



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ARIANE SANTOS OLIVEIRA

**Os desafios da atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes
com autismo.**

RECIFE

2025

ARIANE SANTOS OLIVEIRA

Os desafios da atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com autismo.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Laudicena Barreto

RECIFE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos Oliveira, Arianne.

Os desafios da atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com autismo / Arianne Santos Oliveira. - Recife, 2025.
56p. : il.

Orientador(a): Laudicena Maria Pereira Barreto
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Saúde Mental. 2. Crianças e Adolescentes . 3. Autismo . 4. Atenção Psicossocial . 5. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. I. Pereira Barreto, Laudicena Maria. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

ARIANE SANTOS OLIVEIRA

Os desafios da atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com autismo.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pela discente Arianne Santos Oliveira para a disciplina de Oficina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Aprovado em: 15/04/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Laudicena Maria Pereira Barreto (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

A partir do processo de ampliação do perfil dos usuários em um CAPS ADi do Recife, experiência vivenciada através do estágio obrigatório na instituição, o trabalho possui como objetivo geral refletir sobre os desafios encontrados pela atenção psicossocial - em especial, pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) - na oferta dos cuidados e tratamentos em saúde mental para crianças e adolescentes com autismo, em um cenário de avanço da ofensiva neoliberal sobre as Políticas de Saúde Mental no país e de ascensão da mercantilização do autismo. Como metodologia de pesquisa, através de uma perspectiva crítica, foi utilizada a abordagem qualitativa associada a pesquisas documentais e bibliográficas. Esta se fundamentou no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), Lei nº 10.216/2001, Portaria nº 3.088/2011 e em documentos norteadores publicados pelo Ministério da Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com autismo no SUS, como as "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde". O estudo apontou que há uma disputa de mercado no território do cuidado de crianças e adolescentes com autismo, indicando a prevalência de serviços especializados e exclusivos para TEA em instituições privadas que crescem em função da "indústria" do autismo", além da destinação de maiores recursos do Estado para os Centros Especializados de Reabilitação (CER), enquanto os CAPS i - também responsáveis pelo cuidado dessa população - não recebeu incentivo semelhante. Concluímos que esse cenário fragiliza o cuidado destinados a crianças e adolescentes com autismo na atenção psicossocial do SUS, além de trazer vários desafios para a oferta desse cuidado nos CAPS i, como a subutilização desses serviços pela população com autismo, o desrespeito aos princípios de territorialidade e integralidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os equívocos gerados sobre a compreensão das funções exercidas pelo CAPS i.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Crianças e Adolescentes; Autismo; Atenção Psicossocial; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

ABSTRACT

Based on the process of expanding the profile of users in a CAPS ADi in Recife, an experience gained through the mandatory internship at the institution, the general objective of this study is to reflect on the challenges faced by psychosocial care - especially by the Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPS i) - in offering mental health care and treatments for children and adolescents with autism, in a scenario of advancing neoliberal offensive on Mental Health Policies in the country and the rise of the commodification of autism. As a research methodology, through a critical perspective, a qualitative approach associated with documentary and bibliographical research was used. This was based on the Statute of Children and Adolescents (Law No. 8.069/1990), Law No. 10.216/2001, Ordinance No. 3.088/2011 and in guiding documents published by the Ministry of Health for the care of children and adolescents with autism in the SUS, such as the "Guidelines for Care for the Rehabilitation of People with Autism Spectrum Disorder (ASD)" and "Line of Care for Care for People with Autism Spectrum Disorders and their Families in the Psychosocial Care Network of the Unified Health System". The study pointed out that there is a market dispute in the area of care for children and adolescents with autism, indicating the prevalence of specialized and exclusive services for ASD in private institutions that grow due to the "autism industry", in addition to the allocation of greater government resources to Specialized Rehabilitation Centers (CER), while CAPS i - also responsible for the care of this population - did not receive similar incentives. We conclude that this scenario weakens the care provided to children and adolescents with autism in the psychosocial care of the SUS, in addition to bringing several challenges to the provision of this care in CAPS i, such as the underutilization of these services by the population with autism, the disrespect for the principles of territoriality and integrality of the Psychosocial Care Network (RAPS) and the misunderstandings generated about the understanding of the functions performed by CAPS i.

Keywords: Mental Health; Children and Adolescents; Autism; Psychosocial Care; Child and Adolescent Psychosocial Care Center.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABRA – Associação Brasileira de Autismo

ABRAÇA – Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo

AMA – Associação dos Amigos Autistas

AMA-SP – Associação dos Amigos Autistas de São Paulo

ATSCAM – Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ADi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Álcool e outras drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CER – Centro Especializado de Reabilitação

CIA – Complexo Industrial do Autismo

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CTs – Comunidades Terapêuticas

DESMAD – Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

eMulti – Equipe Multiprofissional de Saúde

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

ONU – Organização das Nações Unidas

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PT – Partido dos Trabalhadores

PVC – Programa de Volta pra Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

RUE – Rede de Atenção à Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMD – Saúde Mental em Dados

SPA – Substâncias Psicoativas

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TEA – Transtorno do Espectro Autista

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01 – Série histórica da expansão de CAPS por ano. Brasil, de 2001 a 2024.	44
Gráfico 02 – Série histórica da expansão de CAPS i por ano. Brasil, 2013 a 2024.	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dispositivos/Serviços da RAPS classificados por níveis de atenção à saúde.

28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DO AUTISMO NO SUS.....	16
2.1 Do modelo manicomial à Reforma Psiquiátrica: novos caminhos para o cuidado de crianças e adolescentes na saúde mental.....	17
2.2 Garantir direitos e redirecionar o cuidado: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i).....	26
2.3 A Política Nacional para pessoas com TEA e os documentos norteadores do Ministério da Saúde.....	30
3. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES AUTISTAS: UM CENÁRIO DE DISPUTAS E CONTRADIÇÕES...	36
3.1 A ofensiva neoliberal e seu avanço na Política de Saúde Mental.....	36
3.2 A “indústria” do autismo e a mercantilização do cuidado.....	41
3.3 A atenção psicossocial e o cuidado de crianças e adolescentes autistas: um panorama atual.....	43
3.4 Desafios da Atenção Psicossocial no cuidado de crianças e adolescentes com autismo	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

A proximidade com o tema e a escolha do objeto de estudo, originou-se a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no ano de 2023, em um CAPS ADi. O CAPS configura-se como um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), responsável pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, podendo ser classificado em diferentes modalidades de acordo com o perfil dos usuários atendidos e de sua capacidade estrutural. Este dispositivo integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede que articula os pontos de atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde¹ (SUS) (BRASIL, 2011).

Em agosto de 2022, este CAPS, enquanto um serviço da RAPS Infantojuvenil da cidade do Recife, passou por um processo de ampliação do perfil dos seus usuários. Anteriormente, o serviço era voltado apenas ao atendimento de adolescentes entre doze (12) e dezoito (18) anos incompletos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Com a mudança em 2022, o local também passou a oferecer acolhimento e atendimento para jovens com transtorno e adoecimento mental, ampliando assim o perfil dos usuários atendidos no serviço.

No ano seguinte, como conclusão do estágio obrigatório, foi elaborado o Projeto de Intervenção a partir da experiência de estágio no local, em que foi traçado o Perfil da População usuária da instituição a partir da análise dos prontuários de admissões realizadas pelo serviço entre janeiro e junho de 2023. No total, foram realizadas 71 admissões, sendo delas 83,1% de jovens com algum transtorno ou adoecimento mental, enquanto 11,3% relacionados a questões advindas do uso de substâncias psicoativas (SPA), evidenciando o quanto o novo público passou a demandar por atendimento após sua incorporação no serviço.

Durante o exercício de estágio na instituição, notou-se que grande parte dos adolescentes que dirigiam-se ao CAPS, chegavam ao local no intuito de conseguir atendimento em virtude de necessidades atreladas à suspeita ou ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). O aumento progressivo da procura pelo serviço por esse público e o quantitativo de jovens autistas admitidos na instituição, já era uma discussão pertinente entre os profissionais do CAPS, visto que, a ampliação do perfil dos usuários implicou em mudanças concretas na dinâmica do local, trazendo

¹ O SUS caracteriza-se como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Aprovado pela Lei Nº 8.080/1990, o SUS tem em seus princípios a universalização, equidade e integralidade dos seus atendimentos, serviços e equipamentos, visando garantir a proteção, promoção e prevenção da saúde de toda população, incluindo também o desenvolvimento de diversas políticas específicas de saúde destinadas a atender os diversos grupos populacionais existentes no país de acordo com suas particularidades e necessidades.

desafios para a intervenção profissional da equipe diante das novas demandas apresentadas pela crianças e adolescentes autistas e quanto às possibilidades de oferta de cuidado em saúde mental a essa população.

Historicamente, a oferta de uma rede de atenção em saúde mental direcionada para crianças e adolescentes - incluindo jovens autistas - organizou-se tardiamente dentro da composição da atenção psicossocial do SUS. Foi apenas no início do século XXI, em 2002, que deu-se início a estruturação de pontos de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, a partir da Portaria GM/MS nº 336/2002, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades, incluindo os CAPS Infantojuvenil (CAPS i).

Em relação a população autista, em 2012 foi aprovada a Lei nº 12.764/2012, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, porém, sem definir modalidades específicas de tratamento para essa população. Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS) lança dois documentos: "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista" (BRASIL, 2014) e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015). Enquanto a Diretriz orienta o tratamento para os Centros Especializados de Reabilitação (CER), a Linha de Cuidado direciona e reafirma atenção psicossocial e seus dispositivos como serviços para o cuidado de pessoas autistas, incluindo os CAPS i.

Diante da mudança do perfil do público atendido em um CAPS ADi da cidade do Recife, vivenciada através do estágio no local, pode-se compreender que a ampliação de um serviço é considerado um avanço dentro da política a qual pertence, mas que deve ser realizada de forma planejada e qualificada com o devido suporte que necessita, para que sua concretização se dê na perspectiva de garantir o acesso e a efetivação de direitos, sem que sejam acrescentados ganhos em detrimento da perda da qualidade do serviço prestado.

Tal como afirma Lima et al (2024),

A ampliação do acesso e o aumento crescente de autistas em CAPSi não garantem, por si só, a qualidade do cuidado a essas pessoas nos dispositivos psicossociais. Fatores adicionais que precisam ser levados em consideração são: o modo de acolhimento, de construção de vínculo e de parceria no processo de cuidado; a articulação com recursos territoriais para ampliação de redes de apoio; a colaboração intersetorial para o alcance da integralidade da atenção; a centralidade do projeto terapêutico na inserção social e ampliação de condições de cidadania; e o desenvolvimento de estratégias de compartilhamento entre trabalhadores e usuários/ familiares, para que o processo de cuidado seja dotado de sentido, compreensível e direcionado para melhoria da qualidade de suas vidas (Couto; Delgado, 2015).

Para Ruas (2008), uma política pública não passa por mudanças sem que haja provocações e intenções direcionadas. À vista disso, perante a ampliação do público alvo da instituição, indagações e reflexões surgiram a respeito dessa mudança no local e das implicações e dos impactos geradas no serviço a partir de sua modificação, despertando assim o interesse em identificar e compreender os empasses enfrentados pela atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de pessoas com autismo e sua relação e influência com o cenário econômico e político atual.

Logo, a partir da ampliação do perfil dos usuários em um CAPS ADi do Recife com a incorporação de jovens com autismo no serviço, o trabalho busca discutir a influência do cenário político, social e econômico atual na relação do autismo com a atenção psicossocial, considerando a conjuntura de avanço da ofensiva neoliberal sobre a política de saúde mental e o crescimento da “indústria” do autismo, que favorece a ampliação do setor privado na saúde e o desfinanciamento das políticas e serviços públicos no SUS.

Deste modo, o trabalho é justificado diante da compreensão da política de saúde enquanto uma política social inserida no campo de disputa de projetos societários, perante o avanço do movimento de contrarreforma neoliberal que incide sobre a Política de Saúde Mental, representada pela disputa sobre o fundo público e pelo desfinanciamento dessa Política. Atrelado a isso, estão vinculados às divergências e disputas existentes entre os cuidados previstos pelo Ministério da Saúde às pessoas com autismo e o crescimento da “indústria do autismo” nos últimos anos.

Esse debate tangencia algumas discussões relativas à forma de conceber o autismo, atrelado aos possíveis fatores etiológicos, metodologias eficazes de tratamento e, consequentemente políticas públicas, mas principalmente, se insere e responde a uma “indústria” em ascensão. Desta forma, o autismo enquanto pauta prioritária da indústria, tem servido basicamente a propósitos políticos e econômicos, de tal modo que têm mascarado/anulado o que de fato deveria estar em jogo - a garantia de direito a essa população - direito à cidadania, saúde, educação, entre tantos outros, que tem sido a cada dia negados (SOUZA et al. 2024 apud ORTEGA, 2019; GRINKER, 2019; BRODERICK, 2022).

Sendo assim, o trabalho parte da compreensão do autismo e do aumento do número de diagnósticos para além de uma entidade clínica, tratando do assunto e das problemáticas que o envolve enquanto um fenômeno social, cultural, político e econômico que emergiu recentemente na realidade brasileira.

Diante disso, o trabalho tem como pergunta geradora: quais são os desafios vivenciados pela atenção psicossocial - sobretudo, pelos CAPS i - na oferta de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes com TEA diante de um mercado que cresce em torno do autismo em um momento de avanço da ofensiva neoliberal nas políticas de saúde mental?

Assim, o objetivo geral busca refletir a partir da ampliação do perfil dos usuários em um CAPS ADi do Recife, em 2022, os desafios encontrados pela atenção psicossocial na oferta de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes com autismo, sob a influência do avanço da ofensiva neoliberal nas Políticas de Saúde Mental e a mercantilização do autismo. Quanto a seus objetivos específicos são: a) Apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os serviços direcionados a assistência da população autista no SUS; b) Apresentar as problemáticas do atual cenário político e econômico que permeiam o autismo diante do contexto de avanço neoliberal nas políticas de saúde mental; c) Discutir a influência e os desafios enfrentados diante desse cenário pela atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com autismo.

Sobre os procedimentos utilizados no estudo, servindo de base e fundamentação para a elaboração do trabalho, foram realizadas pesquisas de cunho documental e bibliográfico. Primeiramente, compondo o corpus documental do trabalho, foram utilizadas Leis, Portarias, Legislações e artigos do campo da Política de Saúde Mental, além do estudo da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, dos documentos orientadores lançados pelo Ministério da Saúde (MS) para o tratamento de pessoas com autismo no SUS e de artigos sobre o tema. Em seguida, como levantamento bibliográfico, foram manuseadas obras de autores como Amarante (2007; 2018), Couto e Delgado (2015), Broderick (2022), Yasui (2006) Behring e Boschetti (2010), Salvador (2010; 2015) e Arcoverde (2008).

Quanto à estruturação do trabalho, ele está organizado em três capítulos, além da introdução e das considerações finais. O segundo capítulo apresenta as antigas concepções sobre a loucura e o modelo manicomial, padrão de tratamento anteriormente utilizado no cuidado de pessoas com transtornos mentais, empreendidos pelos antigos hospitais psiquiátricos até a segunda metade do século XX, que promoviam através do isolamento social a desumanização dos pacientes internados e a prática constante de inúmeras violências e violações aos direitos humanos. Com as mudanças advindas do processo de redemocratização do país na década de 70, o trabalho aborda sobre a importância dos movimentos sociais na transformação do cenário de saúde mental no país, a exemplo da Reforma Sanitária Brasileira, do movimento pelos direitos das crianças e adolescentes, bem como o próprio movimento de Reforma Psiquiátrica.

Considerada como uma grande conquista dos movimentos sociais, a Lei nº 10.210/01, que inaugura a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos, também é discutida neste segundo capítulo, bem como é exposto sobre a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) que se estrutura posteriormente, algumas particularidades do atendimento de crianças e adolescentes na rede, e o papel dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil nos cuidados em saúde mental. Ao final do segundo capítulo, ainda são abordadas questões que envolvem o autismo, como o protagonismo e a luta dos movimentos de mães e pais de autistas até a conquista da Lei nº 12.764/2012, que promove a prática e a proteção direitos a essa população, além das orientações publicadas pelo Ministério da Saúde para os cuidados e tratamentos direcionados a essa público, as "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" e a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde".

Já no terceiro capítulo, são discutidos assuntos que versam a relação do autismo com a atenção psicossocial, tendo como ponto de partida a influência do cenário político, social e econômico atual de disputas e contraposições. Inicialmente, são apresentados conceitos sobre fundo público e política social, principalmente, em como eles são articulados no contexto de avanço neoliberal, considerados como elementos integrantes e necessários para a reprodução e acumulação do capital. De forma articulada, abre-se espaço para a debate a cerca do crescimento de uma "Indústria" do autismo, um mercado em ascensão composto por vários elementos, que vai desde a produção do diagnósticos até os tratamentos e terapias ofertados a essa população, tendo não mais como objetivo primordial a garantia de direitos e o cuidado a essa população, mas sim, de gerar lucros a partir da mercantilização do autismo. Finalizando o terceiro capítulo, é abordado sobre o avanço da ofensiva neoliberal na saúde mental e seus reflexos na atenção psicossocial, e consequentemente, no direcionamento de recursos e na oferta de cuidado a população autista através dos CAPS i.

Por fim, o quarto capítulo apresenta reflexões acerca dos impactos e desafios vivenciados pela atenção psicossocial, principalmente pelos CAPS i, no cuidado em saúde mental da população autista, diante do avanço da neoliberal sobre a Política de Saúde Mental e do crescimento da "indústria" do autismo.

2. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DO AUTISMO NO SUS

A formulação e a implementação da Política de Saúde Mental no Brasil, estruturada e incorporada ao SUS², tem em sua história uma longa trajetória de luta e resistência. Antes de entrar em vigor, o tratamento oferecido em Saúde Mental era o modelo manicomial, que tinha em seu princípio o isolamento e a retirada dos pacientes do convívio social como parte do tratamento, mediante as internações em hospitais psiquiátricos, onde não havia o reconhecimento nem a garantia dos direitos humanos e sociais dos pacientes internados. Consubstancialmente, além da segregação social imposta por essas instituições, era comum a constante prática de violências e violações de direitos humanos contra os pacientes, através de um tratamento massificado, medicamentoso e hospitalocêntrico.

No caso de crianças e adolescentes, as formas de cuidado em Saúde Mental dirigidos a essa população não foram diferentes. Para essa juventude, além da institucionalização, prática comum no tratamento manicomial, ela não restringiu-se apenas a ações desenvolvidas pelos hospitais psiquiátricos, mas também empreendida por instituições da assistência social e da educação.

Os caminhos da Saúde Mental mundial começaram a mudar significativamente a partir dos anos de 1970 com a Reforma Psiquiátrica Italiana, movimento que propôs novas possibilidades de cuidado em Saúde Mental contrárias e subversivas ao modelo manicomial até então predominante. Ainda em meados dos anos 70, sob influência do modelo Italiano, a Reforma Psiquiátrica Brasileira também ganhou força na disputa política e social junto aos movimentos de Reforma Sanitária e de luta pela redemocratização do país. Enquanto isso, no âmbito da Saúde Mental de crianças e adolescentes, a luta pelo cuidado e pela estruturação de uma rede específica para essa população, contou com esforços para além do campo da saúde mental, sendo fundamental a participação dos movimentos de direitos humanos.

Contudo, foi apenas no início do século XXI, que a luta do movimento antimanicomial brasileiro, culminou na aprovação de uma Política Pública de Saúde Mental nacional. Instituída pela Lei Nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica passou então a reconhecer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como, determinar o fim do modelo manicomial e a

² O SUS caracteriza-se como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Aprovado pela Lei Nº 8.080/1990, o SUS tem em seus princípios a universalização, equidade e integralidade dos seus atendimentos, serviços e equipamentos, visando garantir a proteção, promoção e prevenção da saúde de toda população, incluindo também o desenvolvimento de diversas políticas específicas de saúde destinadas a atender os diversos grupos populacionais existentes no país.

necessidade de reformulação dos cuidados em saúde mental. Com a Portaria nº 3.088/2011, estruturou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, redirecionando o cuidado para uma rede de serviços articulados e no território, incluindo a estruturação de uma rede específica para crianças e adolescentes, ficando aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) a responsabilidade de promover e ordenar os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, incluindo aquelas diagnosticadas ou com suspeita de autismo.

Quanto ao cuidado destinado a crianças e adolescentes com TEA, durante muitos anos o protagonista dessas ações esteve sobre a iniciativa de associações e grupos de pais autistas. Os cuidados destinados a essa população passou a ser incorporado ao SUS a partir das Portaria Nº 1947/2003, que aprovou o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (2003-2004), identificando os CAPS i como serviços de atendimento a crianças e adolescentes autistas. Depois de muita mobilização por parte das organizações de pais de autistas, foi aprovada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista com a Lei Nº 12.764/2012, reconhecendo os portadores de TEA como “pessoas com deficiência para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2012). Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS) lançou dois documentos com orientações para o cuidado de crianças e adolescentes com TEA no SUS, porém, direcionando para serviços diferentes. Um dos documentos é a "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)", direcionando o atendimento ao âmbito da deficiência através dos Centros de Reabilitação (CER), e o outro, é a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", que orienta o cuidado para a atenção psicossocial e os CAPS i.

2.1 Do modelo manicomial à Reforma Psiquiátrica: novos caminhos para o cuidado de crianças e adolescentes na saúde mental.

Fundado no final do século XVIII, o modelo manicomial foi inaugurado a partir do “alienismo”, ciência designada a estudar o que conhecemos hoje como “transtornos mentais”, fundada pelo denominado pai da psiquiatria, Philippe Pinel. Em 1793, Pinel fundou o primeiro hospital psiquiátrico, subordinado aos princípios do isolamento social e do tratamento moral (AMARANTE, 2007). Assim como explica Amarante (2007), o tratamento a partir do isolamento formulado por Pinel pode ser descrito da seguinte forma:

O isolamento - entendia-se a institucionalização/hospitalização integral - seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação

apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requeriria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamento.

Sendo assim, o “isolamento terapêutico” proposto por Pinel, retirava os loucos do convívio social, impossibilitando a construção e o fortalecimento dos laços familiares e comunitário e do exercício da vida em âmbitos como o trabalho, lazer e cultura, firmando uma espécie de morte social aos indivíduos internados nos hospícios (AMARANTE; TORRE, 2018).

Quanto ao tratamento moral, “consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007). Foi a partir dessas prerrogativas fundantes que o hospital psiquiátrico ganhou espaço e confiabilidade no tratamento dos “alienados”, considerado um lugar de práticas pedagógicas-disciplinares que possibilitaria a cura da loucura, sua retomada à razão, e consequentemente, a volta dos pacientes a vida em sociedade (AMARANTE; TORRES, 2018).

Com o passar dos anos, o modelo manicomial proposto pelos hospitais psiquiátricos ganharam cada vez mais força, multiplicaram-se em unidades por todo o mundo com um número cada vez maior de internados. Foi então que os primeiros questionamentos e críticas ao modelo manicomial e asilar dos hospícios surgiram e ganharam maior repercussão, com o debate cada vez mais intenso devido a superlotação desses espaços, as violações de direitos e as condições desumanas existentes nesses locais.

No Brasil, o cenário do tratamento em saúde mental não era diferente. O livro “Holocausto Brasileiro”, publicado em 2013, pela jornalista Daniela Arbex, retrata com detalhes as histórias vivenciadas pelas vítimas internadas no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Durante as décadas de 30 e 80 do século passado, o Hospital Colônia foi responsável pela morte de cerca de 60 mil pessoas, incluindo crianças e adolescentes, pelas mais variadas formas de negligências e violências, tornando-se palco do maior holocausto brasileiro (MATOS-DE-SOUZA; MEDRADO, 2021).

Quanto ao tratamento ofertado às crianças e adolescentes que apresentavam algum transtorno psíquico, as possibilidades específicas de cuidado direcionados à essa população, antes da criação da Política de Saúde Mental no Brasil, limitavam-se apenas a ações repressivas e preventivas de agravos e que, geralmente, assemelhavam-se aos tratamentos oferecidos aos adultos.

No século XX, acompanhando as tendências do plano social, político e ideológico do país, o Movimento Higienista determinou e impulsionou vários preceitos a serem seguidos pela população no intuito de padronizar a convivência nas cidades nos ditos modos saudáveis de vida (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; REIS et al., 2010; RIBEIRO, 2006 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015). Durante esse processo, as crianças e adolescentes foram tidos como elementos fundamentais para a construção de uma nova sociedade, a partir da ótica da individualização das mazelas e da responsabilidade da saúde, disseminadas através de programas incorporados às escolas e educandários. É neste contexto que surgem, as primeiras práticas direcionadas às crianças de forma sistematizada (RIBEIRO, 2006 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015). A condução dessas ações tinham como base os valores morais da burguesia, a partir da iniciativa privada e sem pertencer ao campo da política de Estado. Porém, mesmo não estando inscrito na política pública, foram relevantes para o impulsionamento de planos políticos futuros, tendo como fundamento as práticas de controle (BOARINI; YAMAMOTO, 2004 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em meio aos anos da década de 1920, a Liga de Higiene Mental, no que diz respeito às ações voltadas para o desenvolvimento mental infantil, criou iniciativas de cunho assistencial e ao mesmo tempo repressivas. Nesse sentido, as instituições psiquiátricas desenvolveram o papel de reguladoras sociais a partir das internações realizadas (TAÑO; MATSUKURA, 2015). Nessas instituições, o trabalho era realizado a partir da junção do tratamento de prevenção de agravos e da prática da disciplina médica sobre as crianças, esta última sendo considerada a única forma de educação possível para promover uma vida saudável na infância, e principalmente, longe dos desvios de conduta e da delinquência (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; REIS et al., 2010 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Também é na década de 20 que surge o movimento em defesa das crianças e adolescentes no Brasil, que influenciou diretamente na criação da primeira legislação referente à assistência e proteção dessa população. Nela partia-se do pressuposto que a juventude “delinquente e abandonada” era fruto da pobreza da época, pensamento este que acabou favorecendo a expansão de instituições filantrópicas na operação do cuidado dessa população, tendo em seus princípios o controle e a proteção desses indivíduos. Esses espaços, por meio do isolamento social e da privação de liberdade, serviram para institucionalizar crianças e adolescentes pobres, autoras de atos infracionais, assim como aquelas portadoras de deficiência ou de transtornos mentais (BRASIL, 2014).

No Brasil, as primeiras clínicas de orientação infantil são inauguradas nesse mesmo período, essencialmente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, onde a prática da psiquiatria infantil tinha em seus objetivos “sanar as problemáticas que caracterizavam o país enquanto nação atrasada como a delinquência e a mortalidade infantil, a partir da moralização da sociedade e do controle de suas condutas” (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; RIBEIRO, 2006 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015).

As ações de cunho assistencial ofertadas, sob a permissão do poder público, operavam não no sentido de cuidar dos transtornos ou do adoecimento psíquico das crianças e adolescentes, mas sim, no intuito de responder a pobreza e o abandono, considerados problemas responsáveis por produzir efeitos incapacitantes (COUTO; DELGADO, 2015).

Assim como os adultos, as crianças e adolescentes que necessitavam de cuidados e tratamentos em saúde mental, tinham a institucionalização como única saída emergente e possível na época. A institucionalização ocorria ora pelas instituições psiquiátricas, mas principalmente, pelas instituições assistenciais filantrópicas, locais comumente reconhecidos pela prática de ações restritas e de forte cunho jurídico. Sobre esse processo, pode-se afirmar que

As intervenções para institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foram utilizadas em proporções arrebatadoras. Durante décadas, esta foi a principal resposta para a maioria das problemáticas sociais. Assim, além das crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico, as crianças e adolescentes pobres também tiveram como alternativa única para sua existência a institucionalização. O medo social em relação ao louco e ao pobre, que supostamente poderia se tornar delinquente, justificou ao longo dos anos série de violações à vida humana e à sua integridade (COUTO, 2001; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; RIZZINI, 2005 apud TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Nesse processo, as crianças e adolescentes eram submetidas a institucionalização em locais externos ao sistema psiquiátrico, e até mesmo, durante anos, tiveram suas necessidades invisibilizadas dentro do movimento de Reforma Psiquiátrica (COUTO, 2004 apud COUTO; DELGADO, 2015). Assim como mostram as menções acima, percebe-se que as demandas em saúde mental na infância e juventude, no século passado, sempre estiveram relacionadas a questões de pobreza e “delinquência” da época.

Com o passar dos anos, as críticas em torno do modelo manicomial foram crescendo significativamente, ganhando espaço para além dos âmbitos da psiquiatria e da saúde. Chegado o fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade passou a refletir de forma crítica sobre as instituições psiquiátricas, visto que a violência e a ausência de dignidade humana nesses locais assemelhavam-se aos campos de concentração presentes na época (AMARANTE, 2007). Diante de seus métodos ineficientes e desumanos, o isolamento e o tratamento moral imposto pelas

instituições psiquiátricas mostraram-se cada vez mais insustentáveis. Tal como afirma Amarantes (2007),

A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis.

Em termos mundiais, as primeiras mudanças de paradigmas quanto a saúde mental e o modelo de tratamento manicomial, surgiram a partir dos anos de 1960 com a Reforma Psiquiátrica Italiana. Idealizado por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, esse movimento posicionou-se de forma crítica e adversa ao modelo de tratamento exercido pelas instituições ditas terapêuticas, visto que o “pensamento basagliano” tem entre seus princípios fundamentais a superação do modelo manicomial, já que por mais que transformado, atualizado e humanizado, os hospitais psiquiátricos continuam sendo instituições falhas, adoecedoras, onde não há garantia de liberdade nem ao exercício da cidadania por parte dos internados (BASAGLIA, 2005 apud AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007), princípios como o cuidado em território, a referência e a contrarreferência na continuidade e no acompanhamento do tratamento, a corresponsabilidade e a transversalidade entre os serviços, a democratização e a participação social, o deslocamento da centralidade da psiquiatria e a incorporação da equipe multiprofissional e de outros atores sociais no tratamento, como o próprio usuário, seus familiares e os próprios trabalhadores, também foram incorporados por Basaglia na reformulação do cuidado em saúde mental.

No Brasil, as primeiras mudanças de paradigma sobre a concepção de Saúde Mental surgiram a partir da década de 1970 junto a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), um projeto de reforma social que desenvolveu-se em um contexto de luta contra a ditadura civil-militar e de grande participação da sociedade civil. A RSB foi impulsionada pelo Movimento Sanitarista³, tendo como defesa um novo sistema de saúde coletivo e universal, visando a garantia dos direitos sociais e a democratização do Estado e da sociedade (PAIM, 2008).

Assim como aponta Yasui (2006),

A Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, é um projeto civilizatório. Projeto que implica na afirmação de princípios e valores que tensionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase

³ Aqui cabe destacar a diferença semântica existente entre as expressões Reforma Sanitária Brasileira e Movimento Sanitarista. Segundo Paim (2008), “o ângulo privilegiado de análise é a própria reforma sanitária, enquanto ideia, proposta, projeto e processo, ainda que só analiticamente seja possível distingui-la do movimento, assim como o criador em relação à criação e à criatura...”. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>.

barbárie. É um processo que aponta para a construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade.

Diante do contexto de efervescência dos movimentos sociais pela reivindicação de direitos e pela redemocratização do país, a Reforma Psiquiátrica também foi ganhando cada vez mais espaço dentro do cenário da luta pelo direito à saúde no Brasil. Inspirada na experiência italiana de Basaglia, ela vai além da proposição de mudanças na prestação da assistência, dos serviços e da aprovação de leis e políticas governamentais no campo da saúde mental, trata-se de um processo político e social, amplo e complexo que envolve vários segmentos governamentais, do campo da saúde e profissionais da área, assim como os usuários e seus familiares (BRASIL, 2005).

Caminhando nesse mesmo horizonte, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi de suma importância para o reconhecimento dos direitos, da cidadania e da dignidades dos usuários do serviço, principalmente, daqueles pacientes internados em manicômios, tendo como lema do II Congresso Nacional do MTSM, “Por uma sociedade sem manicômios”, em 1987, mesmo ano que foi realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Em 1988, foi promulgada a nova Constituição, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um grande avanço para a estruturação de um sistema universal de saúde no campo das políticas públicas e sociais. No ano seguinte, em 1989, a luta pela Reforma Psiquiátrica conquistou espaço no Congresso Nacional através do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que objetivou o fim progressivo dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Para além da área da saúde, movimentos integrantes da luta pelo reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes criaram solo fértil para que avanços e mudanças positivas no campo da saúde mental infantojuvenil fossem estruturadas e consolidadas mais à frente. Eventos como a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, de 1989, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), junto a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, firmaram a cidadania desse indivíduos como sujeitos de direitos e colocou a infância e a juventude em um novo patamar social e político (COUTO; DELGADO, 2015).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 3º,

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

No que diz respeito ao âmbito da saúde, o Art. 7º afirma que

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Nesse momento, a função de promover os cuidados e tratamentos em saúde de crianças e adolescentes foi conferida ao Sistema Único de Saúde (SUS), que através de suas Leis e várias políticas, passou a firmar um compromisso de promoção e de defesa do direito à vida e a saúde da juventude,

Além disso, este documento reconhece as crianças e adolescentes como seres humanos e cidadãos em condições diferentes de desenvolvimento e existência dos adultos, e que por isso, necessitam de um olhar específico e prioritário pelo estado e pela sociedade. A partir dessa primazia, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) determina que as prioridades dessa população consiste na: preferência de socorro e proteção em qualquer circunstância, a precedência de atendimento em serviços públicos, a prevalência na formulação e execução de políticas sociais públicas, assim como, o desígnio privilegiado de recursos públicos para essas ações e outras relacionadas à proteção da infância e juventude.

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugura a doutrina da proteção integral, retirando as crianças e adolescentes do intervencionismo estatal e da ideia do assistencialismo do Estado, até então concentrado no controle e no asilamento desses indivíduos. Com a promulgação desta Lei, as crianças e adolescentes passam a ser titulares de todos os direitos inerentes à pessoa humana, dos cuidados protetivos e promotores do desenvolvimento.

Retomando o caminho da Reforma Psiquiátrica brasileira, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas⁴, e em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, mesmo ano em que o Ministério Público publicou normativas que regulamentaram novos serviços de atenção à saúde mental, como CAPS e NAPS⁵. Entretanto, apesar de regulamentados, não foi instituída uma linha de financiamento para esses serviços, além de não haver normas de fiscalização e redução de leitos nos hospitais psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005).

Mesmo com avanços gerais significativos, foi apenas em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que crianças e adolescentes ganharam espaço significativo como indivíduos de

⁴ Documento que propõe a reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos países da América Latina. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>.

⁵ Os CAPS são Centros de Atenção Psicossociais que integram até hoje a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, enquanto os NAPS eram Núcleos de Atenção Psicossocial que não integram mais o conjunto de dispositivos da saúde mental.

direitos e que necessitam de cuidados prioritários e especiais em saúde mental. Assim como afirma Couto e Delgado (2015),

Realizada em dezembro de 2001, essa Conferência constitui um divisor de águas na história da saúde mental de crianças e adolescentes no país, porque, de modo inédito em relação às duas conferências anteriores, priorizou o tema da SMCA e convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como sujeitos psíquicos e de direitos, ser exercido em dispositivos de base comunitária, calcado na lógica do território e da operação em rede, e ter a inclusão social possível a cada um como o norte ético da ação de cuidado.

Historicamente, dentro da linha de cuidado em saúde mental desenvolvida para crianças e adolescentes, no Brasil, duas formas diversas foram construídas ao longo do tempo. Durante o período Republicano, as ações se davam através da institucionalização com seu caráter disciplinador e tutelar; enquanto no período de redemocratização do país, junto a promulgação da Constituição de 1988 e o acirramento da luta dos movimentos sociais, o direcionamento do cuidado teve como ponto de partida a proteção integral, reconhecendo esses indivíduos como sujeitos de direitos que precisam de atenção prioritária e cuidados em saúde mental de forma humana e em liberdade (COUTO; DELGADO, 2015).

Mesmo com a estruturação das raízes da Reforma Psiquiátrica em meados dos anos 70 e a disseminação de suas ideias na década seguinte, as verdadeiras mudanças só começaram a ser consolidadas a partir da incorporação dessa temática na agenda política do Estado com a formulação de políticas públicas voltadas ao redirecionamento dos cuidados em saúde mental. Especificamente em relação às crianças e adolescentes, é evidente que

Os caminhos para construção dessa política só foram propostos a partir de 2001 e foram fortemente dependentes dos dois movimentos anteriormente referidos – da saúde mental e dos direitos humanos – movimentos distintos, mas integralmente relacionados, que alteraram os rumos da política para a infância e a adolescência e os caminhos da saúde mental brasileira (COUTO; DELGADO, 2015).

Sendo anterior a criação de uma lei nacional, ainda nos anos 90, vários estados brasileiros aprovaram as primeiras leis estaduais que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma nova rede de atenção integral à saúde mental. (BRASIL, 2005). Em Pernambuco, a substituição dos leitos psiquiátricos iniciou-se a partir da promulgação da Lei Nº 11.064/1994⁶, inaugurando a reforma do sistema psiquiátrico estadual, sendo o terceiro Estado brasileiro a promulgar Lei própria (RECIFE, 2018).

⁶ Lei Nº 11.064, de 16 de maio de 1994. “Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências”. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3997&tipo=#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.064%2C%20DE%2016,involunt%C3%A1ria%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias>.

Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 10.216/2001, em seu vigor, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Em seu Parágrafo único, do Art. 2º, são descritos os direitos a serem assegurados às pessoas com transtorno mentais, sendo eles:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Assim como expressam os incisos acima, a Lei Nº 10.2016/2001 redireciona o tratamento em saúde mental, deixando para trás o caráter manicomial, asilar e hospitalocêntrico, reconhecendo os portadores de transtornos mentais como sujeitos de direitos e que necessitam de cuidado e proteção sob a luz do cuidado digno, humano, comunitário e em liberdade.

Com a aprovação da Lei Antimanicomial, o Estado é chamado a assumir a responsabilidade do cuidado em saúde mental da população, não apenas ofertando serviços, mas garantindo a qualidade da assistência prestada e a integralidade do tratamento.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

As internações psiquiátricas também são revistas e passam a assumir um novo caráter e uma finalidade diferente, visto que, anteriormente, no modelo manicomial, era tido como única possibilidade de tratamento com fim em si mesmo, segregando os indivíduos da sociedade e de suas famílias. Diante disso, a Lei dispõe:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Todas essas medidas, coordenadas de forma articulada e conjunta, contribuíram para a diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos, e consequência, para a formulação e estruturação de uma nova rede de cuidado substituta em Saúde Mental. Sendo assim, pode-se afirmar que esse período foi constituído por duas ações principais:

A construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005).

Apesar da Lei Nº 10.216/11 não trazer especificidades sobre o tratamento, a desinstitucionalização e a disposição de novos serviços no campo da infância e adolescência, não podemos negar a importância e a magnitude desta Lei, visto que sua promulgação impulsionou o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consolidou como política pública do governo federal, abrindo caminhos para a estruturação futura de um cuidado em Saúde Mental direcionado às crianças e adolescentes.

2.2 Garantir direitos e redirecionar o cuidado: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i).

A promulgação da Lei Nº 10.216/2001 significou uma grande conquista para a população brasileira, sobretudo para pessoas com transtornos psíquicos, definindo assim o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e redefinindo o cuidado em Saúde Mental para o modelo assistencial e comunitário. Em vista disso, pode-se afirmar que a Lei promoveu maior visibilidade às questões de Saúde Mental no país e inaugurou seu lugar na política pública nacional e na disputa pela efetivação de direitos. A partir daí deu-se o pontapé inicial para a formulação e construção de novos serviços de saúde mental alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica, conquistas provenientes da luta do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP).

No ensejo da construção de novos serviços, foi publicada a Portaria nº 336/2002, que estabelece as diferentes modalidades de CAPS, incluindo o CAPS i, definindo sua complexidade e abrangência populacional⁷, recursos humanos, equipe técnica, atividades desenvolvidas e horário de

⁷ Nesta Portaria, é definido que o porte populacional mínimo para a implantação de CAPS i são para municípios ou Regiões de Saúde com 200 mil habitantes. Porém, houve uma redução do parâmetro populacional para 70 mil habitantes, dando a possibilidade de ampliação do número de CAPS i e de maior capilaridade do serviço para mais municípios e regiões do país.

atendimento, devendo possuir serviço ambulatorial de atenção diária seguindo a lógica do seu território (BRASIL, 2001).

Outras estratégias e dispositivos passaram a ser criados, contudo, ainda sem a estruturação e articulação necessária para o funcionamento em rede. Diante disso, foi essencial a construção de uma linha de cuidado articulada, integrando todos os novos serviços, para assim promover o cuidado completo e integral em saúde mental de acordo com as necessidades e particularidades de cada usuário.

No intuito de solucionar essa lacuna existente, sob os princípios da Lei Nº 10.216/2001, 10 anos depois, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através Portaria Nº 3.088/2011, destinada ao cuidado e tratamento de “pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Assim como dispõe o seu Art. 1º, a RAPS foi instituída com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde e do cuidado a essa população.

Sobre as diretrizes e objetivos da RAPS podemos citar:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

A Portaria define os componentes integrantes da RAPS, separando os serviços existentes de acordo com os níveis de saúde que integram, estando eles organizados no quadro abaixo.

Quadro 1 - Dispositivos/Serviços da RAPS classificados por níveis de atenção à saúde.

Nível de Atenção em Saúde	Dispositivos/Serviços
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde (UBS), Equipe Multiprofissional (eMulti), Consultório na Rua, Equipe de Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Consultório de Rua
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral e Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento (UA) e Comunidades Terapêuticas
Atenção Hospitalar	Leitos Integrais em Hospital Geral e Hospitais psiquiátricos
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC)

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014).

Com a reconfiguração da atenção aos portadores de transtornos mentais, o foco deixou de ser a “doença mental” do usuário e o controle de seus sintomas, para dar lugar a práticas que promoviam o acesso a direitos e o exercício da cidadania dos usuários. Para que esse novo entendimento e tratamento em Saúde Mental entrasse em vigor, foi necessário a organização de serviços abertos, construídos com a participação ativa dos usuários e com a presença de outras

políticas públicas, como da área da assistência social, educação, cultura, habitação, trabalho, entre outros (BRASIL, 2014).

A integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais é essencial para que haja o enfrentamento conjunto das problemáticas que permeiam as condições de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que afetam o processo saúde-doença desses sujeitos. Nesse sentido, a intersetorialidade está prevista, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da Política de Saúde.

Considerando as particularidades da infância e juventude, é necessário que uma política de saúde mental infantojuvenil sigam algumas diretrizes no que diz respeito aos atendimentos realizados a essa população (BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2014), sendo elas:

- A) As crianças e adolescentes são sujeitos de direitos: são sujeitos ativos e detentores de direitos, possuem voz autêntica e devem ser ouvidos em sua singularidade. Isso implica que abordagens terapêuticas não podem ser homogêneas ou prescritivas, cada caso exige um olhar individualizado. Além disso, o direito ao atendimento deve ser garantido, mesmo na ausência de pais ou responsáveis, seja de forma eventual ou contínua;
- B) O acolhimento universal: Os serviços devem estar abertos a todos que necessitarem de atendimento, sem exclusões baseadas em perfil inadequado, assegurando que toda demanda seja recebida, ouvida e encaminhada adequadamente. O acolhimento universal não significa assumir todos os casos, mas avaliar as necessidades, oferecer intervenções iniciais e, quando necessário, direcionar para outros serviços.
- C) o encaminhamento implicado e corresponsável: se outro serviço for mais adequado às necessidades do usuário, a equipe que realizou o acolhimento deve garantir um encaminhamento ativo, acompanhando a transição até a efetiva inclusão no novo serviço. Essa ação exige articulação entre serviços para assegurar a continuidade do cuidado.
- D) A construção permanente da rede e intersetorialidade: ela é fundamental para fortalecer redes de profissionais e serviços para garantir acesso integral. A articulação intersetorial é imprescindível, pois problemas multifacetados exigem respostas integradas, envolvendo educação, assistência social, justiça e outros setores.
- E) O trabalho no território: o território não se limita a uma delimitação geográfica — refere-se às redes de relações, afetos e espaços sociais do indivíduo, como a família, escola, comunidade, lazer, etc. A intervenção deve considerar esse contexto amplo para ser efetiva.

F) A avaliação compartilhada das demandas: as demandas de saúde mental devem ser analisadas coletivamente por equipes, familiares e usuários. Nem toda demanda corresponde a uma necessidade de tratamento clínico, muitas vezes, é necessário reavaliar expectativas e direcionar para outras políticas sociais. Os serviços de saúde devem promover articulações intersetoriais para responder adequadamente a demandas que transcendem a saúde, através do acolhimento e encaminhamento responsável.

Entre os dispositivos da RAPS, está incluso os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), sendo eles serviços substitutivos ao modelo asilar, que ofertam cuidados em saúde mental para crianças e/ou adolescentes em crise ou em intenso sofrimento psíquico, podendo ter transtornos mentais graves e persistentes ou que apresentam algum problema em detrimento do uso de álcool e outras drogas. Entre as atividades desenvolvidas pelo CAPS i, considerando as necessidades de cada usuário, podem ser realizados: atendimento individual, familiar e em grupo, como oficinas terapêuticas, expressivas, práticas corporais, atividades esportivas e geração de renda, bem como, visita domiciliar, assembleias, controle social, dentre outras atividades (BRASIL, 2015).

Resumidamente, os CAPS i, assim como demais modalidades de CAPS, são serviços de saúde de caráter aberto e substitutivos ao modelo asilar que trabalham na promoção da vida comunitária, na construção de autonomia dos usuário e de sua reinserção social, considerados como um novo lugar social (BRASIL, 2015), direcionados especificamente ao atendimento de crianças e adolescentes em crise ou em situação de agravamento do sofrimento psíquico, decorrentes de transtornos mentais ou não, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA) .

2.3 A Política Nacional para pessoas com TEA e os documentos norteadores do Ministério da Saúde

As políticas públicas voltadas para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, incluindo o atendimento destinado a jovens com diagnóstico ou suspeita de autismo, surgiram tardiamente no contexto brasileiro, sendo formuladas apenas a partir do século XXI. Diante da ausência de recursos e serviços públicos direcionados ao atendimento desse público, um dos caminhos encontrados por pais e familiares de autista foi a união e o engajamento entre si para a organização de coletivos e iniciativas próprias, no intuito de compartilhar apoio, vivências e conhecimentos sobre o tema.

Fundada em 1983, a Associação dos Amigos Autistas de São Paulo (AMA-SP), foi o primeiro grupo criado por pais de autistas no Brasil, inclusive, sendo anterior a criação do SUS quando ainda não havia nenhuma estratégia para o cuidado e atendimento dessa população. Seu principal objetivo era a troca e a busca por experiências e conhecimentos, o que levou a Associação a desenvolver suas próprias estratégias de assistência e de contato com instituições de fora do país.

No caso dos autistas, e de outras tantas crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, a desassistência foi marcada pela oferta dispersa de instituições filantrópicas - que muitas vezes alegavam inelegibilidade quando os casos eram de alta complexidade -, pela institucionalização em dispositivos da assistência social ou psiquiátricos e, ainda, pela reclusão doméstica, referida às inúmeras histórias de familiares que, sem acesso a qualquer tipo de rede de assistência, tiveram como única possibilidade ‘institucionalizar em casa os filhos autistas’ (Couto, 2004 apud FERNANDES et al, 2024).

Concomitantemente, no Brasil já se expandia a Reforma Psiquiátrica, que culminou na formulação da Política Nacional de Saúde Mental, aprovada pela Lei nº 10.216/2001. Porém, foi apenas a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que foi proposta a criação de uma rede de atenção destinada ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. Iniciado o processo de construção desta rede, foi definido como pontos estratégicos de atenção a implantação do Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), a partir da Portaria GM/MS nº 336/2002.

No ano seguinte, foi lançada a Portaria Nº 1.947/2003, que aprova o “Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência”, estabelecendo como previsão a implantação de 70 novos CAPS i em municípios estratégicos brasileiros, até dezembro de 2004. Na Portaria também são dispostas algumas informações relevantes sobre os CAPS i, como seu processo histórico de constituição, cobertura assistencial de acordo com o aporte populacional e o público atendido, definindo que “a clientela típica dos CAPSi são crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, autismo, deficiência mental com co-morbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves” (BRASIL, 2003). A partir dessa Portaria, as crianças e adolescentes com TEA passam a ser formalmente incorporadas ao atendimento dos CAPS i e pela atenção psicossocial.

À medida em que os primeiros CAPS i foram sendo inaugurados pelo país, grupos semelhantes ao AMA foram surgindo em vários estados brasileiros, aumentando o protagonismo dessas instituições diante de um cenário de insuficiência de recursos e serviços públicos direcionados à assistência de autistas. Entre elas podem ser citadas a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA) e Fundação Mundo Azul.

A mobilização massiva desses grupos influenciou para a posterior aprovação da Lei nº 12.764/2012, responsável por instituir a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012), considerada um marco histórico na luta pelo direito dessa população. Como diretrizes da política, seu Art. 2º determina:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#) (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

No Art 3º, são definidos os seguintes direitos:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

- a) à educação e ao ensino profissionalizante;
- b) à moradia, inclusive à residência protegida;
- c) ao mercado de trabalho;
- d) à previdência social e à assistência social.

Outro ponto abordado pela Lei, é o reconhecimento dos portadores de TEA como “pessoas com deficiência para todos os efeitos legais” (Lei nº 12.764/2012, § 2º), ocasionando implicações em outros campos diversos, mas correlacionados à viabilização de acesso a direitos constitucionais já previstos para pessoas com deficiência. Nesse sentido, a identificação de pessoas com autismo na esfera da deficiência, produziu incidências nas políticas públicas, no meio acadêmico e científico, bem como em áreas da assistência e de acesso a direitos básicos. Consequentemente,

O reconhecimento do autismo como uma deficiência engendrou um novo debate em torno das formas como esta população deve ser contemplada no rol de ações e serviços disponíveis no SUS para além da assistência que vinha sendo provida, de um lado pelos CAPSi, no campo da saúde mental, e de outro, pelas entidades filantrópicas conveniadas ou pelas associações de familiares (OLIVEIRA et al, 2017)

No entanto, a Lei aprovada não menciona em seu texto modalidades específicas para o tratamento de pessoas autistas no SUS, citando apenas diretrizes, como o acesso à atenção integral à saúde através da promoção de ações intersetoriais, e direitos a serem assegurados aos portadores de TEA, como o acesso ao diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e medicamentos.

Em 2013, foram lançados pelo Ministério da Saúde duas versões preliminares de documentos norteadores sobre o cuidado e tratamento de pessoas autistas no âmbito do SUS, intitulados de "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" (BRASIL, 2014) e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015), sendo depois seus consolidados publicados em 2014 e 2015, respectivamente.

A Diretriz compreende o autismo enquanto uma deficiência e é um documento que presta orientações aos profissionais e familiares relativas ao cuidado desses indivíduos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, direcionando o cuidado para as vias terapêuticas da habilitação/reabilitação, colocando os Centros de Reabilitação (CER) e os serviços especializados para autistas como dispositivo prioritário para o cuidado dessas pessoas. A concepção de autismo abordada por este documento ressalta os fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais atrelados ao autismo, não elaborando maiores observações e reflexões sobre a temática.

Este documento ainda destaca alguns elementos considerados importantes para o tratamento de pessoas autistas, salientando a articulação entre os diferentes serviços e pontos de atenção do SUS - atenção básica, especializada e hospitalar- e a atuação da rede intersetorial - assistência social e educação - como componentes indispensáveis para a promoção e garantia do cuidado a essa população. Para o processo de construção desse documento, participaram membros da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, profissionais e entidades que trabalham e são especialistas no tema do autismo, a exemplo da Associação Brasileira de Autismo (ABRA).

Já a Linha de Cuidado identifica o autismo enquanto um transtorno mental, caracterizando-se como um documento direcionado a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, com o objetivo de colaborar com a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado a pessoas autistas e seus familiares, elegendo a atenção psicossocial como local de cuidado para pessoas com TEA, destacando os CAPS i entre os dispositivos da rede. A Linha de Cuidado, enquanto concepção sobre o autismo, desenvolve uma discussão mais abrangente e diversificada a respeito do tema, elaborando uma historicidade sobre as diferentes concepções de autismo construídas durante o tempo e como elas se relacionam atualmente.

Quanto aos destaques trazidos pelo texto, é mencionado na Linha de Cuidado sobre a importância entre a articulação dos dispositivos da RAPS, bem como, a promoção da intersetorialidade entre políticas e setores como meio de garantir o acesso a direitos e a participação social dos usuários e familiares. Esse documento foi elaborado pela Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, através da ampla colaboração e participação de diferentes áreas, como da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde da Pessoa com Deficiência, da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) e da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), além de pesquisadores e grupos da sociedade civil, como a Associação Brasileira de Autismo (ABRA).

Perante as orientações elaboradas pelo Ministério da Saúde, o lançamento de dois documentos oficiais, porém, com orientações distintas, sinalizam a existência de um cenário de dualidade e dissensos protagonizados pelo campo da reabilitação e o da saúde mental, entre os Centros de Reabilitação (CER) e os CAPS i. Consequentemente, esse cenário de tensionamento nas políticas públicas, criam brechas para o crescimento e fortalecimento das iniciativas de mercado no âmbito do autismo, além de trazer desafios para a promoção do cuidado de crianças e adolescentes autistas na atenção psicossocial.

A indefinição normativa para o ordenamento do cuidado às pessoas autistas indica, no limite, um enfraquecimento da institucionalidade política e pode constituir um dos elementos significativos, dentre muitos outros fatores, no processo de apropriação do tema por uma lógica de mercado, na qual necessidades de pessoas autistas passam a ser vistas como ‘oportunidade para negócios lucrativos’ (BRODERICK, 2022 apud FERNANDES et al, 2024).

3. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES AUTISTAS: UM CENÁRIO DE DISPUTAS E CONTRADIÇÕES

Para melhor compreender a Política de Saúde Mental e seus aspectos na atualidade - estando ela inserida no conjunto de ações e iniciativas promovidas pelo Estado no âmbito da Seguridade Social - faz-se necessário também discutir sobre a relação existente entre política social, fundo público, e a ofensiva neoliberal na sociedade capitalista, uma vez que são elementos necessários para a manutenção e reprodução desse sistema, bem como, influenciam na construção e efetivação das políticas sociais, incluindo no campo da saúde mental.

Inscrito nesse cenário de avanço do capital e do acirramento do neoliberalismo, o autismo vem se tornando nos últimos anos um campo de disputa e uma grande oportunidade de lucro para o mercado. Diante da grande demanda por atendimento e tratamento para crianças e adolescentes com TEA, o mercado começou a se estruturar e crescer de forma a comercializar e lucrar diante da oferta de cuidados em saúde para essa população, além de oferecer uma extensa lista de produtos e serviços atrelados e comercializados a partir do autismo. Isso implica não só na priorização do lucro ao invés de um cuidado em saúde público, universal e humanizado, mas também em como são direcionadas e construídas as políticas públicas no SUS para o autismo e o direcionamento de investimentos, bem como, a concepção do autismo em toda sociedade.

3.1 A ofensiva neoliberal e seu avanço na Política de Saúde Mental

Dentro do percurso histórico brasileiro, a luta pela garantia de direitos por parte da classe trabalhadora, através da sua organização e mobilização, foi fundamental para a estruturação e consolidação de políticas sociais, acarretando na melhoria das condições de vida da população. Diante disso, Behring e Boschetti (2010) afirmam que as políticas sociais apareceram como resposta do Estado às reivindicações de intervenção da classe trabalhadora sobre o acirramento das expressões da questão social sendo essas a “síntese reflexiva do aprofundamento das desigualdades sociais, acumuladas e manifestas nas mais variadas formas de pobreza, miséria, desemprego e exclusão social” (ARCOVERDE, 2008).

As políticas sociais originam-se mediante ao movimento de luta de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal, estando elas subordinadas ao período sócio-histórico que estão inseridas, construindo modelos de proteção social que incidem nas esferas produtivas e na própria reprodução social. Sumariamente, elas desenvolvem-se no capitalismo em um ambiente de constante disputa e contradição, sendo utilizadas como instrumento de mediação dos conflitos de

classe e como estratégia de controle social, garantindo tanto a reprodução de vida da classe trabalhadora como a manutenção do capitalismo.

Quanto ao fundo público, ele pode ser compreendido como a soma de contribuições, tributos, renda, taxas, juros e lucros que são apropriados pelo Estado e utilizados a favor do capital. Visto que o Estado possui papel regulador das relações sociais e de poder, podendo ora assumir um caráter menos interventivo, ora agindo de forma mais protetiva em defesa da vida e da propriedade privada, as políticas sociais são instrumentos essenciais para o desempenho de seu papel moderador na sociedade capitalista, conforme os interesses envolvidas na disputa entre capital e trabalho.

Sendo a burguesia a classe dominante, o Estado assume seu caráter burguês operando majoritariamente no sentido de atender as demandas e interesses do capital, disponibilizando o uso do fundo público para o financiamento direto e/ou indireto de políticas sociais, sobretudo, aquelas relativas à manutenção e reprodução da força do trabalho.

Assim como define Behring (2010),

O fundo público se forma a partir de uma punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas – da mais-valia socialmente produzida, ou seja, é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra e que é apropriada pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções. O fundo público atua na reprodução do capital, retornando, portanto, para seus segmentos especialmente nos momentos de crise; e na reprodução da força de trabalho, a exemplo da implementação de políticas sociais. [...] Ou seja, o fundo público não se forma – especialmente no capitalismo monopolizado e maduro – apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas também com o trabalho necessário, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde os impostos estão embutidos nos preços das mercadorias. (BEHRING, 2010, p. 20-21).

Segundo Salvador (2015), o fundo público desempenha, no mínimo, quatro funções econômicas, sendo elas o financiamento de: investimentos capitalistas, políticas sociais, obras de transportes e infraestrutura, e o pagamento da classe rentista. Logo, compreende-se que as políticas sociais promovidas pelo Estado, não operam apenas no sentido de proporcionar melhores condições de vida e trabalho ao proletariado, já que através delas, as condições mínimas de existência são preservadas, garantindo assim a reprodução da maior parte da classe trabalhadora, e consequentemente, assegurando a disponibilidade de oferta de mão de obra a ser explorada para a extração de mais-valia.

Durante a consolidação do Estado social - situação não experienciada no Brasil - após a Segunda Guerra Mundial, a classe trabalhadora vivenciou um novo padrão de proteção social promovido a partir da intervenção do Estado, através da redistribuição do fundo público, tanto pela implantação de sistemas tributários mais justos, como pela promoção de políticas sociais,

sobretudo, na área da Seguridade Social. Contudo, entre o fim da década de 1960 e início dos anos de 1970, o Estado Social dos países centrais começaram a entrar em declínio, em consequência da nova crise do capital instaurada, e junto a ele, a desestruturação de direitos e políticas sociais empreendidas até então, já que “a crise se manifesta junto a reação do capital contra o Estado social” (SALVADOR, 2010). Esse período também foi caracterizado pela chegada e ascensão da ofensiva neoliberal, e pela incorporação do processo de financeirização ao capitalismo como uma nova forma de acumulação.

Desde então, a ofensiva neoliberal atribui a responsabilidade da crise do sistema capitalista aos gastos empreendidos pelo Estado com as políticas sociais, sem considerar os financiamentos e incentivos disponibilizados ao capital a partir de recursos do fundo público. Behring (2018) aprimora a discussão ao abordar sobre a “cultura da crise”, como sendo uma ideia propagada de que a crise é uma crise de todos, e que por isso, cabe a sociedade em seu conjunto unir esforços para solucioná-la, no entanto, camuflando a característica estrutural e cíclica que a crise capitalista possui, sendo ela uma ferramenta utilizada para sua própria manutenção e retomada do crescimento das taxas de lucro.

Nesse sentido, torna-se difícil pensar na retração da base social de exploração a partir da implantação de políticas sociais, ao mesmo tempo em que nos períodos de crise estrutural do capitalismo, a implementação dessas políticas são fundamentais para promover a circulação do capital, impulsionando o consumo através da transferência de renda (BEHRING, 2018). Em vista disso, é equivocado pensar nas políticas sociais apenas enquanto programas e serviços que beneficiam a classe trabalhadora, pois através delas também são garantidas as condições para a manutenção do sistema capitalista. Logo, Salvador (2010) conclui que

O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo.

Tendo isso em vista, compreende-se que as políticas sociais e o fundo público andam lado a lado no sistema capitalista, já que a efetivação de políticas públicas necessitam da execução de recursos advindos do fundo público, sendo ele também alvo dos interesses do capital. Concluindo, Salvador (2010) ainda afirma que “com isso, ocorre na sociedade também uma disputa por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. O orçamento público é um espaço de luta política, onde as diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses”.

Por se tratar de um Estado Burguês, os investimentos em políticas sociais nos momentos de crise são reduzidos e drenados para o socorro do capital e retomada da ampliação dos seus lucros, resultando na diminuição de recursos destinados a empregos, salários e ao consumo, e por conseguinte, a ampliação das desigualdades sociais.

Desse modo, é nesse cenário de disputas e contradições que a Política de Saúde Mental encontra-se inscrita desde o período da Reforma Psiquiátrica Brasileira, permeada por projetos que tensionam e concorrem pelo financiamento e direcionamentos da política no país. Em outras palavras,

A saúde mental, enquanto uma política social, resultante da relação dialética entre Estado e sociedade civil, está situada em uma arena de disputas entre projetos societários conflituosos, conformados por distintos interesses de classe e concepções de mundo e sociedade. Dessa forma, sofre influências da conjuntura e das contradições inerentes à ordem capitalista (PEREIRA, 2020).

A partir da década de 1990, com a chegada de mais uma crise do capital no país e com o avanço da ofensiva neoliberal, a função protetiva e interventiva através da promoção de políticas sociais por parte do Estado foi sendo cada vez mais desconstruída, trazendo vários riscos e desafios para a concretização da Reforma Sanitária Brasileira. Em resumo, o cenário da saúde mental constitui-se pela disputa contínua de projetos societários distintos: os projetos reformistas, ancorados da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, nos princípios da Constituição Federal e do SUS; e os projetos alinhados ao capital e sua ideologia neoliberal, pautados na contenção de gastos, racionalização da oferta e privatização dos serviços (BRAVO, 2011; PEREIRA, 2020).

Desde então, a tendência que vem ganhando força no Brasil vai na contramão da garantia da saúde como direito público, universal e de dever do Estado, sendo cada vez mais comum o incentivo à privatização e a mercantilização dos serviços de saúde, processo esse intensificado a partir dos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

Sendo os espaços governamentais locais de construção e deliberação de políticas públicas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, integrante do Ministério da Saúde, também teve sua gestão na disputa. A partir do final de 2015, a direção da Coordenação foi assumida por Valencius Wurch, psiquiatra contrário à Lei da Reforma Psiquiátrica e ex-diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina. Mesmo em governos progressistas de esquerda, como o da ex-presidente Dilma Rousseff, a ofensiva neoliberal já vinha dando as caras e articulando seus interesses. Houve grande mobilização por parte da luta antimanicomial, mas sua exoneração só

ocorreu em maio de 2016, não devido à pressão das reivindicações populares, mas sim, em razão de interesses políticos que já vinham sendo arquitetados para o golpe de 2016 (PASSO, 2017).

Desde então, com o impeachment da presidente Dilma Rousseff, deu-se início a execução de uma agenda de reformas neoconservadoras e privatistas no país. Em 2016, foi aprovado no governo Temer, o Projeto de Emenda Constitucional nº 55/2016, conhecido como “PEC dos Gastos Públicos”, que propôs um “Novo Regime Fiscal” congelando os gastos públicos para as despesas primárias por 20 anos. Já em 2017, houve a promulgação da Portaria Nº 3.588/2017⁸, que incentivou a implantação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais com o aumento do valor das diárias, sinalizando um estímulo às internações psiquiátricas, e a Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Bipartite, que incentiva a ampliação das Comunidades Terapêuticas (CTs) na RAPS, sendo essas instituições alvo de várias denúncias de violações de direitos humanos pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, produzidos pelo Conselho Federal de Psicologia e Ministério Público Federal.

Quanto ao repasse de verba, Pereira (2020, p. 82) destaca que:

Os dados sobre o orçamento da “nova política de saúde mental” comprovam isso, com recursos do Ministério Público de R\$ 100 milhões para as CTs, R\$ 60 milhões para os hospitais psiquiátricos, enquanto a RAPS receberá 70 milhões a serem distribuídos para todos os seus serviços, segundo informações de Pinho (2018). No período entre 2016 e 2019, o governo federal ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas, que são majoritariamente geridas por instituições de cunho religioso e que não compartilham de evidências científicas, sejam elas biomédicas ou do campo da Reabilitação Psicossocial, para a construção de suas práticas (DELGADO, 2019; LUSI et al, 2019). Tais dados demonstram a priorização de recursos públicos de saúde mental para instituições asilares.

O cenário piora com a eleição de Jair Bolsonaro para a presidência em 2018. No mesmo ano, é publicado o Decreto nº 9.761/2019, que modifica a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), elegendo a abstinência como forma de intervenção, enquanto exclui a redução de danos das estratégias de cuidado.

No mesmo ano, ainda foi lançada a Nota Técnica nº 11/2019, que teve como objetivo trazer maiores explicações sobre as alterações feitas na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas, entre o período de 2017 a 2018, sendo nela mencionados elementos como: a identificação de Comunidades Terapêuticas como locais estratégicos para usuários de substâncias psicoativas (SPA), as internações em hospitais psiquiátricos como locais de cuidado privilegiado na RAPS, e até a proposta de financiamento público para equipamentos de eletroconvulsoterapia para

⁸ Esta Portaria foi revogada em maio de 2023, durante o governo do presidente Lula, após 6 anos de sua aprovação.

o SUS. Também é destacado na Nota que os serviços da RAPS deixam de ser substitutivos e passam a funcionar de forma complementar, o que implica no desestímulo ao fechamento de serviços de qualquer tipo, incluindo os leitos psiquiátricos. Devido às inúmeras contestações e manifestações geradas com a publicação desta Nota, ela foi removida dos canais oficiais de comunicação do Ministério da Saúde.

Assim, o avanço neoliberal, principalmente a partir de 2016, demonstra fortes tendências antirreformistas para o SUS e a Política de Saúde Mental, baseadas na austeridade, privatização e desregulamentação que se ampliam com o processo de crise do capital, levando o país a um caminho de desmonte das políticas públicas sociais (DELGADO, 2020; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

3.2 A “indústria” do autismo e a mercantilização do cuidado

Nos últimos anos, vivenciou-se o aumento expressivo do número de diagnósticos de autismo no país, e conseqüentemente, a maior repercussão do tema em debates e discussões por parte de distintos profissionais envolvidos com a temática, da sociedade civil e de diferentes instâncias governamentais.

De acordo com o RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO: Serviços Públicos de Saúde Direcionados ao Transtorno do Espectro Autista - TEA - nos Municípios do Estado de Pernambuco, concluído em 2023, foram registrados 9.897 autistas no Estado. Vale ressaltar que o estudo realizado não conseguiu abarcar todos os municípios pernambucanos, visto que, dos seus 182 municípios, 68 deles não realizaram ou não apresentaram comprovação de realização do levantamento do número estimado de pessoas autistas em suas localidades, deixando de fora do relatório municípios com grande aporte populacional, como Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Petrolina⁹.

Ainda no Estado de Pernambuco, devido à crescente demanda do tema e de maior necessidade de discussão, o autismo e o acolhimento de crianças e adolescentes autistas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi um dos temas principais debatidos na II Jornada de Saúde Mental Infantojuvenil de Pernambuco, promovida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) através da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) e da Coordenação de Saúde

⁹ Diante da ausência e subestimação desses dados, o documento afirma que “(...) ainda que a demanda relativa ao autismo esteja em permanente ascensão, não possuem dados mínimos relacionados ao quantitativo de pessoas autistas em seus territórios, logo, possivelmente, medidas necessárias ao atendimento desse público podem sequer ser realizadas, ou, em sendo realizadas, podem ser insuficientes ou não razoáveis face à realidade apresentada”.

Infantojuvenil, evento que tem como objetivo promover o fortalecimento da RAPS infantojuvenil em todo o Estado.

Apesar das discussões em torno do autismo e do número crescente de diagnósticos, é possível através de estudos e reflexões mais críticas sobre o tema, compreendê-lo para além de demandas exclusivamente clínicas ou de saúde, ampliando o olhar para o cenário político e econômico atual que está inserido. O que se tem hoje diante da expansão do tema, são caminhos e debates traçados sobre o autismo que permeiam diferentes campos e áreas de atuação, mas que estão imersos em disputas etiológicas, metodológicas e de políticas públicas, inseridos e alinhados a uma lógica de mercado em crescimento. Deste modo, interesses de cunho político e econômico ganham cada vez mais espaço no âmbito do autismo, enquanto a promoção de cidadania e a garantia de direitos a essa população - elementos fundantes e prioritários desta luta - são ocultados ou suprimidos diante da necessidade de responder aos interesses de uma “indústria” em ascensão (FERNANDES et al, 2024 apud ORTEGA, 2019; GRINKER, 2019; BRODERICK, 2022).

O que observa-se hoje é a existência e o crescimento de uma “indústria” do autismo (BRODERICK, 2022), que transforma o autismo e todos os elementos e ações a ele incorporados em uma oportunidade de mercado altamente lucrativo, trazendo também várias implicações sociais, políticas e econômicas. Compreendendo o autismo sob a perspectiva do capitalismo neoliberal, Broderick menciona que essa lógica estrutura-se em um Complexo Industrial do Autismo (CIA), sendo considerada um sistema ou uma rede de elementos interconectados que diz respeito a como o autismo é abordado e gerenciado atualmente. Dentro desse Complexo, os autistas são tidos como mercadorias, os diversos setores econômicos - de intervenções, terapias, produtos e formações - são o mercado, enquanto os próprios familiares de crianças e jovens autistas são tidos como consumidores, todos eles funcionando de forma interligada, impulsionados por elementos alinhados aos interesses das iniciativas privadas.

Um dos elementos integrantes fundamentais desse Complexo a serem destacados são os diagnósticos de autismo e a relevância que eles têm angariado no processo de manutenção dessa “indústria”. Ao ser incorporado por esse sistema, o diagnóstico passa a ter um papel crucial para a expansão e sustentação da “indústria” do autismo, visto que, ele é considerado a porta de entrada para uma série de atividades, serviços e produtos disponíveis no mercado, prontos para serem consumidos. Logo, é de interesse desse mercado a produção cada vez maior de diagnósticos para que outras mercadorias passem a ser produzidas e consumidas posteriormente, fazendo do autismo um mercado de sucesso que se amplia cada vez mais. Sendo assim, esse sistema trabalha na

perspectiva de fabricar o autismo como uma mercadoria e uma oportunidade de mercado, transformando tudo que está a ele relacionado em matéria-prima para a extração de lucro.

Quando o autismo é colocado como moeda de troca para a obtenção de lucro, princípios como o de promoção de direitos e de garantia de acesso à saúde são desvirtuados, alimentando uma lógica de mercado que não diz respeito apenas a aspectos econômicos, mas que tem implicações na construção do olhar da sociedade sobre o autismo e na elaboração de políticas públicas para essa população. A partir dessa lógica, dá-se espaço ao fortalecimento de serviços privados e segmentados que disputam e crescem no mercado, enquanto a saúde pública é cada vez mais estratificada e fragilizada. Assim como afirma Fernandes et al (2024, p. 34),

Como consequência, tem-se um grande problema de saúde pública onde por um lado há um mercado consumidor em busca de tratamento e cura e, de outro lado, a fabricação de especialistas, que em uma perspectiva biomédica, neurobiológica, tem, sob nova roupagem positivista, praticado um “cuidado” institucionalizante, que não dialogam com os avanços resultantes dos processos históricos e lutas coletivas da saúde mental e que muitas vezes violam direitos humanos.

Para além das disputas em torno da assistência prestada aos autistas, o âmbito da pesquisa e da produção de conhecimento científico também tornou-se um campo corrompido e de negociação de interesses, pois o “vencedor” passa a deter o saber dominante sobre o autismo, e por conseguinte, obtém maior poder e influência sobre o mercado. Com isso, o discurso de produção científica, impulsionado por disputas econômicas e interesses de mercado, oculta os empenhos empreendidos na busca pelo cuidado e pela efetivação de direitos dessa população (FERNANDES et al, 2024, p. 34). Sendo assim,

Cabe questionar, problematizar esse discurso de que para o autismo somente determinadas técnicas e abordagens especializadas, baseadas em evidências científicas (do Norte global), respondem a demandas do quadro clínico, pois nessa perspectiva anula-se qualquer possibilidade de reconhecimento da subjetividade do sujeito, de valorização das potencialidades e das distintas subjetividades produzidas em cada território geopolítico. Abrem-se brechas para o controle de corpos, poder e domínio sobre o outro a partir de uma perspectiva manicomial, colonialista, etarista e capacitista (FERNANDES et al, 2024).

No Brasil, observa-se a expansão dessa “indústria” entre os anos de 2016 e 2022, visto que tal período foi marcado pelo avanço da aliança neoliberal-conservadora no Estado brasileiro, ocasionando no desmonte de políticas sociais e criando assim um ambiente favorável para o crescimento da lógica de mercado sobre a assistência ao autismo.

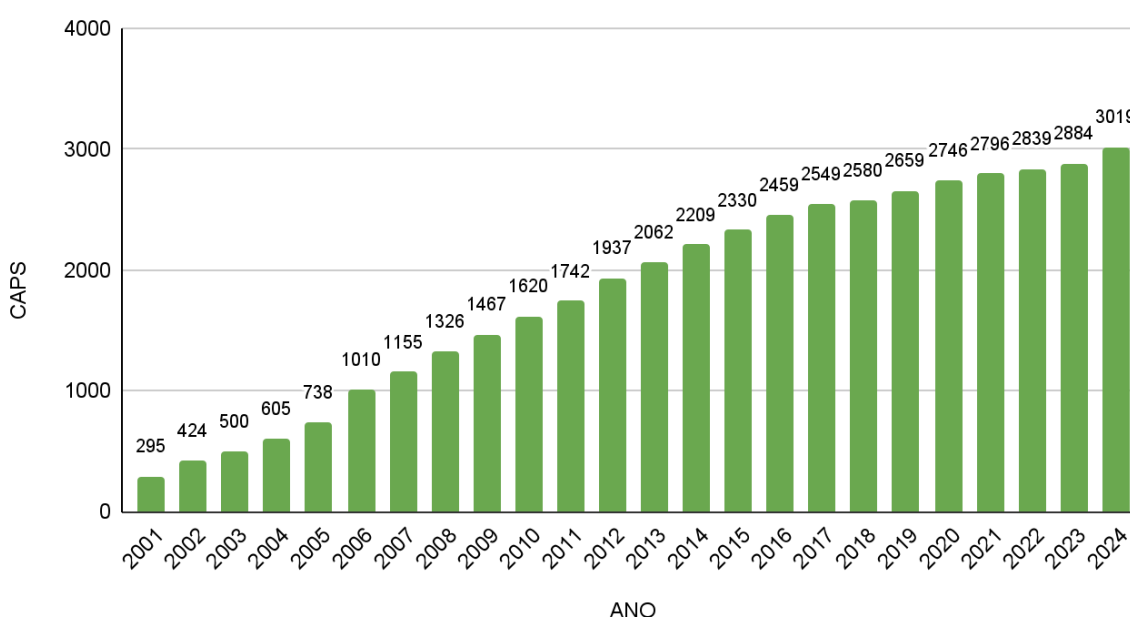
3.3 A atenção psicossocial e o cuidado de crianças e adolescentes autistas: um panorama atual

No que tange ao atendimento de crianças e adolescentes com autismo na atenção psicossocial - sendo os CAPS i designados como dispositivos prioritários para o atendimento dessa

população - algumas inclinações da ordem do avanço neoliberal também podem ser observadas no processo de estruturação e disposição desses serviços na rede.

Considerando a partir da publicação da Lei Nº 10.216/2001 e da Portaria Nº 336/2002, que define a reordenação dos dispositivos de saúde mental no SUS e estabelece a implantação dos CAPS em todo o país, percebe-se uma considerável expansão desses serviços em todo o território nacional até 2015 na ambiência de governos mais progressistas, assim como pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 01 – Série histórica da expansão de CAPS por ano. Brasil, de 2001 a 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

Contudo, a partir de 2016 e 2017, momento de forte ofensiva burguesa, nota-se uma considerável diminuição do número de CAPS inaugurados no país a cada ano, indicando uma queda da velocidade de implantação desses serviços em todo o território. A desaceleração da inauguração de novos CAPS, pode ser compreendida como consequência da expansão neoliberal que provocou o desmonte de políticas sociais, a partir do avanço dos interesses do capital sobre a Política de Saúde Mental.

O gráfico anterior foi retirado do “Saúde Mental em Dados (SMD) - Edição nº 13”, documento produzido pela Área Técnica de Saúde Mental do MS, que teve sua publicação suspensa a partir de 2016 após ser divulgada durante 10 anos seguidos. Sua publicação foi retomada em

fevereiro de 2025, resultante de esforços empreendidos pelo novo governo do Presidente Lula na tentativa de retomar a sistematização e a publicação de dados e informações de ampliação e qualificação da RAPS. Diante disso, é identificado que

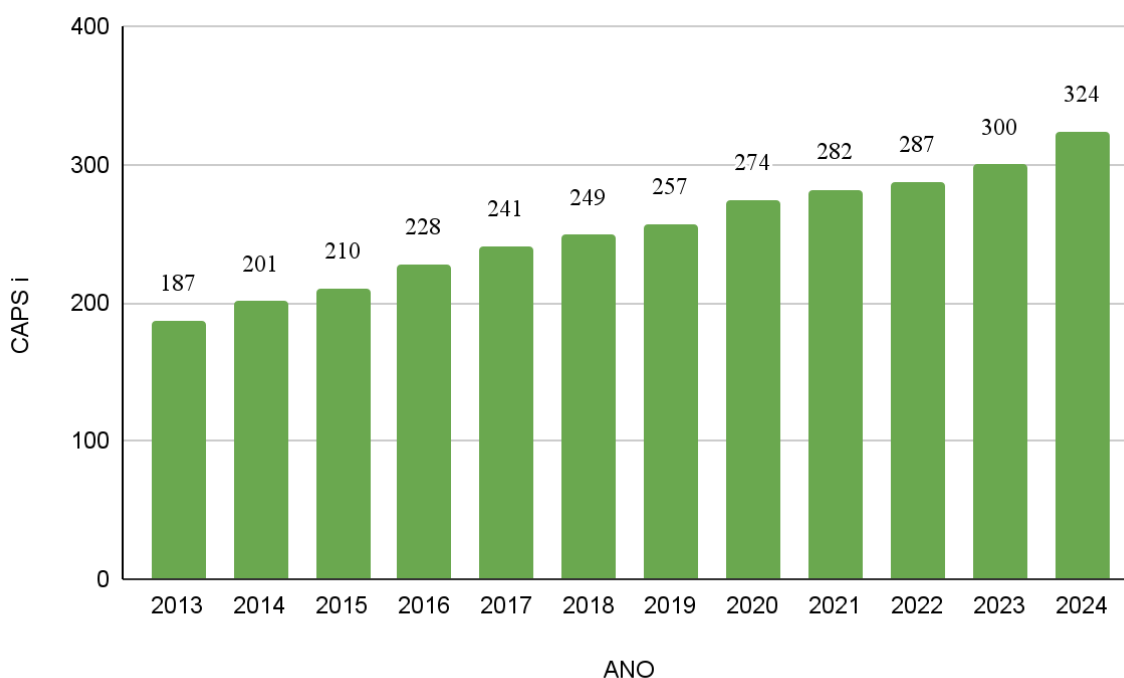
Desde 2016, é possível constatar um verdadeiro apagão de dados no campo federal da saúde mental. Uma vez que políticas públicas devam ser guiadas pelas evidências observáveis e seus dados disponíveis a toda população, a não transparência de informações oculta, sob o falso manto do cuidado, violações de direitos humanos contra a população com experiências de sofrimento psíquico, que devem, imediatamente, ser cessadas e reparadas no Brasil (DESINSTITUTE, 2021, p. 13).

Diante desse apagão de dados a própria publicação do “Saúde Mental em Dados (SMD) - Edição nº 13” compreende que

(...) a Rede de Atenção Psicossocial demonstrou um crescimento constante até o ano de 2016. A segunda metade daquela década foi marcada por uma desaceleração na progressão da RAPS, fenômeno que ocorreu a partir de 2016, após a interrupção do governo da Presidenta Dilma Rousseff. A desaceleração tornou-se mais pronunciada a partir de 2017, ano em que foram publicadas portarias e normativas que resultaram em uma regressividade no modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2024, p. 8).

Quando paramos para analisar a série histórica dos CAPS i, nos deparamos com os seguintes números:

Gráfico 02 – Série histórica da expansão de CAPS i por ano. Brasil, 2013 a 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

O próprio documento ressalta que nos últimos dez anos, de 2014 a 2024, houve um aumento de 61% do número de CAPS i no país, saindo de 201 para 324 unidades implantadas. Somado a isso, menciona sobre os novos investimentos executados pelo Programa de Aceleração do Crescimento (NOVO PAC) de 2024, para a construção de novos CAPS em todo o país. Na proposta, foi colocado como meta inicial a construção de 65 novos CAPS em suas diversas modalidades, mas que posteriormente teve a meta ampliada para a implantação de 150 dispositivos diante do alto número de inscrições no programa. O NOVO PAC recebeu no total um investimento de 339 milhões de reais e três anos de prazo para concluir as obras pactuadas. Contudo, quando analisamos as diferentes modalidades dos 150 novos CAPS que serão inaugurados a partir do programa, 44 deles são CAPS i com previsão de implantação até 2027 em todo o território brasileiro (BRASIL, 2024).

Apesar de o NOVO PAC retomar as ações de incentivo à ampliação da RAPS e acelerar o processo de construção de novos CAPS i em todo o país - especialmente após anos de estagnação e retrocessos na Política de Saúde Mental brasileira - tais medidas ainda mostram-se insuficientes para suprir a real demanda por atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, inclusive, daquelas diagnosticadas ou com suspeita de autismo, visto que os CAPS i estão previstos como dispositivos destinados ao atendimento desse público na atenção psicossocial, sendo uma demanda cada vez mais crescente e d

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, também é possível observar ações na esfera do Poder Executivo, como a publicação de notas técnicas, decretos, resoluções e portarias que regulamentam o financiamento do tratamento de autistas nos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Em agosto de 2023, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o incentivo de R\$ 540 milhões para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, destinados à implantação e habilitação dos Núcleos de Atenção aos Autistas e de serviços exclusivos para autistas, com destaque para os CER. Cabe ressaltar que serviços já existentes, tanto de natureza pública como privada, podem ser habilitados para receber o incentivo. Dentre essas ações, destaca-se também a Nota Técnica Federal nº 14/2024, que trata da habilitação dos Núcleos de Atenção à Criança e ao Adolescente com TEA. Essa medida inclui um incentivo financeiro de 20% para os CER que realizam atendimento direcionado a pessoas com autismo.

Nesse sentido, é relevante destacar a ausência de investimentos semelhantes para os CAPS i e a atenção psicossocial, enquanto esforços continuam sendo empreendidos para a consolidação de serviços especializados em TEA, indicando a direção tomada pelo SUS em relação à modalidade

preferencial de cuidado para crianças e adolescentes autistas. Paralelamente, diante à alocação de verbas para esses serviços especializados, observa-se: a crescente formalização de convênios do SUS com clínicas particulares e filantrópicas, o aumento do número de novos serviços exclusivos para TEA, e a criação majoritária desses serviços de forma desarticulada de políticas centrais, sem uma padronização de suas diretrizes. Essa realidade resulta em uma fragmentação dos serviços implementados e abre espaço para o financiamento de iniciativas privadas, sendo inaugurados em diversos municípios do país com nomenclaturas distintas, modelos de gestão desalinhados e com financiamento heterogêneos, tudo isso sem a construção de uma rede integrada a uma política nacional específica para autistas.

3.4 Desafios da Atenção Psicossocial no cuidado de crianças e adolescentes com autismo

Perante a situação de avanço neoliberal nas políticas de saúde mental - marcado na esfera do autismo pelo crescimento de uma “indústria” própria, junto ao desincentivo a atenção psicossocial infantojuvenil e a falta de ampliação de sua rede - impactos e desafios têm sido vivenciados na prestação do cuidado a crianças e adolescentes autistas pelos CAPS i, serviços intitulados na rede de atenção psicossocial como serviços habilitados ao atendimento dessa população.

Assim como exposto no capítulo anterior, os CAPS i não vêm sendo alvo de investimentos correspondente aos destinados aos Centro de Reabilitação (CER), revelando uma predileção entre os serviços a partir da disparidade na alocação de recursos para as diferentes modalidades de dispositivos direcionados aos cuidados de crianças e adolescentes autistas.

Em consequência desse desinvestimento, há o desmonte progressivo e o sucateamento de serviços essenciais já existentes da atenção psicossocial. Enquanto isso, os CAPS i perdem capacidade operacional, seja por falta de manutenção, ampliação e qualificação do serviço, pela redução de equipes ou restrição de atendimentos na medida em que há o redirecionamento do fundo público para o setor privado e para instituições filantrópicas, visto que os investimentos empenhados para a ampliação dos CER e de serviços exclusivos para autistas podem utilizados para o convênio com instituições privadas. Essa dinâmica não apenas fragiliza o SUS, mas também subverte o princípio da universalidade, transformando direitos em mercadorias e transferindo para a iniciativa privada e terceiro setor responsabilidades que deveriam ser do Estado.

Visto isso, a criação de serviços especializados ou exclusivos para o TEA como estratégia desenvolvidas pelo Estado para atender as demandas de saúde dessa população, representado pelo alocamento de investimentos para a implantação desses serviços, acabam gerando para além das

imensas filas de espera para o acesso ao cuidado ou tratamento especializado, uma verdadeira desproteção e desassistência desses indivíduos por parte do Estado.

Arelado a isso, à medida que há a grande procura e a valorização desses serviços, há uma tendência de subutilização dos CAPS i e dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde. Com o tratamento focalizado em instituições especializadas ou exclusivas, há uma tendência ao apagamento de funções e da importância da participação e articulação com outros níveis de saúde que constituem os cuidados em saúde e a preservação do bem-estar e da qualidade de vida de todo indivíduo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do percurso histórico realizado no intuito de melhor compreender o atual cenário e os desafios enfrentados pela atenção psicossocial no cuidado de crianças e adolescentes autistas - percorrendo desde o antigo modelo manicomial e asilar presente na saúde mental até a constituição de políticas e documentos norteadores para o tratamento dessa população no SUS - é evidente que esse campo sempre se constituiu como um espaço marcado por disputas e contradições.

É de suma importância reconhecer os esforços empreendidos e os avanços conquistados a partir da implantação da Lei nº 10.216/2001, mas que também cabe reconhecer a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um movimento dinâmico e em permanente construção até os dias de hoje. Desde o início do movimento de reivindicação e críticas aos hospitais psiquiátricos, a saúde mental é posta como um campo de disputas de interesses, estando de um lado a classe trabalhadora, que luta pela garantia dos direitos da população a partir da defesa de um cuidado em saúde mental digno e humano, e do outro, a burguesia, que exerce e usufrui do controle, poder e lucro obtido a partir da institucionalização da vida e do controle dos corpos considerados “improdutivos” ao capital.

Cabe destacar o agravamento da situação vivenciada por crianças e adolescentes, que desde o século passado foram confinadas para além dos muros dos manicômios, sendo também institucionalizadas em entidades filantrópicas, da assistência social e da educação, geralmente a partir de intervenções de cunho jurídico, coercitivo e higienista. Além disso, a desconsideração da condição humana de sujeitos únicos e detentores de direito, colaborou fortemente para a construção de um ideal social que atribui às crianças e os adolescentes a seres inferiores, sendo consideradas passíveis a imposição de intervenções invasivas e de ajustamento.

Ao fazer o resgate histórico da construção das políticas e dos documentos norteadores existentes destinados ao cuidado de crianças e adolescentes autistas no SUS, nota-se que, durante muitos anos, a ausência do Estado na promoção da garantia de direitos e na oferta de assistência à saúde a essa população, colaborou para o surgimento de dois processos distintos mas que encontram-se articulados entre si: 1) o protagonismo das associações e grupos de mães e pais de autistas no cuidado e na assistência a essas crianças e adolescentes; e 2) no surgimento e expansão da “Indústria” do autismo e a mercantilização do cuidado.

Perante este cenário de desassistência, os movimentos de famílias e as instituições filantrópicas, inauguradas ainda na década de 1980, consolidaram-se como atores centrais na esfera

das pautas coletivas, seguindo atuantes até os dias de hoje. Essas entidades destacam-se não apenas pela representatividade, mas também pela capacidade de influência e mobilização para reivindicar as demandas do grupo. De forma tardia, foi apenas no início da primeira década dos anos 2000 que o Estado brasileiro começou a desenvolver respostas mais concretas às demandas de saúde da população autista no âmbito do SUS através da estruturação de novos serviços de assistência em saúde mental infantojuvenil: os CAPS i.

Contudo, o que já vinha sendo ofertado a esse público por parte de instituições privadas e filantrópicas estavam, e ainda permanecem, mais concentrados na área da reabilitação, a partir da oferta de terapias e da compreensão do autismo enquanto deficiência. Em contrapartida, a incorporação do autismo na agenda política pública de saúde se deu inicialmente por ações da saúde mental que entende o TEA enquanto um transtorno mental de início na infância, ancorando os cuidados nos serviços da rede de atenção psicossocial. Diante disso, torna-se evidente que os cuidados em saúde direcionados ao atendimento de pessoas autistas no Brasil foram historicamente orientados e estruturados a partir de agentes diferentes e abordagens terapêuticas distintas, que em muitos momentos disputam por espaço e protagonismo no campo assistencial.

Considerando a saúde mental enquanto uma política social influenciada pelas disputas e contradições inerentes à ordem capitalista, nota-se que as lacunas assistenciais no atendimento à população autista foram apropriados pelo capital, transformando-se em oportunidade de obtenção de lucro. Desse processo, emergiu um mercado especializado constituído por uma gama de serviços direcionados a esse público, gerando significativos rendimentos para o setor privado e colaborando para o crescimento e expansão dos serviços particulares de saúde direcionados ao atendimento de autistas. Somado a isso, os esforços empreendidos por parte do Estado em contrarreforma, na tentativa de aumentar o número de serviços que atendem pessoas com autismo, caminham no sentido de ampliar os serviços de reabilitação, através do direcionamento de recursos e de convênios com serviços privados, privilegiando esse setor à medida em que não há um incentivo semelhante para a ampliação e qualificação dos CAPS i, serviços que também atende jovens com autismo.

Esse tema abriu espaço para questionamentos e reflexões sobre várias problemáticas relacionadas ao tema, principalmente a respeito dos aspectos do cenário político-econômico atual no âmbito do autismo, de suas implicações na condução de políticas públicas e nos desafios vivenciados pelos CAPS i no atendimento a essa população. Entretanto, apesar do interesse e disposição em abordar mais sobre essas questões, não foi possível tratar e desenvolver todos os

pontos estudados e propostos. Nesse sentido, o trabalho suscita a continuidade de mais estudos a respeito dessa temática, podendo problematizar aspectos como:

- 1) O lobby político e nicho eleitoral construído a partir da pauta do autismo;
- 2) A fragmentação da saúde e a compulsoriedade por serviços exclusivos;
- 3) O desrespeito aos princípios de territorialidade e integralidade da RAPS;
- 4) Equívocos gerados em torno da compreensão do papel do CAPS i enquanto um serviço de saúde mental e o impacto disso no trabalho realizado com as famílias;
- 5) A subutilização da APS e dos CAPS, mencionado mas não tão aprofundado.

Entre os achados do estudo, foi possível identificar:

- 1) Os retrocessos empreendidos pelo avanço neoliberal, repercutiu sérios retrocessos na Política de Saúde Mental e na rede atenção psicossocial para crianças e adolescentes;
- 2) O surgimento e a expansão da “indústria” do autismo está atrelada ao avanço do capital e a ausência do Estado por longos anos em ofertar serviços e cuidados em saúde a esse público;
- 3) A prevalência de serviços especializados e exclusivos para TEA de instituições privadas colaboram para o apagamento e descredibilização do cuidado ofertado a crianças e adolescente autistas pela atenção psicossocial;
- 4) Nos últimos anos, o Estado deu preferência ao direcionamento de recursos para investimentos nos Centros Especializados de Reabilitação (CER) - enquanto não houve ação semelhante direcionada a atenção psicossocial - também responsável pelo cuidado dessa população;
- 5) Os novos incentivos direcionados aos serviços especializados e exclusivos para autismo abre espaço para o crescimento de empresas privadas e filantrópicas a partir do financiamento através de convênios entre o público e privado, realocando recursos do fundo público para o lucro do capital.

Como resultado, há uma fragilização da RAPS quanto ao atendimento prestado a crianças e adolescentes com autismo, visto que os CAPS i não recebem os recursos necessários para manter a qualidade dos serviços ou para ampliar seus dispositivos dentro da rede, além do crescimento de serviços privados e especializados, que reforçam a ideia de exclusividade e individualidade dentro dos cuidados de saúde, deixando de lado o caráter da saúde enquanto cuidado ampliado e construído em coletividade. Nesse processo os serviços já existentes também são fragmentados, abrindo espaço para o setor privado e o financiamento através convênios público-privado sem haver a articulação a uma rede integrada a uma política nacional ou unificada para pessoas com autismo.

Cabe ainda destacar que a “indústria” do autismo é destinada a aquelas famílias que podem pagar pelos seus serviços e tratamentos, enquanto grande parte das crianças e adolescentes de famílias empobrecidas e de classes sociais subalternizadas não conseguem ter acesso aos mesmos cuidados e serviços, enunciando questões relacionadas a desigualdade social e as expressões da questão social, oriundas do sistema capitalista.

Logo, é de extrema importância a ampliação do debate sobre a garantia dos direitos e do acesso à assistência e serviços para crianças e adolescentes com autismo por parte do Serviço Social, visto que esta área do conhecimento tem como objeto de intervenção as expressões da questão social, comprometendo-se com a construção de uma sociedade sem preconceitos e antipacitista e trabalhando pela a defesa intransigente dos direitos humanos, assim como dispõe os princípios fundamentais do Código de Ética da profissão (BRASIL, 1993).

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://taymarillack.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Rio de Janeiro, nov - dez, 2018. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>.
- ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. Serviço Social e Questão Social na Globalização. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, 2008, p. 102-124.
- BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M.; MIOTO, R. C. T. (orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRASIL. Casa Civil. Atenção Especializada, Centros de Atenção Psicossocial. Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/novopac/selecoes/eixos/saude/centros-de-atencao-psicossocial>.
- BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Brasília. 10ª. ed. 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf.
- BRASIL. Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 13. Brasília, 2024. 66 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pela primeira vez, Ministério da Saúde inclui tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/pela-primeira-vez-ministerio-da-saude-inclui-tratamento-do-transtorno-do-espectro-autista-na-politica-nacional-da-pessoa-com-deficiencia> .

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/07/nota-tecnica-no-14-2024-cgspd-daet-ms.pdf>.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.947, de 10 de outubro de 2003, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1947_10_10_2003.html.

BRASIL. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

BRODERICK, A. A. *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism into Big Business* Paperback. Ed: Myers Education Press, 2022.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, p. 17 - 40, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/RSONbmXPbbjDDcKKTdWSm3s/?format=pdf&lang=pt>.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1VBMYY6qPcPuWsVCSsfBifh6v0QellN36r/view>.

FERNANDES, A.D.S.A.; COUTO, M.C.V.; ANDRADA, B.C.; DELGADO, P.G.G. A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate. *Material Técnico*, 2024. ISBN: 978-6500-99824-5. Disponível em: https://ugc.production.linktr.ee/ba2a6db8-d412-44b3-ac90-8e4255c2266b_A--ind-stria--do-autismo-no-contexto-brasileiro-atual--contribui--o-ao-debate.pdf.

GUIMARÃES, Thais de A. Alves; ROSA, Lucia C. dos Santos. *A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista*. O

social em questão, Ano XXII, nº 44, mai. – ago., 2019.
https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C.. Dos corpos como objeto: uma leitura póscolonial do ‘Holocausto Brasileiro’. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan-mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/v9vGDrqDPfQt3KJkS5Kjndc/?format=pdf&lang=pt>.

PAIM, J. S.. *Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. *Sociedade em Debate (Pelotas)*, v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. *Sociedade em Debate*, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 72-87, 2020. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2249>.

PERNAMBUCO. Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. *Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências*. Pernambuco, 1994. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3997&tipo=#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.064%2C%20DE%2016,involunt%C3%A1ria%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias>.

PERNAMBUCO. *Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco*. Recife, julho 2018. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/livreto_politica_sm_final.pdf.

SALVADOR, E. RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS – OS IMPACTOS DAS NO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL. Brasília, 1ª edição. 2015. Disponível em: https://inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/03/RENUNCIAS_TRIBUTARIAS_vELETRONICA.pdf?x12453.

SOUZA, A. D. et al. A “INDÚSTRIA” DO AUTISMO E URGÊNCIA DE UM DEBATE EPISTEMOLÓGICO E ASSISTENTE GEOPOLITICAMENTE LOCALIZADO. *Revista Proteção Integral IBDCRIA*, São Paulo, mar. 2024. Disponível em:

https://www.academia.edu/117272890/REVISTA_PROTE%C3%87%C3%83O_INTEGRAL_publica_IBDCRIA.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. Ter. Ocup.* UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>.