



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

**ANA PAULA BAGETTI RAMOS**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:  
IMPRESSÕES E EXPECTATIVAS PARA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS PARA ASSISTÊNCIA EM PERNAMBUCO**

Recife

2024

**ANA PAULA BAGETTI RAMOS**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:  
IMPRESSÕES E EXPECTATIVAS PARA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS PARA ASSISTÊNCIA EM PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

Recife

2024



ANA PAULA BAGETTI RAMOS

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:  
IMPRESSÕES E EXPECTATIVAS PARA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS PARA ASSISTÊNCIA EM PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. XXXXXXXXXXXXX  
(Examinadora Interna) Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. YYYYYYYYYYY  
(Examinador Externo) Universidade de AAAAA

---

Prof. Dr. BBBBBBBBBB  
(Examinador Externo) Universidade/Hospital xxxxx

À minha filha, Ana Beatriz, que mudou os rumos da minha vida em busca de novos conhecimentos, que me trouxe à luz para esses percursos autísticos, fazendo enxergar além dos meus limites.

À todas as Mães Atípicas que tiram do “luto” a essência para cuidar dos seus filhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a DEUS, por estar presente em todos os momentos da minha vida, me amparando e dando forças para superar as dificuldades.

Ao meu esposo Eduardo que suportou todos os meus momentos de estresse durante esse processo.

Ao meu pai e minha mãe (*In memoriam*), pelos ensinamentos de vida.

Aos amigos e colegas de trabalho que me incentivaram e apoiaram nesta jornada.

Aos meus amigos/irmãos que escolhi para conviver, partilhar alegrias e tristezas, meus mais sinceros agradecimentos.

## RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por prejuízos na interação social e comunicação, comportamentos restritos e repetitivos. Está frequentemente associado a comorbidades, como deficiência intelectual, epilepsia, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do sono, e outras. A etiologia do TEA ainda não é completamente compreendida. Evidências apontam para influências de fatores pré e perinatais, assim como hereditários. No Brasil, a ausência de dados epidemiológicos dificulta a compreensão de sua prevalência e do seu impacto econômico e social sobre o sistema de saúde e as famílias. O diagnóstico precoce e a rápida implementação de intervenções podem reduzir o impacto dos sintomas. Antes de 1980, o Estado não possuía estratégias para acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental, incluindo o autismo, que foi assumido por associações de familiares. Em 2002, na Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo os CAPSi referência no atendimento psicossocial de crianças e adolescentes para o TEA. Em 2012, a Lei n. 12.764, instituiu a "Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista", e as pessoas com TEA passaram a ser reconhecidas como "pessoas com deficiência para todos os efeitos legais", garantindo-lhes acesso a benefícios financeiros, inclusão escolar e serviços de saúde especializados, muitas vezes em contradição aos da rede de saúde mental. O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE), em levantamentos realizados no Estado, identificou que a política pública de saúde para o TEA ainda está em fase inicial e não é priorizada pela maioria dos municípios. Apesar da incorporação do autismo no campo das deficiências, os Centros Especializados de Reabilitação (CER) habilitados para esse atendimento são escassos no estado, deixando essa população dependente dos serviços do CAPSi, que são insuficientes.

**Metodologia:** Foi utilizada uma abordagem qualitativa, retrospectiva. Foram avaliados: Leis e decretos, Relatório do Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE), Relatórios do Ministério da Saúde e do SUS, Artigos e revisões sobre políticas públicas de saúde relacionadas ao autismo, e estudos sobre prevalência e o impacto econômico, social e de saúde nas famílias e nos sistemas de saúde de outros países. Foram utilizados dados extraídos da Tabela Unificada de Procedimentos da Produção Ambulatorial (Tabwin, DATASUS), e registros de cadastros no CNES.

**Resultados:** Foram encontrados poucos centros especializados habilitados para o atendimento do autismo. Desses, a maior parte dos estabelecimentos ainda são as associações sem fins lucrativos e ONGS que recebem financiamento do SUS. Grande parte encontra-se na

Região Metropolitana do Recife. A produção ambulatorial demonstrou números crescentes de atendimentos apesar dos poucos centros. Os resultados condizem com o relatório do TCE (2023). **Conclusão:** Há necessidade de investimentos governamentais nas construções de centros especializados de múltiplas especialidades para o autismo em todo o estado pernambucano, visando cobrir os vazios territoriais encontrados. Além disso, investir em capacitação profissional e treinamento de pais e cuidadores, nas escolas e professores para educação inclusiva.

**Palavras-chaves:** Transtorno do espectro autístico; Autismo; Políticas públicas.

## ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by impaired social interaction and communication, restricted and repetitive behaviors. It is often associated with comorbidities, such as intellectual disability, epilepsy, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), depression, anxiety disorders, sleep disorders, and others. The etiology of ASD is not yet fully understood. Evidence points to influences from pre- and perinatal factors, as well as hereditary ones. In Brazil, the lack of epidemiological data makes it difficult to understand its prevalence and its economic and social impact on the health system and families. Early diagnosis and rapid implementation of interventions can reduce the impact of symptoms. Before 1980, the State did not have strategies for caring for children and adolescents with mental disorders, including autism, which was taken on by family associations. In 2002, during the Psychiatric Reform, the Psychosocial Care Centers (CAPS) were created, with CAPSi serving as a reference in the psychosocial care of children and adolescents with ASD. In 2012, Law No. 12,764 instituted the "National Policy for the Protection of the Rights of People with Autism Spectrum Disorder", and people with ASD began to be recognized as "people with disabilities for all legal purposes", guaranteeing them access to financial benefits, school inclusion and specialized health services, often in contradiction to those of the mental health network. The Court of Auditors of the State of Pernambuco (TCE), in surveys carried out in the state, identified that the public health policy for ASD is still in its initial phase and is not prioritized by most municipalities. Despite the inclusion of autism in the field of disabilities, Specialized Rehabilitation Centers (CER) qualified to provide this type of care are scarce in the state, leaving this population dependent on CAPSi services, which are insufficient. Methodology: A qualitative, retrospective approach was used. The following were evaluated: Laws and decrees, Reports from the Court of Auditors of Pernambuco (TCE), Reports from the Ministry of Health and SUS, Articles and reviews on public health policies related to autism, and studies on prevalence and the economic, social and health impact on families and health systems in other countries. Data extracted from the Unified Table of Outpatient Procedures (Tabwin, DATASUS) and records from the CNES were used. Results: Few specialized centers qualified to provide autism care were found. Of these, most of the establishments are still non-profit associations and NGOs that receive funding from SUS. Most of them are in the Metropolitan Region of Recife. Outpatient production showed increasing numbers of services despite the few centers. The results are consistent with the TCE report (2023). Conclusion: There is a need for government

investment in the construction of specialized centers with multiple specialties for autism throughout the state of Pernambuco, aiming to fill the territorial gaps found. In addition, investing in professional training and training of parents and caregivers, in schools and teachers for inclusive education.

**Keywords:** Aspectrum disorder; Autism; Public policies.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Comorbidades no Autismo.....	28
Gráfico 2 -	Quantidade de municípios de acordo com a oferta de equipe mínima prevista na Lei Estadual n. 15.487/2015 (psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional). Pernambuco, 2023.....	46
Gráfico 3 -	Quantidade de profissionais capacitados em relação ao número total de profissionais ofertados pelos municípios. Pernambuco, 2023.....	47
Gráfico 4 -	Municípios de acordo com o tipo de equipamento de saúde disponibilizado para atendimento de pessoas autistas. Pernambuco, 2023.....	48
Gráfico 5 -	Referente aos Registros Ambulatoriais de 2014-2023 (Procedimentos de reabilitação para TGD (CID F84).....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Prevalência de TEA nos Países.....	26
Quadro 2 -	Orçamento mensal de terapias.....	31
Quadro 3 -	Apresenta os valores fixos dos incentivos repassados pelo Ministério da Saúde para custeio dos CAPS.....	38
Quadro 4 -	Equipe profissional mínima para os CAPS.....	40
Quadro 5 -	Valores de incentivos dos CAPS reajustados em 2023 x Valores corrigidos pelo INPC.....	41
Quadro 6 -	Quantitativo de usuários em fila de espera, nos 75 municípios, para tratamento multidisciplinar do TEA em Pernambuco, 2023.....	46
Quadro 7 -	Estabelecimentos CER cadastrados na modalidade intelectual.....	51
Quadro 8 -	Procedimentos ambulatoriais reabilitação TGD registrados de 2014 a 2023 (Estabelecimentos com maiores números de registros).....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	Applied Behavior Analysis
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
ABRAÇA	Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AMA-SP	Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CDC	Centers For Disease And Prevention
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional das Doenças
Ciptea	Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DSM-III, IV e 5	Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (III, IV e 5)
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GBD	Global Burden of Disease
GT-TEA	Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista
IAC	Incidente de Assunção de Competência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPC	Índice Nacional de Preço ao Consumidor
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPM	Órteses e Próteses e Materiais Especiais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TID	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UA	Unidade de Acolhimento
USB	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2	FONTES DE DADOS.....	20
4.3	COLETA DE DADOS.....	20
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>22</b>
5.1	O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	22
<b>5.1.1</b>	<b>Conceito, Classificação e Critérios para diagnóstico.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Prevalência e etiologia do Transtorno do Espectro Autista.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Sintomas e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista.....</b>	<b>27</b>
5.2	CUSTOS ECONÔMICOS ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	29
5.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS AUTISTAS NO BRASIL.....	31
<b>5.3.1</b>	<b>A Política de Atenção à Pessoa com TEA.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Financiamento dos CAPS.....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O CASO DE PERNAMBUCO</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento associado a prejuízos de interação social e de comunicação, padrões comportamentais restritos e repetitivos, e, em muitos casos, com déficit intelectual. A criança deve ser precocemente diagnosticada e o tratamento deve ser iniciado de imediato, para que possa desenvolver suas potencialidades e adquirir sua autonomia (Buescher *et al.*, 2014, Matin *et al.*, 2022).

O TEA está associado a comorbidades, como a deficiência intelectual, epilepsia, deficiência auditiva e síndrome de Down (Beck, 2017). Além disso, pode ter também duas ou mais comorbidades psiquiátricas, como: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do sono, e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (Portolese *et al.*, 2017).

A etiologia do TEA ainda não é totalmente conhecida, e a compreensão das causas poderá ajudar na adoção de medidas preventivas para minimizar o impacto desse transtorno (Beck, 2017). Pesquisas recentes indicam aumento na prevalência do TEA, com números de casos mais frequentes. O Center for Disease Control and Prevention (CDC) em 2014, nos Estados Unidos, mostrou uma prevalência de 14.7 por 1.000 (1 a cada 68) crianças afetadas, um aumento de 30% em relação ao estudo anterior, publicado em 2012 (CDC *apud* Portolese *et al.*, 2017).

Essa tendência ascendente, que alguns autores tratam como “número epidêmico de crianças com autismo”, demanda dos governos a necessidade de maiores financiamentos em programas não apenas de saúde pública, como também em educação especial (Chasson, 2007). A proporção de crianças autistas vem aumentando, segundo o CDC, devido ao maior conhecimento científico do transtorno e a uma melhor formação profissional voltada à área, elevando a quantidade de diagnósticos precoces (CDC, 2023).

No Brasil, a falta de dados epidemiológicos confiáveis sobre o TEA dificulta a compreensão da prevalência do transtorno. A prevalência estimada é de 2,7 por 10.000 habitantes de 5 a 18 anos, segundo o Censo de 2010, refletindo a escassez de estudos e a dificuldade de diagnóstico, especialmente nos serviços públicos de saúde. Estudos locais, indicam a prevalência de 1,31 autistas a cada 10.000 pessoas, em Santa Catarina, e outro, 0,88% em uma amostra de 1.470 crianças do município de Atibaia em São Paulo (Rossi *et al.*, 2018).

Ainda não há um levantamento oficial do número de casos reconhecidos de TEA no Brasil, mas uma projeção a partir do estudo do CDC, dos Estados Unidos, estima que teria em

torno de 5,95 milhões de autistas. Segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), em 2021, o Brasil realizou 9,6 milhões de atendimentos ambulatoriais a pessoas com autismo, sendo 4,1 milhões de crianças com até 9 anos de idade (Previva, [s. d.]).

Estimar o número de indivíduos com TEA é fundamental, pois o impacto econômico e social para os sistemas de saúde e para as famílias é significativo. A falta de registros dos diagnósticos dificulta a elaboração de políticas públicas adequadas para esta população (Beck, 2017).

Buescher *et al.* (2014) realizaram uma revisão de literatura dos Estados Unidos e do Reino Unido sobre custos econômicos sociais de indivíduos com TEA e suas famílias, e concluíram que apoiar um indivíduo com TEA e deficiência intelectual ao longo da vida foi de US\$ 2,4 milhões nos Estados Unidos e £ 1,5 milhão (US\$ 2,2 milhões) no Reino Unido. Enquanto o custo de apoiar um indivíduo com TEA sem deficiência intelectual foi de US\$ 1,4 milhão nos Estados Unidos e £ 0,92 milhão (US\$ 1,4 milhão) no Reino Unido. Os custos apurados foram com os tratamentos, educação especial e a perda de produtividade das pessoas com TEA e dos cuidadores (Buescher *et al.*, 2014).

No Brasil, não há trabalhos publicados sobre os custos econômicos do autismo. Sabe-se de quão elevado é, com um orçamento de terapia multidisciplinar como a Applied Behavior Analysis (ABA), que é uma metodologia terapêutica comportamental intensa e com carga horária de até 40h, e pode ultrapassar R\$ 30.000,00 mensais (Sinzinger, 2021).

O diagnóstico precoce é essencial, pois ajuda na orientação de pais através da psicoeducação, no desenvolvimento de estratégias de manejo e na estimulação da criança, o que melhora o prognóstico e a qualidade de vida (Girianelli *et al.*, 2023). Ressaltando que o tratamento precoce e adequado pode minimizar comportamentos inadequados, potencializar as suas qualidades inerentes e promover a inclusão educacional e no mercado de trabalho, contribuindo para uma vida autônoma e digna (TCE, 2023).

No Brasil, os autistas tiveram assegurados direitos à saúde, educação e acesso ao mercado de trabalho em 2012 com a publicação da “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (Lei n. 12.764/2012), mas estes não estão ainda sendo respeitados por não haver investimentos suficientes do setor público que assegurem os tratamentos, deixando inúmeras pessoas com autismo desassistidas (Leopoldino, 2017). Em Pernambuco, os direitos das pessoas com TEA foram reafirmados e ampliados com a publicação da Lei Estadual n. 15.487/2015 (Pernambuco, 2015).

Esta lei, além dos direitos já publicados na Lei Federal de 2012, garantia: início de tratamento imediato após diagnóstico; tratamento individualizado e por nível de gravidade;

atendimento em unidade especializada, diferente das destinadas a tratamento de saúde mental e recuperação de dependentes químicos; vagas em escolas regulares públicas e privadas, dentre outros (Pernambuco, 2015). Após a sua promulgação, várias emendas foram realizadas com a publicação de outras leis trazendo outros benefícios como: validade por tempo indeterminado de laudos e perícias que atestem o TEA (Lei n. 17.891/2022); acesso a práticas terapêuticas integrativas e complementares, como arteterapia, equoterapia e musicoterapia (Lei n. 16.748/2019); o livre ingresso e a permanência em qualquer local, público ou privado, portando alimentos para consumo próprio, assim como utensílios e objetos de uso pessoal (Lei n. 18.448/2023), entre outros (Pernambuco, 2015; 2019; 2022; 2023).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção inicial às crianças com TEA deve ser realizada por equipes da Atenção Básica, que ao identificarem sinais iniciais devem encaminhá-los para profissionais especializados para realizar o diagnóstico diferencial. (Ministério da Saúde, 2014). Quando o diagnóstico é estabelecido, a criança efetivamente deve passar, de forma organizada e com um cronograma pré-estabelecido, à fase do tratamento por equipe multidisciplinar, que é de suma importância para o seu desenvolvimento cognitivo e comportamental.

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE) fez um levantamento em 2023, sobre a situação do atendimento às pessoas com TEA constatando a precariedade da política pública direcionada às pessoas com autismo nos municípios pernambucanos (TCE, 2023). Mesmo passado mais de uma década da publicação da lei que assegura direitos às pessoas com TEA, a situação do acesso aos tratamentos é precária, sendo necessário a realização de investimentos em estruturas com profissionais capacitados.

O que objetivou esta dissertação foi descrever o Transtorno do Espectro Autista, mostrar o cenário atual do atendimento a esses indivíduos no Estado de Pernambuco e a necessidade de investimentos em políticas públicas para esta população.

## 2 JUSTIFICATIVA

O crescimento significativo de 110% na demanda por atendimento a pessoas com TEA, conforme identificado nos registros de crianças diagnosticadas entre 2017 e 2018 dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), indica uma necessidade urgente de aprimoramento das políticas públicas. A escassez de serviços adequados e a falta de estrutura mínima nos municípios pernambucanos evidenciam a necessidade crítica de uma abordagem mais eficaz e estruturada para lidar com o TEA, conforme relatório do Tribunal de Contas do Estado (TCE), em 2023 (TCE, 2023).

A motivação para este tema, surgiu com a observação das dificuldades relatadas por mães nos grupos de Whatsapp, dos quais faço parte, que foram formados a partir de encontros de familiares de autistas em clínicas de tratamento multidisciplinar. As queixas frequentes eram referentes ao diagnóstico, ao acesso ao neuropediatra, às terapias prescritas e à qualidade dos atendimentos. Alguns, na tentativa de obter clínicas de melhor suporte na rede do sistema de saúde suplementar, recorriam à troca de planos de saúde ou buscavam a judicialização, na esperança de obter o tratamento mais adequado.

Outras mães, que não têm condições orçamentárias de arcar com contratações de planos, relatam nos grupos as dificuldades encontradas na rede SUS para marcar consultas de neuropediatria que pode ocorrer na faixa de 1 a 2 anos, para a seguir, iniciar as terapias necessárias.

Devido à complexidade do autismo, seus custos elevados de tratamento com saúde e educação especial a longo prazo, o crescente número de casos diagnosticados observados e relatados na literatura, demonstra a necessidade de mais estudos sobre o tema, mais divulgação na sociedade, sensibilização e investimentos em todas as esferas governamentais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever as características do Transtorno do Espectro Autista e avaliar a situação das políticas públicas no período de 2014 a 2023 voltadas para o atendimento e assistência a indivíduos com transtorno do espectro autista em Pernambuco.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Relatar as principais características, sintomas e estimativas de prevalência do Transtorno do Espectro Autista;
- Apresentar atual estrutura organizacional das unidades de saúde pública para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista;
- Demonstrar e analisar os valores investidos pelo Ministério da Saúde nas unidades que compõe a rede de atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Pernambuco;
- Propor uma estrutura necessária para unidade de saúde especializada na atenção e tratamento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa, retrospectiva.

### 4.2 FONTES DE DADOS

- **Documentos governamentais:**

- Planos e diretrizes nacionais e estaduais sobre saúde e educação voltadas ao tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- **Leis e decretos:** Como a Lei n. 12.764/2012 (Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA) e a Lei Estadual n. 15.487/2015, além de portarias e regulamentações relacionadas ao atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- **Relatório do Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE):** Relatório que trata da implementação de políticas públicas para o TEA e dados sobre a cobertura de serviços, recursos financeiros e impacto das políticas públicas.
- **Relatórios do Ministério da Saúde e do SUS:** Diretrizes sobre o atendimento às pessoas com TEA, como as "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" (Ministério da Saúde, 2014) e a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias" (Ministério da Saúde, 2015).

- **Publicações acadêmicas:**

- Artigos e revisões literárias sobre políticas públicas de saúde relacionadas ao autismo, especialmente no contexto do Brasil e de Pernambuco.
- Artigos e estudos sobre prevalência e o impacto econômico, social e de saúde do TEA nas famílias e nos sistemas de saúde de outros países.

### 4.3 COLETA DE DADOS

- **Identificação dos documentos:** A primeira etapa foi a identificação e seleção de documentos relevantes para o tema, em bancos de dados oficiais (como o Portal da Legislação), e na Biblioteca Virtual em Saúde que inclui bases como SciELO e Lilacs;

e PubMed. Foram utilizados os descritores: “Transtorno do espectro autístico”, “autismo”, “SUS”, “prevalência” e “políticas públicas”, de forma individual ou combinando-os entre si.

- **Dados do CNES e DATASUS:** Os dados sobre os estabelecimentos distribuídos no estado de Pernambuco foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que reúne informações de todos os estabelecimentos de saúde, sejam eles prestadores do SUS ou não. Neste cadastro pode-se encontrar informações como: localização, números de funcionários por categoria profissional, além dos serviços ofertados. Os números referentes aos atendimentos prestados no período entre 2014 e 2023 ao Código Internacional de Doenças (CID) F84, foram extraídos da Tabela Unificada de Procedimentos da Produção Ambulatorial utilizando o programa TabWin (DATASUS). O CID F84 corresponde aos transtornos globais do desenvolvimento (TGD), e dentro desta classificação encontram-se subtipos como o autismo, classificado com o código F84.0. Porém no SUS, o registro da produção ambulatorial para o autismo e outros subtipos de TGD, são registrados no CID F84. Os atendimentos realizados em centros especializados de reabilitação, foram referentes a: consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada, consulta médica em atenção especializada, acompanhamento de paciente em comunicação alternativa, acompanhamento neuropsicológico, acompanhamento psicopedagógico, acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências, acompanhamento de reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor, atendimento em oficina terapêutica em grupo para pessoas com deficiência, terapia fonoaudiológica individual e atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo.
- Os dados foram lançados em planilhas do Excel para tabulação, análise e confecção de tabelas e gráficos.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A primeira definição de autismo como um quadro clínico surgiu em 1943 nos Estados Unidos, pelo médico austríaco Leo Kanner, ao observar cuidadosamente um grupo de crianças com idades entre 2 e 8 anos, com transtorno que ele denominou de ‘distúrbio autístico do contato afetivo’. A descrição dessas anormalidades permitiu a diferenciação do quadro de autismo de outros como esquizofrenia e psicoses infantis. Nos casos descritos por Kanner, foram evidenciadas as seguintes características: inabilidade em desenvolver relacionamentos com pessoas, atraso na aquisição da linguagem, uso não comunicativo da linguagem após o seu desenvolvimento, tendência à repetição da fala do outro (ecolalia), uso reverso de pronomes, brincadeiras repetitivas e estereotipadas, rotinas rígidas e padrão restrito de interesses peculiares, falta de imaginação, boa memória mecânica e aparência física normal (Ministério da Saúde, 2014).

No ano seguinte (1944), Hans Asperger descreveu um quadro clínico que se assemelhava às características descritas por Kanner, que se diferenciava apenas pela intensidade e frequência dos sintomas nas mesmas áreas sociocomunicativa e comportamental, hoje conhecido como síndrome de Asperger (Ministério da Saúde, 2014; Schmidt, 2017).

Em 1971, Kanner ao reavaliar seus casos iniciais, quando os pacientes já eram adultos, confirmou que o quadro clínico estava presente desde a primeira infância, e ressaltou o quanto a inclusão, as técnicas de manejo e educação, e a consideração das habilidades dos indivíduos portadores da síndrome podem contribuir para o seu desenvolvimento mais pleno (Ministério da Saúde, 2014).

Somente no final dos anos 80, o autismo foi descrito pela primeira vez no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM III) da Associação Americana de Psiquiatria, com a denominação “Transtorno Autista”, incluído nos transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). Anteriormente ao DSM III, o autismo era considerado uma psicose infantil, e na década de 50 era tratado como “reação esquizofrênica do tipo infantil”. A décima versão da CID, publicada em 1989, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), adotou a terminologia autismo infantil e autismo atípico nos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84 (Fernandes *et al.*, 2020).

Na década de 1990, o DSM IV inseriu o termo Transtornos Globais do

Desenvolvimento (TGD), mostrando relações de desenvolvimento e déficit cognitivo, onde o autismo estava incluído junto a outras subcategorias como Transtorno de Asperger, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Para os médicos, a escolha do diagnóstico entre as subcategorias do TGD era difícil devido à sobreposição de suas características (Lord; Bishop, 2015).

Em 2014, com a publicação do DSM-5, o autismo passa a ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, resultando na adoção da terminologia Transtornos do Espectro Autista (TEA). Essa categoria absorve em um único diagnóstico os transtornos especificados nos transtornos invasivos de desenvolvimento (TID), fazendo apenas distinção quanto ao nível de gravidade em relação à interação e comunicação. O diagnóstico é clínico, realizado por meio de indicadores e por observações comportamentais, e relatos quanto ao histórico do desenvolvimento, seguindo critérios universais e descritivos com base em teorias do desenvolvimento e das neurociências (Fernandes *et al.*, 2020).

### **5.1.1 Conceito, Classificação e Critérios para Diagnóstico**

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento associado a prejuízos de interação social e de comunicação, padrões comportamentais restritos e repetitivos, e, em muitos casos, com déficit intelectual (Buescher *et al.*, 2014, Matin *et al.*, 2022). Pode apresentar deficiência mental leve a moderada, com deficiência linguística associada (Schmidth, 2017). A criança deve ser precocemente diagnosticada e o tratamento deve ser iniciado de imediato, para que possa desenvolver suas potencialidades e adquirir sua autonomia (Buescher *et al.*, 2014, Matin *et al.*, 2022).

A heterogeneidade das características descritas do TEA vão desde formas leves, e quase imperceptíveis para quem não conhece a síndrome, até quadros graves acompanhados por dificuldades importantes. Nos manuais médicos as características descritas são: dificuldades de interação social, em grande parte ocasionada pelas dificuldades de comunicação, contato visual difícil ou ausente (falta de direcionamento do olhar para o rosto em uma interação social), dificuldade de relacionamentos entre pares da mesma faixa etária, padrões restritos e repetitivos de comportamentos e interesses, fala e movimentos motores ou uso de objetos de forma estereotipada ou repetitiva, ecolalia (repetir as palavras ou frases após serem ouvidas), e, comportamento de alinhar brinquedos ou girar objetos (Schmidt, 2017).

Também podem apresentar rotinas de forma variada ao longo do espectro, com

padrões mais rígidos e inflexíveis ou adaptativos (Schmidt, 2017). Com relação a alterações sensoriais, podem apresentar hiper ou hipo reatividade a estímulos ambientais em quaisquer modalidades dos sentidos: tátil, visual, olfativa e auditiva (Baranek *et al.*, 2014).

O principal objetivo do DSM-5 foi fornecer os critérios que refletissem com maior precisão os comportamentos que estavam sendo usados para diagnosticar o TEA ao longo da vida e com todos os tipos de funcionamento cognitivo e de linguagem. Esses critérios incluem os especificadores de gravidade, que são indicados pelo médico conforme o grau de dependência e/ou necessidade de suporte, podendo ser considerado: autismo leve (nível 1), moderado (nível 2) ou severo (nível 3) (Fernandes *et al.*, 2020).

No nível 1, na ausência de apoio, há prejuízo social, dificuldades para iniciar interações, e interesse reduzido por estas, além da dificuldade de organização, planejamento e certa inflexibilidade de comportamentos. No nível 2, o indivíduo exige apoio substancial havendo prejuízos sociais aparentes, limitações para iniciar e manter interações, inflexibilidade de comportamento e dificuldade para lidar com mudanças. No nível 3 o indivíduo precisa de muito apoio substancial, há déficits graves nas habilidades de comunicação social, inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade com mudanças (Fernandes *et al.*, 2020).

As alterações nos manuais médicos mudaram a perspectiva psicanalítica da doença mental, cuja origem seria provocada por eventos traumáticos e fundamentada nos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica, pelo atual modelo biomédico com diagnóstico categórico (agrupamento de sintomas) e abordagem multiaxial, que considera também a dimensão orgânica e a influência dos fatores externos sobre o comportamento (Fernandes *et al.*, 2020; Dunker, 2014).

O DSM-5 tentou representar os avanços recentes em múltiplas áreas de pesquisa do TEA, desde pesquisas clínicas sobre os sintomas, diagnóstico diferencial em diferentes períodos do desenvolvimento, e as associações entre anormalidades genéticas ou neurobiológicas. Alguns estudos, mostram que as mudanças dos critérios do DSM-5 pode gerar alterações na sensibilidade diagnóstica, especialmente para diagnósticos que não tinham classificação de autismo no DSM IV, mas que apresentavam prejuízos na comunicação e interação social, como a síndrome de Asperger e os transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação (Fernandes *et al.*, 2020).

### 5.1.2 Prevalência e etiologia do Transtorno do Espectro Autista

Nos primeiros estudos sobre o autismo, a contagem se restringia apenas às crianças diagnosticadas com a forma grave da condição. Na década de 1970, a prevalência era estimada entre 0,4 e 2 casos por 1.000 indivíduos. Com o tempo, essa taxa aumentou significativamente, chegando a uma estimativa de 1,68% com a publicação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2020 (Fombonne, 2019). Esse aumento é atribuído à ampliação dos critérios diagnósticos para indivíduos sem deficiência intelectual e com deficiências mais leves, bem como, ao maior reconhecimento e conscientização das características do autismo (Lord *et al.*, 2020).

Em 2010, o Global Burden of Disease (GBD) estimou que 52 milhões de pessoas têm autismo em todo o mundo, o que equivale a uma prevalência de 1 em 132 indivíduos. O GBD é o maior e mais abrangente estudo sobre doenças, que utiliza avaliações sistemáticas de dados disponíveis sobre incidência, prevalência, duração e gravidade de uma ampla gama de condições, para modelar associações e examinar tendências. Foram encontradas entre regiões poucas diferenças étnicas, culturais e socioeconômicas na prevalência do autismo. Porém os dados epidemiológicos disponíveis de países de baixa renda apresentam taxas mais baixas devido às dificuldades na coleta de dados, o que limita as estatísticas disponíveis (Lord *et al.*, 2020; Hyman *et al.*, 2020).

Os dados epidemiológicos ajudam a prever a necessidade de serviços e a identificar potenciais fatores de risco (Hyman *et al.*, 2020). Estudos realizados em diferentes países mostram variações significativas na prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nos EUA, a estimativa foi de 200 casos por 10.000 indivíduos, cerca de uma em cada 50 pessoas. no Reino Unido foi de 157/10.000, cerca de uma em cada 64 pessoas e na Ásia de 264/10.000, cerca de uma para cada 38 pessoas (Tsai, 2014).

Outras pesquisas indicam prevalências mais baixas na Suécia e na França, com 4,9/10.000 casos; taxas mais elevadas foram encontradas na Islândia, com 120/10.000, e na Finlândia, com 12,2/10.000. Na Alemanha, a prevalência variou de 3,95/10.000 em 2000 para 5,13/10.000 em 2005 (Beck, 2017). Na Coreia do Sul, a prevalência total foi de 5,04/100.000 em 2008 e subiu para 10,97/100.000 em 2015 e os custos totais do TEA foram estimados em US\$ 9.645.502,00 no ano de 2015 (Hong *et al.*, 2020).

No Brasil, até o momento, não há estimativas de prevalência confiáveis. No ano de 2019, a Lei n. 13.861/ 2019, determinou a inclusão de perguntas relacionadas ao autismo no Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Pesquisas e Estatísticas (IBGE). Porém as

perguntas sobre o autismo não foram realizadas em 100% dos lares entrevistados e somente 11% das entrevistas constavam essas perguntas comprometendo o resultado desta pesquisa (Freire, 2023).

Em 2020, foi promulgada a Lei n. 13.977, conhecida como "Lei Romeo Mion", que instituiu a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea). O objetivo dessa carteira, além de assegurar atenção integral, atendimento prioritário e acesso preferencial aos serviços públicos e privados, especialmente nas áreas de saúde, educação e assistência social, permitirá o acompanhamento e a contagem das pessoas com Transtorno do Espectro Autista em todo o território nacional. A Ciptea possui validade de cinco anos, sendo necessário manter os dados cadastrais atualizados (Senado Federal, 2020).

Quadro 1 – Prevalência de TEA nos Países

<b>País / Região</b>	<b>Casos para grupo de 10.000 Pessoas</b>	<b>Proporção (%)</b>
EUA	200	2,00
Reino Unido	157	1,54
Ásia	264	2,63
França	4,9	0,05
Islândia	120	1,20
Finlândia	1,2	0,01
Alemanha	5,13	0,05
Coreia do Sul	10,97	0,11

Fonte: Elaborado pela autora, apresenta a prevalência do TEA, segundo Tsai, 2014; Beck, 2017; Hong *et al.*, 2020.

Observa-se no quadro 1 que entre os países e continentes analisados há grande variação sobre a prevalência do TEA, podendo ter sido impactada pelas fontes utilizadas nos estudos, sistema de saúde adotados nas diversas regiões e estágio de qualificação dos profissionais para detecção e registro dos casos.

A estimativa de gênero no TEA ocorre na proporção de 4:1, atingindo mais homens que mulheres (Lord *et al.*, 2020). Russel *et al.* (2022) sugere que mulheres com autismo são menos frequentemente identificadas e diagnosticadas. Alguns pesquisadores propõem que as características comportamentais do autismo nas mulheres são diferentes da dos homens, em parte, devido aos critérios diagnósticos que foram baseados em observações de comportamentos masculinos.

Em uma revisão das diferenças de sexo e gênero, Lai; Szatmari (2020) observaram que

mulheres diagnosticadas apresentavam menos comportamentos e interesses restritos ou repetitivos e tinham melhor desenvolvimento cognitivo. Os sintomas autistas eram menos intensos, houve uma maior redução dos sintomas ao longo do tempo em comparação com os homens (Russel *et al.*, 2022).

As mulheres autistas podem apresentar interesses estreitos típicos do gênero feminino, maior atenção social, habilidades linguísticas e motivação para amizade, que dificilmente são capturados por medidas padrão. A camuflagem dos seus sintomas dificulta e retarda o diagnóstico nas mulheres levando a vieses de gênero (Lai; Szatmari, 2020).

A etiologia do TEA é complexa e ainda não completamente compreendida, mas envolve uma combinação de fatores genéticos, neurológicos e ambientais. Vários estudos relatam que a etiologia do autismo é multifatorial e é altamente hereditário. Dentre as causas, 9 a 36% estão ligadas a fatores ambientais, dos quais há evidências de associação com condições pré-natais e perinatais, como: exposição uterina a medicamentos (valproato e talidomida); curto intervalo entre gestações, gestação múltipla, obesidade materna, sangramento gestacional, diabetes gestacional, idade dos pais avançada; infecções durante o período gestacional (rubéola, citomegalovírus), nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, crescimento fetal restrito, hipóxia intraparto e encefalopatia neonatal (Havdahl *et al.*, 2021; Hyman *et al.*, 2020).

No âmbito neurológico, foram observadas anomalias no desenvolvimento e na estrutura cerebral em pessoas com TEA. Estudos de imagem cerebral e autópsias têm mostrado diferenças em regiões específicas do cérebro, como o córtex cerebral e o cerebelo, que podem estar associadas aos sintomas do transtorno (Lord *et al.*, 2020).

As pesquisas genéticas demonstram que a grande variabilidade comportamental e cognitiva encontrada nas pessoas com autismo, possivelmente ocorre por diferentes causas, mostrando a importância do estudo de seus endofenótipos. O autismo é um transtorno resultante de variações genéticas simultâneas em múltiplos genes, associado a uma interação genética, epigenética e fatores ambientais (Schmidt, 2017).

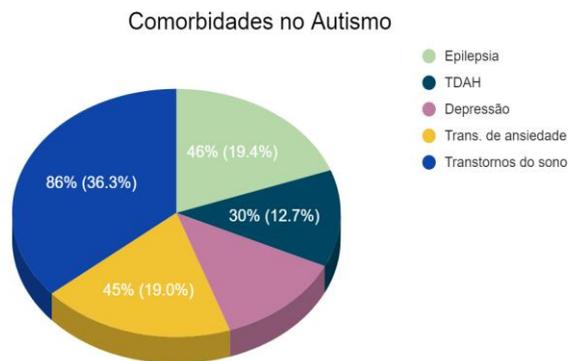
### **5.1.3 Sintomas e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista**

Os sintomas do TEA manifestam-se por meio de características comportamentais com diferentes níveis de severidade (Portolese *et al.*, 2017; Hyman *et al.*, 2020). Essas características comportamentais variam conforme a idade, o nível de linguagem e as habilidades cognitivas do indivíduo (Hyman *et al.*, 2020).

As manifestações incluem deficiências na comunicação e interação social, déficits sensoriais, comportamentos repetitivos e níveis variados de deficiência intelectual. Associados aos sintomas principais podem apresentar distúrbios psiquiátricos ou neurológicos concomitantes como: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), ansiedade, depressão e epilepsia, além de distúrbios do sono e da alimentação, distúrbios do trato gastrointestinal e obesidade (Lord *et al.*, 2020).

Portolese *et al.* (2017), encontrou que cerca de 70% dos indivíduos autistas apresentam pelo menos uma comorbidade e 48%, duas ou mais. Epilepsia pode ocorrer em 7 a 46% dos casos de TEA, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), encontrado em cerca de 30% dos casos; depressão em 2% a 30% nos casos de TEA leve; transtornos de ansiedade 2% a 45%; transtornos do sono em 40–86% dos casos e transtorno obsessivo compulsivo (TOC) em 37% das crianças com autismo (Portolese *et al.*, 2017).

Gráfico 1 - Comorbidades no Autismo



Fonte: Portolese *et al.*, 2017.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve uma avaliação abrangente com base em critérios clínicos, observações comportamentais e, em alguns casos, exames complementares. Geralmente é realizado com base nos critérios estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) ou na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Uma parte essencial do diagnóstico é a realização de uma entrevista detalhada com pais e cuidadores, que fornece informações sobre o desenvolvimento da criança desde o nascimento até o momento atual.

Os médicos devem coletar o máximo de informações sobre comportamentos relevantes para um diagnóstico de TEA e quais especificadores, modificadores e/ou diagnósticos comórbidos são apropriados. Os instrumentos utilizados são escalas de avaliação comportamental que seguem os critérios dos manuais DSM e CID, como o Modified

Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), além da avaliação neuropsicológica onde é possível mensurar objetivamente os aspectos de gravidade e o funcionamento cognitivo (Lord *et al.*, 2022; Fernandes, 2020). O M-Chat é um questionário com 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Após a definição do diagnóstico, é elaborado um roteiro para as intervenções individualizadas de acordo com as prioridades do indivíduo e sua família (Lord; Bishop, 2015).

A precocidade do diagnóstico é crucial para o prognóstico, pois a implementação rápida de intervenções pode reduzir significativamente o impacto dos sintomas. Os sintomas do TEA podem variar ao longo do desenvolvimento, e as diferenças dentro do espectro podem ser influenciadas por estímulos e manejos específicos (Tomazelli *et al.*, 2023).

Nos primeiros anos do desenvolvimento do bebê, suas experiências de vida contribuem para o funcionamento das conexões neuronais e para a sua formação psicossocial. Nesse período há uma maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro sendo este período privilegiado para as intervenções (Ministério da Saúde, 2014).

## 5.2 CUSTOS ECONÔMICOS ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Indivíduos com TEA frequentemente necessitam de intervenções comportamentais e serviços de saúde especializados para aprimorar a interação social, as habilidades de comunicação e o funcionamento diário (Matin *et al.*, 2022).

Os prejuízos funcionais do TEA impactam não apenas o indivíduo, mas também sua família e a sociedade em geral. O aumento crescente no número de diagnósticos deste transtorno tem suscitado discussões sobre as responsabilidades familiares e sociais, evidenciando a necessidade de estimativas precisas sobre o impacto econômico, que ainda não estão estabelecidas (Buescher *et al.*, 2014).

O atraso no diagnóstico formal pode retardar o acesso a intervenções especializadas e serviços de apoio, o que potencialmente aumenta as comorbidades e, conseqüentemente, eleva os custos com saúde (Matin *et al.*, 2022; Horlin *et al.*, 2014). A quantificação dos custos associados ao TEA pode fornecer uma visão mais abrangente do impacto financeiro para as famílias e os sistemas de saúde, além de ajudar a identificar os fatores que influenciam esses

custos e as possíveis intervenções políticas (Matin *et al.*, 2022).

Estudos indicam que indivíduos autistas apresentam taxas mais elevadas de utilização de serviços de saúde em comparação com a população geral, incluindo cuidados hospitalares (3% vs 1%) e ambulatoriais (5% vs 2%). Além disso, esses indivíduos tendem a utilizar mais medicamentos psicotrópicos, o que eleva os gastos das famílias e dos sistemas de saúde (Matin, 2022). Crianças com TEA que apresentam enfrentam condições comórbidas, as despesas são significativamente maiores em comparação com aquelas que não têm comorbidades (Peacock, 2012).

Estudos realizados no Reino Unido por Knapp *et al.* indicam que os custos ao longo da vida são substancialmente mais altos para indivíduos com autismo e deficiência intelectual do que para aqueles com apenas autismo (£1,23 milhões vs £0,80 milhões) (Knapp *et al.*, 2009). Enquanto, Barret *et al.* estimou em 2014, os custos de £2,7 mil milhões por ano, com o apoio a uma criança com TEA, dos quais 95% foram contabilizados por serviços financiados pelo estado, e 5% recaindo sobre as famílias (Barret *et al.*, 2015).

Na Austrália, Horlin *et al.* estimou o custo familiar médio do TEA em AUD \$34.900 por ano, com quase 90% da soma (AUD \$29.200) relacionado à perda de renda do emprego. Observaram ainda, que cada sintoma adicional pode aumentar cerca de US\$1.400 ao custo anual de um indivíduo com TEA (Horlin *et al.*, 2014).

Nos Estados Unidos, o TEA afeta mais de 5 milhões de americanos, e em 2015 os custos diretos e indiretos de cuidar de crianças e adultos com TEA foram estimados em US\$268 bilhões, mais do que a soma dos custos do acidente vascular cerebral e da hipertensão. O custo vitalício de educação, saúde e outras necessidades de serviços para um indivíduo com TEA varia de US\$1,4 a US\$2,4 milhões de dólares, dependendo de ter ou não deficiência intelectual concomitante (Hyman *et al.*, 2020).

Atualmente, a maioria dos dados sobre o impacto do Transtorno do Espectro Autista (TEA) provém de países desenvolvidos, sendo muito limitados nos países em desenvolvimento. Na China, os dados disponíveis revelam que, em Pequim, o custo anual para as famílias com crianças autistas é de 19.582,4 RMB (aproximadamente US\$ 3.704). Em Changsha, a perda média anual de rendimento associada a ter um filho com TEA é de 44.077 RMB (cerca de US\$ 7.226). Já na província de Guizhou, o custo anual para pacientes com autismo é de  $86.700 \pm 5.688$  RMB (aproximadamente US\$  $13.596 \pm 892$ ), e a estimativa da carga anual total de TEA foi de 5,548 bilhões de RMB (US\$ 870 milhões) (Liu *et al.*, 2022).

No Brasil, ainda são raros os trabalhos sobre a carga econômica do TEA. Em 2010, Camargos Júnior publicou em sua dissertação de mestrado, trabalho inédito referente ao custo

familiar com autismo infantil no estado de Minas Gerais. A pesquisa estimou um gasto médio anual *per capita* de R\$9.707,00, calculado com base nos dados populacionais de 2007 fornecidos pelo IBGE (Camargos Júnior, 2010).

No Quadro 2, um orçamento de tratamento de terapia multidisciplinar de apenas 3 especialidades pelo método ABA, no Brasil, pode atingir o valor de quase R\$ 30.000,00 mensais.

Quadro 2 – Orçamento mensal de terapias

Especialidade ABA	Horas	R\$ Hora	Total Semanal	Total Mensal
Fonoaudiologia	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Terapia Ocupacional /IS	10	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00	R\$ 8.000,00
Psicoterapia	20	R\$ 180,00	R\$ 3.600,00	R\$ 14.400,00
	40	R\$ 560,00	R\$ 7.400,00	R\$ 29.600,00

Fonte: Sinzinger, 2021.

### 5.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS AUTISTAS NO BRASIL

A definição de política pública é um conjunto de ações e decisões tomadas por governos com o objetivo de resolver problemas ou promover o bem-estar da sociedade. Essas políticas são desenvolvidas para atender às necessidades da população em áreas como saúde, educação, segurança, meio ambiente, entre outras, e podem incluir leis, regulamentos, programas, projetos e serviços oferecidos pelo governo (Costa; Fernandes, 2018).

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Senado Federal, 1988).

Antes dos anos 80, não havia qualquer tipo de assistência para os indivíduos autistas pelo governo. Então, por iniciativa própria de pais e amigos, com a necessidade de promover a divulgação de conhecimentos e obter ajuda mútua sobre as características comportamentais

de seus parentes, decidiram criar as associações para o apoio desse público, conforme moldes já existentes na Europa e nos Estados Unidos. Então, em 1983, surge a Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo (AMA-SP), sendo a pioneira no país (Nicoletti; Honda, 2021; Oliveira *et al.*, 2017). O Estado não dispunha de estratégias para o acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental, onde o autismo estava incluído, então a AMA-SP desenvolveu suas próprias frentes assistenciais buscando conhecimentos, por intercâmbios com instituições estrangeiras (Oliveira *et al.*, 2017).

No final da década de 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que havia iniciado desde os anos 70, propunha a desinstitucionalização dos pacientes, com a redução do número de internações e o fechamento gradual dos manicômios, promovendo a reintegração dos pacientes à sociedade. O movimento também defendia a criação de uma rede de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e outras iniciativas que garantiam o cuidado e apoio às pessoas com transtornos mentais em suas comunidades, promovendo o resgate da dimensão de cidadania a essa população. Por ação desse movimento, foi promulgada a Lei n. 10.216/01, e a saúde mental consolidou-se anos depois como política de Estado. O modelo CAPS foi oficialmente regulamentado pelo Ministério da Saúde em 2002, por meio da Portaria n. 336/2002, que estabeleceu os critérios de financiamento, funcionamento, tipos de CAPS e suas respectivas modalidades de atendimento. Desde então, os CAPS se tornaram um componente fundamental da rede de saúde mental no Brasil, promovendo o atendimento psicossocial e a inclusão social dos pacientes (Amarante, 2018). Essa Portaria permitiu a expansão dos CAPS que passou de 424 em 2002, para 3.379 em 2023 (Oliveira; Garcia, 2024).

Os CAPS são serviços territoriais de porta aberta que, sob a ótica da interdisciplinaridade, realizam o acompanhamento de pessoas com problemas graves de saúde mental, e de seus familiares (Tomazelli *et al.*, 2023). Foram criados nas modalidades I, II, III e CAPSi e AD. O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPS II tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS III tem capacidade de atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O CAPSi é o serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, de acordo com critérios epidemiológicos. O CAPS AD (álcool e drogas) atende pacientes que apresentam sofrimento

psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2002).

Os CAPSi são compostos por equipes multiprofissionais, fundamentadas na lógica da atenção diária, cuidado intensivo e trabalho em rede baseado na comunidade, visando à ampliação dos laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e familiares (Couto *et al.*, 2015).

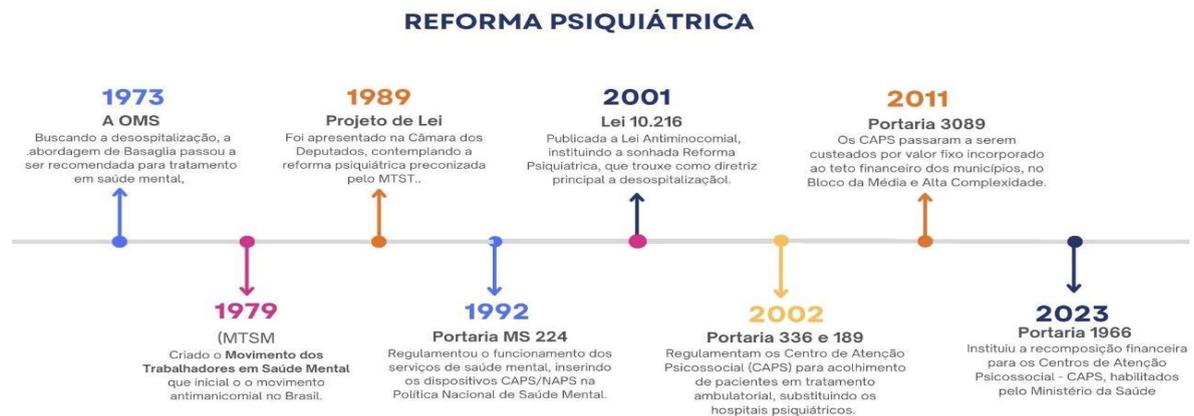
A inclusão da saúde mental infanto-juvenil na agenda das políticas públicas nacionais ocorreu tardiamente, no campo interno da saúde mental, o que contribuiu para os problemas enfrentados atualmente em relação à rede de cuidados ofertada pelo SUS para autistas (Oliveira *et al.*, 2017). Após mais de 10 anos da implantação do projeto de saúde mental para crianças e jovens, e apesar dos esforços para responder com efetividade às demandas complexas da saúde deste público, a existência de problemas estruturais e investimentos vem interferindo na consolidação da política. Couto *et al.* (2015) relatam em seu artigo que o número de CAPSi implantados era insuficiente, com apenas 183 unidades em 2013. Esse dado contrasta com a expansão e distribuição regional dos CAPS para adultos no mesmo período, que contavam com cerca de 2.000 unidades espalhadas por todas as regiões do país. Além disso, os autores destacam a escassez de estratégias de formação permanente para os trabalhadores da rede, o que compromete o mandato clínico e gestor dos CAPSi. Observa-se também uma grande fragilidade nos vínculos de trabalho dos profissionais, marcada por uma tendência acentuada à terceirização, baixos salários e a ausência de garantias de permanência no sistema de saúde. Outro problema levantado foi a falta de implantação do dispositivo de supervisão clínico-institucional na maioria dos CAPSi (Couto *et al.*, 2015).

Paralelamente à criação dos primeiros CAPSi, associações como a AMA-SP ganharam destaque nos campos político, assistencial e técnico, em um contexto de escassez de recursos públicos para o cuidado de autistas. A AMA se expandiu por vários estados tornando-se referência em produção técnica e formação profissional, influenciando o surgimento de associações similares, como a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA) e Fundação Mundo Azul. Essas associações têm se articulado no campo político reivindicando direitos e denunciando as falhas nos serviços de diagnóstico e tratamento oferecidos (Oliveira *et al.*, 2017).

Em 2011, a Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que articula e integra a saúde mental a outros pontos de atenção à saúde garantindo a integralidade do cuidado no SUS. É formada pelos componentes: Atenção Básica

em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e a Reabilitação Psicossocial. Cada um desses componentes detém um conjunto específico de pontos de atenção e linhas de cuidado (Fernandes *et al.*, 2020).

Figura 1 - Linha do Tempo com as normas com as ações que efetivaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil



Fonte: Elaborada pela própria autora.

### 5.3.1 A Política de Atenção à Pessoa com TEA

Em 2012, a mobilização das associações e dos familiares dos autistas conseguiram a aprovação de uma lei federal específica para o autismo. E no dia 27 de dezembro, foi sancionada a Lei n. 12.764, que institui a “**Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**”, reconhecendo a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) como “pessoa com deficiência para todos os efeitos legais” (Ministério da Saúde, 2012).

Essa Lei foi a primeira política pública para o indivíduo autista. Além de considerar que indivíduos com TEA são pessoas com deficiência, para todos os efeitos legais, garante que os mesmos devem ter direito à saúde, educação e acesso ao mercado de trabalho. Prevê punição em caso de recusa de matrícula nas escolas, e caso comprovada a necessidade de apoio às atividades de rotina, a instituição de ensino deve disponibilizar um acompanhante especializado (Nicoletti; Honda, 2021).

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
  - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

- b) o atendimento multiprofissional;
  - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
  - d) os medicamentos;
  - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- IV - o acesso:
- a) à educação e ao ensino profissionalizante;
  - b) à moradia, inclusive à residência protegida;
  - c) ao mercado de trabalho;
  - d) à previdência social e à assistência social (Senado Federal, 2012).

A inclusão dos autistas no campo das deficiências, viabilizou politicamente o acesso a direitos previstos na legislação para pessoas com deficiência no país, como benefícios financeiros, garantia à educação em escolas regulares e de ingresso no mercado de trabalho, entre outros. Além de que essa condição, permitiu o acesso a atendimentos em serviços de saúde especializados, em contradição aos ofertados pela rede de saúde mental (Oliveira *et al.*, 2017).

As pessoas com autismo foram então incluídas na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria n. 793/2012, cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus objetivos são:

- I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;
- II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
- III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
- V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e
- IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Essa Portaria instituiu o Componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são pontos da atenção ambulatorial especializada que realizam diagnóstico, tratamento, reabilitação, habilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. O CER atende regionalmente e pode ser organizado

conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual). São classificados como: CER II - oferta atendimentos de duas modalidades de reabilitação; CER III - oferta atendimentos de três modalidades de reabilitação; e CER IV - oferta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação (Ministério da Saúde, 2012). Esse componente teve seus incentivos financeiros para investimento e custeio instituídos pela Portaria n. 835/2012 (Ministério da Saúde, 2012).

No ano de 2013, por divergências políticas entre os grupos de trabalho que foram formados para a elaboração de protocolos com parâmetros de atendimento a pessoas com TEA, foram criados dois documentos: um voltado para a reabilitação e o outro, voltado para a atenção psicossocial (Oliveira *et al.* 2017).

Embora os documentos revelam diferentes enfoques no tratamento das pessoas com autismo no Brasil, ambos são complementares no objetivo de garantir uma atenção integral e eficiente.

A **“Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial”** tem um foco mais estruturado na organização dos serviços de saúde mental por meio da RAPS, que busca oferecer cuidados integrais e continuados em saúde mental. É dirigida principalmente a gestores e profissionais do SUS, focando na implementação de uma rede de atendimento eficaz dentro da política de saúde pública. O principal foco do documento é a criação de um fluxo de atendimento que envolve tanto o cuidado primário como o atendimento especializado, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais gerais e outros serviços comunitários de saúde mental (Ministério da Saúde, 2015). Enquanto as **“Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”** têm um foco mais específico na reabilitação e no tratamento das pessoas com TEA, independentemente do contexto da saúde mental. As Diretrizes tratam de uma reabilitação que vai além da saúde mental, incluindo aspectos físicos, cognitivos e sociais, é mais voltada para a capacitação funcional do indivíduo com ênfase no potencial de desenvolvimento individual, por meio de tratamentos multiprofissionais (terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e outras áreas de reabilitação) (Ministério da Saúde, 2014).

Ambos os documentos são fundamentados na premissa de que a atenção à pessoa com TEA deve ser integral e multidisciplinar, envolvendo profissionais de diversas áreas, como saúde, educação e assistência social, com articulação intersetorial. A centralidade da pessoa com autismo e de sua família no planejamento e execução do tratamento é um ponto comum. Os dois documentos defendem a importância de uma rede integrada para garantir os direitos

da pessoa com autismo (Oliveira *et al.*, 2017).

Os familiares dos autistas questionam que o CAPS não é o local apropriado para o tratamento de pessoas com autismo, por não terem profissionais especializados para este tipo de atendimento, sendo o seu foco voltado para a assistência a dependentes químicos e pessoas com doença mental (Costa; Fernandes, 2018).

No entanto, apenas no ano de 2023 que as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) foram incluídas na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, com a publicação da Portaria MS n 1.526/2023, que garantia incentivos financeiros específicos para os Centros Especializados em Reabilitação na modalidade intelectual. Esses centros passaram a receber um aporte adicional de 20% no custeio mensal para o atendimento a pessoas autistas (Ministério da Saúde, 2023).

Em julho de 2024, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS n. 4.722/ 2024 criando um Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista (GT-TEA), com duração de um ano, com a finalidade de estruturar ações coordenadas entre as secretarias da pasta para tratar assuntos sobre o tema. A proposta é tratar os direitos das pessoas com TEA, além de incluir novos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, tecnologias, qualificação de profissionais, recursos adicionais para os Centros Especializados em Reabilitação e todas as medidas necessárias com transversalidade entre as secretarias (Ministério da Saúde, 2024).

### **5.3.2 Financiamento dos CAPS**

Após a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em São Paulo, o Ministério da Saúde publicou a portaria SAS/MS n. 224/1992 reconhecendo estes serviços de saúde, e estabelecendo as regras para financiamento através da emissão do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que não especificava o usuário, e os recursos eram dos municípios e estados, limitando a implantação de novos CAPS (Ministério da Saúde, 1992).

Uma década depois, com o fortalecimento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Senado Federal, 2001), o sistema de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi reformulado. Os procedimentos realizados passaram a ser remunerados por meio da emissão da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e incluídos na lista de procedimentos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (Ministério da Saúde,

2002). Para que as unidades pudessem receber esses recursos, era necessário que estivessem devidamente cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (Ministério da Saúde, 2002b).

A Portaria GM/MS n. 2.867/2008, definiu o rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, a serem utilizados nos CAPS com recursos do teto financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Ministério da Saúde, 2008).

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 SUS foi estruturada no final de 2011, estabelecendo os CAPS como os pontos de atenção psicossocial especializada da rede (Ministério da Saúde, 2011). Neste mesmo ano, foi redefinida uma nova forma de financiamento dos CAPS pelo Ministério da Saúde, e suas ações de atenção psicossocial passaram a ser custeadas com valores fixos e variáveis por tipo de serviço realizado (Ministério da Saúde, 2011b).

Os valores fixos para o custeio mensal da manutenção das ações e serviços públicos de saúde dos CAPS, foram definidos conforme descrito na tabela abaixo, e os procedimentos realizados devem ser registrados de acordo com a tabela de procedimentos do SUS. Os recursos fixos foram incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Ministério da Saúde, 2011b). A mesma norma previu a instituição de componente variável de financiamento para os procedimentos realizados nos CAPS.

Quadro 3 – Apresenta os valores fixos dos incentivos repassados pelo Ministério da Saúde para custeio mensal dos CAPS

<b>Modalidade</b>	<b>Valor do Incentivo</b>
CAPS I	R\$ 28.305,00
CAPS II	R\$ 33.086,25
CAPS III	R\$ 84.134,00
CAPS IA	R\$ 32.130,00
CAPS AD	R\$ 39.780,00
CAPS AD III (24 horas)	R\$ 105.000,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2011b.

A nova forma de financiamento do Ministério da Saúde (MS) buscou consolidar a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país, com o objetivo de garantir acesso integral às ações de saúde mental, álcool e outras drogas. Os recursos repassados, somados aos disponibilizados pelos demais entes federativos (Estados, Distrito Federal e Municípios), deveriam ser suficientes para assegurar o custeio e a sustentabilidade financeira dessas unidades de saúde. Isso incluía despesas com estrutura física, equipamentos, mobília, recursos humanos, insumos e outros custos, tanto fixos quanto variáveis (Ministério da Saúde, 2011).

Dos anos 2002 a 2017 foram publicadas seis portarias que garantiram recursos tanto de custeio como de investimento para os CAPS habilitados. Em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 (Senado Federal, 2016), congelou os investimentos da seguridade social por 20 anos impactando na saúde mental. Posteriormente, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, a Portaria n. 3.659/ 2018, suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. O valor do incentivo financeiro para o custeio dos CAPS foi aumentado em 2023 com a Portaria GM/MS n. 660/23 para os estados e municípios, que passaram a receber em 2024 repasses maiores (Oliveira; Garcia, 2024).

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio de manutenção dos CAPS não podem ser usados para pagamento de servidores ativos ou inativos, para gratificação de cargos comissionados, para pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado, ou para obras novas de construções e ampliações de imóveis já existentes. Porém podem ser usados para contratos de pessoal exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde, bem como o pagamento de gratificações diretamente ligadas às funções relacionadas aos serviços previstos neste Plano de Saúde. Enquanto os recursos do Bloco de Investimentos, deve ser utilizado para obras de construções novas, obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, 2017).

Cada modalidade de CAPS necessita de um elenco mínimo de profissionais para a gestão e realização dos atendimentos e procedimentos aos usuários, bem como de estrutura física/mobiliária adequada. Desta forma, pode ser objeto de estudo analisar se esses valores estabelecidos para o incentivo são suficientes para garantir a sustentabilidade financeira desses estabelecimentos.

Quadro 4 – Equipe profissional mínima para os CAPS

<b>Modalidade</b>	<b>Profissional Nível Superior</b>	<b>Profissional Nível Médio</b>
CAPS I	1 médico saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário*,,	4 profissionais de nível médio**
CAPS II	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro saúde mental; 4 profissionais de nível superior*	6 profissionais de nível médio**.
CAPS III	2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro saúde mental, 5 profissionais de nível universitário*	8 profissionais de nível médio**
CAPS IA	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior*	5 profissionais de nível médio**.
CAPS AD	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro saúde mental; 1 médico clínico para triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário *	6 profissionais de nível médio**
CAPS AD III (24 horas)	1 psiquiatra; 1 médico saúde mental ; 1 enfermeiro formação saúde mental; 5 profissionais de nível universitário*	4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para atividades administrativas.
profissionais de nível universitário* categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.		
profissionais de nível médio** categorias: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.		

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Ministério da Saúde, 2015.

Foi observado neste estudo, que os valores fixos de incentivo ficaram congelados por mais de uma década e mesmo corrigidos, pela Portaria GM/MS n. 660, de 3 de julho de 2023 (Ministério da Saúde, 2023b), continuam defasados quando é calculada a correção pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor (INPC) do período referente a janeiro de 2012 e

julho de 2024.

No quadro 5, apresentamos os valores de incentivo definidos em 2011 (Ministério da Saúde, 2011b), os valores corrigidos em 2023 (Ministério da Saúde, 2023), e os valores corrigidos pelo INPC do período. A correção dos valores pelo MS foi em média de 27,1% para os CAPS I, II, IA e AD e de 69,4% para os CAPS III e AD III (24 horas), quando deveria ser de 141,6%, para todas as modalidades de CAPS, conforme Calculadora do Cidadão do Banco Central do Brasil, demonstrando a necessidade de atualização dos valores para melhor qualificação e sustentabilidade financeira desses equipamentos.

Quadro 5 - Valores de incentivos de custeio mensal dos CAPS reajustados em 2023 x Valores corrigidos pelo INPC

<b>Modalidade</b>	<b>Valor do Incentivo em Janeiro/2012 (R\$)</b>	<b>Valor do Incentivo em Julho/2023 (R\$)</b>	<b>Valor Corrigido pelo INPC (R\$)</b>	<b>Defasagem (R\$)</b>
CAPS I	R\$ 28.305,00	R\$ 35.978,00	R\$ 55.668,48	R\$ 19.690,48
CAPS II	R\$ 33.086,25	R\$ 42.056,00	R\$ 65.071,95	R\$ 23.015,95
CAPS III	R\$ 84.134,00	R\$106.943,00	R\$165.469,43	R\$ 58.526,43
CAPS IA	R\$ 32.130,00	R\$ 40.840,00	R\$ 63.191,25	R\$ 31.061,25

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O CASO DE PERNAMBUCO

Em 2020, um estudo realizado pela Gerência de Saúde Mental do Recife, com base em registros internos dos CAPS, detectou um aumento de 110% na demanda de crianças com o diagnóstico do TEA nos anos de 2017-2018 no Estado de Pernambuco.

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE) na sua função de fiscalizar a prestação de serviços, realizou alguns levantamentos com o intuito de recolher dados que desse subsídios à análise da situação da política pública de saúde para a população autista em todo o território pernambucano, e identificou vários problemas relacionados à prestação dos serviços públicos de saúde para essa população.

Por meio dos dados obtidos neste amplo levantamento, buscou-se não apenas compreender, com base em informações concretas, a realidade dos serviços públicos de saúde destinados às pessoas autistas em todo o estado, mas também identificar, quantificar e apontar as principais lacunas nesses serviços. O objetivo é sensibilizar os gestores sobre a situação e fornecer-lhes informações essenciais para uma melhor tomada de decisões sobre o tema. Além disso, visa-se capacitar os usuários dos serviços, promovendo o controle social, e orientar as ações de fiscalização e controle da saúde pública pelo TCE/PE e outras instâncias envolvidas.

No ano de 2021, o TCE avaliou a atuação dos Gestores municipais sobre o tema e constatou:

- Inexistência de assistência em várias partes do território pernambucano;
- Inexistência ou ineficiência dos fluxos de avaliação para fins de diagnóstico do TEA, e para a prestação do atendimento multidisciplinar;
- Filas de espera para atendimento multidisciplinar e para avaliação diagnóstica;
- Problemas relacionados ao diagnóstico precoce;
- Duração e frequência das sessões multidisciplinares disponibilizadas em quantidades inferiores ao necessário;
- Falta de investimentos em ações de capacitações e especializações para os profissionais de saúde que prestam atendimento aos autistas;
- Necessidade de acompanhamento da prestação de suporte psicológico e psiquiátrico aos responsáveis legais dos autistas nos centros de atendimento;
- Ausência de política pública de saúde no Governo do Estado, para enfrentamento dos problemas identificados com o serviço público de saúde prestado aos autistas.

Posteriormente, entre 2022 e 2023 um novo levantamento de maior abrangência, constatou:

- Falta de estrutura mínima para equipamentos públicos de saúde destinados a prestar atendimento básico a autistas;
- Falta de organização em alguns municípios para oferecer atendimentos de saúde destinados ao diagnóstico e tratamento dos autistas;
- Filas de espera para atendimento multidisciplinar ou para a avaliação diagnóstica do TEA;
- Indisponibilidade de neuropediatras e de terapeutas ocupacionais nos municípios;
- Falta de incentivos para capacitação dos profissionais da rede municipal no tratamento do TEA;
- Profissionais pouco especializados para atendimento aos indivíduos autistas.

Diante deste cenário, ficou evidente que as constatações tanto no âmbito do governo estadual quanto no nível municipal convergiam para a mesma conclusão: a precariedade das políticas públicas voltadas para as pessoas autistas em Pernambuco.

Para a realização deste levantamento, a equipe de auditoria achou que deveria obter informações de todos os municípios pernambucanos. Foi elaborado um formulário eletrônico com 59 questões qualitativas e quantitativas acerca da demanda, que deveria ser respondido pelos 184 gestores municipais, além do Arquipélago de Fernando de Noronha. Das respostas obtidas dos 182 gestores que responderam o questionário da auditoria, concluíram:

- **Levantamento do número de autistas e população de pessoas autistas residentes:** Apenas 114 gestores responderam, porém alguns dados eram de anos anteriores e outros, enviaram números estimados aproximados. O total informado foi de 9.897 autistas. Dados de 71 municípios não foram enviados e dentre estes de grandes municípios como: Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Petrolina. Mesmo com o quantitativo subestimado, conclui-se que o número obtido, por si só, já demonstra a grande quantidade de pessoas autistas em parte do território pernambucano, sendo um dos tipos de transtorno de maior incidência no estado.
- **Ferramenta de rastreio para detecção precoce de crianças autistas de 0 a 30 meses de idade:** O Ministério da Saúde, atendendo à Lei Federal n. 13.438/2017, que incluiu no Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar protocolos padronizados para a avaliação de riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade, modificou a caderneta da criança na sua nova versão (3ª edição), acrescentando o instrumento “Checklist M-CHAT, que é uma escala para auxiliar a identificar em crianças sinais do Transtorno do Espectro Autista. Esta nova versão da caderneta deveria ser usada a partir de 2022,

nas unidades básicas de saúde, para auxiliar no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

No levantamento do TCE, **somente 25** municípios fizeram o treinamento para a aplicação do protocolo.

O Relatório ressalta que, nos artigos 8º a 10º, da Portaria MS n. 2.436/2017, prevê como competência das três esferas de governo, a garantia da educação permanente para gestores e profissionais no âmbito da Atenção Básica, conforme transcrito abaixo:

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

...

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

...

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

...

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

...

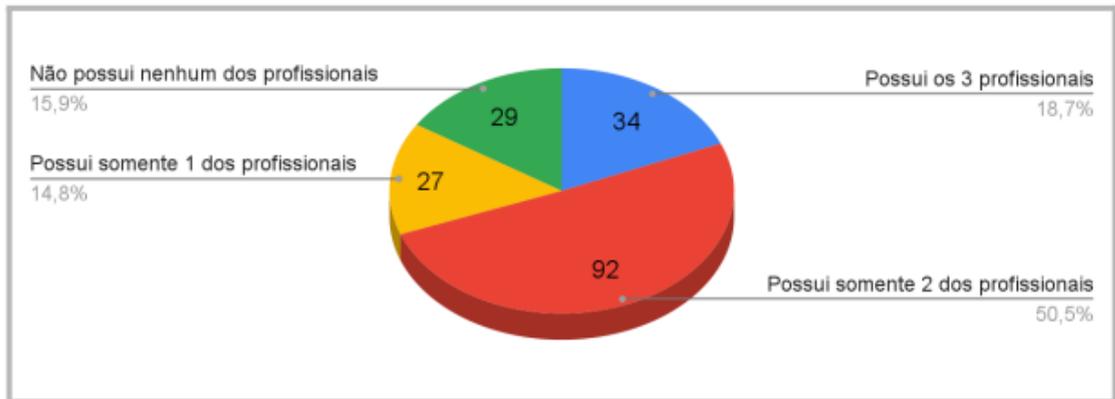
XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas.

- **Disponibilidade de médico apto a emitir diagnóstico do TEA:** O especialista médico é responsável por concluir o processo de diagnóstico do autismo, bem como o acompanhamento adequado da criança após o início das terapias, além de avaliar seu comportamento com o uso de medicação contínua, prática frequentemente necessária em grande parte dos tratamentos para o transtorno. Dessa forma, é imprescindível que cada município não apenas ofereça à população o acesso a esse profissional, mas também que essa oferta atenda de forma adequada à demanda existente. Apesar da necessidade deste especialista, 68 municípios pernambucanos **não o disponibilizam**

em seus serviços de saúde. O argumento para essa falta do especialista foi justificado pela dificuldade em contratar neuropediatras e psiquiatras infantis, em virtude da escassez desses profissionais (TCE, 2023). Porém, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 2.235/2019 que trata da emissão de laudos médicos para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e estabelece diretrizes para a prática médica em relação ao diagnóstico e acompanhamento de pessoas com TEA, relata: “O diagnóstico de TEA deve ser realizado exclusivamente por médicos, preferencialmente especialistas, como pediatras, psiquiatras ou neurologistas, com base em critérios estabelecidos por diretrizes científicas reconhecidas, como o DSM-5 e o CID-10” (CFM, 2019). Porém, no Estado de Pernambuco foi observado que em sua maioria, médicos psiquiatras e neurologistas têm sido os responsáveis por laudar o TEA (TCE, 2023).

- **Filas de espera para avaliação acerca do diagnóstico do TEA:** No período da pesquisa, entre os meses de maio e julho de 2023, 102 municípios informaram que havia uma fila de espera de 45.367 usuários para emissão do diagnóstico. Desses, 10.848 eram casos suspeitos. Os municípios com maior fila de espera foram Recife, com 9.322 pessoas, e Jaboatão dos Guararapes, com 4.694, e ainda não souberam informar quantos casos suspeitos. O quantitativo de casos suspeitos em fila de espera já demonstra que há um grande número de pessoas que aguardam atendimento no estado, retardando o diagnóstico e o início do tratamento.
- **Disponibilidade de profissionais para terapias multidisciplinares para autistas:** Além do diagnóstico precoce, é de extrema importância o início do tratamento de imediato em frequência e duração suficientes, realizado por profissionais capacitados para atender à demanda das pessoas autistas. Apesar da Lei Estadual n. 15.487/2015 no art. 3º, IV relatar que deve ser disponibilizado aos usuários autistas o atendimento de psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, foi constatado que nenhum dos municípios dispõe do mínimo recomendado. Apenas 39 municípios pernambucanos contam, ao menos, com um profissional terapeuta ocupacional. A escassa oferta deste profissional, deve-se à baixa oferta de cursos universitários no estado. Ainda foi identificado que apenas 34 municípios têm ao menos um psicólogo, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional, em seu quadro de profissionais. Os 148 municípios não obedecem a esse critério legal, e 29 não possuem profissionais de qualquer uma dessas especialidades.

Gráfico 2 - Quantidade de municípios de acordo com a oferta de equipe mínima prevista na Lei Estadual n. 15.487/2015 (psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional). Pernambuco, 2023.



Fonte: Gráfico construído pela equipe de auditoria do TCE com os dados disponibilizados pelos municípios por meio de pesquisa através de formulário eletrônico (TCE, 2023).

- **Filas de espera para terapias multidisciplinares do TEA:** Após constatar a escassez de profissionais para a realização das terapias do TEA, observou-se um elevado número de usuários aguardando atendimento, conforme ilustrado no Quadro 06, a seguir. Essas informações foram enviadas por apenas 75 municípios.

Quadro 6 - Quantitativo de usuários em fila de espera, nos 75 municípios, para tratamento multidisciplinar do TEA em Pernambuco, 2023

Profissionais	Total de usuários em fila de espera
Fonoaudiólogo	18.409
Psicólogo	40.869
Terapeuta Ocupacional	6.365
Nutricionista	4.246
Psicopedagogo	1.679

Fonte: TCE, 2023.

- **Nível de especialização no TEA dos profissionais terapeutas que atendem pessoas autistas:** O atendimento aos autistas deve ser realizado por profissionais devidamente qualificados. Conforme respostas dos municípios, dos 846 profissionais que atendem às pessoas com autismo, somente 9,45%, ou seja, 80 possuem capacitação para realizar os atendimentos. Nutrição, foi a especialidade que teve

menor número de profissionais especializados, conforme demonstração no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Quantidade de profissionais capacitados em relação ao número total de profissionais ofertados pelos municípios. Pernambuco, 2023.



Fonte: TCE, 2023.

- **Oferta de capacitações e treinamentos na temática do TEA para os terapeutas:**

Os cursos de especialização requerem investimentos altos e a disponibilidade de tempo dos profissionais. Para isso, é necessário haver atuação do estado, custeando e ofertando cursos de capacitação. O resultado da consulta aos gestores foi que nos últimos 3 anos, apenas 23 municípios relataram ter ofertado.

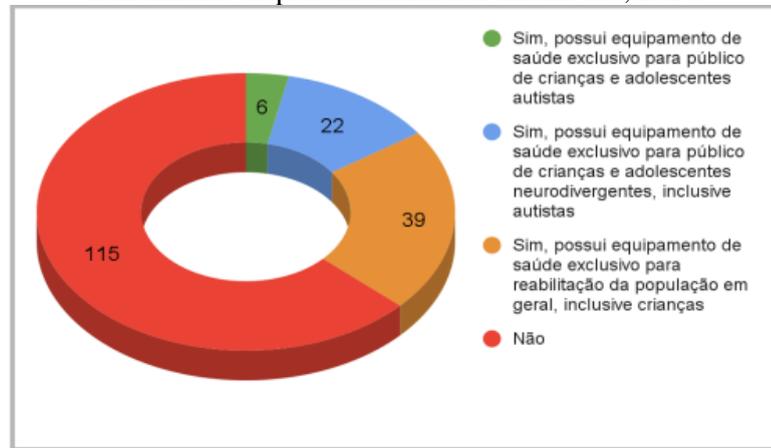
- **Treinamento parental:** Os responsáveis legais e familiares dos autistas deveriam receber treinamento visando o manejo do comportamento dos cuidadores, adequação de rotinas e co-responsabilização na estimulação das crianças. Dos 182 municípios que responderam, apenas 15 deram este treinamento.

- **Equipamentos de saúde disponibilizados para atendimento médico e terapias multidisciplinares de pessoas autistas:** A estrutura dos equipamentos de saúde que atendem ao público autista deve seguir critérios mínimos e considerar a diversidade de perfis associados ao TEA. Fatores como acessibilidade, acústica, tamanho, mobília e materiais lúdicos são essenciais para otimizar os tratamentos. As necessidades variam entre os indivíduos com TEA, e muitos equipamentos usados pela população em geral podem não ser adequados. Além disso, alguns, como os destinados a doenças mentais e dependência química, não são apropriados para atender pessoas autistas. Na inexistência dos Centros Especializados, os serviços são concentrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém as UBS e NASF atendem um público geral, tem alto fluxo de pessoas, salas sem

materiais para a estimulação terapêutica, falta de acomodação altos e frequentes ruídos sonoros, dificultando a permanência das pessoas autistas.

A lei estadual n. 15.487/2015, trata que o atendimento às pessoas autistas deve ser em unidade especializada, diferente das destinadas a tratamento de doenças mentais; porém, 43 Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos destinados por municípios para atendimento do TEA (TCE, 2023). O Gráfico 4 demonstra que somente 6 municípios possuem unidades especializadas de saúde exclusivas para pessoas autistas, enquanto 115 municípios não possuem unidades destinadas a este tipo de tratamento.

Gráfico 4 - Municípios de acordo com o tipo de equipamento de saúde disponibilizado para atendimento de pessoas autistas. Pernambuco, 2023.



Fonte: TCE, 2023.

- Outras considerações apontadas no relatório:** A inexistência de um instrumento eficaz para orientar tanto os profissionais quanto os usuários no fluxo de direcionamento para o agendamento de consultas de diagnóstico ou terapias multidisciplinares. Quanto ao controle da fila de espera, apenas 19 municípios utilizam aplicativos eletrônicos específicos para esse fim; a maioria ainda recorre a anotações em agendas físicas, o que representa um método de controle menos eficiente. Além disso, a ausência de comprovantes dos agendamentos limita a garantia contra a perda de informações por parte dos municípios. Quando o laudo médico provém da rede privada, alguns municípios não agendam as terapias multidisciplinares, o que contraria os parágrafos 1º e 2º do art. 2º da Lei Estadual n. 15.487/2015. Nas respostas dos gestores, 46 municípios afirmaram que não oferecem acesso ao tratamento com base em laudos médicos provenientes da rede privada, exigindo que o usuário passe por agendamento e consulta com um médico da rede pública. A situação é semelhante com a disponibilização de medicamentos para autistas: 62 municípios informaram que

só fornecem medicamentos quando a receita é emitida por médicos da rede pública. Os desafios com os cuidados diários de um autista, podem desencadear nos pais e familiares alguns tipos de doenças, como a ansiedade e a depressão e, em casos mais graves, ideias suicidas. Por isso, a necessidade de um suporte psicológico ou psiquiátrico para o responsável do autista ter a lucidez e paciência necessária para prestar os cuidados inerentes às suas necessidades. Nas respostas da pesquisa, 92 municípios informaram não realizar qualquer ação para dar esse apoio. Defasagem nos valores repassados pelo governo federal aos estados e municípios, para custeio das unidades de saúde e de capacitação profissional para o atendimento do público autista. Outro ponto levantado foram as dificuldades encontradas pelos municípios com o governo federal, para aprovar a implantação de novos centros especializados em sua região. Em setembro de 2023, o Ministério da Saúde incluiria o tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência, liberando o aporte de 20% a mais no custeio das unidades que atendem esse público. Por fim, o relatório conclui que o Estado de Pernambuco apresenta uma política de saúde pública voltada para o Transtorno do Espectro Autista ainda em estágio inicial, sem a devida prioridade por parte da maioria dos municípios e do governo estadual diante da demanda atual. As poucas ações realizadas, embora consideradas positivas, não mostram uma proporção adequada em relação aos problemas existentes, que tendem a se agravar gradualmente devido ao aumento constante da demanda, conforme apontam as estatísticas internacionais e o levantamento atual (TCE, 2023).

- **Conquistas e dificuldades encontradas pelos autistas em Pernambuco:**

Um grande ganho para a população autista em Pernambuco em 2022, foi o julgamento pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) do Incidente de Assunção de Competência (IAC) n. 0018952-81.2019.8.17.9000, sobre a responsabilidade dos planos de saúde pelas despesas com tratamento multidisciplinar e terapias especiais aplicadas a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Neste, foram fixadas teses jurídicas que obrigam os planos de saúde a custear o tratamento multidisciplinar de pessoas com autismo abrangendo métodos e terapias especiais. Os tratamentos multidisciplinares que devem ser cobertos incluem os métodos ABA, Bobath, Hanen, Pecs, Prompt, Teacch e Integração Sensorial, além de terapias especiais hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade. Se a rede credenciada do plano não tiver profissionais qualificados, a família poderá recorrer a clínicas particulares e obter o ressarcimento da operadora. A negativa de custeio de terapias multidisciplinares previstas em contrato pode resultar em reparação por danos

morais (Brito, 2022).

No mês de abril é comemorado no dia 02, o **Dia Mundial da Conscientização do Autismo**, e são realizados vários debates e discussões sobre o tema. Neste ano (2024) uma audiência pública foi organizada pela Comissão de Cidadania da Assembleia Legislativa de Pernambuco, para chamar atenção sobre a importância da conscientização do autismo. Debateram sobre o panorama para atendimento de pessoas com autismo em Pernambuco. Foi debatido a falta de investimentos na área de educação e saúde por parte do Governo do Estado. As famílias têm convivido com filas de espera para diagnóstico (cerca de 10.000 pessoas) e para as terapias. Há relatos de tratamentos com terapias quinzenais, quando deveria ser pelo menos, 3 vezes por semana. Algumas escolas fazem rodízios de crianças, por falta de acompanhantes de sala, fazendo-as frequentar uma ou duas vezes por semana.

A inclusão escolar é um tema difícil na vida do autista, pois há muitas negativas “sutis” para o ingresso numa nova escola na rede privada. Algumas dizem não haver vagas, outras que já tem a cota de 5% de alunos especiais na turma, ou que não disponibilizam o acompanhante de sala. A escola pública diz que oferece o acompanhante, o atendimento educacional especializado (AEE), mas a realidade é diferente.

Outra situação levantada por familiares, é a necessidade de políticas públicas que se estendam após a infância, pois o adolescente acima de 12 anos têm encontrado dificuldade para tratamento mesmo em clínicas privadas com planos de saúde.

Diante do que foi apresentado no relatório do TCE, da literatura analisada neste estudo, dos relatos dos familiares dos autistas, e da própria percepção de conviver dentro deste cenário, conclui-se que há uma necessidade **urgente** da implantação de políticas públicas no Estado, relacionadas à saúde e Educação. Há necessidade da construção de Centros Especializados de Reabilitação (CER) para atendimento do autismo, além de capacitação para os profissionais tanto da saúde como da educação.

## 7 RESULTADOS

Foram encontrados cadastrados no CNES, somente 17 CAPSi (CAPS infante juvenil), no estado de Pernambuco, em 2024, que ainda é considerado referencial para o diagnóstico e tratamento dos autistas, apesar da evolução das políticas do autismo para a linha da reabilitação. Destes, 04 equipamentos no Recife, 04 em municípios da Região Metropolitana (Abreu e Lima, Camaragibe, Jaboatão e Olinda), 02 na Região do Agreste (Angelim e Garanhuns), 02 na Região da Mata (Carpina e Palmares), 04 na Região do Sertão (Arcoverde, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada e São José do Egito) e 01 na Região do São Francisco (Petrolina). Observando a distribuição por Mesorregiões, percebe-se que há um grande vazio territorial, mesmo estando dispostos nas 5 regiões do Estado.

Quanto aos Centros Especializados de Reabilitação cadastrados no CNES, foram encontradas apenas 06 unidades no relatório de habilitações na modalidade intelectual, que são os referenciados para autismo conforme portaria n. 1526/2023 do Ministério da Saúde.

Quadro 7 - Estabelecimentos CER cadastrados na modalidade intelectual

ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO
CENTRO DE REAB. MENS SANA	ARCOVERDE
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE LIMOEIRO	LIMOEIRO
IMIP	RECIFE
FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	RECIFE
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO EDUARDO JOSÉ COSTA	RECIFE
US POLICLÍNICA LESSA DE ANDRADE	RECIFE

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do CNES.

Foi observado no cadastro do CNES que os Centros Especializados para Reabilitação que deveriam ser classificados por modalidade atendida (CER, CER II, CER III e CER IV), não estão sendo cadastrados conforme o preconizado na Portaria n. 1526/2023 dificultando as pesquisas nos relatórios deste site.

No Tabwin foram pesquisados dados referentes aos atendimentos prestados pelo SUS, conforme relacionados: psicossocial, reabilitação neuropsicológica, psicopedagógica, fonoaudiológica, reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor, acompanhamento nas múltiplas deficiências, além de comunicação alternativa para os Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID F84), onde consta o subtipo do autismo.

Analisando os resultados encontrados no Quadro 8, retirados da Tabela Unificada de Procedimentos Ambulatorial extraída do DATASUS, foi observado que todos os atendimentos registrados para cobrança, foram realizados por estabelecimentos cadastrados como Centros de Especializados de Reabilitação (CER), que na sua maioria são Organizações Não Governamentais (ONG) e entidades sem fins lucrativos, conveniadas ao SUS. Este resultado deve-se ao fato do autismo ter sido incluído nas políticas da pessoa com deficiência. Não foram encontrados registros de produção para os CAPSi, provavelmente pela forma como vem sendo realizados os financiamentos de custeio para estes equipamentos. Ainda aqui é demonstrado a maciça presença de ONGs e associações voltadas para o tratamento do autismo.

Os números de registros encontrados são baixos, considerando o tempo dos atendimentos (10 anos), e o fato do CID F84 ter vários subtipos incluídos. Foram desconsiderados os estabelecimentos cuja produção foi abaixo de 1.000 no período estudado.

Quadro 8 - Procedimentos ambulatoriais reabilitação TGD registrados de 2014 a 2023  
(Estabelecimentos com maiores números de registros)

ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO	Nº de procedimentos 2014 a 2023	Tipo de Gestão
GURI	RECIFE	317.037	ONG
CENTRO DE REAB. MENS SANA	ARCOVERDE	290.904	ONG
APAMI DE VITORIA DE SANTO ANTÃO	VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	182.020	ENTIDADE S/FINS LUCRATIVOS
FUNDAÇÃO PERRONE	JABOATÃO DOS GUARARAPES	174.064	ENTIDADE S/FINS LUCRATIVOS
FUNDACAO ALTINO VENTURA	RECIFE	142.810	ENTIDADE S/FINS LUCRATIVOS
UNEDIN I	RECIFE	139.103	ONG

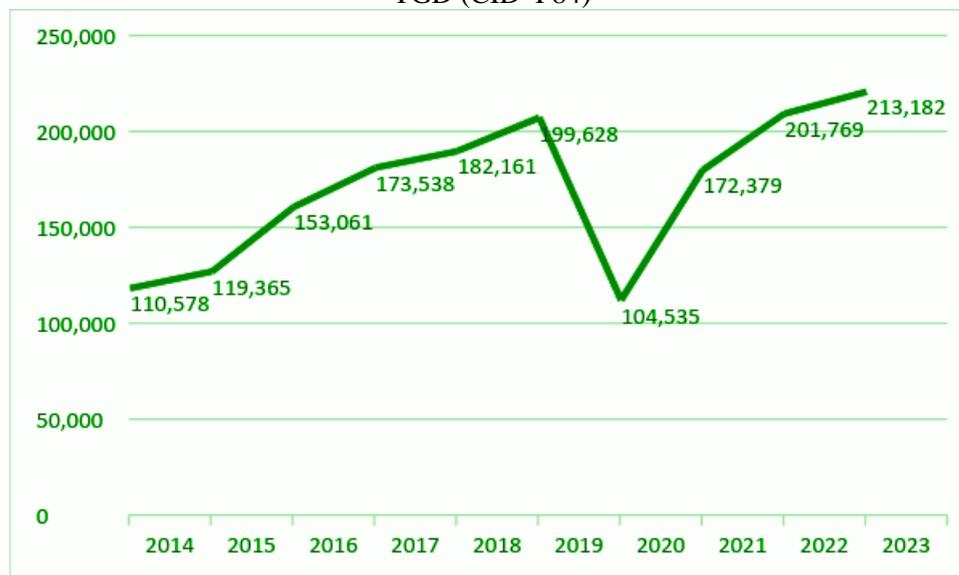
CAINE	JABOATÃO DOS GUARARAPES	50.343	ONG
ASSOCIAÇÃO PODE	PESQUEIRA	43.805	ONG

Fonte: Elaborada pela autora, com base em dados coletados do DATASUS.

No gráfico 5, pode-se observar que houve um crescimento no número de atendimentos/ procedimentos realizados. No ano de 2020, houve uma queda significativa nos atendimentos devido à pandemia do Covid-19. A seguir, a curva cresceu novamente, demonstrando a tendência no aumento da demanda de crianças com TEA com diagnósticos e em tratamento. Ao calcularmos a variação na quantidade de procedimentos, observamos que houve um aumento de 92,79% no período de estudo.

Os achados neste estudo corroboram com o que foi descrito no Relatório do levantamento do TCE em 2023.

Gráfico 5 - Referente aos Registros Ambulatoriais de 2014-2023 (Procedimentos de reabilitação para TGD (CID F84))



Fonte: Elaborada pela autora, com base em dados coletados do DATASUS.

## 8 CONCLUSÕES

Pode-se concluir que na década analisada, ocorreram muitas mudanças nas políticas públicas relacionadas ao autismo, que passou da saúde mental à reabilitação, bem como nas formas de financiamento e custeio dos procedimentos relacionados aos atendimentos.

As literaturas estudadas demonstraram preocupação quanto aos custos sociais do tratamento do autismo que impactam uma alta carga financeira tanto para as famílias, como para os governos. Os países que estão mais à frente no tratamento deste transtorno, criaram políticas e centros especializados para saúde e educação especial, visando minimizar as perdas financeiras tanto para os pais e cuidadores que deixam seus empregos para cuidar dos seus entes, como para o próprio indivíduo autista entrar no mercado de trabalho.

As discussões relativas à etiologia do autismo já estão bem avançadas na área genética em outros países, enquanto no Brasil ainda tenta-se implantar um instrumento de rastreio para identificar nas unidades básicas de saúde precocemente os sinais de atraso no desenvolvimento infantil.

No Estado de Pernambuco, é preciso avançar na política para o TEA, a partir da sensibilização dos Gestores para o tema. A Lei Estadual n. 15.487/2015 com suas emendas, foi bem elaborada para garantir as questões básicas para o TEA, porém muito ainda está no papel.

Neste estudo pôde-se observar que há poucas unidades cadastradas no SUS (CNES) para o atendimento de pessoas autistas, e os números de registros dos atendimentos cresceram em quase 100%. Esses são os números que temos visíveis. E a demanda reprimida que não temos? Tudo isso vem demonstrar a necessidade de investimentos financeiros, políticos e sociais voltados para o atendimento de pessoas com TEA.

Inicialmente, identificando a população autista no país, principalmente a que necessita exclusivamente de apoio do SUS. A construção de novos centros de reabilitação ou readequação das unidades existentes para o atendimento de múltiplas deficiências é primordial. Mapear as áreas de Pernambuco para organizar a distribuição desses centros, diminuindo o acúmulo nos grandes centros urbanos seria de grande valia.

Outros investimentos seriam em capacitação dos profissionais de saúde para os atendimentos dos transtornos globais do desenvolvimento, como também do autismo; orientação e treinamento para os pais e cuidadores quanto ao manejo com o autista. Investimentos em escolas e professores para educação inclusiva. Além de campanhas de conscientização e

fiscalização nas escolas públicas e privadas, para que atuem de acordo como é preconizado nas legislações. Espera-se que o GT instituído pela Portaria GM/MS n. 4.722/ 2024 traga evoluções para o TEA e que muitos indivíduos possam ter oportunidades de estudo, trabalho e de uma vida digna como cidadão.

As principais dificuldades com este estudo foram devido à falta dos números da população com TEA no Brasil, além de haver divergências entre os resultados de prevalência nos artigos analisados; também não foram encontrados estudos sobre custos diretos e indiretos no país. Na pesquisa dos dados de produção do SIASUS, não há o campo de opções por subtipos de CID, impedindo a pesquisa do CID do autismo (F84.0). Nos relatórios de classificação dos estabelecimentos no CNES, o cadastro das habilitações não correspondiam ao descrito nas portarias, e não consegui mapear os Centros Especializados para Reabilitação em Pernambuco.

Os estudos sobre o desenvolvimento das políticas públicas para o autismo em Pernambuco devem prosseguir, afim de monitorar as ações para a sua implementação plena.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *In: Ciência & saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- BARANEK, G. T. *et al.* Sensory Features in Autism Spectrum Disorders. *In: VOLKMAR, F.; RHEA, P.; ROGERS, S. J.; PELPHREY, K. A. (Orgs.). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2014.
- BARRETT, B. *et al.* Comparing service use and costs among adolescents with autism spectrum disorders, special needs and typical development. *In: Autism*, v. 19, n. 5, p. 562-569, 2015.
- BECK, R. G. **Estimativa do número de casos de transtorno do espectro autista no Sul do Brasil**. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2017.
- BRITO, B. TJPE julga IAC e fixa teses jurídicas que obrigam os planos de saúde a custear o tratamento multidisciplinar de pessoas com autismo abrangendo métodos e terapias especiais. *In: TJPE*, 27 jul. 2022. Disponível em: [https://portal.tjpe.jus.br/ultimas-noticias/-/asset\\_publisher/9qNekcUNbSjL/content/tjpe-julga-iac-e-fixa-teses-juridicas-que-obrigam-os-planos-de-saude-a-custear-o-tratamento-multidisciplinar-de-pessoas-com-autismo-abrangendo-metodos](https://portal.tjpe.jus.br/ultimas-noticias/-/asset_publisher/9qNekcUNbSjL/content/tjpe-julga-iac-e-fixa-teses-juridicas-que-obrigam-os-planos-de-saude-a-custear-o-tratamento-multidisciplinar-de-pessoas-com-autismo-abrangendo-metodos).
- BUESCHER, A. V. S. *et al.* Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *In: JAMA Pediatrics*, v. 168, n. 8, p. 721-728, ago. 2014.
- CAMARGOS, W. Jr. **Custo Familiar com Autismo Infantil**. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde]. Belo Horizonte: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, 2010.
- CDC. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 | MMWR. *In: Surveillance Summaries*, v. 72, n. 2, p. 1–14.
- CHASSON, G. S. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and special education for children with autism. *In: J Child Fam Stud.*, v. 6, p. 401–413, jan. 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.235, de 20 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a emissão de laudos médicos para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 10 jan. 2020.
- COSTA, M.; FERNANDES, P. Autismo, cidadania e políticas públicas: as contradições entre a igualdade formal e a igualdade material. *In: Revista do Direito Público*, Londrina, v. 13, n. 2, p.195-229, ago. 2018.
- COUTO, M. C. V. *et al.* Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *In: Psicologia Clínica*, v. 27, p. 17-40, 2015.
- DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *In: Jornal de Psicanálise*, v. 47,

n. 87, p. 79-107, dez. 2014.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *In: Psicologia USP*, v. 31, p. e200027, 2020.

FERNANDES, C. J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. e00049519, 2020.

FOMBONNE, E. Current issues in epidemiological studies of autism. *In: Psicologia: Teoria e Prática*, v. 21, n. 3, p. 405-417. 2019

FREIRE, J. M. S. *et al.* Considerações sobre a prevalência do autismo no Brasil: uma reflexão sobre inclusão e políticas públicas. *In: Revista Foco*, v. 16, n. 3, p. e1225-e1225, 2023.

GIRIANELLI V.R. *et al.* Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013–2019. *In: Rev Saúde Pública*, v. 57, n. 21, 2023.

HAVDAHL A. *et al.* Genetic contributions to autism spectrum disorder. *In: Psychological Medicine*, v. 51, p. 2260–2273, 2021.

HONG, M. *et al.* Prevalence and economic burden of autism spectrum disorder in South Korea using national health insurance data from 2008 to 2015. *In: Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 50, p. 333–339, 2020.

HORLIN, C. *et al.* The cost of autism spectrum disorders. *In: Plos One*, v. 9, n. 9, set. 2014.

HYMAN, S. L. *et al.* Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *In: Pediatrics*, v. 145, n. 1, 2020.

KNAPP, M. *et al.* Economic cost of autism in the UK. *In: SAGE Publications and The National Autistic Society*, v. 13, n. 3, p. 317–336; 2009.

LAI, M. C.; SZATMARI, P. Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. *In: Curr Opin Psychiatry*, v. 33, n. 2, p. 117-123, mar 2020.

LEOPOLDINO, C. B. Cooperação e antagonismo no atendimento ao autismo no Brasil. *In: Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, v. 6, n. 2, p. 137-154, maio/ago. 2017.

LIU, Y. *et al.* The intervention dilemma and high burden of children with autism in Guizhou province, Southwest China. *In: Frontiers in Psychiatry*, v. 13, p. 929833, 2022.

LORD, C.; BISHOP, S. L. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *In: Annual Review of Clinical Psychology*, v. 11, p. 53-70, jan. 2015.

LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. *In: Nature Reviews. Disease Primers*, v. 6, n. 1, p.5, 2020.

MATIN, B. K., *et al.* Contributing factors to healthcare costs in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *In: BMC Health Serv. Res.*, v. 22, n. 604, maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS n. 224, de 29 de janeiro de 1992.** Dispõe sobre [...]. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 3 fev. 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Normatiza os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 189, de 20 de março de 2002.** Estabelece [...]. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 21 mar. 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008.** Estabelece as diretrizes para [...]. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 28 nov. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Estabelece [...]. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 24 dez. 2011b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012.** Brasília: Diário Oficial da União, 25 abr. 2012. Seção 1, p. 53.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf). Acesso em: 4 de maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **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 (SUS).** 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf). Acesso em: 8 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das unidades de atenção especializada à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2017. Seção 1, p. 123-124. Acesso em: 20 de dezembro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pela primeira vez, Ministério da Saúde inclui tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/pela->

primeira-vez-ministerio-da-saude-inclui-tratamento-do-transtorno-do-espectro-autista-na-politica-nacional-da-pessoa-com-deficiencia. Acesso em: 15 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/Ms n. 1.526, de 11 de outubro de 2023.** Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2023b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526\\_16\\_10\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html). Acesso em: 20 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pela primeira vez, Ministério da Saúde inclui tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/pela-primeira-vez-ministerio-da-saude-inclui-tratamento-do-transtorno-do-espectro-autista-na-politica-nacional-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 15 set. 2024.

NICOLETTI, M. A. HONDA, F. R. Transtorno do espectro autista: uma abordagem sobre as políticas públicas e o acesso à sociedade. In: **Farma Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 3, 2. ed., p. 117-130, 2021.

OLIVEIRA, B. D. C. *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora. In: **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 2, p. e-6628383, 2024.

PEACOCK, G.; AMENDAH, D.; OUYANG, L.; GROSSE, S. D. Autism spectrum disorders and health care expenditures: the effects of co-occurring conditions. In: **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 33, n. 1, p. 2-8, jan. 2012.

PERNAMBUCO. **Lei n. 15.487, de 27 de abril de 2015.** Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com Transtorno de Espectro Autista no Estado de Pernambuco e dá outras providências. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=16620&complemento=0&ano=2019&tipo=&url=#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2015.487,com%20Transtorno%20do%20Espectro%20Autista>.

PERNAMBUCO. Lei n° 16.748, de 16 de dezembro de 2019. Altera a Lei n° 15.882, de 23 de agosto de 2016, que estabelece normas complementares à Lei Federal n° 12.933, de 26 de dezembro de 2013, quanto ao benefício do pagamento de meia entrada para pessoas com deficiência em espetáculos artístico-culturais e esportivos no âmbito do Estado de Pernambuco, e dá outras providências. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=16748&complemento=0&ano=2019&tipo=&url=>. Acesso em: 28/09/2024.

PERNAMBUCO. **Lei n° 17.891, de 13 de julho de 2022.** Altera a Lei n° 15.487, de 27 de abril de 2015, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com Transtorno de Espectro Autista no Estado de Pernambuco e dá outras providências, a fim de determinar prazo de validade indeterminado para os laudos e perícias médicas que diagnostiquem o Transtorno de

Espectro Autista. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=17891&complemento=0&ano=2022&tipo=&url=>

PERNAMBUCO. **Lei nº 18.448, de 27 de dezembro de 2023**. Altera a Lei nº 15.487, de 27 de abril de 2015, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com Transtorno de Espectro Autista no Estado de Pernambuco e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=18448&complemento=0&ano=2023&tipo=&url=>. Acesso em: 28/09/2024.

PORTOLESE, J. *et al.* Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. *In: Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017.

PREVIVA. **Tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem alto custo e impacta diretamente a ação das operadoras de saúde**. Disponível em:

<https://www.previva.com.br/novosite/tratamentodotranstornodoespectroautistateatemaltocusto-eimpactadiretamente-a-acao-das-operadoras-de-saude/>.

ROSSI, L. P. *et al.* Caminhos Virtuais e Autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da Análise de Redes Sociais. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3319-3326, 2018.

RUSSELL, G. *et al.* Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population based cohort study. *In: Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 63, n. 6, p. 674-682, 2022.

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

SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988.

SENADO FEDERAL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 9 abr. 2001.

SENADO FEDERAL. **Lei nº 12764 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

SENADO FEDERAL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para estabelecer o regime de recuperação fiscal e a organização dos gastos públicos. Brasília: Diário Oficial da União, 16 dez. 2016. Seção 1, p. 1.

SENADO FEDERAL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Diário Oficial da União, 9 jan. 2020. Seção 1, p. 1.

SINZINGER, G. M. Terapia ABA para Autista e o dever de cobertura pelo Plano de Saúde.

*In: Jusbrasil*, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/terapia-aba-para-autista-e-o-dever-de-cobertura-pelo-plano-de-saude/1317984694#:~:text=Em%20qualquer%20que%20seja%20a,%C3%A9%20considerada%20uma%20negativa%20abusiva.>

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Departamento de Controle Externo da Economia e da Saúde. Gerência de Fiscalização da Saúde. Relatório de Levantamento. **Serviços Públicos de Saúde Direcionados ao Transtorno do Espectro Autista - TEA - nos Municípios do Estado de Pernambuco**, Recife, 2023. Disponível em: <https://www.tcepe.tc.br/internet/docs/tce/Relatorio-levantamento-TEA-2023.pdf> . Acesso em: 05/12/2023.

TSAI, L. Y. Impact of DSM-5 on epidemiology of Autism Spectrum Disorder. *In: Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 8, n. 11, p. 1454-1470, 2014.

TOMAZELLI, J. *et al.* Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. *In: Psicologia USP*, 34, e210002, 2023.