Interference Journal
ISSN 2009-3578
DOI
A2 QUALIS SUCUPIRA 2017-2020

# *Redes de Atenção à criança com TEA em um município de médio porte no estado de Santa Catarina.*

Sabrina Reichert Fernandes [2], Catarina Marta de Borba Estauti [2], Mauricio Silva Bampi [2], Eleandra Katarina Barbieri [1], Bruna Zelmanowicz Peres [2], Maria Eduarda Magnani [1], Caroline Quintino [1], Carlos Roberto de Oliveira Nunes[1].

https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p1991-2015
Artigo recebido em 21 de Julho e publicado em 1 de Setembro de 2025

*ARTIGO ORIGINAL*

**RESUMO**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição congênita que afeta o neurodesenvolvimento e classificada em três níveis conforme necessidade de suporte para realizar atividades da vida diária. Dados epidemiológicos evidenciam aumento de diagnósticos e indicam a necessidade de redes de atenção à saúde e educação de crianças com esse quadro clínico. Essa pesquisa objetivou descrever os serviços disponíveis às crianças com TEA em um município de médio porte no estado de Santa Catarina, baseado na percepção dos participantes, em estudo qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturados com familiares, gestores e profissionais de saúde e educação, totalizando 41 participantes, e foram analisados seguindo a metodologia proposta por Minayo. Conforme os relatos dos entrevistados, constatou-se que o município dispõe de rede de atenção relativamente bem estruturada, com fluxo definido e ações intersetoriais entre saúde e educação que favorecem o diagnóstico precoce. Contudo as crianças diagnosticadas com nível 1 de suporte têm dificuldade de acesso às intervenções terapêuticas; há latência considerável entre o diagnóstico e o início das intervenções terapêuticas multidisciplinares, com tempo médio de espera estimado em mais de um ano; a política pública nacional define tempo máximo de atendimentos terapêuticos de um ano nos centros de reabilitação responsáveis por atender crianças com TEA nível 2 e após esse período os usuários são reencaminhados para a atenção primária em saúde; as diretrizes nacionais para atendimento à crianças com TEA estão desatualizadas e não incentivam o emprego de práticas com evidências científicas.

**Palavras-chave:** Rede Prestadora de Serviços de Saúde; Ensino Fundamental e Médio; Transtorno do Espectro Autista.

# Care Networks for children with ASD in a medium-sized municipality in the state of Santa Catarina.

**ABSTRACT**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a congenital condition that affects neurodevelopment and is classified into three levels according to the need for support to perform daily living activities. Epidemiological data show an increase in diagnoses and indicate the need for healthcare and educational networks for children with this clinical condition. This research aimed to describe the services available to children with ASD in a medium-sized municipality in the state of Santa Catarina, Brazil, based on the participants' perceptions, in a qualitative study with a descriptive and exploratory approach. The data were obtained from semi-structured interviews with family members, managers, and health and education professionals, totaling 41 participants, and were analyzed following the methodology proposed by Minayo. Based on the participants' responses, it was found that the municipality has a relatively well-structured care network, with a defined flow and intersectoral actions between health and education that favor early diagnosis. However, children diagnosed with support level 1 have difficulty accessing therapeutic interventions; there is a considerable latency between diagnosis and the beginning of multidisciplinary therapeutic interventions, with an estimated average waiting time of more than one year; the national public policy defines a maximum therapeutic care period of one year in rehabilitation centers responsible for serving children with ASD level 2, and after this period, users are referred back to primary health care; the national guidelines for the care of children with ASD are outdated and do not encourage the use of evidence-based practices.

**Keywords**: Health Services; Education, Primary and Secondary; Autism Spectrum Disorder.

**Instituição afiliada –** 1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina, Brasil.
2 Departamento de Psicologia, Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina, Brasil.

**Autor correspondente***: Fernandes, Sabrina Reichert* srfernandes@furb.br

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

## *INTRODUÇÃO*

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por comportamentos estereotipados e repetitivos, interesses restritos e limitações na comunicação social, com sinais manifestados desde o início da infância, sendo classificado de acordo com a intensidade de suporte que o indivíduo requer para realizar atividades cotidianas: nível 1, necessita de suporte; nível 2, necessita de suporte substancial e nível 3, necessita de suporte muito substancial (1). Dados recentes estimam a prevalência de TEA em 1 caso para cada 31 bebês nascidos atualmente, acometendo predominantemente meninos, com razão estimada de 3,4 para 1, com crescente aumento de diagnósticos da condição clínica ao longo dos últimos anos (2).

Condições crônicas e não transmissíveis como o TEA impõem a necessidade de consolidação de redes de atenção à saúde (RAS) voltadas às populações específicas. A RAS consiste em um sistema estruturado e integrado de serviços e ações em saúde constituído por três níveis de densidade tecnológica: Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), opera de maneira cooperativa e interdependente para garantir assistência integral; atenção secundária, que corresponde aos serviços especializados ambulatoriais em diagnóstico e tratamento; atenção terciária, com maior densidade tecnológica, correspondente aos serviços hospitalares especializados (3).

Atualmente reconhecido como deficiência (4), o TEA é atendido pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), que busca suprir as demandas biopsicossociais diretamente relacionadas ao diagnóstico de TEA e suas eventuais comorbidades, por meio de linhas de cuidado baseadas em intersetorialidade e interdisciplinaridade, fundamentado no princípio de integralidade (5,6). A intersetorialidade, alicerçada na corresponsabilidade e no uso adequado de práticas baseadas em evidências, permite que profissionais de diferentes áreas construam estratégias de intervenção mais eficazes para alcançar o desenvolvimento do infante, outrossim, a articulação entre profissionais de saúde e educação consiste em uma estratégia intersetorial que favorece a inclusão, a permanência e o melhor desempenho escolar (7).

No âmbito educacional, o direito à matrícula e permanência escolar é legalmente garantido aos infantes diagnosticados com TEA (8–12). As instituições de ensino seguem a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que estabelece conteúdos e competências que devem ser lecionados com a finalidade de assegurar equidade aos discentes (13) entretanto, o documento não apresenta diretrizes pedagógicas que garantam suficientemente a inclusão e a permanência escolar dos alunos atendidos pela educação especial (14).

Fragilidades na Rede de Atenção em Saúde e na estrutura do sistema educacional, associadas ao emprego de intervenções de baixo, ou nenhum, nível de evidência científica, acarretam prejuízos significativos na assistência prestada, podendo promover desfechos negativos e improdutivos para a criança diagnosticada com TEA, e implicam em sobrecarga de serviços públicos com desperdício de recursos econômicos, incluindo da força de trabalho (5,7,15).

**Estrutura da RAS para atendimento ao usuário com TEA**

Um modelo ideal de atendimento à criança diagnosticada com TEA abrange serviços de baixa e média complexidade, com a finalidade de oferecer abordagem multidisciplinar e coordenada para garantir assistência abrangente e eficaz. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve articular os atendimentos realizados na RAS (16), sendo que os Centros Especializados de Reabilitação (CER II, CER III, CER IV) têm de prestar os serviços de avaliação e tratamentos ambulatoriais necessários (17).

O Ministério da Saúde disponibiliza dois documentos que norteiam a rede de atenção às pessoas com TEA: 1) "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista", que estabelece orientações de cuidado à saúde da pessoa com TEA para equipes multidisciplinares que atuam no SUS (18); e 2) "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", que define diretrizes para assistência, afirma que não deve haver abordagens privilegiadas no atendimento à indivíduos com TEA, e que a escolha da abordagem deve ser realizada em conformidade com cada caso, ademais, recomendando o emprego de tratamento clínico de base psicanalítica, Análise do Comportamento Aplicada (ABA); comunicação

suplementar alternativa (CSA); integração sensorial, tratamento e educação para crianças com transtorno do espectro do autismo (TEACCH), acompanhamento terapêutico, aparelhos de alta tecnologia e tratamento medicamentoso (19).

**Transtorno do Espectro Autista – terapias multidisciplinares e promoção da saúde**

Com etiologia multifatorial associada à predisposição genética e fatores ambientais (20,21), o diagnóstico precoce do TEA está relacionado a melhor prognóstico, se seguido de intervenções terapêuticas com evidência científica, em decorrência da maior neuroplasticidade até os dois anos e meio, propiciando melhores habilidades cognitivas e maior autonomia (22–25). A escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) é um instrumento de triagem eficaz e reconhecido como padrão-ouro para a identificação precoce dos sinais de TEA, definido para ser aplicado por profissionais capacitados na APS (26).

Frequentemente o diagnóstico de TEA é acompanhado de comorbidades associadas, que podem exercer influência no manejo clínico, sendo que as condições mais recorrentes são o transtorno de coordenação do desenvolvimento, distúrbios do sono, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de ansiedade, deficiência intelectual (DI), transtornos alimentares e gastrointestinais e comportamentos de autoagressão e heteroagressão (5,27). A intervenção terapêutica multidisciplinar deve ser individualizada em decorrência da heterogeneidade das manifestações clínicas dos sintomas, podendo ser necessário acompanhamento em especialidades como neuropediatria, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional (TO), educação física e/ou psicopedagogia (28,29).

Anixt e colaboradores (30), publicaram, em 2024, uma revisão identificando práticas baseadas em evidências científicas com maior eficácia em intervenções terapêuticas de diversas áreas de atuação com crianças com TEA, indicando, em síntese:
a) para desenvolvimento psicomotor e melhor prognóstico, considerando habilidades adaptativas, é indicada a Intervenção Precoce, de 0 a 3 anos de idade, ABA até 9 anos de idade, Modelo Denver de Intervenção Precoce (EDSM), Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (EIBI) e Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Deficiências de Comunicação Relacionadas (TEACCH); b) para terapia fonoaudiológica e

desenvolvimento de linguagem expressiva e receptiva, pragmática e habilidades sociais, é indicado a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA), e evidências emergentes indicam o uso de Realidade Virtual ou Aumentada (VAR); c) Para tratamento comportamental e de saúde mental, é indicado o treinamento parental para gerenciamento de comportamentos e terapia cognitivo-comportamental (TCC) para habilidades cognitivas e de comunicação; d) No âmbito da terapia ocupacional, é indicada a Integração Sensorial de Ayres; e) Para intervenção com adolescentes, o Programa para Educação e Enriquecimento de Habilidades Relacionadas (PEERS); f) para desenvolvimento de habilidades na área da educação, o Plano Educacional Individualizado (PEI).

**Sistema Educacional**

O acesso ao ensino de forma igualitária e a garantia de atendimento educacional especializado (AEE) aos portadores de deficiência estão previstos na Constituição Federal de 1988 (8). Apesar do empenho da legislação brasileira em promover inclusão, como a Lei Berenice Piana (4) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (11), falhas metodológicas no ensino, como a insuficiência de formação docente sobre aspectos comportamentais e pedagógicos inerentes ao TEA e o pouco emprego de práticas validadas cientificamente, constituem óbices à promoção de ambientes educacionais inclusivos que favorecem o desenvolvimento de estudantes com TEA (31,32).

O emprego do Plano Educacional Individualizado (PEI), como estratégia de flexibilização e adaptação curricular para as idiossincrasias de cada criança, permite o estabelecimento de objetivos de aprendizagem que respeitem suas dificuldades e potencialidades, processo que facilita o ensino e a inclusão (33,34). Outras estratégias pedagógicas contribuem para maior inserção e permanência escolar, como as abordagens ABA e TEACCH, ensino estruturado, CAA, ambientes organizados e previsíveis, mediação escolar e trabalho cooperativo entre docentes, familiares e profissionais da saúde (35).

Este estudo descreve e analisa a estrutura e o funcionamento das redes de atenção em saúde e educação destinadas a crianças com TEA em um município de médio porte de Santa Catarina. No Brasil, municípios de porte médio são definidos como aqueles com uma população urbana entre 100 mil e 500 mil habitantes (36).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória.

**Participantes**

A amostra foi composta por 41 participantes dispostos entre: 1) gestores e profissionais de atenção em saúde do pseudônimo Serviço de Diagnóstico e Tratamento em Saúde (SDTS), CER II e Associação de Pais e Amigos dos Especiais (APAE); 2) profissionais docentes do ensino fundamental e médio que ocupam cargos de professores do ensino regular, professores de apoio e professores de AEE; 3) pais/responsáveis de crianças atendidas nesses serviços. Foram incluídos profissionais que prestam atendimento, há pelo menos 6 meses, a crianças com TEA nas redes públicas de saúde ou educação, e responsáveis/familiares de crianças que possuem diagnóstico há um ano no mínimo, e que possuam cadastro ativo na Secretaria de Promoção da Saúde ou nas Secretarias de Educação (municipal ou estadual).

**Instrumentos**

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com diferentes roteiros: a) com gestores, questionou a formação necessária para ocupar o cargo de gestão, fluxo de atendimento na rede de atenção, quais serviços disponibilizados no setor, tempo e periodicidade de atendimentos, quantas crianças são atendidas no setor, documentos norteadores das práticas profissionais nos serviços e comunicação com família e demais serviços; b) com profissionais de saúde não médicos, questionou a formação necessária para atender crianças com TEA, fluxo de atendimento na RAS, trabalhos desenvolvidos, documentos norteadores das práticas profissionais, emprego de práticas baseadas em evidências, estrutura dos locais de trabalho, carga horária de atendimentos, comunicação com família e demais serviços voltados ao TEA. O roteiro de entrevistas com médicos incluiu a identificação de sintomatologia e instrumentos empregados para diagnosticar as crianças, assim como as questões relativas aos demais profissionais de saúde; c) com docentes, foi questionado sobre cursos realizados ao longo da carreira, trabalhos desenvolvidos com as crianças, documentos norteadores das práticas profissionais, emprego de práticas baseadas em evidências e dificuldades cotidianas notadas na inclusão; d) com responsáveis, foi questionada a trajetória em busca do

diagnóstico, rotina das crianças, serviços de apoio ofertados às crianças e suas famílias, bem como comunicação entre esses serviços. Todas as entrevistas questionaram o que, na opinião dos participantes, pode ser melhorado nas redes de atenção em saúde e educação.

**Procedimentos**

As entrevistas com profissionais e gestores foram agendadas previamente, por telefone, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A amostra de pais foi selecionada por critério de conveniência, isto é, foram convidados a participar os responsáveis que estavam aguardando nas salas de espera dos serviços/escolas nos dias e horários em que foram realizadas as entrevistas com gestores e profissionais.

As entrevistas aconteceram presencialmente em salas dos serviços, com a presença apenas dos entrevistadores e do participante individual, tendo sido gravadas e transcritas de forma fidedigna, protegendo o anonimato dos participantes. O conteúdo obtido foi analisado por meio do método proposto por Minayo (37), sendo a análise de dados realizada em três etapas: 01) pré-análise, leitura exaustiva do material obtido nas entrevistas; 02) exploração do material, divisão do material obtido em categorias gerais e específicas e unidades de registro que respondam aos objetivos da pesquisa; 03) tratamento dos resultados obtidos, etapa em que é realizada a interpretação dos dados.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEPH) da Fundação Universidade Regional de Blumenau e aprovado sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 80077324.1.0000.5370, sob o número de parecer 7.016.110. Todos os participantes dessa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A estrutura deste trabalho foi inspirada na pesquisa (38) realizada na cidade de Cubatão, em São Paulo, Brasil, que analisou as redes de atenção destinadas a crianças com TEA no município.

## RESULTADOS

O Quadro 1 mostra o conjunto de participantes, bem como os serviços onde atuam, ou onde são atendidos os menores sob suas responsabilidades:

Quadro 1: participantes da pesquisa.

| Participante | Local de Coleta | Ocupação |
|---|---|---|
| P.1 | ESF 1 | Médico(a) |
| P.2 | ESF 2 | Médico(a) |
| P.3 | ESF 3 | Médico(a) |
| P.4 | SDTS | Neuropsicopedagogo(a) |
| P.5 | SDTS | Fonoaudiólogo(a) |
| P.6 | SDTS | Nutricionista |
| P.7 | SDTS | Médico(a) |
| P.8 | SDTS | Gestor(a) |
| P.9 | CER II | Psicólogo(a) |
| P.10 | CER II | Psicólogo(a) |
| P.11 | CER II | Fonoaudiólogo (a) |
| P.12 | CER II | Fisioterapeuta |
| P.13 | CER II | Terapeuta Ocupacional |
| P.14 | CER II | Gestor(a) |
| P.15 | EEB. 1 | Docente AEE |
| P.16 | EEB. 1 | Diretor(a) |
| P.17 | EEB 2 | Docente AEE |
| P.18 | EEB 2 | Docente AEE |
| P.19 | EBM 1 | Docente AEE |
| P.20 | EBM 2 | Docente AEE |
| P.21 | EBM 3 | Docente Apoio |
| P.22 | EBM 3 | Docente AEE |
| P.23 | EBM 3 | Docente Apoio |
| P.24 | APAE | Docente Regular |
| P.25 | APAE | Pedagogo(a) |
| P.26 | APAE | Psicopedagogo(a) |

| | | |
|---|---|---|
| P.27 | APAE | Gestor(a) |
| P.28 | APAE | Gestor(a) |
| P.29 | APAE | Fonoaudiólogo(a) |
| P.30 | APAE | Responsável |
| P.31 | APAE | Responsável |
| P.32 | APAE | Responsável |
| P.33 | APAE | Responsável |
| P.34 | CER II | Responsável |
| P.35 | CER II | Responsável |
| P.36 | SDTS | Responsável |
| P.37 | SDTS | Responsável |
| P.38 | EEB. 1 | Responsável |
| P.39 | EEB. 1 | Responsável |
| P.40 | Serviço Municipal Específico | Gestor(a) Municipal que trabalha especificamente questões de inclusão de PCDs |
| P.41 | SED | Gestor(a) |

Fonte: elaborado pelos autores.

*Os docentes correspondem a professores e professoras do ensino fundamental e médio.

A seguir serão apresentados resultados obtidos com base em duas categorias de análise adotadas neste estudo:

**Categoria 1: Estrutura e fluxo de atendimento na rede de atenção.**

1.1. Serviços disponíveis para a atendimento à criança com TEA no município.

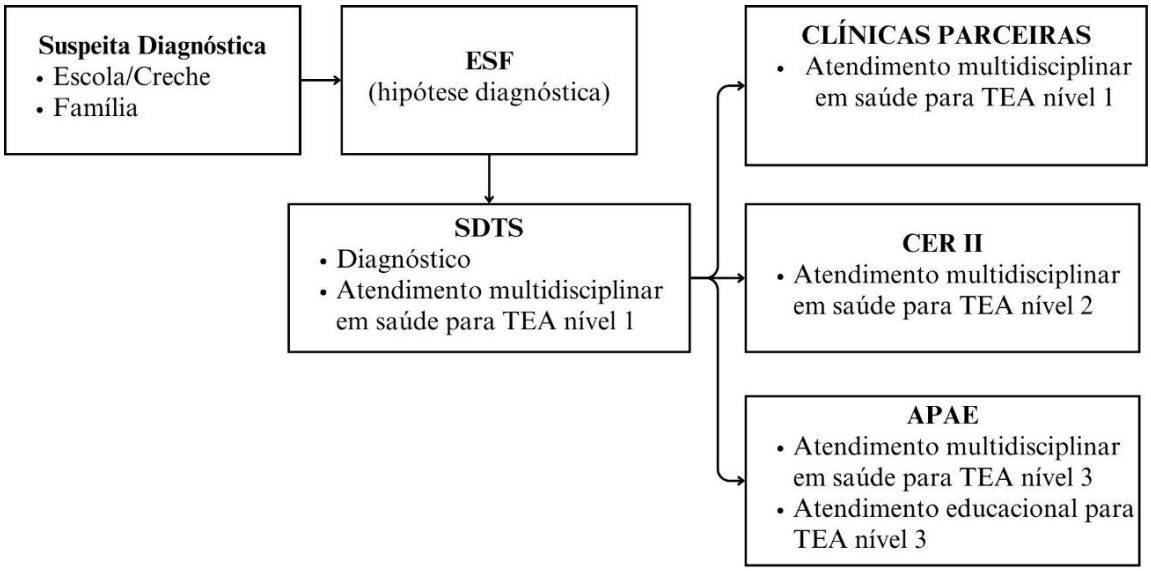
Os serviços disponíveis para atendimento de crianças com TEA no município são: Estratégias de Saúde da Família (ESF), atualmente 116 ESFs, responsáveis por coordenar a RAS, prestar o primeiro atendimento quando há uma suspeita diagnóstica e, se constatado hipótese diagnóstica, encaminhar o usuário para o serviço ambulatorial

especializado de atenção secundária em saúde. O SDTS, considerado um serviço especializado de atenção secundária do município, é responsável por realizar todos os diagnósticos de TEA pelo SUS e deve prestar atendimento terapêutico multidisciplinar para usuários diagnosticados com TEA nível 1 de suporte. Clínicas parceiras, instituições privadas credenciadas no SUS para prestar serviços complementares, responsáveis por fornecer atendimento terapêutico multidisciplinar para usuários diagnosticados com TEA nível 1 de suporte, tendo os participantes mencionado em número plural, mas informado apenas uma. O CER II corresponde a um serviço ambulatorial especializado de atenção secundária, sendo responsável por prestar atendimento terapêutico multidisciplinar para usuários diagnosticados com TEA nível 2 de suporte. A APAE, organização filantrópica e sem fins lucrativos, presta atendimentos em educação e saúde para indivíduos com deficiência intelectual/múltipla e fornece atendimento terapêutico multidisciplinar e educacional para usuários com TEA nível 3 de suporte. As Escolas Básicas Municipais (EBMs), 46 unidades, prestam atendimento educacional de ensino fundamental, sendo que 32 delas possuem sala de recursos multifuncionais (SRM) para prestar suporte a estudantes com necessidades especiais, incluindo PCDs, altas habilidades ou outras condições, por meio de atendimento educacional especializado (AEE). Escolas de Educação Básica (EEB) estaduais, 31 unidades, que fornecem ensino fundamental e médio no município, e prestam atendimento educacional especializado (AEE).

### 1.2. Fluxo de atendimento à criança com TEA.

A Figura 1 mostra o fluxo de atendimento das crianças diagnosticadas com TEA no município de Santa Catarina, desde a entrada na RAS com uma suspeita diagnóstica à realização de terapias propostas.

Figura 1 – Fluxo de atendimento para crianças com TEA




Fonte: elaborado pelos autores.

Conforme esperado, a entrada na rede ocorre pela atenção primária, por meio da ESF, onde o usuário passa por consulta com o médico da família. Se constatado hipótese diagnóstica, o usuário é encaminhado via Sistema de Regulação (SISREG) para o SDTS para consulta com neuropediatra e equipe multiprofissional com a finalidade de elaborar diagnóstico de TEA, especificando também o nível de suporte 1, 2 ou 3.

A criança diagnosticada com TEA nível 1, teoricamente, deveria ser submetida à terapia com equipe multidisciplinar do SDTS, entretanto, por meio dos relatos de entrevistados, constatou-se que frequentemente esse atendimento não é viabilizado, em função da alta demanda e fila de espera para realizar diagnóstico; sendo assim, essas crianças são encaminhadas para clínicas privadas que possuem parceria com a prefeitura municipal para atender via SUS.

> "Então a gente tem uma demanda extremamente grande. Passam na avaliação com os profissionais apenas uma vez, uma consulta só. Então elas não ficam em tratamento, elas ficam em processo de diagnóstico. Elas só recebem a avaliação para chegar no diagnóstico. Então, nós não temos criança hoje em tratamento. A gente tem algumas vagas de tratamento, mas assim, muito pequenas que foram utilizadas para chamar crianças que estavam na fila desde 2020, 2021, 2022, 2023 e que

> não tinham recebido nada. Então o intuito é fornecer um tratamento de equipe múlti, mas a gente não tem espaço hoje para fornecer. [...]O diagnóstico para todos, mas o tratamento que será, seria ou é para ser ofertado é o de nível um, que é o que menos precisa de equipe multi ou de material." (P.8)

O usuário diagnosticado com TEA nível 2 é encaminhado para tratamento com equipe multidisciplinar no CER II, onde permanece em terapias por, no máximo, um ano e após esse período é encaminhado para a ESF.

> "O centro de reabilitação ele tem o objetivo de promover reabilitação. Então você tem um período de atendimento para esses pacientes que de acordo com o PTS, que é o plano terapêutico singular que é discutido em equipe, [...] mas o máximo é 1 ano. [...] No final da terapia, a gente faz um relatório de alta e esse relatório de alta é encaminhado [...] para a unidade básica de saúde." (P.14)

O usuário diagnosticado com TEA nível 3 é direcionado para atendimento multidisciplinar em saúde na APAE, onde são realizadas avaliações e intervenções com objetivo de potencializar o desenvolvimento motor e cognitivo. Muito preferencialmente, as crianças devem estar matriculadas no ensino regular, mas se não houver adaptação entre a escola e a criança, ocasionalmente, a APAE pode assumir a responsabilidade educacional. O tempo máximo de atendimento terapêutico em saúde disponibilizado para as crianças acima de 6 anos na instituição é de dois anos.

> "A APAE, ela ficou com o quê? Com [...] nível de suporte 3. [...] Lembrando que a gente sempre preza por mantê-lo no ensino regular, que é um direito dele, né? Então, quando chega algum caso complexo, que a gente vê que tem dificuldade de manejo, que a escola não tá dando conta de se adaptar [...] então, eles solicitam de forma abrupta a retirada dentro do ensino regular e colocar somente aqui na APAE pra escola, mas a APAE não é uma escola, né? É um complemento, muitas vezes as pessoas confundem isso. Então, é um auxílio, né? Ela não é... substitui o

> ensino regular. [...] Então, a gente vai ensinar técnicas pra que a família tenha um manejo mais fácil, pra que ele tente se habituar com mais facilidade àquele espaço. E a gente percebe nessas reavaliações que ele não tem mais demanda, fazemos uma contrarreferência pra ele dar seguimento na rede" (p.28)
>
> "Então, o nosso tratamento máximo que conseguimos estender é por dois anos de terapia." (p.28)

1.3 Latência para o início das intervenções

O quadro 2, retirado das respostas dos responsáveis, mostra que os sinais são frequentemente identificados precocemente, majoritariamente em idade correspondente ao período que as crianças frequentam as creches do município, antes dos três anos. De outro lado, parece haver forte heterogeneidade nas latências entre a identificação dos sinais e o diagnóstico, que ocorreram temporalmente próximos no em dois casos, mas houve espera de um ano a um ano e meio nos demais. O acesso a terapia após o diagnóstico também foi muito heterogêneo, isto é, quase imediato para dois participantes, mas levando mais de dois anos para os demais. Em síntese, para a maior parte dos participantes, houve latência igual ou superior a três anos, entre a identificação dos sinais e o acesso às terapias.

Quadro 2: Idade das crianças em etapas do fluxo de atendimentos.

| **Criança** | **Identificação dos Sinais** | **Idade diagnóstico** | **Idade acesso às terapias** |
|---|---|---|---|
| **C1** | 2 anos | 3 anos e 6 meses | 5 anos e 6 meses (CER II)<br>7 anos e 6 meses (APAE) |
| **C2** | 2 anos | 3 anos | 3 anos (APAE) |
| **C3** | 2 anos | 3 anos e 6 meses | 6 anos e 6 meses (CER II) |
| **C4** | 1 ano | 1 ano | 4 anos (CER II) |
| **C5** | 7 anos* | 7 anos | 7 anos |

Fonte: elaborado pelos autores.

*A criança começou a falar apenas com três anos, mas a responsável alegou não

conhecer os sinais do TEA.

**Categoria 02: Práxis nos pontos da rede de atenção.**

2.1. Especialização profissional para atender crianças com TEA.

Os participantes indicaram não haver exigência legal de especializações para ocupar cargos públicos nos serviços ESF, SDTS e CER II, APAE e em escolas municipais e estaduais, embora muitos profissionais possuam cursos de aperfeiçoamento nas áreas que prestam atendimento, apesar de haver necessidade, conforme observado no relato abaixo:

> "É, seria muito necessário, mas a gente não tem na rede especialistas ainda" (P.5)
>
> “[Especialização] Pra entrar aqui? No serviço? Não.” (P.9)

2.2. Protocolos, diretrizes e materiais norteadores de ações profissionais.

O conjunto de respostas dos participantes, da área saúde, indica que as linhas de cuidado são muito heterogêneas. Nos serviços em saúde para os níveis de suporte 1 e 2, parece não haver protocolos norteadores dentro das instituições:

> "Não temos. Não temos protocolos. (...) Mas a gente não está usando nenhum protocolo, que a gente não tem nada assim, oh, oficial." (P. 5)
>
> "Então, na verdade, não tem é um protocolo assim, é, um protocolo científico e tal” (P. 6)
>
> “Então, isso é um babado complicado. Não tem...” (P. 40)

Diferentemente de outras instituições que prestam atendimento à criança com TEA, profissionais da APAE demonstraram consonância ao declarar os documentos norteadores de práxis: as práticas pedagógicas são norteadas pelas diretrizes da Fundação Catarinense de Educação Especial e os atendimentos terapêuticos de saúde seguem protocolos internos da instituição baseados em manuais do Ministério da Saúde, conforme os relatos abaixo:

> “O nosso trabalho aqui da educação física, ele está pautado nesse documento aqui, óh: nas Diretrizes da Fundação Catarinense de Educação Especial [...] que os da base nacional de

componente curricular, né? Da nossa BNCC." (P.24)

"Nós seguimos as diretrizes da educação especial, da fundação catarinense de educação especial," (P.27)

“Manual do SUS de 2022” (P.28)

“A gente segue um protocolo aqui da instituição.” (P.29)

Na área da educação, a maior parte dos profissionais do ensino regular não apresentou respostas informativas sobre as linhas norteadoras dos procedimentos educacionais aplicados, definidas por legislação ou regulamentações, ou seja, respostas à categoria “Quais as diretrizes, materiais e documentos que norteiam as ações profissionais?”. Uma resposta citou o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) como protocolo adotado na escola:

"... trabalho com planejamentos [...] trabalho também com o interesse do estudante" (P. 22)

"... tô usando na forma de letrinhas, que por ele, às vezes, dá as crises e ele rasga tudo, né. [...] usar tudo de madeirinha e de plástico. Não dá pra usar nada de papel ou EVA" (P. 21)

"Ah, sim. O CEMEA tem o PDI, né? Que é o Plano de Desenvolvimento Individual do Aluno." (P.20)

“documentos nós temos a Constituição Federal, a Lei da, da Educação Especial da criança, né, da pessoa com deficiência, temos o PPP da escola e também o currículo municipal” (P.19)

2.3. Utilização de Práticas Baseadas em Evidências (PBE).

PBEs são empregadas por profissionais médicos da família, através de questionários de avaliação como o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), indicado por dois dos três profissionais de Medicina entrevistados. PBE são amplamente utilizadas por profissionais da APAE, por práticas como os métodos ABA e TEACCH, como visto nas respostas a seguir:

“tem o M – CHAT R” (P.1)

“a gente utiliza às vezes ABA o TEACCH...” (P.25)

Em contrapartida, profissionais dos serviços ambulatoriais em saúde que prestam atendimento às crianças com TEA no município apresentaram respostas muito distintas sobre a utilização de PBEs, demonstrando que o emprego, ou não, depende principalmente da decisão clínica de cada profissional, ou de acordos entre equipes profissionais, não havendo protocolos institucionais que norteiem práticas para os profissionais concursados no município:

> "Como eu sou mais da psicanálise, essa, o baseado em evidências é mais da prática, né? Do que a gente vê, é, da literatura, né, então? [...] eu utilizo a escuta qualificada" (P.9)
>
> "o ABA" (P.10)
>
> "Então, na verdade, não tem é um protocolo assim, é, um protocolo científico e tal. É uma anamnese que eu mesma fiz pela, por aquilo que eu vou sentindo da necessidade, né*?*" *(*P.6)
>
> "A gente trabalha muito em relação ao lúdico com o TEA. Então, a gente tem Bobath, tem atividades voltadas à tarefa. Então, a gente traz de forma lúdica as coisas do dia a dia para a criança fazer. Mas, no TEA, na parte da fisioterapia, eu desconheço alguma técnica específica." (P. 12)

No âmbito educacional, os docentes apresentaram respostas distintas sobre o emprego de PBEs. Uma resposta cita a CAA como prática adotada no atendimento educacional especializado da instituição.

> "Olha, não seria uma técnica. Como é que eu vou te dizer? [...] O que que esse aluno precisa? Daí eu vou desenvolver ali em cima disso. Não sei se é bem isso que a pergunta quis dizer, né? Não é... Ah, de recurso seria, talvez? O que eu uso de recurso? Tudo que for pedagógico, visível, palpável, concreto. Essa que eu entendi que seria a técnica." (P.20)
>
> "Nós utilizamos jogos pedagógicos, né, comunicação alternativa" (P.19)

## DISCUSSÃO

As redes de atenção em saúde no município de médio porte de Santa Catarina são estruturadas em conformidade com os princípios da RAS, fornecendo atendimentos para crianças com suspeita e diagnóstico de TEA nos níveis primário e secundário de densidade tecnológica, com fluxo de atendimentos bem estabelecido. Destacamos que esse modelo de rede bem articulada deve ter capacidade de oferecer assistência em saúde abrangente e eficaz (16,17).

Os participantes informaram que as instituições de ensino, creches e escolas, que prestam atendimento no município realizaram os encaminhamentos para diagnóstico, e a consequente inserção dessas crianças na rede de saúde, visto que docentes identificam sinais do TEA, e encaminham a família para consulta médica na ESF. Apesar dos diagnósticos serem realizados em idade relativamente precoce, considerando os encaminhamentos provenientes de creches em sua maioria, constatou-se que o tempo de latência entre o diagnóstico e o acesso às terapias é longo, fazendo com que as intervenções terapêuticas sejam disponibilizadas tardiamente. O início tardio das intervenções acarreta pior prognóstico para essas crianças (22–25).

Parece haver dificuldade em crianças de nível 1 de suporte em acessar as intervenções terapêuticas. Em relação ao nível 2, as terapias em serviços ambulatoriais são disponibilizadas por um período máximo de um ano, e após isso, as crianças recebem obrigatoriamente a alta, sendo novamente encaminhadas para a ESF, o que resulta em um ciclo de reencaminhamentos. Esta condição, definida para o CER-2 resulta da política pública nacional, que precisa ser revista em relação ao TEA.

A estratégia de intersetorialidade favorece o atendimento às demandas biopsicossociais relacionadas ao diagnóstico de TEA, visto que, a partir do diagnóstico a criança deve ser encaminhada para às terapias que necessita (5,6), entretanto, os sinais do TEA poderiam ser identificados ainda mais precocemente pela equipe de saúde da ESF, através da devida aplicação do instrumento M-Chat R/F, seguido da breve iniciação das intervenções terapêuticas, de forma a melhorar o prognóstico das crianças, reforçando a imprescindibilidade da capacitação profissional. Igualmente, é evidente a necessidade de ampla divulgação sobre os sinais precoces de TEA para a comunidade, para que responsáveis possam identificar uma possível suspeita em seus momentos

iniciais.

Atualmente não há exigência de especialização profissional para atender na rede de atenção de saúde e educação à criança com TEA no município, apesar disso, os profissionais apresentam cursos de aprimoramento provenientes de recursos próprios e/ou disponibilizados pelas instituições onde trabalham. A insuficiência de formação pode acarretar prejuízos e constituir um obstáculo para o desenvolvimento de crianças com TEA (31,32).

No campo educacional, a ausência de conformidades entre as respostas dos participantes, professores do ensino regular, sobre protocolos que norteiam a prática pedagógica demonstra possível não alinhamento de ações educacionais no trabalho com crianças neurodivergentes, evidenciando a necessidade de maior embasamento com práticas cientificamente alicerçadas, como os Planos Educacionais Individuais, não citados por nenhum dos participantes. Não houve nenhum relato de PBE adotada no atendimento às crianças com diagnóstico de TEA, visto que há diferenças substanciais entre Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), citado por um professor da rede, e Plano Educacional Individual (PEI), que consiste em uma prática com evidências científicas de validade. No âmbito escolar, a ausência do emprego de PBEs dificulta o processo de ensino e aprendizagem, desenvolvimento e consequente inclusão do estudante, promovendo apenas desfechos insatisfatórios (33,34). Os profissionais da APAE apresentam unanimidade declarar as Diretrizes da Fundação Catarinense de Educação Especial e protocolos internos, demonstrando práticas alinhadas.

Nos demais serviços que prestam atendimento em saúde, parece haver pouca concordância sobre protocolos ou diretrizes adotadas. Apesar de haver diretrizes do Ministério da Saúde específicas para o atendimento às pessoas com TEA (18,19), tais diretrizes não zelam, tampouco recomendam veementemente, o emprego de práticas baseadas em evidências, mesmo perante recentes e fortes desenvolvimento e avanços das evidências científicas. As PBEs atualmente recomendadas são: intervenção precoce; ABA; Modelo Denver de Intervenção Precoce (EDSM); Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (EIBI) e Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Deficiências de Comunicação Relacionadas (TEACCH); Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA); Realidade Virtual ou Aumentada (VAR); treinamento parental para

gerenciamento de comportamentos; terapia cognitivo-comportamental (TCC); Integração Sensorial de Ayres; Programa para Educação e Enriquecimento de Habilidades Relacionadas (PEERS); Plano Educacional Individualizado (PEI).

Há de ser considerado também que as diretrizes nacionais estão desatualizadas por, pelo menos, dez anos, não acompanhando o desenvolvimento científico. A diretriz de 2015 (19) norteia práticas clínicas para profissionais que atendem crianças com TEA e incentiva o emprego de condutas com pouco, ou nenhum, respaldo científico de eficácia que foram citadas por profissionais que atendem no município. O emprego de práticas sem respaldo científico gera prejuízos na assistência prestada, e promove desfechos insatisfatórios para a criança e família, visto que ela não desenvolve o máximo de potencial esperado, e, quando essas práticas sem validade científica são adotadas no SUS acarretam sobrecarga de serviços, aumento na fila de espera por atendimento e desperdício de recursos financeiros (5,7,15).

No âmbito educacional foi citado o uso de CAA por um docente do AEE. Não houve respostas que evidenciem o emprego do PEI, considerado uma das principais práticas baseadas em evidências científicas para o desenvolvimento de discentes com TEA (30,33,34).

Foi identificado haver uso de práticas baseadas em evidências científicas na APAE, por meio do emprego dos métodos ABA e TEACCH por profissionais que atendem nas áreas de saúde e educação, mostrando o alinhamento existente entre os profissionais da instituição. A estratégia de comunicação intersetorial e o emprego de práticas com respaldo científico de eficácia propiciam desfechos positivos no desenvolvimento das crianças atendidas (35). Nos demais serviços de atenção em saúde, percebe-se grande heterogeneidade nas práticas clínicas adotadas, visto que os profissionais têm liberdade de ação para decidir qual conduta clínica será utilizada baseado em preferências pessoais, onde as respostas por vezes, mostram a necessidade de maior ajuste às orientações científicas atuais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município possui uma rede de atendimento relativamente bem estruturada, com fluxo de atendimentos bem delineado e presença de ações intersetoriais entre as esferas de saúde e educação. A ausência de protocolos unificados, carência de

profissionais especializados, sobrecarga docente, uso inconsistente de práticas baseadas em evidências científicas e diagnósticos tardios consistem fragilidades significativas nas redes de atenção, que comprometem o acesso e qualidade do atendimento prestado, com impacto direto e significativo no prognóstico, desenvolvimento e inclusão educacional das crianças com TEA. Apesar de os dados obtidos não mostrarem demora para rastreio e diagnóstico, a fila de espera por terapias pode atingir anos de espera, e acarretar prejuízos no prognóstico e desenvolvimento comportamental e intelectual das crianças, visto que estes são profundamente influenciados por diagnóstico e intervenção precoces, realizados durante o período de maior neuroplasticidade, compreendido até os dois anos de idade da criança.

A amostra de pais e responsáveis foi definida por conveniência, isto é, com os pais que estavam aguardando as crianças em atendimento, mas não abrangeu famílias que não estão recebendo atendimento. O método adotado nesta pesquisa não investigou diretamente a existência de famílias que não sejam atendidas pela rede, o que representa potencial limitação da pesquisa. De outro lado, essa limitação é atenuada pelo fato de que nenhum dos participantes informou haver famílias descobertas pela rede, o que seria possível por exemplo nas respostas apresentadas pelos gestores e pelos profissionais de saúde e educação.

A partir dessa pesquisa, foi evidenciada a necessidade de ampliação de investigações sobre: a) práticas profissionais nas ESFs do município, visto que a identificação dos sinais do TEA está sendo realizada, majoritariamente, no setor educacional e não na APS; b) adequação da formação e capacitação para docentes da educação básica, incluindo sobre práticas baseadas em evidências na área educacional. Ademais, parece ser necessária a revisão nas diretrizes nacionais para atendimentos aos indivíduos com TEA, com adequação para conformidade às mais recentes evidências científicas disponíveis.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR. 2022.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network , 16 Sites , United States , 2022. 2025;74(2):25.
3. Mendes EV. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.
4. Brasil. LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012. [Internet]. 2012 [cited 2025 May 19]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm
5. Araujo JAMR, Veras AB, Varella AAB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde TT - Brief considerations regarding the attention to individuals with autism spectrum disorder in the public health system TT - Breves consideracio. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2019;11(1):89–98. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100007
6. Maranhão S, Lisboa L, Reis C, Freitas Júnior R. Educação E Trabalho Interprofissional Na Atenção Ao Transtorno Do Espectro Do Autismo: Uma Necessidade Para a Integralidade Do Cuidado No Sus. Rev Context Saúde. 2019;19(37):59–68.
7. Siqueira LPC. Mapeamento da intersetorialidade entre serviços educacionais e serviços de saúde mental públicos destinados a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na cidade de Niterói-RJ [Internet]. Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2021. Available from: https://adelpha-api.mackenzie.br/server/api/core/bitstreams/d6682503-7aa0-42f0-b2a5-5ab17519919a/content
8. Brasil. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. 1988.
9. Brasil. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996 [Internet]. 1996 [cited 2025 May 19]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
10. Brasil. LEI Nº 12.764. [Internet]. 77 Brasil.: Diário Oficial da União, 28/12/2012; 2012. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

11. Brasil. LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. [Internet]. 2015 [cited 2025 May 19]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
12. Brasil. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. [Internet]. 1990. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
13. Brasil. RESOLUÇÃO CNE/CP Nº 2, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2017. 2017.
14. Froehlich DC, Meurer AC. Base Nacional Comum Curricular: Educação Especial em foco [Internet]. 2021. Available from: https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/21/7/
15. Portolese J, Bordini D, Lowenthal R, Zachi EC, Paula CS de. MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENDIMENTO A PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL. Cad Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolv. 2017;17(2).
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2011. 549 p.
17. Brasil. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. 2017 [cited 2025 May 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI
18. Brasil M da S. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 86 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
19. Brasil. Linha de Cuidado para a Atenção Às Pessoas Com Transtornos Do Espectro Do Autismo E Suas Famílias [Internet]. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 156 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf
20. Freitas Steffen B, Ferreira de Paula I, Morais Ferreira Martins V, Luján López M. Diagnóstico precoce de autismo: Uma revisão literária. Rev Saúde Multidiscip

[Internet]. 2019;6(2):1–6. Available from: http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/91

21. Love C, Sominsky L, O'Hely M, Berk M, Vuillermin P, Dawson SL. Prenatal environmental risk factors for autism spectrum disorder and their potential mechanisms. BMC Med [Internet]. 2024;22(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s12916-024-03617-3
22. Fiúsa HDS, Azevedo CT de O. Transtorno do Espectro Autista: benefícios da intervenção precoce para o desenvolvimento cognitivo e adaptativo da criança. Rev Eletrônica Acervo Médico. 2023;23(5):e13078.
23. Gabbay-Dizdar N, Ilan M, Meiri G, Faroy M, Michaelovski A, Flusser H, et al. Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1–2 years. Autism. 2022;26(6):1353–63.
24. Santana F de S, Fonseca JRB. Diagnóstico precoce do autismo: um estudo de revisão sistemática. Rev Bras Reabil e Atividade Física. 2024;13:30–8.
25. Silva AM, Oliveira BO, Dobrianskyj SR, Moraes CEO de, Conte CG, Liborio CP, et al. Transtorno do Espectro Autista ( TEA ): compreendendo o autismo , diagnóstico e sinais precoces na atualidade Autism Spectrum Disorder ( ASD ): understanding autism , diagnosis , and early signs today Trastorno del Espectro Autista ( TEA ): comprendiendo. Contrib a Las Ciencias Soc. 2024;17:1–16.
26. Mangueira KKM, Galvão JF, Seabra CAM, Feitosa A do NA. Autismo: O Uso De M-Chat Como Instrumento Para O Diagnóstico Precoce Na Atenção Primária. Rev Interdiscip em saúde. 2024;11(Unico):625–37.
27. Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, et al. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 155, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd; 2023.
28. Hurt L, Langley K, North K, Southern A, Copeland L, Gillard J, et al. Understanding and improving the care pathway for children with autism. Int J Health Care Qual Assur. 2019;32(1):208–23.
29. Machado AF da R, Machado VA da R, Machado L da R, Campos MFS, Souza Neto HL de, Moraes RPC de, et al. AUTISMO: COMORBIDADES E CONDIÇÕES

ASSOCIADAS. Rev Contemp [Internet]. 2024 May 23;4(5):e4420. Available from: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4420

30. Anixt JS, Ehrhardt J, Duncan A. Evidence-Based Interventions in Autism. Pediatr Clin North Am. 2024;71(2):199–221.
31. CAMARGO SPH, SILVA GL DA, CRESPO RO, OLIVEIRA CR DE, MAGALHÃES SL. DESAFIOS NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM AUTISMO NO CONTEXTO INCLUSIVO: DIRETRIZES PARA FORMAÇÃO CONTINUADA NA PERSPECTIVA DOS PROFESSORES. Educ em Rev. 2020;36.
32. Costa DDS, Schmidt C, Camargo SPH. Plano Educacional Individualizado: implementação e influência no trabalho colaborativo para a inclusão de alunos com autismo. Rev Bras Educ. 2023;28.
33. Alonso C de AR, Gondim C da SR, Freitas ES de, Filho J de AS, Sá M de L da CP, Prado MMV do, et al. AUTISMO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA EDUCAÇÃO DE ESTUDANTES COM AUTISMO: CAMINHOS PARA UMA INCLUSÃO EFETIVA. Rev FT [Internet]. 2025;29.
34. Rambo RW, Almeida LR de, Martins RL. Inclusão de estudante com TEA no ensino regular e contribuições do Plano Educacional Individualizado: uma revisão sistemática da literatura. Olhar Profr. 2023;26:1–17.
35. Fonseca EMF, Cardoso JA, Souza VC De, Souza FB De, Almeida LL De. Práticas Pedagógicas para a Inclusão de Crianças com Autismo na Educação Regular. 2025;10:253–63.
36. Costa TS, Morais SL, Florêncio GA. CIDADES DE PORTE MÉDIO, PROTOMÉDIAS OU REGIONAIS? UM ESTUDO SOCIODEMOGRÁFICO DA REDE URBANA DE ALAGOAS. Rev Territ Terram [Internet]. 2025;08(2317–5419):20–38. Available from: https://orcid.org/0000-0003-1772-7225
37. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28th ed. Petrópolis, RJ; 2009. 108 p.
38. Santos ED dos. Rede de atenção às crianças com Transtorno do Espectro Autista no Município de Cubatão-SP [Internet]. 2022. p. 201. Available from: https://hdl.handle.net/11600/63826

**AGRADECIMENTOS**

Essa pesquisa recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), por meio de conceção de bolsa de mestrado, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de conceção de bolsas de iniciação cientifica oriundas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq/PIBIC).