



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

ATUAÇÃO DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL RESIDENTE EM UMA ENFERMARIA
DE PSIQUIATRIA FRENTE A UMA ADOLESCENTE COM DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

LETICIA SOARES PORTO

Campinas

2023

LETICIA SOARES PORTO

ATUAÇÃO DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL RESIDENTE EM UMA ENFERMARIA
DE PSIQUIATRIA FRENTE A UMA ADOLESCENTE COM DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como parte dos requisitos exigidos para obtenção
do título de Especialista em Saúde Mental da
Residência Multiprofissional em Saúde Mental e
Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Ellen Cristina Ricci.

Campinas

2023

*Eu sou descendente Zulú
Sou um soldado de Ogum
Devoto dessa imensa legião de Jorge
Eu sincretizado na fé
Sou carregado de axé
E protegido por um cavaleiro nobre*

*Sim, vou na igreja festejar meu protetor
E agradecer por eu ser mais um vencedor
Nas lutas, nas batalhas
Sim, vou no terreiro pra bater o meu tambor
Bato cabeça e firmo ponto, sim, senhor
Eu canto pra Ogum,*

*Ogum, um guerreiro valente
Que cuida da gente, que sofre demais
Ogum, ele vem de Aruanda
Ele vence demanda de gente que faz
Ogum, cavaleiro do céu, escudeiro fiel
Mensageiro da paz
Ogum*

*Ogum, ele nunca balança
Ele pega na lança, ele mata o dragão
Ogum, é quem dá confiança
Pra uma criança virar um leão
Ogum, é um mar de esperança
Que traz a bonança pro meu coração
Ogum*

(Ogum)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar os cuidados a uma adolescente com diagnóstico de Transtorno do espectro autista durante o período de internação em uma enfermaria de psiquiatria em um hospital universitário, a partir da experiência de uma terapeuta ocupacional residente em programa de saúde mental. O interesse na temática da pesquisa se deu a partir das discussões teóricas, práticas e formativas durante o segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp, em que a residente atuou na Enfermaria de Psiquiatria do hospital universitário. O trabalho é um relato de experiência desenvolvido a partir dos atendimentos realizados por uma terapeuta ocupacional residente, de uma adolescente com diagnóstico de transtorno do espectro autista no contexto de internação, abordando os aspectos presentes na condução do caso que perpassa os limites físicos da enfermaria indo de encontro ao território de vida da usuária. O método é um estudo qualitativo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência. Em relação aos estudos encontrados, observa-se que a atuação da Terapia Ocupacional está voltada para a expansão da participação social, além de intervenções voltadas para o cotidiano e inclusão das famílias dos usuários no projeto terapêutico. Todavia faz-se necessário maior investimento teórico prático na formulação de estudos sobre o público adolescente e transtorno do espectro autista, visto as particularidades da faixa etária acrescido da complexidade do diagnóstico, além de aprimorar as práticas em saúde mental e também inerentes ao núcleo da Terapia Ocupacional.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Transtorno do Espectro Autista, Saúde Mental, Enfermaria.

ABSTRACT

This work aims to report on the care provided to an adolescent diagnosed with Autism Spectrum Disorder during the period of hospitalization in a psychiatry ward at a university hospital. The report is based on the experiences of an occupational therapist who is a resident in a mental health program. The interest in the research topic arose from theoretical, practical, and formative discussions during the second year of the Multiprofessional Residency in Mental Health at Unicamp, where the resident worked in the Psychiatry Ward of the university hospital. This paper is an experiential report developed from the therapeutic sessions conducted by a resident occupational therapist with an adolescent diagnosed with Autism Spectrum Disorder in the context of hospitalization. It addresses the aspects involved in managing the case, extending beyond the physical boundaries of the ward and delving into the user's life territory. The method employed is a descriptive, exploratory qualitative study of the experiential report type. In relation to the literature reviewed, it is noted that the role of Occupational Therapy is focused on expanding social participation, along with interventions aimed at daily life and the inclusion of users' families in the therapeutic project. However, there is a need for greater theoretical and practical investment in formulating studies on adolescents with Autism Spectrum Disorder, considering the peculiarities of this age group in addition to the complexity of the diagnosis. Furthermore, there is a need to enhance practices in mental health and those inherent to the core of Occupational Therapy.

Keywords: Occupational Therapy, Autism Spectrum Disorder, Mental Health, Hospital Ward.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVO.....	12
3. METODOLOGIA.....	12
4. DESCRIÇÃO DO CASO.....	13
5. DISCUSSÃO.....	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
7. REFERÊNCIAS.....	35

SIGLAS

ABA: Análise do Comportamento Aplicada

AOTA: American Occupational Therapy Association

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AVD: Atividades de Vida Diária

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CID: Classificação Internacional de Doenças

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

CSA: Comunicação Suplementar e Alternativa

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

MTOD: Método Terapia Ocupacional Dinâmica

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SCIELO: Scientific Electronic Library Online

TEA: Transtorno do espectro autista

TEACHH: Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo

TID: Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou relatar as experiências de uma terapeuta ocupacional residente no período de atendimento de uma adolescente com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) em uma enfermaria de psiquiatria de um Hospital Universitário e debater os temas que perpassam transversalmente o cenário da vivência.

Para compreender o autismo é preciso rever o aporte epistemológico clínico e ético pelo qual se concebe a compreensão do diagnóstico, além dos paradigmas norteadores para as abordagens.

A partir do ano de 1943 Leo Kanner descreveu e discriminou uma nova síndrome denominada de autismo infantil, tais crianças tinham características em comum a inquietação, pobreza de expressões, movimentos estereotipados, rítmicos e repetitivos e também déficit de linguagem (Brasil, 2015; Fernandes; Polli; Martinez, 2021). Porém o autismo teve seu reconhecimento científico oficial décadas posteriores, no ano de 1980 começou a ser reconhecido como “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID)”, pela Classificação Internacional de Doenças (CID). A partir deste marco transformações em relação ao diagnóstico e também classificação ocorreram, sendo que no ano de 2013 o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na sua quinta edição (DSM-V) passou a classificar o quadro como Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2015).

Desde o período de descoberta do diagnóstico, o TEA tem suscitado inúmeras discussões e controvérsias em relação às causas e tratamentos adequados (Fernandes; Santos; Morato, 2018).

Partindo do referencial com ênfase nas aspectos biológicos, o autismo é definido como um transtorno de múltiplas etiologias genéticas e ambientais, segundo o DSM-V, possui início precoce e apresenta uma grande variedade na forma e na intensidade dos sintomas.

Compreende-se TEA como distúrbio do neurodesenvolvimento marcado pelo desenvolvimento atípico, envolvendo manifestações comportamentais, déficits na comunicação e interação social, além de padrões de comportamento repetitivos e

estereotipados (Ministério da Saúde, 2022).

O TEA tem início precoce, antes dos três anos de idade, sendo que é comum o aparecimento dos sintomas ainda no primeiro ano de vida, porém algumas crianças podem apresentar o desenvolvimento comum até aproximadamente os dois anos de idade. Uma das características é que o TEA apresenta níveis de severidade distintos, além disso as pessoas com o transtorno podem apresentar manifestações clínicas diferentes, surgindo assim o termo “espectro” (Teixeira, 2016; Goldstein, 2006).

Além das clássicas alterações psicomotoras e sensoriais, é possível evidenciar alterações no tônus muscular, equilíbrio, coordenação motora, esquema corporal e lateralidade, características que comprometem o desenvolvimento (Fernandes; Polli; Martinez, 2021).

Na quinta edição do DSM, as alterações sensoriais também são utilizadas como critério diagnóstico, destacando que 90% das crianças podem apresentar alterações sensoriais no campo auditivo, vestibular, proprioceptivo, visual, olfativo e oral (Leal *et al.*, 2015, Posar; Visconti, 2018).

O diagnóstico é baseado principalmente no quadro clínico do indivíduo, não havendo um marcador biológico que seja característico (Stefen; Paula; López, 2019).

É possível observar que na descrição sintomatológica não há divergências significativas, porém não ocorre o mesmo na questão etiológica. As hipóteses mais comumente vistas giram em torno de hipóteses relativas a uma alteração orgânica ou na disfunção da função materna, relativo à relação mãe/criança (Matsukura *et al.*, 1993).

Geralmente o diagnóstico de TEA ocorre durante a infância, segundo a literatura o sofrimento das famílias se inicia nos primeiros sintomas, e se agrava com a descoberta do diagnóstico. A família passa por diversos períodos de estresse e dificuldades em relação ao manejo da criança. A rotina familiar e social torna-se prejudicada, podendo se estender por toda a vida (Bagarollo; Panhoca, 2011).

Sendo uma condição crônica, os desafios e demandas vivenciadas se modificam ao longo do tempo, além disso pode ter maior ou menor impacto de

acordo com as possibilidades de desenvolvimento da pessoa com autismo e do seu grupo familiar, incluindo também os contextos onde estão inseridos e os recursos e apoios disponíveis (Minatel; Matsukura, 2015).

A assistência em saúde mental destinada a crianças e adolescentes permaneceu por muito tempo a margem se comparada a assistência prestada aos adultos com sofrimento psíquico. Até o século XIX crianças e adolescentes que apresentavam comportamentos que não são aceitos socialmente eram tidos como loucos, sendo assim deveriam ir para hospitais psiquiátricos, compartilhando o mesmo local que os adultos (Reis *et al.*, 2010). As pessoas com autismo eram predominantemente assistidas em instituições de caráter filantrópico como por exemplo a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Pestalozzi, associações de familiares, além dos dispositivos da assistência social, sendo os abrigos para “deficientes”, poucos os serviços de saúde mental ambulatorial ou hospitalar (Couto, 2004; Brasil, 2015).

A atenção psicossocial vinculada ao movimento da reforma psiquiátrica consiste em um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas, com intuito de substituir o modelo asilar (Costa-Rosa *et al.*, 2003). Porém, quando se trata da saúde mental infantojuvenil, a transformação no modelo de assistência se deu tardiamente. Somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que a construção de políticas públicas e estratégias de cuidados específicas para essa população começou a ser pensada (Couto; Delgado, 2015).

Em relação às crianças e adolescentes com TEA apesar das políticas públicas no campo da saúde mental contemplarem algumas de suas particularidades, foi apenas em 2015 que o Ministério da Saúde publicou 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” , reforçando a compreensão do TEA enquanto um transtorno mental (Brasil, 2015).

Outro recorte presente no caso diz respeito à fase do desenvolvimento da usuária, que se encontrava no período de desenvolvimento da adolescência, sendo então necessário discorrer acerca desta fase.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescentes, indivíduos entre 12

e 18 anos de idade completos são adolescentes, além disso o estatuto assegura aos adolescentes todos os direitos fundamentais aos seres humanos (Brasil, 1990).

A adolescência é um período caracterizado como uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, traz mudanças físicas, psíquicas e sociais. Importante também abordar para além das questões de saúde, compreender as demandas sociais e ocupacionais, é indispensável pensar nos adolescentes contextualizados segundo suas ocupações cotidianas (Folha; Araújo; Carmo, 2018).

Para além dos aspectos gerais presentes nos adolescentes é necessário ainda realizar outro recorte dentro do próprio desenvolvimento neurotípico. A adolescente descrita no caso possui o diagnóstico de TEA, portanto é necessário destacar algumas especificidades desta população.

Na adolescência os autistas podem sofrer um declínio comportamental, incluindo um rebaixamento nas habilidades de linguagem e sociabilidade, além disso está presente a dificuldade de relacionamento entre pares e pessoas de seu interesse (Serbai; Priotto, 2021).

O autismo é uma condição crônica portanto às demandas vivenciadas pelos indivíduos e seus familiares vão se modificando ao longo do tempo (Serbai; Priotto, 2021).

De acordo com Matsukura (1997), existem várias formas de intervenção no tratamento do autismo, além de diversidades de orientação teórica, e a Terapia Ocupacional está presente como uma forma de intervenção, segundo o estudo da autora umas das abordagens mais utilizadas é a integração sensorial, além disso as intervenções do terapeuta ocupacional podem perpassar para além do próprio indivíduo mas também, escola e famílias

A atuação do terapeuta ocupacional em casos de TEA consiste em contribuir para melhoria da qualidade de vida nos diversos ambientes em que o sujeito esteja inserido, seja no ambiente escolar, familiar, entre outros, construindo intervenções de acordo com as demandas do sujeito, favorecendo o indivíduo às melhores condições de desenvolvimento, autonomia e inclusão social (Mapurunga *et al.*, 2021; Matsukura, 1997).

A partir das problemáticas e reflexões acima, acrescido do relato de caso a seguir, amplia-se as diferentes nuances presentes no processo de intervenção tanto no indivíduo, familiares e também articulado aos diferentes serviços da rede de cuidado.

Através do raciocínio clínico de base teórica voltado para saúde coletiva, saúde mental e também ao próprio núcleo da Terapia Ocupacional é possível construir um cuidado de maneira integral, crítico e reflexivo, trazendo para prática profissional aspectos políticos, sociais e subjetivos.

2. OBJETIVO

Relatar os cuidados a uma adolescente com diagnóstico de TEA durante o período de internação em uma enfermaria de psiquiatria em um hospital universitário, a partir da experiência de uma terapeuta ocupacional residente em programa de saúde mental.

3. METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência, com objetivo de abordar sobre a vivência de uma terapeuta ocupacional residente em saúde mental na enfermaria de psiquiatria em um hospital universitário em um caso de espectro autista na adolescência.

Segundo Minayo (2001) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, sendo que estas não podem ser quantificadas, pois trabalham em um universo de significados particulares e motivações, sendo processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os dados para o relato foram coletados através de anotações no diário de campo da residente, que aborda sobre os atendimentos realizados e o raciocínio clínico e crítico em relação ao processo.

O diário de campo consiste em anotações acerca das percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas a partir da utilização de outras técnicas, além de ser um objeto pessoal e intransferível. Requer um uso sistemático

que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação (Minayo, 2001).

Também foi feito um breve levantamento bibliográfico em bases de dados, para dialogar com as observações da prática em campo e os referenciais teóricos publicados.

O levantamento dos dados ocorreu por meio de pesquisa em bases de dados, utilizando as plataformas digitais: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, além de livros nos campos da Saúde Mental, Saúde Coletiva, Psiquiatria e Cartilhas do Ministério da Saúde.

4. DESCRIÇÃO DO CASO

O percurso a ser narrado a seguir ocorre em uma enfermaria especializada em psiquiatria no hospital geral, de nível terciário que tem como característica ser um hospital universitário, em uma cidade desenvolvida do interior paulista.

No meu primeiro dia chego até o quarto andar, grades nas janelas e também na porta, acima está inscrito “Psiquiatria” em letras já surradas pelo tempo. Paredes de cores frias, ambiente mórbido, gélido e de aparência pouco acolhedora.

“Trim”, a porta abre permitindo penetrar naquele inóspito local, como quem entra em um bosque enevado onde se enxerga meio palmo à frente dos olhos, e a silhueta das árvores se sobressaia na penumbra causando apreensão, entro receosa e com diversos questionamentos em mente do que será aquela jornada.

O primeiro questionamento é em torno dos requisitos de admissão para ser internado na enfermaria, será que de fato cumpririam com o que é proposto pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que discorre também acerca do componente de atenção hospitalar ser destinado a assistência de casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, através de internações de curta duração (Brasil, 2011).

Quem entra e quem sai? Quem impõe ou quem discute, quem outorga ou quem pune, quem cuida ou quem exige, e para além dessa figura ou dessas figuras, quais os critérios avaliativos para admissão além das normas técnicas, seriam estes

os pressupostos sociais de normalidade, anormalidade, sanidade, loucura, inclusão, exclusão, não sabia, ainda estavam enevoados.

Vejo alguém sentado, uma adolescente de cabeça baixa, utilizando vestes hospitalares, quem seria?. Digo oi e recebo um levantar de olhos, seguido de um silêncio, retiro-me.

“Liz¹, uma adolescente de 16 anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, diagnosticado quando ela tinha quatro anos de idade, um caso de TEA não verbal, sendo interrogado também deficiência intelectual. Estava internada na enfermaria há quatro semanas devido a "rompantes de agressividade em que quebrava os vidros das janelas da casa, principalmente quando recebia negativas e também próximo ao horário do almoço, além disso na associação que frequenta estava agressiva, a equipe já não sabia mais o que fazer. No início da internação a adolescente estava acompanhada dos familiares, porém ela começa apresentar rompantes de agressividade e eles preferem ir para casa pois percebiam que a presença a desorganizava”. É dessa forma que sou apresentada ao “caso”.

Para além daquela descrição crua, era preciso ampliar os horizontes e conhecer mais sobre Liz, sua família, o ambiente onde está inserida, seus papéis ocupacionais, as atividades que desempenha no cotidiano intra e extra hospitalar, além de suas subjetividades.

Liz, segunda filha de um casal, onde o primeiro filho é um homem adulto de aproximadamente 30 anos, residente de uma cidade do interior de São Paulo que estava há 42 km do hospital onde a jovem estava internada, branca, cabelos curtos encaracolados, olhos verdes, de estatura aproximada entre 1,65 á 1,70 cm.

Em contexto extra hospitalar, reside junto ao pai biológico e madrasta em uma casa própria da família, a mãe biológica faleceu há aproximadamente nove anos com um quadro de infecção pulmonar, quando Liz tinha por volta de sete anos de idade, neste contexto segundo relatos da equipe Liz não recebeu a notícia do falecimento da mãe, porém não obtenho mais dados sobre a informação e repercussões observadas em Liz.

Posteriormente ao falecimento da mãe, o pai da usuária opta por contratar uma cuidadora para os cuidados da filha, porém após um ano aproximadamente a

¹ Nome fictício usado para preservar a identidade da usuária.

mesma se envolve afetivamente com o pai da usuária, iniciam relacionamento que perdura até o momento da descrição deste relato.

Em relação ao motivo dos rompantes de agressividade pouco se discutia, observava também que pouco era a interação da equipe com Liz, as ações se resumiam em intervenções biologicistas sejam consultas ou coleta de exames.

Segundo membros da equipe no começo da internação a usuária estava “colaborativa” como é dito na enfermaria, isso significa que realizava algumas atividades como confecção de máscara de carnaval em atividades de grupo e também não apresentava momentos de agressividade, comportamento este que não demonstrava mais no período em que iniciei na enfermaria.

Vou me aproximando de Liz a partir das informações que eram descritas de forma sistemática, se sobressai os eventos adversos que antecederam a internação, tudo isso contribui para criação de uma figura construída em meu imaginário, figura esta que me traz o medo e a apreensão. Liz possuía a mesma altura que a minha, algumas vezes ficava mais agitada na enfermaria, segundo relatos ficava agressiva em contexto domiciliar também, a família e os profissionais que a atendiam diziam que não sabiam mais o que fazer. Além disso, na enfermaria arranhou alguns profissionais, diziam que ela havia batido em outros, fatos estes que eram contados de forma muito isolada sem contextualização, aumentando ainda mais o meu receio de me aproximar da usuária.

Já dizia a canção de Cazuza “Às vezes os meus dias são de par em par, procurando agulha num palheiro”. Sentia-me desta forma, os dias sucediam de forma rápida e dinâmica, sem saber por onde iniciar, sem saber quais estratégias usar, com receio de me aproximar da usuária por medo da agressividade física, medo de não ser correspondida como os demais usuários fazem, todos esses receios permaneceram presentes no decorrer do processo, ora mais latentes, ora mais encobertos.

Mesmo diante do mar com ondas de dúvidas e receios, era necessário velejar e desbravar todo aquele universo.

Primeiro era necessário resgatar todo meu arcabouço teórico e prático em relação à temática. Durante a graduação pouco tive contato com o público diagnosticado com TEA, no percurso formativo optei por investimento teórico e

prático na fase do desenvolvimento adulto, portanto meu conhecimento era limitado nestes dois viés. O conhecimento teórico que possuía em relação ao TEA era o básico, limitado a explicações biologicistas com poucas análises e reflexões.

Mas então por qual motivo aquela jovem havia me chamado a atenção desde o momento em que pisei naquele local?.

Apesar de todo o turbilhão estar acontecendo era preciso dar andamento ao caso, afinal a enfermaria precisa "rodar", ou seja, os pacientes precisam ter alta e também precisam remitir os "sintomas" que os levou até a internação.

Surge a dúvida, como eu iria conduzir um atendimento apenas a partir do relato de terceiros, mas como também eu iria me aproximar da usuária a partir dos receios apresentados acima, além disso não havia feito contato com a família não sabia mais informações que pudessem contribuir para formulação do meu próprio raciocínio clínico.

Em relação aos familiares, certa tarde no horário de visitas uma colega me aborda e diz "os pais da Liz estão aí, você não vai falar com eles? ", sinto meu corpo gelar, fico imóvel, o que eu poderia falar com eles, eu mal conhecia sobre a Liz, apenas a via sentada na enfermaria, mas com todo receio vou até o pai da usuária, um homem de aproximadamente 65 anos, de estatura média e franzina, me apresento de maneira tímida, informando que estarei compondo a equipe dos cuidados de Liz, me coloco à disposição da família, pergunto sobre as preferências da usuária em contexto domiciliar, e o pai me diz que ela gosta de Xuxa, Galinha Pintadinha, Mamonas Assassinas, além disso utiliza um tablet para jogar, fica durante alguns períodos do dia em uma parte da casa que funciona como se fosse um anexo, com sala de estar, banheiro e cozinha, por lá Liz fica assistindo televisão além de utilizar o tablet, pouco interage com a família ou frequenta outros espaços como por exemplo casa de familiares e espaços públicos.

O pai da adolescente diz também que ela frequentava a instituição APAE no período da tarde, porém não estava comparecendo mais devido aos comportamentos agressivos.

Para encerrar o contato, o pai de Liz narra como eram os comportamentos da mesma em casa, relata os períodos de agitação, diz que ela bate as janelas de vidro da casa, arranha a atual esposa dele, e relata a dificuldade em manejar as

situações. Por fim, pergunta se eu gostaria de ver os vídeos desses momentos pois ele havia gravado a pedido dos funcionários da APAE, porém opto por não ver as filmagens, já estava sensibilizada com todas as questões envolvendo o caso.

Diante de diversas dúvidas acerca da aproximação e manejo com a usuária opto por levar o caso em supervisão coletiva na universidade. Durante o período de residência realizamos supervisão com os demais residentes multiprofissionais (terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudióloga e psicólogos) sob mediação de uma terapeuta ocupacional que atua como supervisora do grupo. Neste grupo discutimos acerca do raciocínio clínico, manejo e questões institucionais em relação aos casos.

Inicialmente abordo o histórico da usuária, motivos da internação e rede de suporte, posteriormente discutimos o caso e são elencadas as possibilidades de intervenções, como por exemplo abordar com a usuária questões inerentes ao autocuidado, formas de comunicação alternativa e acompanhamento durante o desempenho de atividades de vida diária (AVDs). Todas as intervenções elencadas apresentaram ser de grande contribuição para serem aplicadas no cotidiano, porém me angustiava o fato de ainda não ter estabelecido um vínculo com a mesma, e tais atividades demandam de certa complexidade em uma situação onde a forma de abordagem era totalmente diferente dos casos rotineiramente vistos na enfermagem, e também fugia daquilo que eu estava acostumada a trabalhar.

Retorno para o hospital, ideias fervilhando, digo “oi vamos ao refeitório escutar música”, Liz apenas olha, não responde, no dia seguinte repito a cena, porém oferto a possibilidade de pintarmos, até levo os materiais, Liz olha, me puxa pelas mãos e me retira de perto dela. Todas as tentativas de utilização destas atividades eram com o objetivo de criar vínculo. Foram diversas tentativas, estava cansada, não recebia respostas diferentes, tinha receio, angústia, me sentia incapaz.

Para além da supervisão em grupo é possível agendar os chamados plantões individuais com os supervisores da residência multiprofissional em saúde mental, que são uma terapeuta ocupacional, psicólogo e médica, porém opto por realizar com a terapeuta ocupacional devido ao núcleo profissional.

No plantão agendado com a terapeuta ocupacional discorro sobre a dificuldade de manejo, anseios e como me sentia paralisada diante do caso, narrava das diversas tentativas de aproximação, como Liz respondia de maneira diferente dos demais usuários do serviço. Em meio a toda turbulência também descrevo a rotina exercida durante todos os dias de enfermaria incluindo às abordagens sucessivas.

É então que após discutir e refletir sobre as formas de manejos tentadas, noto que deveria “apostar” na frequência e na rotina, para que assim fosse possível estabelecer o vínculo com a usuária. Além disso, teve início a leitura de diversas formas de abordagem utilizadas com adolescentes que apresentavam o diagnóstico de TEA, seja a abordagem comportamental, psicanalítica, além das próprias contribuições da Terapia Ocupacional.

No decorrer dos dias de forma muito gradual vou me aproximando de Liz, dessa vez sem oferecer nenhum tipo de atividade, o único recurso utilizado era apenas a minha presença. Inicialmente começo “passando mais por ela” na enfermaria, com o objetivo dela simplesmente me ver, me reconhecer e acostumar-se com a minha presença naquele lugar, ser uma figura familiar.

De forma tímida me aproximo de Liz, digo diversas palavras a cada dia, como “oi”, “bom dia”, “olá”, “me chamo Letícia”, naquele diálogo que tentava estabelecer recebia “nã”, “xi”, “ae” ou apenas olhares. Naquele período não me dava conta de que aqueles gestos e expressões eram formas de comunicação, e que apesar de monossilábicas, acrescidas da análise da atividade e do ambiente iriam se estabelecer como nossa forma de comunicação e vinculação para estabelecer a relação terapêutica.

Na enfermaria, apesar do cotidiano pouco variar no quesito de diversidades das atividades, o dinamismo é presente na condução dos casos, no sentido de que diariamente são discutidos os casos em reuniões clínicas para avaliação do andamento da internação e discussão das condutas e medicações, porém destaco que tais discussões eram voltadas para aspectos biomédicos, pouco ou raramente envolvem aspectos psicodinâmicos da usuária

O cotidiano de Liz era majoritariamente voltado para rotina institucional, ou seja, realizava algumas AVDs como alimentação, banho e sono. Além dos rotineiros

exames, incluindo os atendimentos com os profissionais que compunham o caso de forma mais presente que basicamente eram a terapeuta ocupacional e a médica psiquiatra.

Chego por volta de oito horas da manhã, Liz está sentada ou deitada no sofá de entrada da enfermaria, observo que quando ela escuta o tilintar do portão faz gesto com a cabeça, observa o fluxo de pessoas entrando ou saindo da enfermaria. Ando alguns passos, respiro fundo e como quem entra em um setting fechado, sem demais interferências, torno aquele ato um encontro único, dou o cumprimento inicial do dia a Liz. “Bom dia Liz, tudo bem? estendo minha mão para a mesma que muda em seu próprio repertório de comunicação, ora diz oi, ora apenas estende a mão, ora as duas coisas, as vezes expressa outro som, todavia seja qual for a resposta dita por ela há a continuidade e presença estabelecida. A rotina se repete todas as manhãs que estou na enfermaria, chego e faço o cumprimento inicial e sigo para minhas atividades rotineiras.

Passado alguns minutos o portão faz o barulho de sempre, alguém entra ou alguém sai, Liz repete o seu movimento, move a cabeça e olha em direção ao portão, quando percebe que é a refeição matutina se levanta e vai de encontro a profissional que serve as refeições. Na enfermaria os alimentos são levados até a cozinha onde são separados para cada usuário, às vezes Liz espera na porta do local, ou então senta-se frente a mesa de refeição junto aos demais usuários, porém sempre em silêncio.

Nos momentos em que está junto aos outros usuários, permanece em silêncio na comunicação verbal porém atenta a tudo e todos, às vezes com gesto fugaz toma de outro paciente as bolachas que são servidas, em outras ocasiões Liz opta por realizar a refeição no sofá da enfermaria.

Ao finalizar a refeição joga às embalagens das bolachas fora e os demais itens que são descartáveis e permanece sentada no sofá que está localizado na área comum da enfermaria. No decorrer da manhã Liz alterna entre ficar deitada ou sentada no sofá, observa quem passa em sua frente, atenta a dança dos profissionais daquela pequena enfermaria.

O cotidiano é alterado com a presença de estudantes dos cursos de medicina, enfermagem, treinandos do programa de aprimoramento, além dos

residentes de psiquiatria, saúde mental e equipe técnica de enfermagem. Por vezes muitos desses profissionais surgem inesperadamente e ainda mais inesperado desaparecem daquela enfermaria, se aproximam de Liz curiosos, tentam lhe fazer perguntas, mas em gesto rápido Liz se levanta e os retira gentilmente pelas mãos.

O processo de vinculação com cada usuário possui características particulares, porém com aquela adolescente algo de diferente precisa ser feito, os pormenores em relação ao ambiente, frequência da presença e principalmente apreender de forma ampliada as diversas camadas presentes naquela enfermaria, seja referente a organização da equipe, manejo com a usuária, rotinas, frequência dos atendimentos, estímulos do ambiente, e o mais importante como Liz vivenciava tudo aquilo.

Outro aspecto importante diz respeito às discussões clínicas e conseqüentemente manejo dos casos, semanalmente são realizadas reuniões de mini equipe e também reuniões com toda a enfermaria de psiquiatria a fim de discutir os casos clínicos. Observava que o caso de Liz era discutido com pouco aprofundamento acerca dos aspectos psicodinâmicos, apenas era discutido medicação e intervenções mais restritas ao corpo biológico. Enquanto terapeuta ocupacional diversas vezes trazia para discussão outras nuances sobre a usuária, aspectos da rotina e também sobre a rede familiar e de saúde, buscava apresentar e tentar ampliar a discussão para além da sintomatologia. Em determinadas ocasiões profissionais de um centro de autismo da instituição vinham no intuito de discutir acerca de estratégias de comunicação não verbal e estímulos ofertados durante a internação, porém não era possível dar seguimento às estratégias pensadas devido ao fato de que eram intervenções de cunho comportamental e que precisavam de certa frequência, sendo necessário profissionais habilitados com a terapia e isso não era possível dispor na enfermaria.

Ainda sobre as discussões clínicas dos casos na enfermaria, o dispositivo denominado “seminário clínico” configura-se como estratégia formativa e de apresentação dos usuários internados, são abordados a história de vida, história pregressa da doença, contexto onde está inserido, articulações e manejos realizados. Me ocorreu que durante os três meses que Liz ficou internada na enfermaria o caso nunca foi discutido nesta reunião, me pergunto os motivos, seria

Liz a representação física da ampla falta de familiaridade e manejo acerca de outras formas de comunicação, a representação de como o cuidado é feito muitas vezes de forma automatizada, sem observarmos as sutilezas dos pequenos gestos, afinal me dei conta de que com Liz era preciso apreender o espaço de uma forma muito particular. Respostas sobre o motivo da não apresentação do caso até hoje não tenho, apenas suposições.

Na enfermaria de psiquiatria o que prevalecia era uma leitura biomédica dos casos, e constantemente é necessário fazer um grande esforço para romper com esse paradigma. Diversos são os exemplos de como a compreensão dos casos se reduz a uma leitura biomédica podem ser citados no caso de Liz, um dos que mais me causou preocupação foi quando questionaram se Liz estava hipersexualizada, pois permanecia com a mão no órgão genital. Questionaram se seria necessário introduzir uma medicação para controlar “os impulsos”, porém dias mais tarde verificaram um odor diferente no órgão genital da adolescente, optando por chamar um médico ginecologista. O profissional avalia Liz e então relata que a mesma estava com candidíase, por isso certamente estava manipulando o órgão, afinal causava muita coceira e incômodo. Este é um dos exemplos da visão reducionista, de como o viés de compreensão dos casos vai de encontro ao controle de corpos e remissão dos sintomas.

Após alguns dias da rotina do bom dia, boa tarde, oi e tchau, observo que Liz começa a me olhar nos olhos, sorri, gargalha, faz gestos de mandar beijo e também coração com as mãos, tudo isso no presente trabalho é descrito com fluidez, porém destaco que no cotidiano ocorreram de forma muito gradual, com muita observação acerca de cada gesto, resposta, som emitido e demais detalhes presentes na interação entre terapeuta, paciente e atividade.

Durante todo o período de hospitalização me mantive em contato com o pai, madrasta e irmão de Liz, acolhia os familiares buscava compreender a dinâmica da casa e também como estavam lidando a internação da usuária, além disso dialogava sobre o manejo em contexto domiciliar, aspectos inerentes ao diagnóstico de TEA, além de convidá-los semanalmente para o grupo de família, porém a participação foi possível somente uma vez devido a distância entre hospital e a casa dos pais de Liz,

e também o grupo era realizado em período contrário ao que a família visitava a usuária na enfermaria.

Outra estratégia utilizada foi realizar uma visita domiciliar à família de Liz para conhecer o ambiente onde a usuária retornará, compreender a dinâmica familiar e como estavam para recebê-la em casa após tantos meses.

Um dos eixos presente no projeto terapêutico se refere à articulação de rede nos cuidados de Liz, compreendendo a internação como um período breve e distante do território de vida, também devido à complexidade do caso era necessário acionar os outros serviços da rede de saúde, social e também escolar.

Durante todo o período de hospitalização manteve contato com os profissionais da APAE. Discutimos acerca dos aspectos psicodinâmicos da usuária, programação em relação aos cuidados ofertados para Liz e sua família, perguntava também mais informações sobre a usuária, histórico na instituição e cotidiano em casa junto dos familiares.

Após três meses de internação a possibilidade de alta de Liz começa a ser discutida, importante ressaltar que na enfermaria de psiquiatria a alta está muito atrelada a remissão total dos sintomas e comportamentos que antecederam e ocasionaram a internação, mesmo que estes sejam advindos de fatores ambientais e contextuais.

Próximo a alta faço contato com o Centro de Saúde de referência, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no intuito de ampliar a rede de saúde e para que conheçam Liz e sua família. No CAPS, Liz apenas passou em consulta com o médico psiquiatra, porém não faz seguimento no serviço, sendo acompanhada apenas no ambulatório da cidade dela com a equipe médica psiquiátrica. Em relação ao CRAS e Centro de Saúde, faço contato com a equipe para discutir sobre a necessidade dos serviços de saúde e assistência social estarem presente devido ao fato de ser uma usuária menor de idade com pais idosos, além de que anteriormente a internação o caso pouco era conhecido na rede de saúde e social do município, sendo um dos papéis da internação articular essa rede de cuidados.

Durante as semanas de internação Liz recebia a visita dos familiares semanalmente, porém nestes momentos ficava mais agitada, em algumas ocasiões

quando a madrasta entrava em seu quarto, Liz a retirava pelas mãos, também repetia o gesto com o pai, enquanto profissional que a acompanhava durante a internação observava cada gesto, movimento e também como Liz interagia com os familiares, em algumas ocasiões ela chorava, dizia tchau, permanecia apenas alguns minutos com eles e no momento da despedida ficava mais tranquila, acompanhava os familiares até a porta da enfermaria e dizia tchau.

Observava que os familiares da usuária ficavam bastante sensibilizados com a situação, eles me questionavam se ela havia parado de “gostar deles”, se a partir de agora não conseguiria voltar mais para casa. Diversas dúvidas me ocorriam, porém naquele momento que durava apenas minutos, mas que pareciam horas devido toda a movimentação, apenas estava focada em apreender a situação, posteriormente em turno contrário ligava para os familiares para acolher e compreender como haviam ficado após a visita.

Uma questão presente nas semanas que antecederam a alta hospitalar foi em relação ao retorno de Liz ao seu cotidiano, incluindo a reaproximação aos seus familiares e também profissionais da APAE.

Para iniciar o contato começo com aproximações graduais entre Liz e os profissionais da APAE, às chamadas ocorriam sempre após o almoço no período da tarde, horário em que a enfermaria estava mais vazia. Sempre na saída para o almoço informava a Liz que após a refeição iríamos fazer a chamada de vídeo, após o retorno para a enfermaria informava Liz novamente que em breve iríamos realizar a ligação.

O contato sempre ocorria no mesmo local e em horário próximo, no momento em que chamava Liz para a ligação os profissionais já estavam na tela do aparelho. O contato era breve, eles diziam oi para a adolescente, cantavam algumas músicas e lembravam do cotidiano na instituição que frequentava. Liz respondia ao contato, saudava os profissionais e ria, por fim, sempre a chamada de vídeo era encerrada por parte da usuária, ela dizia tchau e mandava beijo.

Outro eixo no quesito da aproximação com os pares, se refere aos familiares. Os pais de Liz vinham até a enfermaria de uma a duas vezes por semana devido a distância entre as cidades. Nos momentos em que os familiares estavam presentes na enfermaria sempre Liz se aproximava dos pais, eles informavam que em breve

ela iria receber alta e retornar para casa, introduziram também nas falas itens do cotidiano e nome dos animais de estimação, através das informações a rotina vivida por ela em contexto domiciliar se aproximasse mais e se tornasse algo comum. Todas essas orientações introduzi à família nos atendimentos realizados, além disso reforçava para equipe da enfermaria que durante os cuidados de Liz fosse informado a proximidade da alta.

Os dias sucediam e as estratégias descritas acima eram intensificadas, sempre dizia a Liz quantos dias faltavam para ela retornar para casa.

Chegou o momento da alta, apreensão, como iríamos sair da enfermaria com a usuária, em discussão de equipe foi acordado que seria necessário seda-lá, o receio da equipe era que assim como nas visitas recebidas, Liz também ficasse agitada, em alguns momentos tentamos sair da enfermaria brevemente com a mesma, porém Liz optou por não sair. No dia em questão foram realizadas diversas medicações sedativas, porém Liz permanecia vigil e chorando.

Após alguns minutos de administração de diversas medicações Liz começa a ficar mais sedada porém ainda se mantém atenta, a equipe receosa de Liz apresentar comportamento mais agitado durante a transição até a residência, opta por realizar a contenção mecânica de tronco, membros superiores e inferiores. Todas aquelas faixas presas ao seu corpo deixam Liz mais agitada, ela tentou por diversas retirar a contenção, buscava a mão de alguns membros da equipe para ajudar na retirada das faixas, chorava e também gritava.

A sedação já havia sido administrada há alguns minutos, estava claro que Liz não iria dormir, portanto optamos por já iniciar a remoção para casa. Dentro da ambulância Liz permanece tentando retirar a contenção porém, menos agitada, durante boa parte do trajeto que durou em média quarenta minutos ela fica de olhos fechados, observo a médica de Liz aflita assim como eu, junto de nós estão o pai da adolescente, uma técnica de enfermagem e o motorista da ambulância, todos nós apreensivos e desejando que o transporte ocorresse tudo bem.

Após três meses de internação e um trajeto de ambulância que pareceu durar diversas horas, finalmente chegamos à residência de Liz, na frente da casa estava a madrastra da adolescente nos aguardava no portão com os olhos marejados de água.

Liz sai da ambulância deitada na maca, porém atenta aos arredores, entramos na casa e é chegado o momento de soltar as faixas que a continham, apreensão, qual seria a reação dela, será que permaneceria tranquila, ou ficaria agitada. Retiramos as faixas e cambaleante ela se levanta, com o nosso auxílio vai até o espaço em anexo da casa, local este que segundo a família era onde ela costumava a ficar.

Liz com dificuldade no caminhar devido a sedação vai até a sala, liga a televisão, arruma as almofadas como lhe confere conforto, observa atentamente às imagens na tela, por algum momento tenho a impressão de que parece nem nos ver naquele ambiente, mas logo me vem à memória o fato de que Liz é observadora e perspicaz, naquele momento ela apenas optou por se deleitar daquilo que esteve longe por tantos meses, a sua casa.

Com o peito carregado de muita emoção saímos da casa, na despedida com os familiares, eles se emocionam, agradecem por todo o cuidado.

Fim de ciclo, vou até a janela para me despedir de Liz a chamo pelo nome e digo que irei embora, que agora ela ficará em casa, digo que gostei muito de conhecê-la e a desejo todas as felicitações possíveis. Liz, olha, faz um gesto de tchau com as mãos e manda um beijo.

Olhos marejados, ah se ela soubesse o quanto foi importante em diversos aspectos profissionais e pessoais. Aquele sofá na entrada da enfermaria nunca mais foi observado pelos meus olhos da mesma forma.

Como uma flor que desabrocha aos poucos Liz se revelou a cada dia, a cada bom dia, a cada oi, tchau, risos e também negativas, ela me ensinou a apreender o mundo em suas diversas minúcias, me ensinou a potência do vínculo entre terapeuta e usuário.

Atualmente Liz segue em acompanhamento com o psiquiatra de sua cidade e frequentando a APAE, volta e meia a família nos traz notícias dela, diz que está muito bem, "vivendo a vida com gosto", nas palavras da madrasta.

5. DISCUSSÃO

No decorrer do percurso vivenciado e narrado acima, diversos questionamentos surgiram, até o momento creio que outros ainda seriam suscitados.

Partindo do início, o primeiro questionamento que me ocorre se refere a análise da própria enfermaria de psiquiatria a partir da Portaria nº 3.088/2011 especificamente no Art. 10, que dispõe sobre os pontos na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar (Brasil, 2011).

A enfermaria especializada é destinada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas (Brasil, 2011, n.p.).

A partir da descrição do relato me questiono se o caso de Liz contemplava toda essa complexidade. Importante realizar uma separação entre os comportamentos apresentados antes da internação e que foram utilizados como critério para admissão hospitalar, e os comportamentos apresentados decorrentes da internação.

A hospitalização afasta o indivíduo de sua vida cotidiana, do ambiente familiar, aflora sentimentos de culpa, medo da morte entre outros que tornam a experiência potencialmente traumática (Mitre; Gomes, 2004). Os impactos que a hospitalização trouxe para Liz puderam ser descritos acima, mas vale ressaltar a constante “invasão ao corpo” que a usuária sofria. Liz era constantemente requisitada para os exames, para os diversos alunos, estagiários, residentes e profissionais que circulavam pela enfermaria e tentavam realizar contato com ela, além da própria dinâmica institucional que difere muito do contexto domiciliar dos usuários internados e o afastamento do cotidiano habitual.

Além disso, um dos motivos que levaram Liz para internação pode ser analisado a partir de outro viés. Os comportamentos hiperativos com auto e heteroagressividade que comumente são visto como comorbidade, às vezes são desencadeados sem motivos óbvios, outras vezes são provocados por mal-estares, dores, ou interferência em suas rotinas estabelecidas, descartando assim um novo diagnóstico (Brasil, 2015).

Porém, é importante ampliar a compreensão acerca da internação da usuária, expandindo a questão objetiva e rasa sobre se era ou não para a adolescente estar naquela internação.

A partir da pergunta “Liz estava em uma condição elegível para uma internação?”. Podemos abrir diversas discussões que perpassam o caso, uma delas se refere a patologização da vida e individualizar e afastar do ambiente os comportamentos apresentados, reduzindo o indivíduo a mera manifestação dos sintomas. A partir de qual ou quais viés são realizadas as leituras clínicas dos casos? Seriam a partir de uma óptica clínica biológica, ou voltada para clínica ampliada? A leitura realizada é para ampliar e compreender a complexidade envolvendo a vida de um indivíduo ou apenas para reduzi-lo e colocá-lo dentro de uma padrão normativo de funcionamento.

Para ampliar a compreensão acerca das diversas nuances presentes na vida de um indivíduo é possível utilizar inúmeros referenciais teóricos. Uma das referências é o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano proposto por Urie Bronfenbrenner, que caracteriza o desenvolvimento como processo contínuo e de mudanças nas características biopsicológicas, e que ocorrem ao longo do ciclo da vida, além disso o autor ainda compreende o desenvolvimento como algo que transcende os aspectos individuais do indivíduo (Fernandes; Santos; Morato, 2018).

Outro ponto importante para discussão se refere ao inciso primeiro do Art. 10 da Portaria nº 3.088, que aborda a questão do tempo de internação. O período de hospitalização deve ser de curta duração até a estabilização clínica. No caso de Liz o tempo de hospitalização durou três meses. Importante destacar que nos meses de internação foram tentadas diversas diversas terapias medicamentosas, e a cada troca das medicações era necessário um determinado período para se avaliar a eficácia da medicação. Mas além disso é possível ir por outros caminhos para refletir acerca do tempo de internação, como por exemplo sobre a iatrogenia dos tratamentos psiquiátricos.

A palavra iatrogenia no discurso científico da saúde se refere a uma hipótese teórica que define produção de patologia à clientela atrelado ao processo de tratamento (Vechi, 2004).

A permanência na instituição acarreta consequências para a saúde e bem-estar do indivíduo, além de aumentar o risco de morbidade e mortalidade associadas, dado o risco acrescido de desnutrição, depressão, quedas, estados confusionais, infecções e complicações iatrogênicas, incluindo também diminuição da mobilidade e maior nível de dependência (Modas; Nunes, Charepe, 2019).

Em continuidade a discussão acerca do tempo de internação, é possível abarcar outra discussão importante, no decorrer dos três meses para além de intervenções como os atendimentos a usuária, família e o próprio tratamento medicamentoso, havia um componente essencial que é descrito na mesma Portaria, de acordo com o inciso segundo:

O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral...deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso (Brasil, 2011, n.p.).

Os cuidados em casos de TEA precisam de parceria e articulação com a escola e outros profissionais envolvidos, com o objetivo de desenvolver um trabalho intersetorial (Fernandes; Santos; Morato, 2018).

A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de referências capazes de acolher o usuário em sofrimento mental e sua família. Porém esta rede é além de um conjunto de serviços de saúde mental do município ou de uma região, engloba também outras instituições, associações e cooperativas, além dos variados espaços da cidade (Brasil, 2015).

Um dos eixos do projeto terapêutico singular da usuária consistia na articulação de rede, durante a internação o serviço que mais tivemos contato foi a APAE, que discutia sobre o caso e também estava trabalhando externamente junto a família. Outros serviços como por exemplo CAPS e UBS não entraram em contato conosco, apenas foi realizado contato com o médico psiquiatra que atendia a adolescente em um ambulatório da cidade dela. Portanto, a internação também serviu para inserir e discutir com a rede do município de origem sobre o caso de Liz e a família, fortalecendo o apoio territorial e ampliando os agentes de suporte necessário para a longitudinalidade do tratamento.

Em casos de pessoas com TEA e de suas famílias, trata-se de reconhecer o lugar social reservado a elas, as relações com os vizinhos, a escola, outras instituições que frequenta, e as estratégias que estão sendo utilizadas para a inserção na comunidade (Brasil, 2015).

A realização do trabalho intersetorial em casos de indivíduos com o diagnóstico de TEA, consiste em estratégias que se caracterizam como parcerias de suma importância para efetiva participação social e garantia dos direitos desta população, incluindo também suas famílias (Fernandes; Santos; Morato, 2018).

O acompanhamento de Liz no período de hospitalização suscitou diversas discussões tanto no campo da saúde mental quanto no próprio núcleo da Terapia Ocupacional.

Inicialmente é necessário organizar o processo de Terapia Ocupacional, de acordo com a American Occupational Therapy Association (Aota, 2015), muitas profissões utilizam um processo semelhante de avaliação, intervenção e análise dos resultados da intervenção, porém apenas os terapeutas ocupacionais focam no uso de ocupações para promover a saúde, o bem-estar, e a participação na vida.

Durante o processo de hospitalização foi utilizado como referência o quadro presente na AOTA que descreve sobre o processo de Terapia Ocupacional, inicialmente partindo da avaliação que inclui o perfil ocupacional e a análise do desempenho ocupacional, realizado através dos atendimentos com os familiares e APAE, pude conhecer sobre a rotina de Liz em contexto externo ao hospital, incluindo sua história ocupacional, as atividades que desempenhava no cotidiano, além de mapear a rede de suporte da usuária.

No quesito de análise do desempenho ocupacional, que contempla a realização da ocupação em interação com o cliente, contexto e o ambiente, para identificar barreiras e suportes às habilidades de desempenho do usuária (Aota, 2015), foi observado em contexto de internação como Liz executava cada atividade, qual desempenhava com mais facilidade, qual era necessário suporte e além disso qual seria o tipo de auxílio.

Em algumas atividades era possível avaliar o desempenho da usuária, como por exemplo no momento da alimentação, na interação com os familiares durante as visitas, pois eram atividades que ela fazia em ambiente comum na enfermaria. Já

em outras atividades, como por exemplo rotina de sono, autocuidado e banho, não era possível avaliar Liz no momento de desempenho devido ao horário de trabalho por isso todos os dias discutia com os enfermeiros e técnicos acerca destes aspectos, incluindo percepções que os mesmos tinham sobre Liz enquanto ela desempenha tais atividades. Os profissionais informam que durante o banho ela precisa de comandos verbais para lavar o corpo.

A partir da avaliação realizada traçava a intervenção contemplando para além da rotina na internação, o contexto extra hospitalar, constantemente transitava nestes dois contextos. Durante a internação discutia sobre a necessidade de manter uma rotina no cotidiano de Liz, mantendo os horários de banho, exames e consultas, segundo a literatura, a rotina é um ponto abordado pelos profissionais que atuam junto a essa população, pois as mudanças que ocorrem no dia a dia apresentam grande potencial para produzir sofrimento aos indivíduos com TEA (Brasil, 2015). Além disso, sempre reforçava para equipe a importância e necessidade de “colocar em palavras” todos os procedimentos que para Liz eram mais invasivos, como por exemplo tirar sangue, fazer eletrocardiograma, explicando o que estava acontecendo para a usuária.

Em contexto domiciliar discutia junto a APAE e também familiares sobre o retorno de Liz para casa, como diminuir os impactos da quebra de rotina vivenciada há três meses, como por exemplo manter os mesmos horários de banho e alimentação que eram vivenciados durante a internação, retornar para a APAE de forma gradual e manter a rotina já vivenciada antes da internação, incluindo atividades de sua preferência na rotina.

Os resultados eram observados dia a dia, documentava e analisa as anotações feitas no diário, além de dialogar com a equipe sobre as mudanças que percebiam no comportamento de Liz. Notava que quanto mais fixávamos rotinas e diminuimos os estímulos como por exemplo diversas tentativas de introduzir atividades para usuária como pintura, música, ela não apresentava comportamentos de agitação, observava que a cada tentativa de introdução de atividades que não eram comuns no cotidiano de Liz durante a internação, traziam para ela desorganização do comportamento, assim como ocorria durante os exames semanais que era submetida.

Os clientes trazem para o processo de terapia ocupacional seus conhecimentos oriundos de suas experiências de vida e as suas esperanças e sonhos para o futuro. Eles identificam e partilham as suas necessidades e prioridades. Profissionais de terapia ocupacional trazem o seu conhecimento sobre como o envolvimento em ocupação afeta a saúde, o bem-estar, e a participação; eles utilizam essas informações, juntamente com perspectivas teóricas e raciocínio clínico, para de forma crítica observar, analisar, descrever e interpretar o desempenho humano. Profissionais e os clientes, juntamente com os cuidadores, familiares, membros da comunidade e outras partes interessadas (conforme o caso), identificam e priorizam o foco do plano de intervenção (Aota, 2015, p. 13).

No processo de manejo do caso outras proposições da Terapia Ocupacional foram articuladas como o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

Segundo Benetton (1994), a construção do MTOOD é fundamentada na observação e investigação clínica.

A teoria da técnica consiste no processo de, a partir da observação e análise dos fenômenos clínicos, construir generalizações que possam oferecer explicações de ordem teórica e que sustentem um arcabouço teórico-metodológico que se volte novamente para a clínica. Nessa proposta, o núcleo central é a relação triádica, constituída por paciente, terapeuta ocupacional e atividades, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem (Benetton, 1994, p. 03).

A escolha do termo atividades no MTOOD está relacionada o uso da palavra na Terapia Ocupacional no Brasil (Lima; Pastore; Okuma, 2011), ao afastamento da palavra ocupação, que tem forte associação a trabalho e ociosidade (Benetton, 2008). As atividades no MTOOD, são o instrumento da Terapia Ocupacional e conceituadas como o terceiro termo da relação triádica, além disso sempre é usado “atividades” no plural, pois uma atividade sempre implica em diversas atividades, desde às mais subjetivas às mais concretas (Benetton, 1994).

Durante os atendimentos com Liz desempenhamos desde atividades mais concretas como por exemplo realizar às videochamadas para os pais e profissionais da APAE, que eram planejadas a seguir uma rotina como descrito anteriormente, até atividades mais subjetivas focalizadas no encontro e na vinculação, como por exemplo cumprimenta-lá todos os dias, esticar as mãos para saudá-la, ou até mesmo quando me sentava ao lado dela para conversarmos a nossa própria

maneira e dizer que a alta estava próxima, lembrá-la de toda a sua rotina que a esperava quando saísse do hospital.

O objetivo final da Terapia Ocupacional é a inserção social, isso determina definitivamente o seu caráter social, mesmo quando realizada em atendimentos individuais ou em uma instituição. O caráter social das atividades no MTOD propõe-se a construir e recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana (Benetton; Tedesco; Ferrari, 2003). São as atividades que instrumentalizam os indivíduos na criação de espaços de saúde para construções na vida cotidiana (Benetton, 1994).

De acordo com o MTOD, inicialmente é necessário conhecer o sujeito e seu cotidiano, nas suas atividades e relações, porém isso precisa expandir ao mero conhecimento de um diagnóstico ou conjunto de sintomas, é necessário saber o que o sujeito é e o que faz, mesmo que a única atividade ou participação desempenhada seja estar há mais de dez anos trancado em seu quarto (Benetton, 1994).

No setting também foi utilizado a técnica de trilhas associativas, que consiste na construção feita pelo terapeuta ocupacional de hipóteses formuladas através da observação e coleta de informações sobre gestos, ações, atitudes, imerso na relação triádica (Benetton, 1994).

Vale ressaltar que não há uma única abordagem, uma única forma de tratamento, uso exclusivo de medicação que possa contemplar toda a complexidade das pessoas com o transtorno do espectro autista. Recomenda-se a escolha de diversas abordagens, considerando sua efetividade e segurança, além de considerar a singularidade do indivíduo. A cartilha do Ministério da Saúde que aborda a linha de cuidado para pessoas com TEA traz como exemplo os diversos tipos de tratamento que podem ser utilizados, sendo Tratamento Clínico de Base Psicanalítica, Análise do Comportamento Aplicada (ABA), Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), Acompanhamento terapêutico, Aparelhos de alta tecnologia e o Tratamento medicamentoso (Brasil, 2015).

Durante o período de hospitalização de Liz a partir da imersão na discussão da temática do TEA, algumas problemáticas discutidas por profissionais que trabalham com esse público apareceram no presente caso. Uma das problemáticas

se refere ao aumento significativo no número de terapias para autistas, porém em uma lógica neoliberal que preza a aquisição de habilidades (Ricci *et al.*, 2023).

Nas últimas décadas o número de crianças autistas vem aumentando, porém há um hiato entre a presença do Estado na oferta de cuidados adequados para as crianças e adolescentes com TEA, que fez às instituições privadas e filantrópicas, utilizassem diferentes abordagens de cuidado, como por exemplo o ABA e TEACCH (Ricci *et al.*, 2023).

Segundo Cascio *et al.* (2019), nessa perspectiva a inclusão de crianças e adolescentes com TEA dependeria mais de habilidades individuais adquiridas a partir de terapias estruturadas do que de intervenções psicossociais desenvolvidas em espaços coletivos e territoriais. Essas terapias estruturadas de forma geral auxiliam na redução das sintomatologias que fogem dos comportamentos socialmente aceitos.

Faz-se necessário a reflexão acerca dos possíveis motivos que levam às intervenções de cunho normatizador serem amplamente ofertadas e procuradas por famílias e profissionais. Sendo que tais práticas de saúde centralizadas em padrões normativos encontram-se em consonância com os padrões ditados pelo próprio sistema capitalista e pelo pensamento neoliberal (Benevides, 2017).

Outro aspecto importante no que diz respeito a formulações teóricas diz respeito às pesquisas destinadas ao público com TEA. Observa-se que a maioria estão direcionadas para avaliações das intervenções no âmbito individual, com pouca ênfase em intervenções psicossociais. Além disso, há a necessidade de estudos voltados para o público adolescente e adultos (Saad; Bastos; Souza, 2020).

Por fim a partir das discussões propostas no presente trabalho, atrelado a aspectos teóricos e práticos, dentro do campo da saúde coletiva, mental, política e social, diversos aspectos dentro da formulação do cuidado ofertado para a população com Transtorno do Espectro Autista e sua família precisam ser utilizados, visto a complexidade e diversas camadas presentes, além de ir ao encontro com os pressupostos da reforma no modelo de tratamento para todos os indivíduos em saúde mental.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou através da narrativa do desenvolvimento dos atendimentos, caracterizar aspectos psicossociais presentes na condução do caso. Destacando peculiaridades inerentes às relações familiares, articulação dos serviços da rede de saúde, assistência social e também da instituição que a adolescente frequenta.

Para além dos aspectos biológicos e de questões duais como por exemplo se o caso da adolescente era elegível para uma internação em enfermaria de psiquiatria em hospital geral, discutiu-se através de aspectos teóricos e políticos como a inserção naquele espaço poderia ser reconfigurada, posicionando-se como dispositivo crucial para ampliação da rede de cuidados da usuária.

Ressalta-se que apesar de satisfatórios os resultados obtidos no que diz respeito a assistência prestada a usuária e seus familiares, ainda há um longo percurso a ser implementado, como por exemplo a criação de políticas públicas para essa população, a seguridade de que todos os seus direitos possam ser acessados de forma integral, considerando, de fato a complexidade e singularidade da adolescência.

Além disso, aprimorar as práticas já descritas pela literatura, compreendendo os diversos atravessamentos presentes na formulação de tratamentos e políticas, visto que algumas são pautadas em uma ideologia neoliberal de produtivismo e normatização dos padrões de comportamento, em que o sujeito deve ser polivalente, rápido e produtivo, deixando de lado a estimulação da autonomia e independência a partir de suas próprias potencialidades e dificuldades.

Por fim, ressalta-se a importância do profissional de Terapia Ocupacional como ator que viabiliza o processo de inclusão do sujeito e participação plena na vida cotidiana, também cabe reforçar a necessidade da ampliação de estudos e investigações inerentes ao núcleo da Terapia Ocupacional com essa população.

7. REFERÊNCIAS

AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo 3ªed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, P. 1-49, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/issue/view/7332/287>. Acesso em: 23 nov. 2023.

BAGAROLLO, M. F; PANHOCA, I. História de vida de adolescentes autistas: contribuições para a Fonoaudiologia e a Pediatria. **Revista Paulista De Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 100-107, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/8CVDcTQxy5GXKdkPxRJGjFz/?format=pdf&lang=pt>. Disponível em: 11 dez. 2023.

BENETTON, M.J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 1994.

BENETTON, M. J. Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu. **Revista Centro de Especialidade em Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 26-29, 2008.

BENETTON, M. J; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.067>. Acesso em: 27 out. 2023.

BENETTON, M. J; TEDESCO, S; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. **Revista Centro de Especialidade em Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 27-40, 2003. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/habitos-1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

BENEVIDES, P. S. Neoliberalismo, psicopolítica e capitalismo da transparência. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, P. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/gj7Yfj5YBfPZzGdbhfkvy8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BRASIL. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. 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. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transto_rno.pdf. Acesso em: 1 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27 out. 2023.

CASCIO, M. A; ANDRADA, B. C; BEZERRA JUNIOR, B. Reforma Psiquiátrica e serviços para o autismo na Itália e no Brasil. In: RIOS, C; FEIN, E e organizadores. Autismo em tradução: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens;. p. 77-118, 2019.

COUTO, M. C. V; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.) A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica. p. 61-72, 2004.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial , p. 13-44. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003.

FERNANDES, A. D. S. A; POLLI, L. M; MARTINEZ, L. B. A. Características psicomotoras de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) em atendimento terapêutico ocupacional. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Chile, v. 20, n. 2, p. 137-146, 2021. Disponível em: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/57404/69120>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FERNANDES, A. D. S. A; SANTOS, J .F; MORATO, G. G. A criança com transtorno do espectro autista (TEA): um estudo de caso da intervenção da Terapia Ocupacional a partir da teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 187-194, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/141694/150589>. Acesso em: 18 mai. 2023.

FOLHA, D. R. S. C.; ARAÚJO, E. V.; CARMO, J. A. Incorporar e adolecer: o pulsar de um corpo em metamorfose e suas repercussões ocupacionais. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 357-381, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/15411/pdf>. Acesso em: 06 ago. 2023.

GOLDSTEIN, A. O Autismo sob o olhar da Terapia Ocupacional. Minas Gerais, 2006.

LEAL, M. *et al.* Terapia nutricional em crianças com transtorno do espectro autista. Cadernos da Escola de Saúde, **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 13, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrazil.com.br/index.php/%20cadernossaude/article/view/2425>. Acesso em: 18 set. 2023.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14122/15940>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MAPURUNGA, B. A. *et al.* A atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação de pessoas com autismo. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26291/14781>. Acesso em: 03 dez. 2023.

MATSUKURA, T. S. Aplicabilidade da Terapia Ocupacional no tratamento do autismo infantil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, v. 6 n. 1, p. 25-47. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/309/254>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MATSUKURA, T. S. *et al.* Intervenção Domiciliar em Terapia Ocupacional no Autismo Infantil - Relato de uma experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, v. 4, n. 1 e 2, p. 11-15. 1993. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/56>. Acesso em: 3 ago. 2023.

MINATEL, M. M.; MATSUKURA, T. S. Familiares de crianças e adolescentes com autismo: percepções do contexto escolar. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 28, n. 52, p. 429-442, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/14708>. Acesso em: 20 out. 2023.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/dia_mundial_conscientizacao_autismo_abril_2022.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

MITRE, R. M. A; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CWNCmqSjFFzL4CfgTWQcFnK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2023.

MODAS, D. A. S; NUNES, E. M. G. T; CHAREPE, Z. B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-8. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/89926/51868>. Acesso em: 12 nov. 2015.

POSAR, A; VISCONTI, P. Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 343-350. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/hGVMgzMtDYtgtGKsC68M7dR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

REIS, A. O. A; DELFINI, P. S. S; DAMBI-BARBOSA, C; OLIVEIRA, M. F. A. P. B. (2010). Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. In LAURIDISEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. p. 186-210. São Paulo: Hucitec.

RICCI, T. E. *et al.* Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo.[s.l], [n.p], 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6634/12604>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SAAD, A. P. R; BASTOS, P. R. H. O. B; SOUZA, G. A. C. Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista: singularidades do desenvolvimento psicossocial. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 33 p. 2-24, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/41858/pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

SERBAI, F; PRIOTTO, E. M. T. P. Autismo na Adolescência uma revisão integrativa da literatura. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 37, [n.p], 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/SzvnLLvfB4Xf6wr8zh5rY7k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2023.

STEFFEN, B. F. *et al.* Diagnóstico precoce de autismo: uma revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, [S. l.], v. 2. p. 1-6, 2019. Disponível em:

<http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/91/89>. Acesso em: 15 nov. 2023.

TEIXEIRA, G. Manual do autismo. 1 ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2016.

VECHI, L. G. Serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 55-62, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13940/15758>. Acesso em: 1 abr. 2023.