mantém o usuário já organizado no CAPS.

Caron e Feuerwerker (2019) problematizam a continuidade do cuidado com ênfase na renovação de receitas. Pontuam que, uma vez que o usuário recebe uma prescrição, muitas vezes em um serviço de atenção especializada com encaminhamento para a UBS, as receitas subsequentes são feitas pelo clínico ou médico de família, o qual apenas repete a prescrição. Assim, sucessivamente, a emissão da mesma receita com nova data é realizada em massa, em lotes com dezenas de usuários que, periodicamente, comparecem à UBS para “troca de receita”.

Esse processo de “troca de receita” explicita uma dinâmica bastante perigosa e que pode reduzir o cuidado do usuário de saúde mental a apenas prescrição de medicação.

8.3.4 De que pessoa com TEA estamos falando? Dificuldades e Potencialidades no Cuidado do TEA no CAPS Adulto

Como já descrito neste trabalho, o autismo passou a ser compreendido como um transtorno que se apresenta de maneira bastante variável e, por isso, recebeu a definição “guarda-chuva” de Transtorno do Espectro Autista. Sendo assim, cada usuário apresenta pontos fortes e dificuldades distintas. Entretanto, algumas características mais marcantes podem impactar a autonomia e a independência das pessoas e, por essa razão, estabeleceu-se a divisão por níveis de suporte.

Em vista disso, surge, durante as entrevistas, a necessidade de compreender “de que pessoa com TEA estamos falando?”. As pessoas com maior gravidade sintomatológica podem representar um desafio maior não apenas para o CAPS, mas para toda a rede de atenção à saúde.

Essa temática foi dividida em dois grupos. O primeiro descreve as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na assistência a esse público e o segundo mostra as potencialidades desse serviço na assistência.

8.3.4.1 Dificuldades

a) A gravidade dos usuários e a complexidade no cuidado

Na perspectiva desses trabalhadores, as possibilidades de cuidado da pessoa com TEA dentro do CAPS Adulto estão intimamente ligadas à complexidade e ao nível de suporte dos usuários. Os autistas adultos que são minimamente verbais, que apresentam algum grau de autonomia e que sofrem de transtornos mentais mais comuns entre os observados nessa clínica parecem gerar mais segurança.

As entrevistas evidenciaram que, usuários mais graves, não-verbais, muitas vezes agressivos, são um desafio para os profissionais do CAPS Adulto. Nesse sentido, A3 explica: “Quanto mais grave, mais demanda tem o autista. Dependendo do nível de suporte. Aí é mais difícil a gente inserir.” A1 relata: “E o menino, ele não para um minuto, só corre, corre, corre, corre [na ambiência do CAPS]. E aí não tem o que fazer.” A6 complementa: “Um tem hiperfoco em pau, madeira. Ele quebra tudo para ficar com aquilo na mão,” A2 conta: “Até hoje a gente não conseguiu tirar a questão do copo do menino. Se você estiver tomando alguma coisa, ele vai pegar da sua mão.”

Ainda no que se refere ao nível de suporte dos pacientes, A5 declara: “Os casos mais graves, até não-verbais, a gente não sabe muito o que fazer.” Já A8 diz: “O TEA nível de suporte 3, não-verbal, com comorbidades, a galera fica impressionada. Aí já começa a ter pensamentos manicomiais.” Enquanto A7 explica: “Que para TEA leve é mais tranquilo, mas quando envolve questões de comunicação é mais grave, o manejo é diferente e apresenta mais dificuldades para cuidar e de acesso, precisa de continência familiar.”

A relação entre a gravidade e a dificuldade por parte dos profissionais de propor alguma intervenção também foi um achado na pesquisa de Costa (2022), quando entrevistou profissionais de um CER que atendem pessoas com TEA.

Para pensar nas estratégias de cuidado, a entrevistada A5 sugere a divisão entre dois grandes públicos do CAPS Adulto. Os casos mais graves e não-verbais e os usuários minimamente verbais que conseguem interagir um pouco mais.

A falta de comunicação verbal, marcante em todas as pessoas com TEA nível de suporte 3 e, em algumas com nível de suporte 2, surge como um fator que dificulta a inserção desses usuários no CAPS Adulto.

Os pacientes diagnosticados no Transtorno do Espectro do Autismo apresentam alterações na comunicação que podem comprometer o desenvolvimento da linguagem e de

outras habilidades e competências, importantes para a socialização e aprendizagem (Silva *et al.*, 2017).

A comunicação é um conceito amplo que se refere à troca de informações entre pessoas, e pode ocorrer através da comunicação verbal ou não-verbal, sendo essa última através de linguagem escrita ou uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA).

A aquisição do comportamento verbal é de extrema importância para o ser humano, possibilitando que ele seja capaz, entre outros fatores, de estimular suas habilidades sociais e interações (Gaiato *et al.*, 2024).

Para o desenvolvimento das práticas, a reabilitação se utiliza de aspectos relacionais e dialógicos, entre outros, como acolhimento, escuta e vínculo. Nesses aspectos estão pautadas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental (Mielke *et al.*, 2011).

Grande parte das estratégias de intervenção dentro do CAPS são dependentes da comunicação verbal. As assembleias dos usuários, como os atendimentos individuais e grupais usam essa habilidade como meio de cuidado, o que pode dificultar a inserção. Além disso, a dificuldade em comunicar o que está sentindo e o que deseja, ou seja, a falta de comunicação e de compreensão pode ser um disparador para crises em uma pessoa com autismo.

Alguns entrevistados pontuam o quanto a dificuldade de comunicação pode ser um impeditivo para o cuidado no CAPS, mas também em outros equipamentos de saúde. “Porque a verbalização é a pessoa conseguir se comunicar de diversas formas. Acho que a pessoa TEA que não consegue se comunicar é normalmente um sinal de que o CAPS não consiga. A pessoa não consegue ter uma troca afetiva.”, declara A4. Sobre um usuário, A2 conta: “Teve uma época que ele estava com dor de dente e foi difícil de entender que ele estava com dor de dente”. A5 diz: “Acho que tem uma dificuldade de compreender ainda, a gente vai avaliando a partir da transferência.” Ao passo que A8 ressalta: “Eu acho que o CAPS, ele acaba sendo muitas vezes um lugar muito verbal, da linguagem.”

A5 pontua a dificuldade dos profissionais do CAPS Adulto em compreender como atender esse público não verbal, já que muitos se apoiam no conceito de transferência oriundo da Psicanálise, que constitui a base de sua intervenção.

Januário e Tafuri (2019) discutem, em seu artigo, o lugar do analista-intérprete, uma vez que, na história clínica da psicanálise, o manejo das relações transferenciais ocorria principalmente por meio de interpretações verbais. Os autores ressaltam a importância dos vínculos sensoriais não verbais no manejo da transferência..

A2 lembra que a dificuldade de comunicação verbal não impacta apenas na assistência do CAPS, mas também nos cuidados clínicos que esse usuário tem direito.

A autonomia e a independência são fatores que estão intimamente ligados ao nível de suporte e podem também impactar a assistência prestada pelo CAPS, os cuidadores e a garantia de acesso aos serviços de saúde. A3 explica: “Porque fica essa falta, olhar esse espaço [do CAPS] por exemplo um não-verbal, quando é autista que tem demandas mais complexas, quando é aquele autista grave que você tem que modelar ali atendimentos individuais, treino de habilidades, que usa fralda.” Já A4 declara:

se ela tem um nível de suporte, se ela precisa de mais suporte, então se não consegue se alimentar, não consegue inúmeras coisas, acaba que ela não vai provavelmente acompanhar no CAPS [adulto]. Eu vejo que os casos que são realmente de CAPS são os casos com nível de suporte menor. (A4, 2025).

O cuidador é a pessoa que se encarrega de cuidar de outra que não possui habilidades suficientes para realizar suas atividades de vida diária de forma parcial ou totalmente independente (Guckert *et al.*, 2024). O ato de cuidar impacta diretamente a vida do cuidador, que pode se sentir sobrecarregado; a estrutura familiar pode ser alterada e a rotina passa a ser organizada em função das necessidades da criança, podendo desencadear nesse cuidador medo do futuro, devido às sobrecargas de atividades e tarefas, dificuldades financeiras e ao impacto do diagnóstico, o que pode gerar tensão emocional e estresse (Oliveira *et al.*, 2024).

Apesar de não ser um tema central nas entrevistas, o papel dos cuidadores aparece sempre como pano de fundo em muitas questões, como na aceitação da transferência de cuidados para o CAPS Adulto, a presença deles como “garantidores” de acesso aos CAPS e a sobrecarga.

Muitos usuários que não conseguem acessar o serviço sozinhos dependem de seus cuidadores para acessar e permanecer nos grupos e na própria ambiência, como relatado por alguns dos entrevistados. “O pai vai junto com o filho para o grupo, o pai banca de ir com ele, de andar com o menino, como sabe como ele funciona, sabe o que acalma.”, conta A5, e complementa: “Eu acho que quando é uma família mais continente, é possível estar no CAPS.” A7 recorda: “Lembro de fazer um grupo com duas pessoas com TEA, mas sempre acompanhados pela mãe.”

Quando as pessoas com TEA são crianças, a escola pode ser um facilitador para que seus cuidadores realizem outras ocupações que não o cuidar. Quando eles atingem a vida adulta,

os usuários com maior nível de dependência permanecem quase todo o tempo em casa, exigindo maior cuidado.

O entrevistado A7 diz que o CAPS, em alguns casos, funciona como uma creche para esses usuários, já que, no tempo em que estão nesse serviço, os cuidadores principais podem desempenhar outras funções.

Eu acho o cuidado super precário [falando do cuidado do CAPS adulto com os autistas], Acho que grandes experiências que a gente tem lá, era meio que uma creche sem ser, porque às vezes é um lugar, um espaço em que as pessoas podiam ficar com uma certa segurança ao longo do dia enquanto a mãe, costumava ser a principal cuidadora vai trabalhar ou fazer alguma outra coisa, mas não tinha um cuidado especializado.

Na cidade de São Paulo, diferentemente de outros municípios, como Guarulhos, existe um Serviço de Atendimento Especializado gratuito (Atende) que busca o usuário em sua casa e o leva ao serviço de saúde para tratamento. Muitos usuários com TEA que não conseguem circular pelo território utilizam esse serviço, mas, diante da grande demanda, a lista de espera para acessar esse benefício é extensa, como se percebe na fala de A5: “Tinha um grupo com o psico, para uma prática mais corporal, mas não vingou porque muitos não conseguiam acessar, dependiam do Atende para chegar e o Atende é um processo um pouco mais demorado.”

b) Funcionamento do CAPS Adulto e a Reabilitação Psicossocial

Uma das muitas potências dos CAPS são as reuniões de equipe e as discussões acerca dos usuários. Essa estratégia possibilita a troca de saberes, construções compartilhadas e espaços de reflexão, além de evitar que o serviço se torne burocrático ou manicomial, baseado apenas no “fazer” e não no “pensar”.

Matsumoto *et al.* (2005), ao estudarem reuniões de equipe no trabalho em saúde mental, consideram-nas promotoras da construção da grupalidade e de um projeto de trabalho que possibilite à própria equipe analisar suas práticas e refletir sobre como trabalhar.

Para Filizola *et al.* (2008, p. 496) “Neste serviço, ela se constitui quando toda a equipe se reúne para refletir sobre o trabalho, discutir dúvidas, trocar ideias a respeito dos casos, trocar saberes e experiências de cada trabalhador envolvido.”

Nesse contexto, A5 declara: “E tem pouca discussão [...] eu acho que é pouco discutido o que fazer.” A7 diz: “Acho que se a gente conseguisse discutir mais especificamente, nunca parei realmente para me debruçar sobre essa questão e acho que isso não me torna muito

capacitado” A4 revela: “Diversas vezes a gente já pensou, vamos fazer uma reunião programada, gente não tem o que falar, então vamos chamar o pessoal da reabilitação, mas o público deles é infância e não são os adultos.” Enquanto A3 esclarece: “Eu acho que é um espaço que às vezes a gente fica um pouco inseguro, a gente não sabe de fato. Fica aquela dúvida será que o CAPS III é o melhor espaço para ele [...] às vezes a gente tem uma dificuldade em receber porque parece que no que a gente vai ofertar em termos de PTS?”

Através dessas falas, podemos entender que os participantes dessa pesquisa apontam que esse tema, apesar de relevante, é pouco discutido nos CAPS. Mesmo quando um serviço se propõe a trazer alguém como disparador de reflexões sobre o cuidado de autistas adultos, esbarra com a falta de profissionais que podem ajudar.

A insegurança e a falta de conhecimento estão implícitas em muitas falas dos trabalhadores de CAPS Adulto.

Os CAPS são serviços que têm como missão o atendimento à crise, mas também tem como essência a reabilitação psicossocial. O Documento Norteador – Centro de Atenção Psicossocial da Prefeitura de São Paulo (2020) evidencia esses dois grandes eixos quando diz que o usuário será admitido nesses serviços se apresentar intenso sofrimento psíquico e que sua saída está atrelada à conclusão dos objetivos quanto à singularidade do PTS planejado, à continuidade do cuidado na UBS e outros recursos sociais, culturais, de trabalho e de lazer.

A reabilitação psicossocial é um processo que deve contemplar os três vértices da vida humana: casa, trabalho e lazer. É uma ação ampliada que se configura como um conjunto de estratégias direcionadas a aumentar a capacidade de trocas e a valorizar a subjetividade, proporcionando contratualidade e solidariedade (Saraceno, 2001). E para que esse processo seja efetivo, é imprescindível que o indivíduo em sofrimento psíquico seja reinserido na vida em sociedade. A reinserção consiste na retomada da autonomia e da cidadania, quando a pessoa conquista a sua liberdade e exercita a subjetividade, circulando nos espaços da cidade e promovendo novas relações sociais.

Para Saraceno (2001), os serviços de saúde mental devem ser compreendidos como de base comunitária, a partir da sua capacidade de produzir vínculos não apenas com serviços, mas, fundamentalmente, com a comunidade. Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica à saúde, outros setores do sistema sanitário, outras agências sociais e com a comunidade circundante.

Pautada no modo psicossocial, constituído a partir da crítica ao modo manicomial e com base no exercício prático de novas formas de cuidar em saúde mental, que valorizam e

singularizam a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico (Costa-Rosa, 2000), a reabilitação psicossocial utiliza-se dos dispositivos instalados na comunidade, o território onde a vida social acontece.

Os trechos a seguir dão um panorama sobre como a reabilitação psicossocial tem se dado no CAPS: “O investimento para você acessar, está junto construir alguma coisa terapêutica com aquele sujeito é muito mais difícil, porque tem um monte de gente em volta que tem outras demandas . Bem difícil para o profissional e para o próprio usuário.”, cita A1. A7 relata:

a impressão que eu tenho é que o tempo do TEA é um negócio muito particular, tem uma certa necessidade de desenvolver algumas habilidades mais primárias, compreensão, interação, autocuidado e que exige uma certa criatividade, uma certa paciência pela repetição, suporte as famílias, fica muito difícil pensar no CAPS, ainda em um serviço que tem muita demanda. Eu acho que exige um contexto de RH e de estrutura que a gente não tem.

Abordando o mesmo contexto da a reabilitação psicossocial dentro do CAPS, A8 declara: “O TEA acaba que essa parte da reabilitação psicossocial fica um pouco de lado [no CAPS Adulto].” A6 opina: “Eu acho que o AT é um tipo de profissional que a gente tem carência. No final, todo mundo deveria fazer um trabalho de AT, mas talvez se tivesse alguém destinado exclusivamente para isso.” A1 ressalta: “Dificuldade de se inserir, não estuda e não trabalha , precisa de intervenção, mas são atravessados por outras demandas e não dá para fazer treino de andar de ônibus, por exemplo.” A7 admite: “Aquela máxima que é difícil de cumprir que é o trabalho do CAPS deve ser mais fora do que dentro.” Já A6 enfatiza: “Um CAPS que segura a pessoa e não a faz ir pro território, deixa de ser CAPS e vira ambulatório.”

Através das entrevistas percebe-se que os profissionais entendem que atuar na reabilitação psicossocial é um papel político-ético do CAPS, entretanto, encontram barreiras para que isso seja feito. As falas dão indícios de que o excesso de demandas atribuídas aos profissionais, a falta de estrutura e de mais profissionais podem dificultar a circulação do CAPS no território.

Diante disso, fica claro que os profissionais entrevistados encontram barreiras para a execução de seu trabalho. Essas barreiras não são impeditivas apenas para o cuidado de adultos com TEA, mas para todos os usuários que necessitam desse cuidado.

Um estudo realizado por Silva e colaboradores (2024), em um dos três CAPS do Vale do Ribeira, evidencia de maneira bastante clara a precarização da estrutura oferecida no cuidado em SM e a ausência do investimento necessário para a concretização do que se propõe ao CAPS como serviço substitutivo ao modelo asilar. Tal serviço deveria contar com uma oferta

terapêutica de base territorial mais ampliada e diversificada, tanto em relação aos recursos humanos quanto aos recursos materiais.

Uma RAPS enfraquecida, a escassez de serviços especializados em suas diferentes modalidades disponíveis para a população, CAPS operando com equipes mínimas, além de uma atenção básica sobrecarregada que direciona usuários com transtornos mentais leves aos CAPS, podem ser apenas alguns dos motivos para que os trabalhadores sintam que existe um excesso de demandas.

Neves (2020) pesquisou sobre a implementação da RAPS em algumas regiões do Estado de São Paulo e percebeu que o grau de implementação da RAPS é embrionário. Identificou também insuficiência na oferta de serviços especializados, baixa efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS), ausência de mecanismos robustos de integração entre os pontos de atenção, fragilidade na regulação assistencial e escassez de recursos humanos.

Em 2022, o Ministério da Saúde divulgou dados sobre a RAPS no SUS. Mesmo considerando que a expansão dessa rede deve ocorrer de forma contínua, alguns números chamam a atenção: dois estados (Mato Grosso e Rondônia) ainda não possuem serviços 24h (CAPS III ou CAPS AD III), e outros três (Acre, Roraima e Tocantins) não contam com CAPS infantojuvenis. Como aponta Onocko-Campos (2019), a Saúde Mental é um setor subfinanciado dentro do SUS, que, por sua vez, já enfrenta uma crônica insuficiência de recursos.

Nessa realidade, marcada pela falta de recursos e investimentos, um CAPS pode facilmente se fechar dentro de seus próprios muros, seus trabalhadores podem se institucionalizar e correr grandes riscos de realizar ações institucionalizantes, voltando-se, mesmo sem perceber, a antigas práticas manicomiais.

Diferentes autores indicam o risco de os serviços substitutivos reproduzirem o modelo manicomial, ainda que sutilmente, tornando-se uma instituição cronificada e cronificadora (Barros, 2003; Costa; Paulon, 2012; Pande; Amarante, 2011). Como alguns autores referem, tornarem-se "Capscômios", remetendo ao perigo de os serviços mudarem apenas o lugar de tratamento (Emerich; Campos; Passos, 2013; Heidrich, 2007).

Além disso, alguns trechos das falas dos trabalhadores como “frustração clínica”, “impotência”, “não me sinto instrumentalizada”, “tenho muitas dificuldades” podem até remeter a uma possível falta de conhecimento técnico, mas escancara uma questão ainda maior: a possibilidade de adoecimento desses profissionais, já que a “reforma psiquiátrica se dá no lombo do trabalhador”.

Frederico e Silva (2025) contribuem com a discussão sobre as dificuldades encontradas pelos trabalhadores de CAPS em seu cotidiano. Os profissionais de CAPS frequentemente vivenciam situações de tensão ética e emocional, como decidir prioridades de atendimento em contextos de recursos limitados, lidar com crises de pacientes em risco de autoagressão ou violência, e equilibrar demandas de supervisão com necessidades dos usuários, o que aumenta o desgaste emocional e psicológico.

Zanatta e Lucca (2021) afirmam que a potência desses serviços está no comprometimento das equipes e dos profissionais que permanecem imbricados na luta pela consolidação da Reforma Psiquiátrica e pela atenção humanizada às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, a educação permanente deficiente, o desfalque das equipes, a elevada carga horária, a precarização dos contratos de trabalho e as elevadas demandas de trabalho fragilizam a saúde destes trabalhadores.

8.3.4.2 Potencialidades do CAPS Adulto

Esse tema diz respeito à percepção dos trabalhadores entrevistados acerca das potencialidades do CAPS Adulto ao atenderem pessoas com TEA. Percebe-se que, na maioria das entrevistas, é difícil localizar as potencialidades. O discurso fica mais marcado pela falta. Entretanto, algumas potencialidades foram localizadas em relação à assistência direta ao usuário, como também aos seus familiares, e ao papel de assessorar e garantir acesso aos usuários.

A3 afirma que “é uma equipe qualificada [do CAPS Adulto], que lida com necessidades de saúde mental, que lida com famílias o tempo todo, com casos graves. O TEA tem suas especificidades, mas acho que a equipe do CAPS Adulto tem essa missão e está certo.”

A assistência direta aos usuários, as visitas domiciliares, atividades grupais voltadas para práticas corporais e o leito noturno são fatores identificados como potentes. A visita domiciliar é uma estratégia do CAPS, principalmente quando os usuários têm dificuldade de acessar o serviço por prejuízos na autonomia ou por estarem em um quadro de intensa desorganização, por exemplo.

O leito do CAPS III também é visto como uma estratégia de continência quando usuários estão muito desorganizados, evitando assim uma internação psiquiátrica. Além disso, pode ser usado como acolhimento para usuários que, mesmo não estando em crise, estão em vulnerabilidade. A7 relata: “Esses dois irmãos, se não estiverem [acolhidos] no CAPS, estão na rua, ou seja, sei lá se estariam vivos. Nesse sentido, é meio que um melhor.”

Esse relato refere-se a dois irmãos com TEA que estavam em situação de rua e que estão “morando” no CAPS III até conseguirem vaga em uma residência inclusiva. O profissional reconhece que essa não é a alternativa mais adequada, mas, diante das demais opções, considera-a o melhor cuidado possível a ser oferecido.

Essa situação evidencia um processo de exclusão que Cusinato e Martin (2024) também observaram em seu estudo. A exclusão dos usuários de saúde mental de outros espaços da saúde e de setores intersetoriais cria uma relação de dependência, pois o CAPS acaba se tornando o único espaço que os recebe e acolhe.

O CAPS é percebido pelos profissionais como um serviço que auxilia na intermediação e garantia de direitos, tanto no acesso a outros serviços da rede de saúde quanto na oferta de informações e no acesso a benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bilhete Especial. O trabalhador A8 relata uma experiência bastante marcante em que o CAPS Adulto auxiliou, na interlocução com os serviços de emergência, a realização de uma avaliação qualificada e um diagnóstico conclusivo.

um usuário de 20 e tanto anos, não-verbal, grave, ele arrancou meu brinco da minha orelha com a mão. Uma coisa muito forte. O nosso processo com ele foi de conseguir acessar um serviço de qualidade na rede de urgência e emergência, porque nas várias vezes que ele foi para a UPA, ele foi apresentando sintomas degenerativos, ninguém descobrindo o que tava acontecendo. E a gente consegue uma discussão com a clínica, para fazer uma investigação mais qualificada, fizeram um exame de sangue que deu reagente para HIV. A gente fez o que pôde nesse caso, trabalhando ali na rede para poder garantir o direito daquele jovem. (A8, 2025).

Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas.

A transição da adolescência para a vida adulta é algo bastante marcante para familiares e cuidadores, então, os grupos de família e as orientações familiares de maneira individualizadas podem ser uma estratégia potente.

A literatura recomenda que sejam disponibilizados serviços de saúde para capacitar, instruir, supervisionar e orientar os cuidadores. A exemplo, tem-se a escuta qualificada, que permitiria colher informações da situação do cuidador, com o objetivo de prestar assistência, bem como auxiliar na elaboração de estratégias para reduzir as situações estressoras, a sobrecarga e a tensão que todo esse contexto traz ao cotidiano individual e/ ou familiar (Machado, 2018).

8.4 A articulação de rede como “pano de fundo” para a transferência de cuidado

Como a articulação de rede se dá é um fator de extrema importância no momento de transferência de cuidados, não apenas para pessoas com TEA, mas para todas as pessoas assistidas pela RAPS. Além disso, esse fenômeno também está relacionado ao compartilhamento dos casos entre a própria RAPS e outras redes de atenção, como a RCPD, os serviços de emergência, entre outros.

Nessa pesquisa, os trabalhadores do CAPS IJ problematizam essa temática de maneira mais enfática em comparação aos profissionais do Adulto. Os relatos estão concentrados nas dificuldades de compartilhamento e discussões entre os serviços. Alguns obstáculos na transferência de cuidado de pessoas com TEA evidenciam dificuldades na articulação entre o CAPS IJ e o CAPS Adulto. Ademais, outros obstáculos na articulação de rede aparecem, mas agora envolvendo outros serviços como a UBS, o CER e a APD, impactando o compartilhamento de casos.

Entre os profissionais do CAPS Adulto, o entrevistado A5 descreve os serviços presentes em seu território de atuação, como APD e o Núcleo de Ações para a Cidadania na Diversidade (LACE), em que pessoas com autismo são atendidas, mas sinaliza que não existe uma articulação e nem espaços institucionais de trocas. “Muitas pessoas não sabem onde colocar o autista. Eu sei que tem um caso na APD, tem no LACE, mas mais para a deficiência, mas eles aceitam os autistas também.” Quando questionada se o CAPS Adulto continua atendendo esses casos ou se fica como retaguarda, a resposta é: “Não sei te dizer.”

Já o profissional A7 conta que, na reunião de matriciamento, existe a participação dos equipamentos da RAPS e da RCPD, mas que não conhece como eles funcionam. “Porque eu sei que tem o CER e a APD que não são específicos para a juventude. Mas eu, honestamente, compartilho casos pelo matriciamento com pessoas dessas duas instituições, mas eu desconheço o trabalho deles.”

Esses recortes evidenciam que pode existir uma falta de clareza e integração entre os equipamentos da rede de atenção à pessoa com deficiência e à saúde mental. A incerteza sobre o papel da RCPD revela uma lacuna na comunicação e na definição de fluxos de atendimento de autistas adultos, podendo gerar descontinuidade no acompanhamento e na oferta de serviços adequados. Isso reforça a necessidade de fortalecer os processos de comunicação, formação e cooperação entre os serviços, de modo que o cuidado às pessoas autistas seja mais consistente, contínuo e compartilhado entre os diferentes níveis e setores da rede.

A escassez de informações sobre os papéis das instituições que compõem a rede na atenção ao TEA (em especial o CER e os Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo) pode dificultar o planejamento e a oferta de serviços de forma articulada, eficaz e organizada. Cabe destacar que o bom funcionamento da rede implica a oferta de serviços alinhados com as funções de cada instituição, considerando inclusive os recursos humanos e a infraestrutura disponíveis (Araújo *et al.*, 2019).

Os profissionais do CAPS II problematizam aspectos ligados a inserção, articulação e compartilhamento de casos com o CER e APD de maneira mais explícita. Como os profissionais do CAPS Adulto conhecem pouco do trabalho desses dois serviços, não aparecem reflexões sobre essa temática.

Os recortes a seguir sugerem alguns critérios de inclusão nos serviços da RCPD. A gravidade, como já visto na discussão sobre os critérios de admissão no CAPS Adulto, reaparece como critério de inclusão ou exclusão nesses serviços. I4 relata: “O CER diz: não é do CER porque é agressivo, [...], o mínimo de comportamento inadequado, o CER não atende.” I6 declara: “O CER a gente pensa uma criança que tá talvez mais estabilizado... não os casos que estão em intenso sofrimento.” Ao falar sobre a necessidade de diminuição da agressividade para ser inserido no CER, explica: “E a gente ia nessa discussão de que não são coisas que acontecem em momentos diferentes, né?”. I2 ressalta:

É bem difícil a APD aqui, a gente tem algumas barreiras, porque a maioria por exemplo é de autistas e tem algum nível de suporte um pouco maior, eles falam que não é perfil deles, porque se a criança é um pouquinho mais agressiva, seja porque a criança utiliza, né, a criança ou o adolescente utiliza de uma comunicação através de uma agressão.

O relato de I2 mostra que, casos que apresentam menor autonomia têm maior dificuldade de serem inseridos na APD. Isso mostra que o nível de suporte dessa pessoa pode resultar em barreiras de acesso e na exclusão.

Os relatos de I4, I5 e I6 sinalizam que a agressividade é um fator bastante relevante na inclusão de crianças com TEA no CER. Para I4 e I5, o CER tende a atender apenas casos mais estabilizados, recusando aqueles que apresentam comportamentos mais agressivos ou ditos inadequados, levando a barreiras de acesso dessas pessoas ao serviço de especialidade. Já para I6, apenas as crianças sem sofrimento psíquico (ou seja, sem episódios agressivos) devem ser atendidas pelo CER.

O comportamento agressivo de pessoas com TEA, que foi relatado por alguns profissionais, pode se manifestar a partir de comportamentos autolesivos e heterolesivos, e

podem ocorrer devido à dificuldade de conseguir comunicar o que quer, de se expressar ou, inclusive, de relatar dores e incômodos.

Rattaz (2015) apresenta que relações estabelecidas entre a comunicação e o comportamento agressivo são identificadas e associadas a diversos fatores. Neuhaus (2022) destaca a importância de habilidades comunicativas específicas na redução do risco de agressão, ressaltando a inter-relação entre dificuldades na comunicação e comportamentos agressivos.

I8 problematiza a fila de regulação do CER. Apesar de conseguirem discutir os casos em reunião de matriciamento, a inserção desse usuário, que deveria ter o cuidado compartilhado, fica impedido por questões burocráticas, denunciando um excesso de demandas também em outros serviços da rede. “A gente informa o caso, mas já sabendo que ali, naquele momento, não vai ser tão efetivo, porque eles falam, eles perguntam: está na fila?, vai ter que aguardar um pouquinho. O CER é uma questão de fila de regulação, né.”, conta o entrevistado.

Barreiras como a falta de compreensão sobre os serviços da rede, a presença de casos desafiadores que exigem maior suporte e podem apresentar episódios agressivos, além da dificuldade de acesso decorrente do excesso de demandas, resultam em obstáculos significativos para o acesso dessa população aos serviços.

Já em relação às dificuldades de acesso e de articulação com a atenção básica, os dois serviços problematizam a assistência às pessoas com TEA nas UBS. A assistência na atenção básica, para além da renovação de receitas, muitas vezes não se efetiva, trazendo implicações para os serviços especializados. Isso ocorre porque os usuários retornam ao CAPS e alguns profissionais, com receio de agravamento do quadro e reconhecendo as dificuldades de acesso, acabam por absorvê-los novamente nos serviços de especialidade.

Sarzana e seus colaboradores (2021) mostram que existem muitas discussões levantadas pelos profissionais da atenção básica em relação à dificuldade de atender a demanda de saúde mental, como também à quantidade excessiva de renovação de receitas controladas. Esse excesso faz com que apenas se resolvam as questões que surgem no dia a dia, não permitindo aos profissionais pararem, discutirem e programarem o que pode ser feito para transformar esse contexto em suas áreas de atuação.

I3 aponta que a estrutura de recursos humanos das UBS é um desafio para que haja articulação entre os serviços, o que pode impactar na assistência aos usuários.. Ele diz: “Tem dificuldades de articular com o CER, e para a UBS, algumas com equipe mínima e outras sem estratégia (estratégia saúde da família)”.

Um dos achados desta pesquisa é que os trabalhadores dos CAPS Adulto sentem dificuldades em realizar ações extramuros — tão essenciais aos serviços substitutivos — devido

ao excesso de demandas. Esse processo de “cobrir um buraco da rede” pode ser um dos fatores que contribuem para essa dificuldade, impactando diretamente a dinâmica do serviço e o cuidado de usuários graves.

Nesse contexto, I2 relata: “Está mais estável... A gente faz o encaminhamento e não tem retorno, fica 2 ou 3 anos e não consegue o suporte, muitas vezes o quadro piora e muitas vezes as crianças retornam.” A5 explica: “Tenho medo do CAPS às vezes perder um pouco do que veio, a gente acaba cuidando de casos que poderiam estar na atenção básica e aí os casos graves, a gente não consegue olhar, não consegue.” I6 ressalta um ponto importante: “Capacitar os colegas da atenção básica... tem caso que não precisaria vir, não precisaria.” I4 diz: “A criança está crescendo. ela não tem acesso... a gente absorve por dó, assim o pessoal da equipe estou falando.” E complementa: “O discurso é que a criança precisa ser absorvida pela rede, mas a rede tem condições porque assim, a UBS não absorve.” I4 ainda reitera: “Não é o CAPS que tem que puxar, o CAPS faz parte, mas quem organiza o cuidado em saúde do paciente a vida toda é a UBS, que não consegue mais fazer isso. O mundo mudou, avançou, cresceu e a UBS não dá mais conta.”

Esses recortes revelam um cenário de fragilidade na articulação entre os serviços. Alguns profissionais recorrem a emoções e sentimentos, como medo e dó, para expressar as dificuldades encontradas e, inclusive, justificar a admissão de usuários que deveriam estar na atenção básica, mas que acabam sendo acolhidos no serviço especializado.

Sampaio e Bispo Júnior (2021) avaliaram a estrutura e as práticas de articulação do cuidado em saúde mental no estado da Bahia e identificaram uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados, inexistência de fluxos instituídos, estrutura insuficiente e dificuldades de comunicação com a atenção básica e os demais pontos de atenção

A colocação de I4 expressa uma preocupação sobre a capacidade da UBS em conseguir coordenar o cuidado dos usuários no geral. Quando diz que “o mundo mudou”, entende-se que as necessidades em saúde mudaram e que a maneira como o cuidado em saúde está estruturado precisa ser revisto e reestruturado.

Sendo assim, a atenção básica enfrenta diversos desafios em seu trabalho no campo da saúde mental, como o pouco desenvolvimento de ações nessa área; a formação deficiente dos profissionais e a consequente dificuldade em considerar e cuidar do sofrimento psíquico, bem como a necessidade de apoio técnico específico; a falta de articulação com serviços especializados; e a carência de uma escuta que promova vínculo, acolhimento e atenção longitudinal e integral.

Por outro lado, os CAPS também encontram dificuldades para cumprir plenamente suas diretrizes e princípios. Godoi *et al.* (2020) citam a centralização do cuidado nesse serviço, a superlotação e a articulação precária com a atenção básica como alguns fatores dificultadores. Essa configuração acaba sobrecarregando e fragilizando os CAPS.

8.5 Sugestões para possíveis melhoras na assistência a esse público.

O empoderamento do usuário é um tema caro dentro dos CAPS e da Reforma Psiquiátrica e, inclusive, configura-se entre os valores e princípios fundamentais da Política Nacional de Produção da Saúde (2018). O protagonismo e empoderamento dos trabalhadores em saúde mental, enquanto sujeitos que estão na assistência direta dos usuários, também deve ser visto como algo caro e precioso. Eles devem ser incentivados a discutir políticas públicas e ajudar na construção de objetivos que se adequem às necessidades reais, tanto dos próprios trabalhadores quanto dos usuários. Nessa perspectiva, essa pesquisa busca esse objetivo, através das entrevistas, sugestões e propostas para uma melhoria na assistência de Adultos com autismo.

Nesse trabalho, as sugestões que surgiram de maneira bastante significativa dizem respeito à importância do fortalecimento da RAPS; e espaços de capacitação e formação.

O aumento no quadro de funcionários e a melhoria nas estruturas físicas apareceram com menor frequência, mas também devem ser discutidas e potencializadas

No contexto da Saúde Mental, a construção de redes possíveis, locais ou regionais, segundo Merhy (2013), é importante no sentido de impedir a manicomialização de técnicos e usuários inseridos no cotidiano de serviços construídos para consolidar a ruptura com a lógica manicomial.

A RAPS é vista como uma estratégia muito potente pelos profissionais entrevistados como frisa I3:

A RAPS tem muita potência, né? Então, acho que quando a gente consegue juntar essa rede, fazer essas trocas, sem acusações, porque muitas vezes, ah, o IJ não quer, o adulto não quer, APD não, né? Quando a gente consegue, né, falar, não, tá difícil para todo mundo, né? Vamos cada um pegar uma partinha que dá certo.

I2 também comenta sobre essa questão: “A gente já fez vários, o psiquiatra daqui já fez vários encontros na UBS para falar um pouco de autismo também, né? Falar um pouco desse quadro, desse perfil. Tem surtido um efeito.”

Os trabalhadores entrevistados destacaram a importância de fortalecer a articulação de rede e promover melhorias dentro do próprio serviço. Potencializar essa rede, fortalecendo a sua articulação e evitando a criação de maiores nós, entendendo que, como I3 relata, todos os serviços estão passando por dificuldades, é apontado como uma estratégia eficaz que melhora a assistência como um todo.

A articulação na RAPS rompe com o conceito de centralidade do cuidado, permitindo flexibilidade entre os serviços envolvidos e objetivando a melhoria dos resultados ofertados na atenção psicossocial (Chiavagatti *et al.*, 2012).

De acordo com Sarzana e seus colaboradores (2021), muitos estudos têm abordado as dificuldades e facilidades da RAPS, sem apontar o que pode ser melhorado. Entretanto, nesse estudo, os trabalhadores propuseram algumas estratégias para o fortalecimento da Raps, como: capacitar todos os profissionais atuantes na RAPS; empoderar os profissionais que atuam na RAPS; elaborar um cronograma de reunião bimestral com todos os serviços que compõem a RAPS municipal; e elaborar uma cartilha de orientação da Rede de Atenção Psicossocial.

A8 conta que, em seu território, a partir da identificação da complexidade dessa temática, eles criaram um Grupo de Trabalho (GT) TEA para fortalecer a rede. “Nesse GT TEA a gente discute como fazer o trabalho de educação permanente com os trabalhadores das UBSs e nos outros pontos da rede TEA [...] às vezes discute também diagnósticos que é uma parte muito específica e densa.”, explica ele.

A criação desse GT, com o apoio da Secretaria de Saúde, foi um marco para esse território, empoderando e capacitando os trabalhadores, e pensando em estratégias específicas para aquela região. Essa pode ser uma estratégia replicável em tantos outros territórios.

Dessa forma, a ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde pode ocorrer por meio do diálogo, da troca de experiências e do trabalho em equipe. Isso contribui para aprimorar a atuação profissional, possibilitando um trabalho mais completo, que melhora a qualidade dos serviços e da própria vida das pessoas autistas. Entretanto, para isso, é necessário que os órgãos governamentais disponibilizem treinamentos periódicos para os profissionais de saúde e educação (Silva *et al.*, 2025).

Referente à capacitação, I4 frisa: “A RAPS está dizendo, todo o documento está dizendo, mas o profissional que tá ali, ele tá capacitado?” A6 também opina sobre essa temática: “Eu acho que você para investir em políticas públicas tem que investir no profissional.” E complementa: “Tem que ter políticas públicas, mas que capacitem a pessoa, porque não adianta, é que nem professor, fala de inclusão, mas não capacita o professor.”

A8 também fala a respeito dessa necessidade, ao declarar: “Se a gente faz essas capacitações na atenção básica e com a rede de urgência emergência, a gente consegue que essa pessoa consiga ter acesso, por exemplo a tratamento de odonto.” Já A4 diz:

A equipe pede muito esses cursos de capacitação e a gente não vê muitas capacitações internas. O máximo é dizer sobre intervenção precoce, sobre a infância não se fala sobre o ti adulto e eu acho que essa é a maior dificuldade do CAPS eu acho que recursos e possibilidades a gente têm (A4, 2025).

Nessas falas, os profissionais reconhecem a importância das diretrizes e políticas públicas, entretanto, questionam a criação de dispositivos que capacitem os profissionais para que possam realmente executá-las. A6 traz o exemplo da área da educação, em que diretrizes sobre a inclusão de alunos com TEA nas escolas regulares foram criadas, mas muitos professores não são capacitados durante esse processo, o que acaba gerando barreiras para esse público.

Adurens e Vieira (2018) consideram que existe certa fragilidade na inclusão escolar de pessoas com o diagnóstico de autismo, em razão da dificuldade dos professores e da falta de suporte destinado a eles e à escola. Reforçam ainda a importância de refletir sobre como está sendo realizada a formação dos educadores e esclarecer que a informação e o conhecimento sobre o tema são extremamente importantes.

A8 vê o processo de capacitação entre os serviços da rede como uma estratégia de diminuição de barreiras de acesso e garantia de assistência aos usuários do SUS com autismo.

A4 fala ainda sobre a importância de oferecer capacitações e formações que contemplem as necessidades dos serviços. Ou seja, ela, enquanto gestora e trabalhadora de um CAPS Adulto, tem acesso a capacitações sobre TEA focadas na intervenção precoce e na infância, enquanto sua necessidade real é compreender o autismo na vida adulta.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi apresentada como um dos pilares para o aprimoramento das práticas de cuidado. Os profissionais sugerem a criação de espaços contínuos de capacitação, incluindo os serviços de urgência e emergência, para que todo o território consiga manejar casos e situações complexas.

Na proposta da EPS, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática das equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutivo. As demandas por qualificação ou especialização são, portanto, demandas para a promoção de pensamento e ação (Brasil, 2014).

Desse modo, a educação permanente pode potencializar os profissionais para o engajamento sensível, bem como para a sintonia entre os membros das equipes que compõem os cuidados. Portanto, é intensa e constante a demanda por formação, sensibilidade e responsabilidade coletiva. Assim, tornam-se fundamentais a educação permanente, os intercâmbios, as trocas de experiências, as vivências, as articulações, as partilhas, os diálogos e o desenvolvimento de novas ferramentas de trabalho em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica, nos quais o acolhimento, o vínculo e a humanização se destacam como pilares para a realização de um trabalho significativo no contexto do novo modo de fazer o cuidado em saúde mental (Silva, 2016).

Assim, o fortalecimento da equipe, a oferta de capacitação contínua e a criação de espaços de troca e cuidado entre os próprios profissionais tornam-se estratégias essenciais para melhorar a qualidade da assistência, promover a inclusão e garantir um atendimento mais integral e humanizado às pessoas com autismo.

Dentro do contexto do CAPS, a supervisão clínico-institucional é vista como uma estratégia de formação permanente, garantida por um espaço seguro de discussões, que permita a reflexão e a análise crítica sobre o próprio trabalho. É uma possibilidade para potencializar os trabalhadores, o cuidado humanizado e antimanicomial. Entretanto, o acesso a essa estratégia não é garantido em todos os CAPS e dependerá da Organização Social de Saúde (OSS) responsável pela gestão do serviço, especialmente no município de São Paulo, ou das Secretarias de Saúde. A esse respeito, I4 declara: “O universo do TEA, ele é muito discutido lá na unidade que eu tô, tanto nas reuniões diárias como na ampliada. Já foi tema de várias supervisões, porque sempre tem uma dúvida nessa linha tênue. É, não é porque é TEA que tem que estar no CAPS.”

I4, quando fala sobre os critérios de inclusão de crianças com TEA no CAPS II, ressalta a importância da supervisão clínico-institucional no processo de construção desses conceitos e direcionamento do serviço.

Outro ponto destacado pelos participantes refere-se à necessidade de reorganização interna dos serviços que garantam discussões sobre o TEA, tanto em supervisões quanto em reuniões ampliadas. A7 reforça a importância de melhorias em relação à estrutura física e de aumento de recursos humanos, sugerindo a inclusão de acompanhante terapêutico (AT) dentro das equipes, especialmente para o acompanhamento de usuários com maior comprometimento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como proposta investigar o processo de transferência de cuidado entre CAPS IJ e CAPS Adulto de pessoas com Transtorno do Espectro Autista ao completarem 18 anos. Em consequência disso, buscou-se delinear quais eram os critérios utilizados pelos profissionais do CAPS IJ ao direcionarem esse usuário ao CAPS Adulto, e expor os critérios de inclusão desse público sob a ótica dos trabalhadores do CAPS Adulto.

De acordo com esses dados, o processo de transferência de cuidados de pessoas com TEA entre o CAPS IJ e o CAPS Adulto não é um fenômeno muito frequente, já que alguns casos são encaminhados para outros equipamentos da rede. Nota-se que a relação entre os serviços, a gravidade do caso, fatores socioeconômicos e a necessidade da manutenção da medicação podem favorecer ou dificultar esse processo.

Os entrevistados apontam que o manejo de crise e a articulação para garantia de direitos dos usuários são potencialidades dos CAPS Adulto. Em contrapartida, um maior nível de suporte e prejuízos na comunicação são dificultadores para a efetivação do cuidado.

Esta pesquisa apresentou como limitação o fato de ter incluído profissionais de apenas três municípios da Grande São Paulo e somente da RAPS. Assim, sugerem-se estudos que aprofundem o processo de transferência de cuidados em outras regiões, bem como a escuta de profissionais de outros pontos da rede de saúde que atendem essa população, como os CER, APD e UBS.

Enfim, este estudo contribuiu para compreender como se dá, na prática, o processo de transferência de cuidados entre o CAPS IJ e o CAPS Adulto para pessoas com TEA, evidenciando como os profissionais desses dois serviços entendem esse fenômeno e relatam as dificuldades encontradas, bem como as possibilidades no cuidado. Além disso, apresenta sugestões para tornar esse processo mais eficaz.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, D. F. do; PEIXOTO, R. L. R.; MAIA, L. M. O impacto do capacitismo nas relações afetivas e sexuais de indivíduos com autismo: uma revisão de literatura. **AMazônica**, v. 18, n. 2, p. 149-171, 2025.
- AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad.Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./Sep., 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, E. A.; ANDRÉ, L. M.; WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde: desenvolvimento e princípios. *In*: FERNANDEZ, J. C. A.; MORAES, M. A. (org.). **Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014. p. 25-55.
- ANTONACCI, M. H. **Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial**. 2015. 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- ARAÚJO, G. C. de. Estado, política educacional e direito à educação no Brasil: "o problema maior é o de estudar". **Educ. Rev.**, Curitiba, n. 39, p. 279-292, abr. 2011.
- ARAÚJO, J. A. M. R.; VERAS, A. B.; VARELLA, A. A. B. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863968007/609863968007.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- ARRECHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In*: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. do C. B. (orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 43-56.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Domínio e processo da estrutura de prática da terapia ocupacional – quarta edição. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 74, supl. 2, p. 7412410010p1-7412410010p87, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In*: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-86. (Criança, mulheres e saúde). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BARNEVELD, P. S.; SWAAB, H.; FAGEL, S.; VAN ENGELAND, H.; SONNEVILLE, L. M. J. de. Qualidade de vida: um estudo de acompanhamento de longo prazo, caso-controle, comparando adultos jovens de alto funcionamento com transtornos do espectro autista com adultos com outros transtornos psiquiátricos diagnosticados na infância. **Comprehensive Psychiatry**, v. 55, n. 2, p. 302-310, fev. 2014. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.08.001.

BARROS, A. M.; GOMES, R. P. de S.; FERREIRA, T. B.; SILVA, G. A. D. **O cuidado dado ao adulto com autismo na rede de saúde mental**. 2023. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário UNIVAG, Várzea Grande, 2023. Disponível em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/psico/article/view/1840>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BARROS, R. B. de. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BIALER, M.; VOLTOLINI, R. Autismo: história de um quadro e o quadro de uma história. **Psicol. Estud.**, v. 27, e45865, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.45865>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BLAIR, S. E. E. A importância da ocupação durante as transições de vida. **Revista Britânica de Terapia Ocupacional**, v. 63, n. 5, 2000.

BOOGERT, F. van den; SIZOO, B.; SPAAN, P.; TOLSTRA, S.; BOUMAN, Y. H. A.; HOOGENDIJK, W. J. G.; ROZA, S. J. Processamento sensorial e comportamento agressivo em adultos com transtorno do espectro autista. **Ciência do Cérebro**, v. 11, n. 1, p. 95, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/brainsci11010095>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista – TEA**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BUSSINGUER, E. C. A.; PENNA, I. S. O. Cidadania autista: a inadequação das atuais políticas públicas na construção da autonomia. **Anais da VI Jornada da Rede Interamericana de Direitos Fundamentais e Democracia**, p. 173-192, 2020. Editora Fundação Fênix.

CAMILOZI, J. L. D.; COUTO, A. C. P. As perceptivas das juventudes autistas sobre o lazer. **Licere**, v. 28, n. 2, 2025. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/61130>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão autônoma da medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

CHAGAS, M. de S.; TALLEMEBERG, C.; SOUZA, M. C.; PAZ, E. F. da. As diversas formas de experimentação da crise no encontro entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde**

mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 135-154. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

CHEAK-ZAMORA, N. C.; TETI, M.; FIRST, J. “As transições são assustadoras para os nossos filhos e são assustadoras para nós”: perspectivas de familiares e jovens sobre os desafios da transição para a vida adulta com autismo. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 2015.

CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CORTES, J. M.; JARDIM, V. M. da R.; RODRIGUES, C. G. S. S. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta Paul. Enferm.** [Internet], v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100003>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CORTES, L. F.; TERRA, M. G.; PIRES, F. B.; HEINRICH, J.; MACHADO, K. L.; WEILLER, T. H. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 16, n. 1, p. 84-92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>. Acesso em: 10 nov. 2025.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora UNESP, 2013, 334p.

COSTA, S. A. da. **Transtorno do espectro autista**: desafios e perspectivas no atendimento de saúde em um centro de reabilitação na região Seridó Potiguar. 2022. 86f. Dissertação (Mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Programa de PósGraduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina, Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/680323ea-2cfd-4037-a983-1d894c9ecc80/content>. Acesso em: 10 nov. 2025.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1276/O%20modo%20psicossocial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CRANE, L.; GODDARD, L.; PRING, L. Processamento sensorial em adultos com transtornos do espectro autista. **Autismo**, v. 13, p. 215–228, 2009. DOI: 10.1177/1362361309103794. Acesso em: 10 nov. 2025.

CUMUM, J.; MÄDER, B. J. Espaço que a criança e adolescente com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista ocupa na rede de atenção psicossocial: revisão integrativa da literatura. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 404-421, 2020.

CUSINATO, C.; MARTIN, S. T. F. Reforma psiquiátrica: práticas e desafios no cotidiano de trabalhadores de um CAPS. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 16, n. 50, p. 19-43, 2024.

DONVAN, J.; ZUCKER, C. **Outra sintonia**: a história do autismo. Tradução de L. A. de Araújo. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

EMERICH, B. F.; ONOCKO CAMPOS, R.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 685-696, out./dez. 2014.

ESTEVES, H. A.; MORAIS, J. L. de; SANTANA, J. P. A. da S.; GONÇALVES, A. L. Diagnóstico e intervenção precoce no autismo: relatos de práticas profissionais. **Diaphora**, v. 10, n. 1, p. 31–39, 2021. DOI: 10.29327/217869.10.1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/217869.10.1-5>. Acesso em: 10 nov. 2025.

FELDMAN, C. **Entre a clínica ampliada e a clínica especializada**: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial. 2017. 193f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONILL, D. B.; PAVARINI, S. C. L. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>. Acesso em: 25 jan. 2019.

FREDERICO, R. T. S. de S.; SILVA, L. de A. Profissionais de CAPS: saúde mental em xeque e a busca por qualidade de vida no trabalho. **Educação & Inovação**, v. 1, n. 9, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.64326/educacao.v1i9.106>. Acesso em: 10 nov. 2025.

FUREGATO, A. R. F. Políticas de saúde mental no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 258–259, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200001>. Acesso em: 10 nov. 2025.

FURTUOSO, P.; MORI, N. N. R. Integração sensorial e modulação sensorial de escolares com transtorno do espectro do autismo. **Conjecturas**, v. 22, n. 16, 2022.

GIACOMINI E.; RIZZOTTO, M. L. F. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura. **Saúde debate**, v. 46, p. 261-280, 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6933>. Acesso em: 10 nov. 2025.

GODOI, L. P. da S.; BELOTTI, L.; GARCIA, E. M.; ROSA, T. E. da C.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Básica e CAPS: o que os dados secundários mostram? **Saúde em Debate**, v. 44, spe. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E312>. Acesso em: 10 nov. 2025.

GOLDBERG, K. Autismo: uma perspectiva histórico-evolutiva. **Revista de Ciências Humanas**, v. 6, n. 6, p. 181–196, 2012. DOI: 10.31512/rch.v6i6.263. Disponível em: <https://doi.org/10.31512/rch.v6i6.263>. Acesso em: 10 nov. 2025.

GUCKERT, B.; OLIVEIRA, A. M. de; BELAUNDE, A. M. A. A carga do cuidado de crianças com transtorno do espectro autista e a relação com os determinantes sociais em saúde a partir da perspectiva dos cuidadores. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 36, n. 4, e68308, 2024.

GUEDES, A. C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Eletr. Enf.**, v. a42, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794>. Acesso em: 10 nov. 2025.

GUEDES, A. M. **Violência manicomial**: a psiquiatria na repressão durante a ditadura civil-militar no Brasil. 2019. 149f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

GIBBS, V.; GALLAGHER, E.; HUDSON, J. Prevalência e fatores de risco associados à violência interpessoal relatada por adultos autistas: uma revisão sistemática. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00426-x>. Acesso em: 10 nov. 2025.

HAMMELL, K. W. Ações nos determinantes sociais de saúde: avançando na equidade ocupacional e nos direitos ocupacionais. Tradução: Prof. Dr. Vagner dos Santos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, 2020.

HASSAL, R. Todas as pessoas com autismo têm a mesma condição subjacente? *In*: RUNSWICK-COLE, K.; MALLET, R.; TIMIMI, S. (org.). **Re-thinking autism**: diagnosis, identity and equality. London: Jessica Kingsley Publishers, 2016, p. 49-66.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira** : análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 207f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HELLES, A.; GILLBERG, I. C.; GILLBERG, C.; BILLSTEDT, E. Síndrome de Asperger em homens com mais de duas décadas de vida: qualidade de vida em relação à estabilidade diagnóstica e comorbidade psiquiátrica. **Autism**, v. 21, n. 4, p. 458-469, maio 2017. DOI: 10.1177/1362361316650090.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.297-305, jan./fev2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n1/297-305/pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

HOFVANDER, B.; DELORME, R.; CHASTE, P.; NYDÉN, A.; WENTZ, E.; STÅHLBERG, O.; HERBRECHT, E.; STOPIN, A.; ANCKARSÄTER, H.; GILLBERG, C.; RÅSTAM, M.; LEBOYER, M. Problemas psiquiátricos e psicossociais em adultos com transtornos do espectro autista de inteligência normal. **BMC Psychiatry**, v. 9, p. 35, 10 jun. 2009. DOI: 10.1186/1471-244X-9-35.

HOWLIN, P.; MOSS, P.; SAVAGE, S.; RUTTER, M. Resultados sociais na meia-idade e na idade adulta avançada entre indivíduos diagnosticados com autismo e com QI não verbal

médio na infância. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 52, n. 6, p. 572-581.e1, jun. 2013. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.02.017.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicol. Clin.**, v. 22, p. 57-70, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000100004>. Acesso em: 10 nov. 2025.

JERUSALINSKY, J.; FREIRE, A. B.; JERUSALINSKY, A.; MASCARENHAS, C.; TEPERMAN, D.; TELLES, H. P.; PIMENTA, P. Autismos e seus tratamentos: contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo. **Correio APPOA**, n. 222/223, p. 25-45, 2013.

JONES, L. A.; BERNIER, R. A.; SABATINO, A. Estabilidade diagnóstica do transtorno do espectro autista em crianças pequenas e pré-escolares. **Autism**, v. 23, n. 4, p. 950-961, 2019.

KEESING, S.; ROSENWAX, L. Establishing a role for occupational therapists in end-of-life care in Western Australia. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 60, n. 5, p. 370-373, 2013.

KIELHOFNER, G. **Modelo de ocupação humana: teoria e aplicação**. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 55-59.

KÖLVES, K.; FITZGERALD, C.; NORDENTOFT, M.; WOOD, S. J.; ERLANGSEN, A. Avaliação de comportamentos suicidas entre indivíduos com transtorno do espectro autista na Dinamarca. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 1, e2033565, 2021.

LAGUNA, G. G. C.; GUSMÃO, A. B. F.; MARQUES, B. O.; BRAGAS, N. B. D. S.; RODRIGUES, I. B.; MELO, R. S.; AZEVEDO, K. R. M. de. Neuroplasticity in autism spectrum disorder: a systematic review. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 19, e20240182, 2 jun. 2025. DOI: 10.1590/1980-5764-DN-2024-0182.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

LEOPOLDINO, C. B. Inclusão de autistas no mercado de trabalho: uma nova questão de pesquisa para os brasileiros. **Gestão e Sociedade**, v. 9, n. 22, p. 853-868, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v9i22.2033>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LIBSTER, N.; KNOX, A.; ENGIN, S.; GESCHWIND, D.; PARISH-MORRIS, J.; KASARI, C. Experiências pessoais de vitimização de crianças autistas e não autistas. **Molecular Autism**, v. 13, p. 51, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13229-022-00531-4>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290101.

LIMA, R. C.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.; OLIVEIRA, B. D. C. de. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da Região

Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331201400030000>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LIN, E. C.; CHAN, C. H.; SHAO, W. C.; LIN, M. F.; SHIAU, S.; MUESER, K. T. Um ensaio randomizado de um programa adaptado de Gestão e Recuperação de Doenças para pessoas com esquizofrenia aguardando alta de um hospital psiquiátrico. **Psychiatr Rehabil J.**, 2013.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua**: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: Enap, 2019.

LONGO, I. S. F. **Independência em atividades de vida diária (AVDs) em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**: a perspectiva de profissionais da terapia ocupacional. 2022. 40f. Monografia (Especialização em TEA) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

LOPES, B. A. Emoções e ativismo familiar em defesa dos autistas no Brasil na década de 1980. **Rev. Estud. Fem.**, v. 32, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2024v32n189618>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas**: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. 2010. 294f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/publico/2010_GabrielaSpangheroLotta.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025

MACHADO, M. S.; LONDERO, A. D.; PEREIRA, C. R. R. Tornar-se família de uma criança com transtorno do espectro autista. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.05>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MANDAJ, V.; SIMÕES-ZENARI, M.; MOLINI-AVEJONAS, D. R. O sistema de saúde pública e o lugar do autismo. **Revista CEFAC**, v. 25, e7322, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/FcC3mDvggg4HhGcg7wNdJKD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 nov. 2025.

MANZINI, E. J. **Análise de entrevista**. Marília: Abpee, 2020.

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface** (Botucatu), Ribeirão Preto, v. 9, n. 16, 2005.

MENDONÇA, S. S. **A interseccionalidade entre autismo e transgeneridade**: diálogos afetivos. 2022. 78f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, 2020.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015. Acesso em: 10 nov. 2025.

MERHY, E. E. O ato de governar é tão constitutivo quanto o agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MERRIAM, S. B.; BAUMGARTNER, L. M. **Aprendizagem na vida adulta**: um guia completo. Jossey-Bass, 2020.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. da R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1562>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. de. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8277>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e seus desafios. **Cien Saúde Colet.**, v. 17, n. 3, mar. 2012.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MORAIS, A. C. S. de; VIEIRA, M. P. D.; LEAL, P. R.; SOUZA, R. N. A. A. Explorando as comorbidades psiquiátricas no espectro autista: uma análise profunda das interseções clínicas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, 2024.

MUÑOZ, D.; FORTES, P. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: SÉRGIO, I. F. C.; VOLNEI, G.; GABRIEL, O. (coords.). **Iniciação à bioética** [online]. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/include/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIautonomia.htm. Acesso em: 10 nov. 2025.

NAYAR, S.; STANLEY, M. (eds.). Metodologias de pesquisa qualitativa para ciência ocupacional e terapia ocupacional. Milton Park, Abingdon, Oxon; Nova Iorque, NY: Routledge, 2024.

NEVES, H. Rede de Atenção Psicossocial. In: IBÁÑEZ, N. **Gestão Regional e Redes**: estratégias para a saúde em São Paulo. 1. ed. São Paulo: Manole, 2020.

NILSSON, I.; TOWNSEND, E. Justiça ocupacional — unindo teoria e prática. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 17, n. 1, p. 57-63, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/11038120903287182>. Acesso em: 10 nov. 2025.

NOVO, A. M.; FERREIRA, M. M.; MARTINS, M. S.; FERNANDES, C. S.; SCHOELLER, S. D.; OLIVEIRA, V. S. O conceito da independência: del concepto de independencia ao questionamento do seu uso na prática. **Enfermería Global**, v. 21, n. 1, p. 625-654, 2022.

NUNES, A. S.; LEITE, D. S. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e suas interferências no atendimento às pessoas autistas e seus familiares – uma revisão bibliográfica. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 4, e3769, 2024. Disponível em:

<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3769>. Acesso em: 10 nov. 2025.

OLIVEIRA, B. D. C. de; FELDMAN, C.; COUTO, M. C. V.; LIMA, R. C. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017. DOI: 10.1590/s0103-73312017000300017.

OLIVEIRA, C. S. de; ROCHA JÚNIOR, A. de B.; RIBEIRO, P.; FERRARI, N. de F. M.; PARDI, P. C.; GASPAR, M. A. D.; BRAGA, C.; DOURADINHO, C.; OCON, C. A.; SANTOS, G. K. de B. B.; FILONI, E.; CUNHA, M. F. de; FILHO, A. R. Mundo azul: considerações sobre o autismo a partir da compreensão dos pais. **Revista Aracê**, v. 7, n. 1, p. 4337-4351, 2025. Disponível em:

<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3078/3818>. Acesso em: 10 nov. 2025.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 707-716, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000038>. Acesso em: 10 nov. 2025.

OLIVEIRA, M. J. S.; LUCENA, J. do N.; DUARTE, S. M. A. A sobrecarga dos cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Encontros Científicos UNIVS, Icó-Ceará**, v. 6, n. 2, p. 107-108, jan./jun. 2024. Acesso em: 10 nov. 2025.

OLIVEIRA, S.; INÁCIO, M.; RIBEIRO, S. N.; RAMOS, M. V. S.; LOMBARDI, R. S.; BENVINDO, L. D.; CASSIMIRO, N. C.; SILVA, M.; OLIVEIRA, J. L.; OLIVEIRA, L. L. Reflexões sobre os direitos do autista na saúde pública. **Revista Foco**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4301/3036>. Acesso em: 10 nov. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 5, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 2006.

ONZI, F. Z.; GOMES, R. de F. Transtorno do espectro autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. **Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, 2015.

PAES, J. da S. **Desvelando a si mesmo**: a descoberta de transtorno do espectro autista em adultos e suas implicações. 2024. 84f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2024.

- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000400006.
- PASTURA, P. S. V. C.; PAIVA, C. G. Transição dos cuidados de pacientes com doenças crônicas da pediatria para a medicina de adultos: práticas de um hospital terciário no Brasil. **Rev. Ped. SOPERJ**, v. 18, n. 2, p. 3-10, 2018. DOI: 10.31365/issn.2595-1769.v18i2p3-10
- PAULA, C. S.; RIBEIRO, S. H. B.; FONBONNE, E. Relatório breve: prevalência do transtorno global do desenvolvimento no Brasil: um estudo piloto. **Revista de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**, v. 41, n. 12, p. 1738-1742, fev. 2011. DOI: 10.1007/s10803-011-1200-6.
- PEREIRA, A. dos S.; MAGALHÃES, L. Os impactos dos racismos nas ocupações da população negra: reflexões para a terapia e a ciência ocupacional. **Saúde Soc.**, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220400pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- PICKENS, N.; BARNEKOW, K. Co-ocupação: ampliando o diálogo. **Journal of Occupational Science**, v. 16, n. 3, p. 151-156, out. 2009. DOI: 10.1080/14427591.2009.9686656.
- PIERCE, D. Co-ocupação: os desafios de definir conceitos originais da ciência ocupacional. **Journal of Occupational Science**, v. 16, n. 3, p. 203-207, out. 2009. DOI: 10.1080/14427591.2009.9686663.
- PORTOLESE, J.; BORDINI, D.; LOWENTHAL, R.; ZACHI, E.; PAULA, C. S. de. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11322/7056>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- PRIGOLLI, J. B.; ROSTIROLLA, L. M.; GRANDO, P. Percepções e desafios de profissionais da enfermagem na atenção primária à saúde frente ao transtorno do espectro autista. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 9, n. 1, p. e146185, 2025.. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/146185>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- RASGA, C.; VICENTE, A. M. O que acontece quando as crianças com autismo crescem? Um estudo exploratório. **Instituto Nacional de Saúde**, número especial 9, p. 24-28, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Celia-Rasga/publication/318817429>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- RATTAZ, C.; MICHELON, C.; BAGHDADLI, A. A gravidade dos sintomas como fator de risco para comportamentos autolesivos em adolescentes com transtornos do espectro autista. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 59, n. 8, p. 730-740, 2015. DOI: 10.1111/jir.12177.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 16-69.

RICHTER, R. H. M.; MATSUKURA, T. S.; TANO, B. L.; CID, M. F. B. Retratos do processo de alta na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na perspectiva de terapeutas ocupacionais. **Physis**, v. 32, n. 1, e320102, 2022.

RIOS, C. História do transtorno do espectro do autismo na perspectiva de políticas públicas no Brasil. In: CARDOSO, A. A.; NOGUEIRA, M. L. M. (org.). **Atenção interdisciplinar no autismo**. Belo Horizonte: Ed. Ampla, 2021.

RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. **Prática de pesquisa qualitativa**: um guia para estudantes e pesquisadores em ciências sociais. Londres: Sage, 2003.

ROCHA, J.; ALADIN, S.; CREHAN, E. T. Um modelo de bem-estar psicossocial para adultos autistas e neurotípicos nos Estados Unidos. **Sex Disabil.**, v. 41, n. 1, p. 3–16, 2022.

RONZANI, L. D.; LIN, J.; NETTO, B. B.; COSTA, M. de A.; REZENDE, V. L. de; GONÇALVES, C. L. Comorbidades psiquiátricas no transtorno do espectro autista: um artigo de revisão. **Acervo**, v. 7, n. 3, dez. 2021. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/4827>. Acesso em: 10 nov. 2025.

RUGGIERI, V. Autismo ao longo da vida. **Medicina** (Buenos Aires), v. 82, n. 3, p. 2-6, 2022.

RUGGIERI, V.; GÓMEZ, J. L. C. Envelhecimento em pessoas com transtorno do espectro autista. **Rev. Medicina**, v. 78, p. 69-74, 2018.

RUMBALL, F.; HAPPÉ, F.; GREY, N. Experiência de trauma e sintomas de TEPT em adultos autistas: risco de desenvolvimento de TEPT após eventos traumáticos de vida classificados e não classificados pelo DSM-5. **Autism Research**, v. 13, n. 12, p. 2122-2132, dez. 2020. DOI: 10.1002/aur.2306.

SALGADO, N. Di M.; PANTOJA, J. C.; VIANA, R. P. F.; PEREIRA, R. G. V. Transtorno do Espectro Autista em crianças: uma revisão sistemática sobre o aumento da incidência e diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e512111335748-e512111335748, 2022.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. Psicol.**, v. 22, n. 1, 2005. DOI: 10.1590/S0103-166X2005000100005.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SANTOS, A. G. de F.; SILVA, E. C. do N. Autismo e distanciamento social: narrativas de um CAPSIIJ sobre a pandemia da COVID-19. **Physis**, v. 35, n. 2, e350209, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350209pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SARTORELLI, H.; FONSECA, K. A.; PINTO, N. P. B. N. O capacitismo no Transtorno do Espectro Autista. **Revincluso – Revista Inclusão & Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 19, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36942/revincluso.v3i2.694>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SARZANA, M. B. G.; GELBCKE, F. L.; FERNANDES, G. C. M.; SOUZA, A. I. J. de; RODRIGUES, J.; BRUGGMANN, M. Fortalecendo a articulação da Rede de Atenção Psicossocial municipal sob uma perspectiva interdisciplinar. **Cogitare Enferm.**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71272>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SCHIECK, C. R. **Narrativas (d)e cuidado em saúde mental**: por uma clínica política. 2021. 80f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12012022-165108/publico/CristhianDissertacaoDEFINITIVO.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SHATTUCK, P. T.; NARENDOLF, S. C.; COOPER, B.; STERZING, P. R.; WAGNER, M.; TAYLOR, J. L. Educação pós-secundária e emprego entre jovens com transtorno do espectro autista. **Pediatrics**, v. 129, n. 6, p. 1042-1049, jun. 2012. DOI: 10.1542/peds.2011-2864.

SCHMIDT, C. Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 221-230, abr./jun. 2017.

SILVA, C. T. S.; FUMAGALI, F. A.; LOPES-HERRERA, A. S. Estimulação de linguagem direcionada para pais de crianças com TEA. **Journal of Applied Oral Science**, v. 28, supl., p. 263, 2017.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. D. A. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilidades ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, p. 635-647, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QLbJxQDp5n7jvFRNbqsKZsr/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SILVA, G. O. **Atenção à crise na juventude em um CAPSi III**: a história de Amanda e o processo de morar. 2025. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

SILVA, J. N. V.; FELIS, K. C.; CARVALHO FILHA, F. S. S.; OLIVEIRA, M. L. C.; FERREIRA, L. M.; BATISTA, R. P.; LOURENÇO, L. M. S.; MORAES FILHO, I. M. Atuação de profissionais de saúde junto a crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Nursing**, v. 29, n. 319, p. 10309-10316, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i319p10309->

SILVA, J. P. da. **Atuação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil nos cuidados de crianças com transtorno do espectro autista**. 2022. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Educação e Ciências da Saúde – FACES/CEUB, Brasília, 2022.

SILVA, L. A. C.; PAIVA, R. de M.; FAUSTINO, S. L. F.; MIRANDA, E. J. B.; SANTOS, V. E. P. Transição do cuidado de pessoas com transtorno mental no Brasil: uma análise de contexto. **Rev. Bras. Enferm.**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0063pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SILVA, M. de N. R. M. de O. **Centros de atenção psicossocial álcool e drogas (caps ad): modelo de cuidado, competências e demandas de aprendizagem dos profissionais**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2016.

SILVA, T. I. T. da; PEZZATO, L. M.; LIMA, L. C. Reflexos da contrarreforma psiquiátrica nos CAPS do Vale do Ribeira (SP). **Serv. Soc. Soc.**, v. 147, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.385>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SNELL-ROOD, C.; RUBLE, L.; KLEINERT, H.; MCGREW, J. H.; ADAMS, M.; RODGERS, A.; ODOM, J.; WONG, W. H.; YU, Y. Perspectivas das partes interessadas sobre o planejamento, a implementação e os resultados da transição para estudantes com transtorno do espectro autista. **Autism**, v. 24, n. 5, p. 1164-1176, jul. 2020. DOI: 10.1177/1362361319894827.

TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 35-42, 2013.

TWYMAN, K. A.; SAYLOR, C. F.; SAIA, D.; MACIAS, M. M.; TAYLOR, L. A.; SPRATT, E. Experiências de bullying e ostracismo em crianças com necessidades especiais de saúde. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 31, n. 1, p. 1-8, jan. 2010. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181c828c8.

VIDAL, D. F. da C.; MARQUES, A. de C.; MOREIRA, M. C. N.; FILHO, O. C. da S.; FONTES, J. M.; ARAÚJO, G. F.; PENNA E COSTA, A. A. B.; PEREIRA, A. V. Transição de cuidados de adolescentes com condições crônicas de saúde e deficiência para os serviços de adultos. **Cad. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 2025. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/10182>. Acesso em: 10 nov. 2025.

WALSH, E.; HOLLOWAY, J.; LYDON, H. Uma avaliação de intervenções de habilidades sociais para adultos com transtorno do espectro autista em preparação para o mercado de trabalho na Irlanda: um estudo piloto. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 48, n. 5, p. 1727-1741, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3441-5>. Acesso em: 10 nov. 2025.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. de. Síndrome de Burnout nos trabalhadores da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **Mundo da Saúde**, v. 45, p. 390-399, e1572020, 2021.

ANEXO A - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

- 1- Caracterização do profissional: qual sua formação? Há quanto tempo você trabalha neste serviço? Há quanto tempo você trabalha em CAPS? Tem formação específica em saúde mental? Tem formação específica em TEA?
- 2- Contextualização pelo profissional sobre a inserção desse público em seu serviço: Vocês atendem pessoas com TEA? Como é a inserção desse público no CAPS e como é pensado o Projeto Terapêutico Singular (PTS)?
- 3- Impressões dos profissionais sobre a assistência desse público em CAPS: Você se sente apropriado para atender esse público? Quais são as dificuldades encontradas? Como se dá a articulação com o território?
- 4 – Processo de transferência de cuidado para profissionais do CAPS IJ: Quando uma pessoa com TEA completa 18 anos, como ocorre a transferência de cuidado? Qual a conduta do CAPS IJ? Quais são os critérios para definir se ele irá para a UBS ou para o CAPS Adulto? Esse processo é feito de maneira adequada?
- 5- Sugestões e contribuições sobre essa temática.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Pesquisadora Responsável: Ariela Del Vecchio da Fonseca Martins

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “A transferência de cuidado entre CAPS IJ e CAPS Adulto de pessoas com Transtorno do Espectro Autista: um estudo a partir do relato dos trabalhadores”.

Você foi selecionado(a) por ser um profissional de saúde mental que tem contato com esse público em sua prática clínica. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência e retirada de consentimento não acarretarão nenhum prejuízo.

Sua participação não é remunerada, mas também não implicará em nenhum gasto. A pesquisa envolve apenas que falemos sobre suas opiniões e experiências em relação ao Transtorno do Espectro Autista e sua assistência. Se em algum momento você se sentir desconfortável, poderá interromper a entrevista ou adiar para uma outra data.

Sua participação envolve baixo risco como possível perda de confiabilidade, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais e riscos de origem psicológica, como cansaço ao responder as perguntas, além de riscos como gerar estresse, medo e desconforto.

Os dados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Todas as precauções serão tomadas no armazenamento dos dados da pesquisa de forma a proteger o anonimato dos participantes.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimentos ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, entre em contato com o CEP da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, localizado na Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112, Enfermaria de Apoio, Primeiro Andar,

sala 1, Hospital Central Cep. 01221-020 e e-mail: cepsc@santacasasp.org.br. Telefone: 11-21760-7000 ramal 7711.

Contato da Pesquisadora Principal: Ariela Del Vecchio da Fonseca Martins, Mestranda da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Rua Dr. Cesário Mota, 61, Departamento de Saúde Coletiva, 4 andar, CEP 01221-020, Santa Cecília, São Paulo. Telefone para contato: 11- 3367-7750. E-mail: Ariela.martins@aluno.fcmsantacasasp.edu.br.

Declaro que entendi objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

São Paulo, _____

Nome do participante:

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A transferência de cuidado entre CAPS IJ e CAPS Adulto de pessoas com Transtorno do Espectro Autista: um estudo a partir do relato dos trabalhadores

Pesquisador: ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87281324.9.0000.5479

Instituição Proponente: FUNDACAO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.567.329

Apresentação do Projeto:

O objetivo desse trabalho é estudar sobre a transferência de cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) do Centro de Atenção

Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS IJ) para o CAPS Adulto ao completarem 18 anos e iniciarem a vida adulta. Assim, este trabalho se propõe a

realizar uma reflexão sobre como é realizada a transferência de cuidado entre esses dois serviços que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) a partir do relato dos profissionais, assim como, a verificar o que estes compreendem.

Objetivo da Pesquisa:

- falta de assistência adequada para pessoas com TEA, principalmente adultos na RAPS sob a visão dos profissionais.- profissionais inseguros e

pouco preparados para lidar com esse público.- dificuldade em realizar a transferência de cuidado entre CAPS IJ E CAPS Adulto

Objetivo Primário:- Entender os critérios utilizados pelos trabalhadores do CAPS IJ que determinam se esse sujeito será direcionado ao CAPS Adulto e/ou Unidade

Básica de Saúde (UBS) ao atingirem a maioridade.- Investigar como essa transferência de cuidado se dá na prática e quais as estratégias utilizadas.

Objetivo Secundário:- Compreender os critérios de inclusão desse público no CAPS Adulto, na

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-

Bairro: VILA BUARQUE

CEP: 01.221-020

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2176-7711

E-mail: cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 7.567.329

visão desses profissionais.- Conhecer esses profissionais e saber suas percepções (limitações e potências) a respeito do trabalho com esse público

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para atingir os objetivos será realizada uma pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde mental que trabalham em dois serviços de Saúde Mental (CAPS Adulto Brasilândia e CAPS IJ Brasilândia) da Cidade de São Paulo. A pesquisa qualitativa pode ser definida inicialmente como uma atividade contextualizada que localiza o observador no mundo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os participantes assinarão o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tem por objetivo fazer com que os participantes das pesquisas compreendam os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos de todos os envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Riscos:

Essa pesquisa envolve riscos baixos como constrangimento ao responder as perguntas, cansaço e aborrecimento, divulgação de resultados

Benefícios:

Essa pesquisa trará como benefícios:- visibilidade sobre a assistência de pessoas com TEA na RAPS- discussão sobre a qualificação dos profissionais da RAPS.- processo reflexivo sobre a transferência de cuidado na RAPS.

Metodologia de Análise de Dados:

Após a coleta de dados realizada através das entrevistas gravadas, essas serão transcritas utilizando software seguro como MAXQDA ou similar.

A análise de dados se dará através da análise de discurso

Recomendações:

pendencia pois não existe documento de concordância do local de estudo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP**



Continuação do Parecer: 7.567.329

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2288753.pdf	25/03/2025 09:03:29		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	25/03/2025 09:03:08	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	20/03/2025 08:43:31	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2025 10:01:11	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/03/2025 14:03:12	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer.pdf	12/03/2025 14:02:18	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	12/03/2025 14:01:12	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/07/2024 17:19:30	ARIELA DEL VECCHIO DA FONSECA MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Maio de 2025

**Assinado por:
Fábio Bagnoli
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br