

ATENDIMENTO DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM SERVIÇOS SECUNDÁRIOS DE SAÚDE

CARE FOR CHILDREN/ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN SECONDARY HEALTH SERVICES

Leiliane Teixeira Bento Fernandes^{I*}, Vanessa Medeiros da Nóbrega^{II}, Simone Helena dos Santos Oliveira^{III}, Neusa Collet^{IV}

Resumo. Os fluxos de atendimento são essenciais para serviços de saúde, especialmente para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. Objetivou-se analisar as estratégias para organizar o fluxo de atendimentos em serviços secundários de saúde para crianças e adolescentes com autismo, na ótica da gestão do cuidado. Estudo exploratório qualitativo realizado entre março de 2020 e setembro de 2022, envolvendo quatro unidades secundárias de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados incluiu análise do ambiente físico e dos processos operacionais, por meio de visitas técnicas e diário de campo. A pesquisa, aprovada pelo comitê de ética (parecer n. 5.615.537), utilizou a Análise Temática Indutiva. Foram realizadas 14 visitas, com a participação de 11 profissionais de três Centros Especializados em Reabilitação, uma instituição especializada em autismo e a Secretaria Municipal de Saúde. O diário de campo totalizou 22 páginas. As instituições contavam com equipes multiprofissionais, e três ofereciam triagem, diagnóstico e reabilitação, enquanto uma apenas reabilitação. Muitas crianças e adolescentes com TEA eram cadastrados em múltiplos serviços para aumentar a frequência das terapias ou suprir lacunas, limitando a inclusão de novos usuários. O atendimento por demanda espontânea facilitava o acesso, mas o fluxo variava conforme o serviço com alguns realizando escuta inicial para reduzir filas. Mesmo assim, a quantidade de vagas era insuficiente. Crianças e adolescentes passam por testes clínicos de observação comportamental, por não haver exames específicos para autismo. Para o diagnóstico alguns serviços aceitavam laudos externos, enquanto outros avaliavam e podiam rejeitá-los. Conclui-se que melhorar a organização dos serviços de atendimento a pessoas com autismo é essencial para otimizar o fluxo e a prestação dos serviços. A limitação de vagas frente à alta demanda resulta em uma busca difícil e solitária para as famílias.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Transtorno do Espectro Autista.

Abstract. Flows of care are essential for health services, especially for individuals with Autism Spectrum Disorder. This study aimed to analyze strategies for organizing service flows in secondary health care settings for children and adolescents with autism, focusing on care management. A qualitative exploratory study was conducted between March 2020 and September 2022 in four secondary health units and the Municipal Health Department. Data collection involved analyzing physical environments and operational processes through technical visits and a field diary. Approved by the ethics committee (approval no. 5.615.537), the study employed Inductive Thematic Analysis. A total of 14 visits were conducted, engaging 11 professionals from three Specialized Rehabilitation Centers, one autism-specific institution, and the Municipal Health Department. The field diary comprised 22 pages. Institutions had multidisciplinary teams; three provided screening, diagnosis, and rehabilitation services, while one focused solely on rehabilitation. Many children and adolescents with ASD were registered in multiple services to increase therapy frequency or address gaps, limiting the inclusion of new users. Walk-in services facilitated access but varied in structure, with some services using initial consultations to manage waitlists. Nonetheless, the number of available slots was insufficient. Clinical observation and behavioral assessments were used for diagnosis, as no specific tests for autism exist. While some services accepted external diagnostic reports, others re-evaluated and occasionally rejected them. The study concluded that improving the organization of autism care services is vital to optimizing service flow and delivery. Limited availability of slots amid high demand creates a challenging and isolating experience for families seeking support.

Keywords: Child; Adolescent; Autism Spectrum Disorder.

^{I*}Enfermeira, Doutora em Enfermagem.
E-mail: leilianeufpb@gmail.com
CEP: 58038-220, João Pessoa, PB, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2643-5638>.

^{II}Enfermeira, Doutora em Enfermagem.
CEP: 58038-220, João Pessoa, PB, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2596-8259>.

^{III}Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Registro, Promoção e Assistência em Saúde
CEP 58045-110, João Pessoa, PB, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9556-1403>.

^{IV}Enfermeira, Doutora em Enfermagem. E-mail: neucollet@gmail.com
Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva,
CEP 58102-337, Cabedelo-PB, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4795-0279>.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação, interação social e comportamentos repetitivos¹. Sua prevalência tem aumentado nas últimas décadas, com estimativas de que existe 1 em cada 100 crianças no mundo². No Brasil, dados antigos estimavam 25 casos de TEA a cada 10.000 nascidos vivos, mas são questionados pela falta de fontes abrangentes³.

O TEA causa déficits nas funções intelectuais e de linguagem, variáveis entre os indivíduos, e afeta diversas áreas da vida pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional. Assim, alguns indivíduos são independentes, porém outros podem exigir cuidados para atividades de vida diária por toda a vida. A condição pode ser detectada nos primeiros anos de vida. Entretanto, em alguns casos, os sinais tornam-se mais perceptíveis com o avanço da idade e a maior necessidade de inserção social¹.

Pessoas com TEA precisam de atenção intersetorial devido à complexidade de suas demandas e à singularidade cotidiana de cada família⁴. Isso requer uma rede integrada de serviços que vão desde cuidados com a promoção da saúde, até reabilitação, incluindo conexão intersetorial com serviços educativos e sociais. A gestão desse cuidado é um desafio para usuários e familiares, sendo importante que os profissionais de saúde investiguem ações de aperfeiçoamento desse autogerenciamento do cuidado na infância e na adolescência⁵.

Cuidar de crianças com necessidades mais severas é desafiador, principalmente, em locais com acesso limitado a serviços de saúde e apoio⁴. Nem sempre os profissionais estão capacitados para fazer esse seguimento e nem os serviços organizados de forma a garantir a coordenação do cuidado e fluxos que orientem o itinerário terapêutico⁶. Somado a isso, a falta de informação profissional e de apoio social geram sentimentos de angústia, desespero, frustração e conformismo nos familiares. Portanto, é essencial a gestão do cuidado para construção de linhas de cuidado que garantam a integralidade, por meio da articulação entre os profissionais e unidades de saúde com diferentes papéis e aportes tecnológicos, para a formulação de planos terapêuticos.

A gestão do cuidado proposta por Cecílio⁷ contempla seis dimensões que se sobrepõem do micro ao macroambiente, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Esse autor considera que o processo do cuidar inicia com cada pessoa e vai ganhando mais força à medida que são adicionados novos elementos, como o apoio dos seus entes, dos profissionais capacitados a gerir suas demandas biopsicossociais, da organização dos serviços, a ordenação a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, por fim, tudo que rege a sociedade, como Estado, políticas públicas, noções de cidadania, cultura, entre outros.

Embora a atenção a esses indivíduos possa ser realizada em qualquer ponto da RAS, destaca-se a função da Atenção Primária à Saúde (APS) em identificar precocemente, manejar os casos e acompanhar integralmente no território; da assistência especializada, em nível secundário, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) em promover a inserção social do usuário⁸; e os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os quais realizam triagem, diagnóstico, reabilitação especializada e, oferta e gerenciamento de tecnologia assistiva⁹.

Na Paraíba, o número de instituições públicas que oferecem atendimento a esse perfil de crianças e adolescentes é limitado, e as famílias continuam recorrendo a associações, Organizações não Governamentais (ONGs) e serviços privados de saúde. Desse modo, os familiares e as próprias crianças e adolescentes com o TEA necessitam de apoio no aperfeiçoamento do autogerenciamento do cuidado, fazendo-se necessária uma organização padronizada que defina como devem ocorrer esses atendimentos na RAS para evitar a sobrecarga da própria rede.

A partir dessa problemática, questionou-se: Quais práticas de cuidados têm orientado ou podem orientar o fluxo de atendimento em saúde para crianças e adolescentes com TEA nos serviços de atenção secundária? Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as estratégias para organizar o fluxo de atendimentos em serviços secundários de saúde para crianças e adolescentes com autismo, na ótica da gestão do cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa. Apresenta-se a fase 1 de um estudo metodológico, originalmente realizado em quatro fases, e guiado pelo modelo *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II). A referida fase buscou garantir o atendimento ao Domínio 2 do AGREE II, "Envolvimento das partes interessadas"¹⁰, e aos critérios do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹¹.

A pesquisa de campo foi realizada em João Pessoa, Paraíba, em três Centros Especializados em Reabilitação (CER) (sendo dois CER II e um CER IV) e um centro de atendimento específico para pessoas com TEA, dois deles são públicos e dois são instituições filantrópicas mantidas por incentivo governamental. Um dos CER é referência para todo o Estado. Dos quatro serviços, um atende usuários apenas até os 18 anos e os demais não têm limite de idade de atendimento. Todos possuem equipe multiprofissional: três oferecem serviços de triagem, diagnóstico e reabilitação e um, apenas reabilitação. Além disso, aceitaram participar as áreas técnicas prioritárias de atenção à saúde da criança e do adolescente e de atenção à pessoa com deficiência¹².

Foram realizadas visitas técnicas com a finalidade de apreender informações sobre seu funcionamento, explorar o campo, apresentar a pesquisa e solicitar visita às sedes dos serviços e diálogo com o gestor no período. Foi realizada a observação não participante e utilizado diário de campo (DC) para o registro das informações tanto descritivas quanto reflexivas¹³.

A coleta dos dados ocorreu entre março de 2020 e setembro de 2022 e foi realizada por uma única pesquisadora, enfermeira, docente de uma instituição pública de ensino superior e discente de doutorado, experiente em técnicas de coleta e de análise de dados qualitativos. O grande espaço temporal entre as visitas deu-se, principalmente, por fatores externos, especialmente, pelas exigências de distanciamento social impostas pela pandemia ocasionada pelo *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Todas as instituições receberam mais de uma visita presencial, totalizando 14 visitas técnicas, as quais ocorreram em duas etapas: na primeira, houve apresentação dos objetivos e razões para o desenvolvimento da pesquisa, além da coleta da anuência dos setores e na segunda, buscou-se conhecer todo o espaço físico e o "*modus operandi*" dos locais. Todas as visitas ocorreram nos respectivos serviços de atuação dos profissionais. A duração das visitas variou entre uma e duas horas e trinta minutos, sempre mediante agendamento prévio com os envolvidos.

Nesta fase, optou-se por incluir apenas os gestores/coordenadores/responsáveis técnicos dos serviços para melhor compreender o atendimento a crianças e adolescentes com TEA. Foram excluídos os que se encontravam em licença ou em afastamento por tempo indeterminado durante o período de coleta de dados. Adotou-se o critério de suficiência para finalização da coleta de dados, ou seja, quando julgou-se que o material coletado permitiu traçar um quadro compreensivo do objeto em estudo¹⁴.

Para interpretação dos dados, utilizou-se a Análise Temática Indutiva (ATI) em que o processo não depende de uma codificação pré-existente ou de pré-concepções do pesquisador¹⁵, à luz do macroconceito de gestão do cuidado⁷. A ATI visa identificar temas padrão nos dados por meio de seis fases interrelacionadas e não sequenciais. A primeira é a familiarização com os dados, em que os pesquisadores organizam e se impregnam do material empírico. A segunda envolve a geração de códigos iniciais para identificar elementos básicos e agrupá-los em categorias significativas. Na terceira, busca-se temas ao agrupar códigos em subtemas ou temas abrangentes, criando o primeiro mapa temático. Na quarta fase revisa-se e refina-se os temas em dois níveis: análise dos dados codificados e validação de todo o banco de dados. Na quinta, ocorre a definição e nomeação dos temas, organizando-os de forma consistente e coerente. Por fim, a sexta fase é a produção do relatório final, apresentando uma análise lógica e concisa, possivelmente complementada por ilustrações visuais dos resultados.¹⁵

Dois analistas experientes na ATI realizaram a codificação por meio de comunicação dialógica, o que gera a denominada confiabilidade interavaliadores. Quando necessário, os participantes foram contatados por via telefônica para a validação de extratos que geraram dúvidas à pesquisadora, para comentários e correções.

O estudo foi conduzido conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁶, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o parecer nº 5.615.537. Os trechos retirados do DC foram identificados com P de "participante", seguido pela ordem de preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a saber P1... P11. Os serviços foram identificados como A, B, C, D e E.

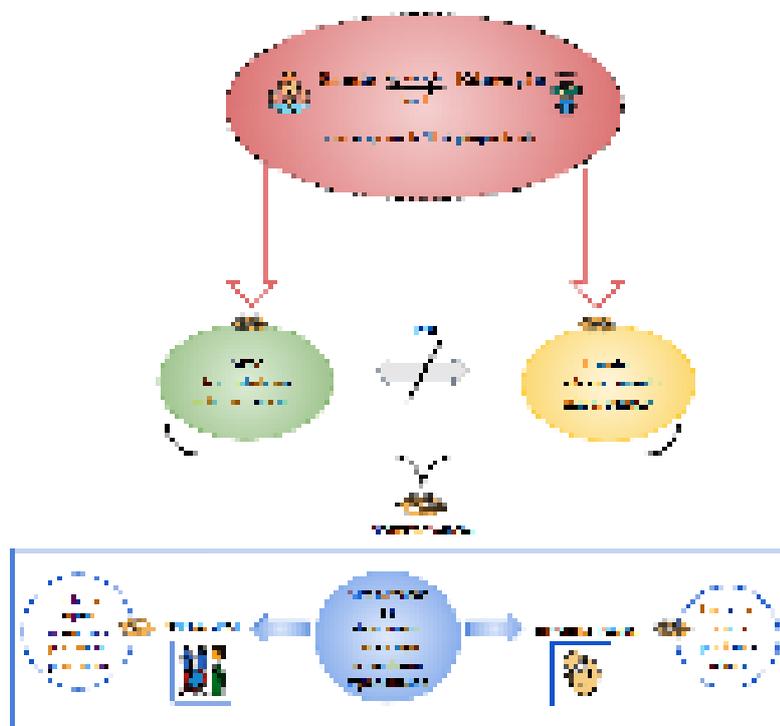
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes revelou um grupo diversificado em termos de profissão, tempo de formação e funções exercidas. Entre os 11 participantes, dez eram do sexo feminino, com idades variando de 25 a 59 anos; seis eram psicólogos, duas assistentes sociais, duas enfermeiras e uma gestora em recursos humanos.

A maioria apresentava mais de dois anos de experiência, destacando-se quatro profissionais com mais de 11 anos; nove possuíam especialização, duas mestrado, uma residência e uma curso técnico na área. Quanto à função atual, sete participantes atuavam como coordenadores e dois como gestores de área técnica, sendo a maioria vinculada a serviços de nível secundário, com exceção de dois ligados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O tempo de atuação nos serviços variou, com maior concentração em períodos de até dois anos.

Evidenciou-se fragilidade na articulação das ações assistenciais de saúde com os dispositivos de educação, bem como entre os diferentes níveis de serviços de saúde da RAS (Figura 1). A partir dos resultados, foram gerados dois temas: "Estruturação da RAS na atenção a crianças/adolescentes com TEA" e "Aspectos organizacionais dos atendimentos a crianças e adolescentes com TEA nos serviços de atenção secundária".

FIGURA 1 - Síntese do diagnóstico situacional em serviços secundários de saúde.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tema 1 - Estruturação da RAS na atenção a crianças/adolescentes com TEA

Subtema 1 - Estruturação da RAS e os nós críticos nas linhas de cuidado específicas

A RAS organiza-se com base em diferentes lugares institucionais, denominados de pontos de atenção à saúde, que devem oferecer atendimento e se comunicar entre si.⁵ No município em estudo, no que compete à dimensão sistêmica de assistência a crianças e adolescentes, a rede organiza-se da seguinte maneira:

A Rede de Atenção à Saúde da criança/adolescente no município é composta por 253 equipes de saúde da família, alocadas em 93 prédios; cinco policlínicas, quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), um hospital pediátrico municipal e um hospital estadual (P1; P4, Serviço E).

A rede de atenção foi pensada de modo a ter serviços para acolher os indivíduos com TEA e suas especificidades de saúde:

Sendo detectada a real necessidade, o indivíduo que procura o serviço é triado para um dos tipos de deficiência abarcados. Após isso, é encaminhado ao setor de diagnóstico (P8, Serviço A).

Após diagnóstico, se a criança/adolescente possuir TEA e algum transtorno mental, se este se sobressair ao TEA, o usuário é atendido no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e não no CER (P1; P4, Serviço E).

Há anos as dimensões societária e sistêmica da gestão do cuidado do TEA estão desarticuladas no Brasil. Há aqueles que defendem que esses indivíduos deveriam ser acolhidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e outros que deveriam ser demandados pelos centros de reabilitação.¹⁷⁻¹⁸ No CAPS o autismo se inseriu no campo da saúde mental, porém, hoje, é o campo da reabilitação que mais tem abarcado essa população.¹⁷ Pesquisa, realizada no interior de São Paulo, afirmou que há intensas discussões sobre o CAPSi ser considerado lugar de cuidado a essa população, sendo que, no período estudado, aproximadamente 30% dos usuários eram crianças/adolescentes com TEA. Entretanto, a complexidade de demandas do TEA não conseguia ser suprida pelos recursos disponíveis e era difícil a articulação com outros pontos da rede.¹⁸

Segundo a nova linha de cuidado específica para essa população: "as crianças/adolescentes devem permanecer em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde durante todo o tratamento no CAPSi/CAPS e Atenção Especializada, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo".⁵

Na dimensão sistêmica, a rede gratuita de serviços de atenção às crianças e adolescentes com TEA no município estudado é dividida entre instituições públicas e filantrópicas. Destas, as Organizações não Governamentais (ONG) contribuem significativamente para o cuidado dessa população. Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul corrobora esse achado, afirmando que as instituições filantrópicas têm sido protagonistas na formulação de políticas públicas para indivíduos com TEA.¹⁹

O serviço funciona por meio de filantropia há 78 anos na área de deficiência visual, sendo administrado por uma ONG. Em 2020, foi habilitado como CER II, após a inclusão da área de deficiência intelectual e a partir daí passou a atender casos de TEA (P11, Serviço C).

O serviço não é considerado um CER, e sim, um centro de atendimento especializado a pessoas com TEA, regido por uma ONG (P6; P7, Serviço D).

Quanto à estrutura física dos serviços secundários de reabilitação, a maioria é sediada em prédios construídos especificamente para esse atendimento e um deles foi improvisado, em uma estrutura de várias casas acopladas, para atender às demandas de atendimento.

O serviço é dividido em três setores principais que atendem a usuários com TEA: 1. triagem e inserção no mercado de trabalho, 2. diagnóstico e 3. reabilitação. Ele oferece uma infraestrutura ampla, incluindo salas de espera, piscina olímpica, piscina aquecida e ginásio poliesportivo. No setor 1 há pátio de espera, recepção, diversas salas de atendimento, coordenação, e espaços para oficinas e cursos. O setor 2 possui uma sala de espera, sala de acolhimento e oito salas de atendimento. O setor 3 dispõe de salas de organização sensorial, habilidades diárias, cognitivas, comunicativas, artísticas e sociais, e espaços para psicoterapia lúdica, musicoterapia e apoio às famílias (P3, P5, P8, P9, Serviço A).

O local é alugado e estruturado por meio da junção de três domicílios. Contém uma piscina, um parque de atividades, uma brinquedoteca, três salas de psicologia, uma sala de terapia ocupacional, uma sala de educação física adaptada, uma sala de arteterapia, uma de psicopedagogia, uma de música, duas de fonoaudiologia, uma de médico, uma de fisioterapia, uma de serviço social, uma sala de atividades de vida diária em construção e uma sala de coordenação (P2, Serviço B).

O serviço dispõe de piscina semiolímpica, quadra poliesportiva, academia, sala de espera, três salas de diagnóstico (psicologia, fonoaudiologia e neurologia-psiquiatria), 10 salas de atendimentos individuais de reabilitação, e uma sala de atividades de vida diária (P10, Serviço C).

O serviço tem ambiente de espera, salas de atendimento individual, de organização sensorial, de projetos, de artes, de acolhimento às famílias, planejamento da equipe, adaptação de material e evolução, refeitório, sala de convivência, salas administrativas, e salas de atividades grupais como: atividade de vida diária, habilidades motoras, regulação sensorial, psicoterapia, habilidades comunicativas e comportamentais e fonoterapia (P6, Serviço D).

A expectativa dos profissionais é de que os casos recebidos nos centros especializados em reabilitação sejam encaminhados pelo nível primário ou pela comunidade escolar, quando se entende que o usuário necessita de atendimento de média complexidade. A gestão do cuidado, na prática assistencial de profissionais que atendem a criança/adolescente em situação de cronicidade, necessita de uma rede articulada, para que não haja fragmentação das ações.²⁰ Contudo, diante do grande número de casos não referenciados, os usuários também são acolhidos por demanda espontânea:

O usuário entra em contato via telefônica com o setor de triagem e é realizado o seu agendamento. Caso não possua telefone, o agendamento é presencial. Não é obrigatório um encaminhamento, porém, em casos de crianças em idade escolar ou que frequentem creches, solicita-se a apresentação de um relatório da instituição educacional. Caso os pais não possuam relatório dos filhos é solicitado que realizem uma visita à atenção básica para fortalecer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Encaminhamentos errôneos da escola de crianças com dificuldade de aprendizagem aumentam a lista de espera e o tempo para o diagnóstico do TEA. Há a necessidade de fortalecer o conhecimento dos profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) para evitá-los (P3; P8, Serviço A).

Entende-se que o professor deve ter uma base formativa inicial e continuada para a identificação precoce de sinais do TEA. O contato, a nível escolar, contínuo permite a observação mais acurada, o que pode contribuir na agilidade em contactar a APS sobre uma criança ou adolescente com desenvolvimento atípico e, assim, haver estimulação precoce e intervenção sobre comportamentos disruptivos ou que dificultem a aprendizagem^{5,17}. O papel dos educadores, no rastreamento de sinais de TEA é pouco evidenciado, principalmente, em relação aos fluxos efetivos que entrelaçam os profissionais da saúde com os da educação.²¹

Em geral, há nós críticos no processo de encaminhamentos, muitas vezes, por falta de conhecimento de setores primários sobre o TEA, como escola e APS, trazendo implicações negativas, principalmente, quando os profissionais que atuam na puericultura não detêm um olhar atento ao desenvolvimento atípico infantil, fazendo-se urgente a educação permanente em saúde. Estudo demonstrou a inexistência de um protocolo orientador do acompanhamento e da avaliação do desenvolvimento infantil, o que foi visto pelos profissionais da APS como um dificultador de uma avaliação mais adequada.²²

Subtema 2 - Atenção secundária na RAS: em busca de estratégias para organizar o fluxo de atendimentos e minimizar a sobrecarga do serviço

O fluxo de atendimento ao usuário segue processo interno diferente em cada um dos serviços, dependendo da descentralização dos seus setores e da quantidade de profissionais disponíveis para atender às demandas. Há serviço que possui uma etapa de escuta inicial antes da triagem, como forma de minimizar as filas de espera:

O usuário realiza o agendamento por telefone, após isso passa pela equipe de escuta qualificada, com dois profissionais, de psicopedagogia e administrativa, e se houver dúvida em relação à triagem, repassam a demanda à coordenação (P8, Serviço A).

A escuta qualificada de famílias que possuem crianças com ou sem laudo estabelecido é inicialmente realizada pelo assistente social junto ao psicólogo para ouvir e avaliar as reais necessidades de triagem pelo serviço. (P10, Serviço C).

A escuta inicial é realizada pelos serviços que possuem descentralização dos setores e atendem duas ou mais deficiências, fazendo com que sejam direcionados de forma efetiva para as respectivas coordenadorias. Após isso, o fluxo segue até a triagem.

A triagem é realizada apenas uma vez ao mês (P2, Serviço B).

Realiza-se a triagem e emite-se um laudo para ser encaminhado ao setor de diagnóstico, do serviço A ou de outro CER. Nesse contexto, é utilizado um roteiro específico para orientar os profissionais que realizam a triagem, o qual está em processo de aprimoramento. No que diz respeito à deficiência intelectual (DI), há um roteiro unificado e inespecífico para suspeição de DI ou TEA. Desde o agendamento até a triagem, o processo dura em torno de dois meses (P8; P9 Serviço A).

O fluxo de atendimento inicial do usuário perpassa os seguintes caminhos:

O fluxo da criança é: triagem, equipe de diagnóstico e lista de espera no setor de reabilitação (P5, Serviço A).

Após a escuta qualificada o usuário é encaminhado para fonoaudiólogo do serviço, o qual avalia a criança e, caso a triagem seja positiva, esta é encaminhada para a equipe de diagnóstico formada pelo psiquiatra infantil, neuropediatra e enfermeiro essa são agendados para o mesmo dia (P10, Serviço C).

Ao chegar à equipe ou ao setor de diagnóstico, a criança/adolescente é submetida a testes clínicos de observação comportamental, ainda não existe um exame específico para a detecção do TEA. O processo diagnóstico tem regras específicas em cada serviço, pois há os que não diagnosticam e recebem laudos de outras instituições e há os que emitem laudos e têm critérios para aceite ou não de laudos externos, por não os considerarem coesos.

O diagnóstico é realizado pelo serviço social, psicólogo e psiquiatra infantil ou neuropediatra. Caso já tenha laudo, realiza-se a triagem com o médico pediatra, seguido pelo atendimento do serviço social e do psicólogo para ter acesso aos serviços de reabilitação. Os instrumentos utilizados são Avaliação de Traços Autistas (ATA) e *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (MCHAT) (P2, Serviço B).

Não são aceitos laudos de outros serviços (P3; P9, Serviço A).

Não se realiza diagnóstico e só é possível o acesso mediante encaminhamento do CER IV estadual. Porém, o profissional de reabilitação do serviço tem autonomia para realizar laudo específico de sua área, caso não concorde com o laudo médico, e solicitar reavaliação médica (P6; P7, Serviço D).

Para descartar outros diagnósticos, o usuário é encaminhado primeiramente a um setor de atendimento a pessoas com deficiência auditiva, no qual é avaliado por otorrinolaringologista e psicólogo ou fonoaudiólogo. O diagnóstico é baseado na Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), pois o Ministério da Saúde ainda não liberou a tradução para o português da CID-11. No setor de diagnóstico é realizado o atendimento com o psicólogo e neurologista para o diagnóstico. Se houver divergência, é incluído um terceiro avaliador. Os instrumentos utilizados são *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e MCHAT (P3; P8, Serviço A).

Os laudos externos não são aceitos, devido a possíveis influências na emissão de diagnósticos, visando o acesso a terapias, benefícios assistenciais e isenções legais para pessoas com o transtorno (P8, Serviço A, P11, Serviço C).

Estudos concluíram que o M-CHAT e o CARS são instrumentos práticos e de baixo custo para os serviços²³⁻²⁴, porém, eles fornecem apenas indicativos de risco para TEA, não sendo considerados ferramentas de diagnóstico.²⁴ Não há uma técnica de diagnóstico universal, cada país utiliza a(s) ferramenta(s) que mais se adequem(m) a sua realidade. No Reino Unido e nos Estados Unidos, é comum a utilização da CID ou do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e os profissionais envolvidos no processo são um pediatra do desenvolvimento, um psicólogo ou um psiquiatra. Em países árabes, costuma-se usar o *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) ou *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), com o auxílio do DSM.²³

Ferramentas como o ADOS e o ADI-R têm grande potencial de utilização na identificação dos perfis heterogêneos dentro do espectro e são consideradas padrão-ouro. Entretanto, seu uso não é uma garantia de precisão diagnóstica, visto que sua acurácia depende do treinamento das pessoas que os aplicam. Ademais, há evidências que sugerem que alguns médicos podem se inclinar para a rotulação de diagnóstico de TEA, porque isso facilita o acesso a alguns serviços que, de outra forma, seriam limitados.²

Dois serviços foram inaugurados no período da pandemia da COVID-19 e outro passou a laudar apenas em 2022. Assim, recai sobre o serviço de referência estadual a maior demanda.

Há indicação de usuários provenientes de outras cidades a procurarem um CER mais próximo a sua residência, para desafogar a lotação do centro de referência do estado. A lista de espera é por faixa etária. Crianças para estimulação precoce deveriam ter atendimento imediato, contudo, não está ocorrendo na prática (P6; P9, Serviço A).

Ao entrar na lista de espera do serviço A, a criança/adolescente é cadastrada na rede Crescer e, sendo identificado que tal serviço não suportará a demanda, esse é encaminhado ao serviço D (P6, Serviço D).

O serviço foi implantado em dezembro de 2005, porém o diagnóstico de TEA só iniciou em julho de 2022 (P2, Serviço B).

A fragilidade na quantidade de vagas ofertadas pelos serviços em relação à grande demanda de atendimentos é um nó que exige mudanças nas dimensões societária e sistêmica. Isso implica em uma busca exaustiva e solitária das famílias em suprir suas necessidades em diferentes serviços de saúde.²⁰

Busca sensibilizar para que o usuário fique em um único serviço, pois muitos se cadastram em mais de um para aumentar a frequência de terapias semanal ou suprir as que algum deles não oferece, porém é retirada a chance de uma outra pessoa que está sem terapia alguma sair da lista de espera (P6, Serviço A; P10, Serviço C).

Somado a isso, há um volume cada vez maior de crianças na primeira infância suspeitas dessa condição aumentando as filas de espera. Na dimensão organizacional, as equipes precisam suprir a demanda e fazer cumprir as responsabilidades societárias das políticas públicas, como a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e os direitos legais assegurados a esses indivíduos.²⁵

O número de crianças que chegam ao serviço com suspeita de TEA aumentou após o período de distanciamento social e o aumento do uso de telas ocasionado pela pandemia de COVID-19 (P8, Serviço A; P2, Serviço B; P11, Serviço C).

A pandemia de COVID-19 interferiu nos padrões de interação e de comunicação social em todo o mundo, resultando no aumento do uso de dispositivos eletrônicos durante a infância. Evidências indicaram o aumento do uso de telas relacionado a maiores taxas de sintomas psicológicos em crianças e adolescentes, quando comparados ao período pré-pandêmico, como hiperatividade/desatenção, principalmente, em crianças pequenas.²⁶

Compreender como se organizam os serviços de atendimento a pessoas com TEA é fundamental para que se possa melhorar o fluxo de atendimento, otimizando a prestação de serviços. Além disso contribui, também, para orientar tecnologias de modos de conduta para as dimensões sistêmica e organizacional, e políticas públicas, na dimensão societária. Os serviços de atenção secundária vão implementando fluxos singulares de atendimento de acordo com suas demandas e condições de trabalho.

Tema 2 - Aspectos organizacionais dos atendimentos às crianças e adolescentes com TEA nos serviços de atenção secundária

Subtema 1 - Operacionalizando o atendimento a indivíduos com TEA nos serviços secundários

Diante da grande demanda de atendimentos, os serviços necessitam estabelecer regras e normas para sua operacionalização, o que contribui nas dimensões organizacional, familiar e individual. Cada ponto da rede possui suas especificidades em relação ao seu funcionamento:

Terça, no anexo é o dia do atendimento infantil com consulta compartilhada entre a psicologia e a fonoaudiologia, em uma sessão de 45 minutos, uma vez por semana. No anexo, não se lauda, apenas na sede, na qual há a primeira escuta com a assistente social e havendo necessidade é encaminhado ao psiquiatra (P10, Serviço B).

Todo CER deve fazer diagnóstico e reabilitação. A lista de espera é coordenada pelo setor de reabilitação. Ao surgir vaga, o serviço social entra em contato e o atendimento pode ser individual ou em dupla. O setor de reabilitação também é responsável pela reabilitação, apoio às famílias e gestão dos casos de crianças com TEA (P5; P9, Serviço A).

Em decorrência do crescimento dessa população, os serviços estabeleceram grupos prioritários para facilitar o acesso das pessoas com necessidade de maior agilidade na atenção:

Os grupos prioritários de acesso aos serviços secundários são os usuários: com parente de primeiro grau com TEA ou deficiência intelectual; com extrema vulnerabilidade social; que residam em municípios que não oferecem serviços de reabilitação; com alto grau de severidade, com crises sensoriais frequentes e de difícil controle, comportamentos autolesivos e disruptivos; e menores de três anos para intervenção precoce (P5; P9, Serviço A).

Estabelecer grupos prioritários é fundamental, pois há situações em que a intervenção rápida é essencial para o desfecho dos casos. A exemplo disso, sabe-se que o diagnóstico e a estimulação precoce, em menores de três anos, melhora o prognóstico geral,²⁷ e ainda que é sete vezes maior o risco de TEA em crianças que já possuem irmãos mais velhos diagnosticados com o transtorno.²⁸

Com o aumento das demandas de atendimento, o serviço fica sobrecarregado e há necessidade de buscar parcerias com profissionais de outras áreas para supri-las:

O serviço é um CER II, funcionando em dois locais distintos, na sede são atendidas as demandas intelectuais e no anexo as demandas motoras/físicas. Caso o psicólogo da sede esteja muito sobrecarregado de atendimentos, o usuário pode ser atendido por um profissional de psicologia do anexo (P11, Serviço C).

Para melhor organizar o funcionamento dos serviços, foram criados critérios para admissão, alta e desligamento. Para admissão na reabilitação, os critérios estão voltados para as dificuldades apresentadas pelo indivíduo com TEA, de acordo com a faixa etária:

São admitidas para intervenção precoce crianças de até três anos de idade com TEA e com qualquer nível de suporte apresentando dificuldades pré-existentes na comunicação social (verbal ou não verbal), interação social e comportamentos/interesses/atividades restritas e repetitivas. Crianças de quatro a oito anos com TEA e qualquer nível de suporte são admitidas se não apresentarem linguagem funcional (oral ou alternativa) e apresentarem comportamentos disruptivos (P5, Serviço A).

Os critérios de alta podem ser por aquisição das habilidades na terapia, por faltas no atendimento, a pedido do usuário ou por mudança no seu perfil, que não se adequa às regras da instituição. Quando relacionados às terapias:

São critérios de alta da estimulação precoce: aquisição de habilidades de engajamento, imitação e comunicação funcional (oral ou alternativa) e controle dos comportamentos disfuncionais. São critérios de alta para crianças de quatro a oito anos: aquisição de habilidades básicas de imitação, engajamento e comunicação social e reduzir significativamente comportamentos disruptivos. Ao adquirir habilidades sociais e não requerer a rotina intensa das terapias reabilitadoras, é encaminhado para setores que desenvolvem atividades artísticas e desportivas (P5, Serviço A).

Para desligar das terapias são definidos critérios de alta específicos de cada categoria profissional (P6; Serviço D).

Segundo a nova linha de cuidados do MS para essa população, a equipe multiprofissional deve realizar reavaliações periódicas, com intervalo de seis meses, para avaliar a evolução na aquisição de habilidades e avaliar novas necessidades de maneira singular.⁵

Existem instrumentos específicos para documentar o desligamento devido às faltas aos atendimentos.

No caso de três faltas consecutivas é realizada a busca ativa (P2, Serviço B).

São definidos critérios de frequência para manutenção da vaga. Se o usuário faltar duas vezes consecutivas sem aviso prévio, a assistente social é comunicada para realizar a busca ativa; se em um período de dois meses e após realização de contatos o usuário não retornar à frequência estabelecida, é desligado. Há um documento específico de termo de compromisso e responsabilidade para formalizar o acordo (P6; Serviço D).

Há critério de desligamento por falta, alta a pedido da família ou quando a criança/adolescente não tem perfil clínico para os atendimentos ofertados (P9, Serviço A).

Configura-se como critério de desligamento três faltas consecutivas sem justificativa prévia (P10, Serviço C).

Subtema 2 - Equipe multiprofissional dos serviços secundários: das bases legais à operacionalização dos atendimentos à criança/adolescente com TEA

Quanto à dimensão profissional, identificou-se que todos os serviços apresentavam uma equipe multiprofissional. Portanto, estão alinhados à Lei 12.764/2012, específica para pessoas com autismo, a qual prevê que esses indivíduos sejam atendidos por uma equipe com formações diversas.⁵ Isso se dá porque há características comuns no TEA, porém, há várias outras que se manifestam de maneira singular em cada indivíduo. Com o trabalho em equipe multiprofissional, tem-se maior potencial de competências para abordar de forma adequada os usuários e seus familiares.

O serviço é apenas de reabilitação e não possui médico. Funciona com uma equipe multiprofissional: terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta/psicomotricista, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas (clínica e comportamental), assistentes sociais, educadores físicos, assistentes sociais assistenciais e na coordenação, três assistentes sociais e uma contadora. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) notificou para adicionarem um enfermeiro à equipe (P6; P7, Serviço D).

O setor de triagem e inserção no mercado de trabalho é composto por: profissionais administrativos para escuta qualificada por telefone; assistentes sociais e enfermeira na equipe de triagem; e equipe coordenadora: enfermeira, assistente social e advogada. No setor de diagnóstico há psicólogos para acolhimento e orientação aos usuários e diagnóstico; médicos neurologistas, e psicólogos como coordenadores. O setor de reabilitação conta com psicólogas coordenadoras, profissionais administrativos, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos assistenciais; profissionais de música; arteterapeutas; psicopedagogo, terapeutas ocupacionais e educadores físicos (P3; P5; P8, Serviço A).

Os profissionais que compõem o serviço são: psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, psicopedagogo, assistentes sociais, médicos, pedagogos, musicoterapeutas, arteterapeuta, educadores físicos, nutricionista e não há terapeuta ocupacional. São três coordenadores: fisioterapeuta, pedagogo e educador físico (P2, Serviço B).

A área de reabilitação em deficiência intelectual (DI) é composta por: assistentes sociais; psicólogas assistenciais; fonoaudiólogas; terapeutas ocupacionais; psicomotricista; mestre de capoeira; psicopedagogos; educadores físicos; musicoterapeuta; pedagoga; profissionais administrativos; e na coordenação da instituição uma psicóloga e do setor de reabilitação uma neuropsicopedagoga (P10, Serviço C).

Na dimensão profissional, a equipe de saúde avalia as necessidades das crianças/adolescente com TEA e indica um rol de terapias:

As estratégias de reabilitação mudam de acordo com a faixa etária: até três anos, de quatro a oito anos e maior de 9 anos. As terapias podem ser de base, que são obrigatórias a depender da faixa etária da criança/adolescente com TEA, e sequenciais, que são terapias complementares a depender das demandas extras identificadas para potencializar áreas determinadas (P9, Serviço A).

A equipe de reabilitação tem objetivos específicos para cada faixa etária:

A estimulação precoce em crianças com TEA e idade de até três anos inicia-se com psicólogo e fonoaudiólogo e pode ser incluído terapeuta ocupacional, educador físico, arteterapeuta, professor de música e pedagogo, a depender da necessidade da criança. Esses profissionais trabalham a comunicação receptiva e expressiva, adequação das condutas pivotais, habilidades motoras global e finais, atenção compartilhada, regulação, engajamento, relacionamento e imitação por meio de atividades lúdicas. Para crianças de quatro a oito anos de idade, a estruturação da equipe é a mesma da estimulação precoce. Esses profissionais trabalham as habilidades sociais e comunicacionais. O objetivo é aprimorar, por meio de atividades lúdicas, as habilidades básicas sociais e de linguagem com vistas a ampliar o repertório comunicacional e reduzir os comportamentos disruptivos (P5; P9, Serviço A).

A depender da criança/adolescente, diversas estratégias podem ser utilizadas para o alcance dos objetivos traçados pelos profissionais, incluindo o planejamento integrado:

As estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional são: *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* (TEACCH), *Picture Exchange Communication Systems* (PECS), *Applied Behavior Analysis* (ABA), *Early Start Denver Model* e integração sensorial (P5; P9, Serviço A).

O atendimento com o psicólogo é iniciado a partir dos três anos. Crianças até seis anos, o atendimento é realizado na brinquedoteca. A partir dos sete anos inclui-se atendimentos com o psicopedagogo. Para adolescentes de 12 a 18 anos, o atendimento é com o serviço social, psicólogo e educador físico (P2, Serviço B).

Duas vezes ao mês são elencados estudos de caso para alinhamento do plano terapêutico singular (PTS) (P6, Serviço D).

ABA é uma abordagem de procedimentos baseada na análise de comportamentos aplicada sobre o comportamento socialmente significativo, que trabalha com os indivíduos com TEA: comunicação, interação social, vida diária, entre outras habilidades. A partir desse método, foram embasados diversos programas de intervenções, como: *Early Start Denver Model*, que usa estratégias de ensino por meio de troca interpessoal e afeto positivo, atividades da vida real, foco na comunicação verbal e não verbal, e o PECS, que é um sistema de comunicação baseado em troca de figuras, utilizado comumente com crianças não-verbais com TEA.²⁹ O TEACCH é um programa psicopedagógico e clínico que busca observar a criança com autismo e determinar suas fortalezas, fragilidades, pontos de interesse para desenvolver um programa individualizado com adaptação do ambiente, para facilitar a compreensão deste.³⁰

Há especialidades nas categorias profissionais que atendem normalmente a essa população, a fim de potencializar avanços no plano terapêutico:

Todos os usuários são atendidos por nutricionista clínico que realiza acompanhamentos também das comorbidades, porém, há também o nutricionista comportamental que atende na área de reabilitação. O serviço oferta estratégias de regulação sensorial e psicomotricidade. Neste último, há o atendimento compartilhado entre fisioterapeuta e pedagogo (P6, Serviço D).

Encaminhamento para equoterapia quando identificada a necessidade desse suporte terapêutico (P2, Serviço B).

Subtema 3 - Suporte adicional aos usuários que convivem com o TEA e suas famílias

Caso o usuário não tenha mais o perfil de atendimento, especialmente, no serviço B, que atende apenas a pessoas até 18 anos, estes são encaminhados para outros pontos da RAS.

A partir dos 18 anos, encaminha-se para o centro de convivência para deficientes com o intuito de dar continuidade aos atendimentos; além de orientar a família a engajar os filhos em atividades de centros culturais e de práticas desportivas (P2, Serviço B).

Quando recebe alta geral, é contrarreferenciado para a APS e orientado a buscar espaços comunitários como serviços de fortalecimento de vínculos no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (P5, Serviço A).

A família das crianças e adolescentes com TEA também são acolhidas nesses serviços, por meio de algumas ações da equipe multiprofissional:

Serviços disponíveis para a participação de todos da família: hidroginástica, constelação familiar, biodança, dança circular (P11, Serviço C).

O serviço realiza treinamento virtual das famílias, uma vez ao mês, em dois turnos e está se organizando para iniciar a mesma proposta de atividades de forma presencial (P6, Serviço D).

Há um setor de apoio à família com psicólogo familiar (P2, Serviço B).

O setor de apoio à família promove interação social, com suporte de pedagogo e assistente social, realizando rodas de conversa com as famílias para apoiá-las (P9, Serviço A).

As Práticas Integrativas Complementares (PICS) auxiliam o tratamento de crianças/adolescentes com TEA e podem ser estendidas a suas famílias. Elas são oferecidas no Sistema Único de Saúde e permitem a construção de espaços sensíveis às necessidades emocionais dos usuários.³¹

A equipe dos serviços de atenção secundária almeja maior participação da atenção básica no acolhimento dessa população:

A atuação do Programa de Saúde na Escola seria muito importante no processo de cuidado à criança/adolescente com TEA (P1; P4, Serviço E).

A articulação intersetorial é essencial nesse processo, com o atendimento ambulatorial aliado ao conjunto de dispositivos encontrados no território, de modo a viabilizar um plano comum da criança com autismo e sua família, escola e setor de saúde.⁶

A gestão do cuidado compreende uma variedade de dimensões, destacando-se a importância da construção coletiva nos níveis profissional, sistêmico e organizacional, para atenção global a crianças e adolescentes com TEA nos serviços de saúde. Assim, favorece-se a melhoria do prognóstico e fortalece a rede de cuidados, resignificando a prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou seu objetivo ao evidenciar os aspectos organizacionais do atendimento a crianças e adolescentes com TEA em serviços secundários de saúde. Destaca-se a importância de equipes multiprofissionais comprometidas e articuladas em todos os níveis de atenção à saúde e pontos da RAS, visando à eficácia da assistência e à continuidade do cuidado.

Entre as dimensões do conceito de gestão do cuidado, a "organizacional" e a "sistêmica" receberam maior destaque, em especial porque o foco do estudo foram os modos de conduta. Foram identificadas fragilidades na articulação entre saúde e educação, especialmente relacionadas aos encaminhamentos inadequados em serviços primários, que geram uma demanda desproporcional nos serviços secundários. As limitações do estudo incluem a ausência de equipes da atenção primária no diagnóstico situacional e a exclusão de serviços uniprofissionais ou privados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization - WHO. ICD-11- 6A02 Autism spectrum disorder. 2025 [citado em 2025 mar. 14]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#437815624>.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research* 2022;15:778–90. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>.
3. André TG, Valdez-Montero C, Ortiz-Félix RE, Gámez-Medina ME. Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la ciencia*. 2020 [citado em 2024 nov. 4]; 7:1-7. Disponível em: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204/2695>.
4. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Transtorno do espectro autista [Internet]. 2023 [citado 25 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>.
5. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado - Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança [Internet]. 2021 [citado 18 set. 2022]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>.
6. Loos CA, Mazza VA, Tonin L, Kaufmann GW, Verga SMP, Ruthes VBTMN, et al. Rede de apoio às famílias de crianças com transtorno do espectro autista. *Ciênc. cuid. saúde*. 2023 [citado 2024 dez. 4]; 22:e65788. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65788.
7. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2011; 15(37):589-599. DOI: 10.1590/S1414-32832011000200021.
8. Moura MVO, Santos GCD, Vendramini FRB, Gonçalves DRC. Abordagem ao autismo na Atenção Primária de Saúde: uma revisão bibliográfica. *Revft*. 2024; 28:37–8. DOI: 10.69849/revistaft/cs10202410310037.
9. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG. Centros especializados em reabilitação [Internet]. 2021 [citado 21 mar 2024]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cer>.
10. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal* 2010;182:E839–42. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>.
11. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
12. João Pessoa. Carta de Serviços [Internet]. 2025 [citado 2025 mar 14]. Disponível em: <https://www.jo-aopessoa.pb.gov.br/servico/page/4/?p=sms>.
13. Sampaio TB. Metodologia da pesquisa [recurso eletrônico] 1. ed. – Santa Maria, RS: UFSM, CTE, UAB, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/26138/MD_Metodologia_da_Pesquisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Minayo MCS, Assis SG; Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
15. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 71(2):51-67.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: MS; 2012.
17. Souza RA, Santos JA, Silva J, Soares SA. Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com transtorno do espectro autista. *Cadernos UniFOA* 2019 [citado 2024 out. 22]; 40:95-105. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/2811/pdf>.
18. Lourenço MC. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis e o cuidado a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e suas famílias. Dissertação. Universidade Federal de São Carlos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12864/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MARIANE%20CRISTINA%20LOUREN%C3%87O%202020.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
19. Mandaj V. Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista no município de Taboão da Serra [Internet]. Dissertação. Universidade de São Paulo; 2021 [citado em 20 novembro 2024]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-13082021-122747/publico/VaniniMandajesakiVersaoCorrigida.pdf>.
20. Silva BGDA, Machado AN, Nóbrega VMD, Oliveira RC, Vaz EMC, Collet N. Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. *Rev Enferm UFSM* 2020;10:e76. <https://doi.org/10.5902/2179769242529>.
21. Pereira DA. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores sobre Transtorno do Espectro Autista: desenvolvimento e validação de escala (CAP-TEA). Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2022.
22. Costa CS, Guarany NR. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na Atenção Básica. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2021; 5(1): 31-44, 2021. DOI:10.47222/2526-3544.rbto33841.
23. Styles M, Alsharshani D, Samara M, Alsharshani M, Khattab A, Qoronfleh MW, et al. Risk factors, diagnosis, prognosis and treatment of autism. *FBL* 2020;25(9):1682–717. <https://doi.org/10.2741/4873>.
24. Souza TM de, Brandão LFP, Del-Fiaco NV, Oliveira KMS, Rodrigues SJ de M, Oliveira RC. Utilização dos instrumentos M-CHAT e CARS para auxiliar no diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* 2022;8:2034–44. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7789>.
25. Brasil. Lei no 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 12 mar 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm.
26. Mesce M, Ragona A, Cimino S, Cerniglia L. The impact of media on children during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Heliyon*. 2022;8(12):e12489. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12489>.
27. Girianelli VR, Tomazelli J, Silva CMFP, Fernandes CS. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013–2019. *Rev. Saúde Pública* 2023; 57. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>.
28. Xu G, Strathearn L, Liu B, O'Brien M, Kopelman TG, Zhu J, et al. Prevalence and Treatment Patterns of Autism Spectrum Disorder in the United States, 2016. *JAMA Pediatr* 2019;173:153. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.4208>.

29. Yu Q, Li E, Li L, Liang W. Efficacy of Interventions Based on Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investig* 2020;17:432–43. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0229>.
30. Santos JH, Silva TAE, Santana ACR, Morais SEV, Santana, FC. ACOMPANHAR RA - Aplicativo Utilizando o Método TEACCH com Realidade Aumentada para Crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Sociedade Brasileira de Computação* 2024; p. 21-24. <https://doi.org/10.5753/ercas.2024.238525>.
31. Queiroz MSF, Martins MJML, Paixão J. A. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em crianças com Transtorno Espectro Autista (TEA) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão de literatura. *Artigos. Com.* 2021;29: e7726. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7726/4989> .