

DO COMPORTAMENTO AO DIAGNÓSTICO: O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESPECTRO AUTISTA

FROM BEHAVIOR TO DIAGNOSIS: THE ROLE OF PUBLIC POLICIES IN
AUTISM SPECTRUM

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 08/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791436075](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791436075)

Lâmalla Camilly Silva de Almeida¹

Monique de Oliveira Rodrigues²

Katy Yovana Mendes Siccha³

Rayza de Souza Ramos⁴

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento cuja identificação precoce é importante para o acompanhamento e o cuidado adequado da criança. Nesse contexto, a rede pública de saúde possui papel fundamental no reconhecimento de sinais do transtorno, no encaminhamento para avaliação e na organização do cuidado. Este estudo teve como objetivo compreender como a rede pública de saúde pode contribuir para a identificação precoce de manifestações relacionadas ao TEA no desenvolvimento infantil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter documental, realizada a partir da análise de legislações, políticas públicas, diretrizes do Ministério da Saúde, documentos oficiais e produções científicas relacionadas ao tema. A análise dos documentos foi organizada com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), sendo estruturada em quatro categorias: diretrizes e políticas públicas para identificação e acompanhamento do TEA; estratégias de reconhecimento de sinais nos serviços públicos; importância da identificação precoce para o cuidado e encaminhamento; e barreiras e desafios para a efetivação das políticas públicas. Os resultados demonstraram que o Brasil possui um conjunto de leis e diretrizes voltadas à garantia dos direitos das pessoas com TEA e à identificação e ao cuidado na rede pública de saúde. Entretanto, foram identificadas dificuldades relacionadas à falta de profissionais capacitados, à distribuição desigual dos serviços especializados, às filas para avaliação diagnóstica, à ausência ou fragilidade de fluxos definidos e à fragmentação do cuidado entre os diferentes pontos da rede. Conclui-se que a identificação precoce depende não apenas da existência de políticas públicas, mas também da capacidade dos serviços de saúde de reconhecer sinais do TEA, orientar as famílias e realizar os encaminhamentos necessários. O fortalecimento da

Atenção Primária à Saúde, a capacitação profissional e a articulação entre saúde, educação e assistência social são medidas importantes para ampliar o acesso ao cuidado adequado.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Identificação precoce; Políticas públicas de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition whose early identification is important for appropriate child care and follow-up. In this context, the public health system plays a fundamental role in recognizing signs of the disorder, referring children for assessment, and organizing care. This study aimed to understand how the public health network can contribute to the early identification of manifestations related to ASD in child development. This is a qualitative documentary study based on the analysis of legislation, public policies, Ministry of Health guidelines, official documents, and scientific publications related to the topic. Document analysis was organized according to the content analysis proposed by Bardin (2011), structured into four categories: public policies and guidelines for ASD identification and follow-up; strategies for recognizing signs in public health services; the importance of early identification for care and referral; and barriers and challenges to the implementation of public policies. The results showed that Brazil has a set of laws and guidelines aimed at guaranteeing the rights of people with ASD and promoting identification and care within the public health system. However, difficulties were identified regarding the lack of trained professionals, unequal distribution of specialized services, waiting lists for diagnostic assessment, absence or fragility of defined referral pathways, and fragmentation of care among different points of the health network. It is concluded that early identification depends not

only on the existence of public policies but also on the ability of health services to recognize signs of ASD, guide families, and provide the necessary referrals. Strengthening Primary Health Care, professional training, and coordination between health, education, and social assistance are important measures to expand access to appropriate care.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Early identification; Public health policies; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por alterações persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association, 2022). A identificação dessas manifestações ocorre principalmente durante o desenvolvimento infantil e pode ser favorecida pelo acompanhamento sistemático da criança nos serviços de saúde.

A compreensão sobre o autismo passou por diferentes transformações ao longo do tempo, acompanhando mudanças nos critérios diagnósticos e na própria organização das políticas de saúde. A classificação contemporânea do transtorno considera diferentes níveis de manifestação e necessidade de suporte, reforçando a importância de uma avaliação individualizada (Fernandes et al., 2020).

No Brasil, a garantia dos direitos das pessoas com TEA está relacionada a um conjunto de dispositivos legais e políticas públicas. A Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos

Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabeleceu diretrizes relacionadas à atenção integral à saúde, ao diagnóstico precoce e ao atendimento multiprofissional (Brasil, 2012). Posteriormente, a Lei Brasileira de Inclusão ampliou a proteção dos direitos das pessoas com deficiência e fortaleceu a perspectiva de inclusão social e cidadania (Brasil, 2015).

As diretrizes do Ministério da Saúde também apresentam orientações para a organização da atenção às pessoas com TEA, incluindo ações de identificação, avaliação, encaminhamento e acompanhamento na rede de saúde (Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2014). Mais recentemente, documentos publicados pelo Ministério da Saúde reforçaram a necessidade de organizar o cuidado de forma articulada entre a Atenção Primária e os serviços especializados (Ministério da Saúde, 2025).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde apresenta papel relevante, uma vez que constitui uma das principais portas de entrada da população no Sistema Único de Saúde. O acompanhamento do desenvolvimento infantil possibilita que profissionais identifiquem alterações que necessitem de investigação e realizem os encaminhamentos adequados (Prando; Leão, 2025).

A identificação precoce não significa antecipar ou estabelecer um diagnóstico sem avaliação especializada. Trata-se, principalmente, de reconhecer sinais que possam indicar a necessidade de investigação, acompanhamento e encaminhamento. Essa distinção é importante porque instrumentos de rastreio e observação do desenvolvimento não substituem a avaliação diagnóstica completa (Santos et al., 2024). Dessa forma, compreender como as políticas

públicas orientam a identificação dos sinais do TEA e como essas orientações são incorporadas aos serviços de saúde é fundamental para analisar os caminhos existentes entre o reconhecimento das primeiras manifestações e o acesso ao cuidado especializado.

2. METODOLOGIA

2.1. Caracterização da Pesquisa

A pesquisa configura-se como descritiva e exploratória. É descritiva por visar a apresentação detalhada das manifestações comportamentais do TEA e das estratégias utilizadas pelos serviços públicos para seu reconhecimento, bem como das diretrizes e políticas públicas vigentes. É exploratória por buscar ampliar o conhecimento sobre um tema que, embora amplamente discutido em âmbitos específicos, ainda apresenta lacunas significativas no que se refere à análise integrada das políticas públicas e sua efetivação no cotidiano dos serviços de saúde (Gil, 2002).

2.2. Procedimento Técnico

O procedimento técnico adotado foi a pesquisa documental, que se caracteriza pela análise de documentos que não receberam tratamento analítico prévio ou que, mesmo já analisados, podem ser reexaminados sob novas perspectivas (Cellard, 2012). A pesquisa documental mostra-se especialmente adequada para estudos que buscam compreender a formulação e a implementação de políticas públicas, por permitir o acesso a registros oficiais que expressam as diretrizes, os protocolos e as normativas que orientam a atuação dos serviços de saúde (Cellard, 2012).

O corpus documental foi composto por um conjunto de fontes primárias e secundárias que abrangem a legislação federal, as diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, os manuais diagnósticos e as publicações de organismos internacionais. Especificamente, serão analisados:

- a. Legislação federal: Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012); Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) (Brasil, 2015); Decreto nº 6.949/2009, que promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2009); e demais normativas correlatas.
- b. Diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde: Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Brasil, 2014); Linha de Cuidado para a Atenção das Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS (Brasil, 2013); e a nova Linha de Cuidado para TEA (Brasil, 2025).
- c. Manuais diagnósticos: quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (Organização Mundial da Saúde, 2022).
- d. Publicações de organismos internacionais: documentos da Organização Mundial da Saúde (2022) e da Organização das Nações Unidas que estabelecem parâmetros para o cuidado e

a garantia de direitos das pessoas com deficiência (Brasil, 2009).

2.3. Instrumentos de Coleta e Organização dos Dados

A coleta de dados foi orientada por um protocolo de busca previamente definido, que estabeleceu critérios de inclusão e exclusão dos documentos a serem analisados. Foi utilizado um roteiro para a extração sistemática de informações, no qual foram registrados dados como: autor ou órgão emissor, ano de publicação, tipo de documento, eixo temático (diagnóstico, diretrizes, barreiras de acesso, fluxos de cuidado) e conteúdo relevante para os objetivos da pesquisa (Cellard, 2012).

A organização do corpus seguiu as etapas da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante do material para familiarização com os documentos e identificação de temas emergentes. Em seguida, procedeu-se à codificação do conteúdo, com a identificação de unidades de registro e de contexto que expressem significados relevantes para os objetivos do estudo. Posteriormente, as unidades foram agrupadas em categorias temáticas, que estruturam a apresentação dos resultados e a discussão teórica (Bardin, 2011).

Categoria 1: Diretrizes e políticas públicas para identificação e acompanhamento do TEA — análise das normativas federais e das diretrizes do Ministério da Saúde que estabelecem parâmetros para a detecção precoce, o diagnóstico e o cuidado à pessoa com TEA (Brasil, 2012; Brasil, 2013; Brasil, 2014; Brasil, 2025). A síntese visual dessa etapa é apresentada na Figura 1.

Figura 1. Representação da etapa 1 da metodologia.



Fonte: Autoras, 2026.

Categoria 2: Estratégias de reconhecimento de sinais de TEA nos serviços públicos — identificação das abordagens, instrumentos e fluxos utilizados na atenção primária e nos demais pontos da rede para a triagem e identificação de sinais precoces (Brasil, 2014; Prando; Leão, 2025). O esquema ilustrativo dessa etapa encontra-se disposto na Figura 2.

Figura 2. Representação da etapa 2 da metodologia.

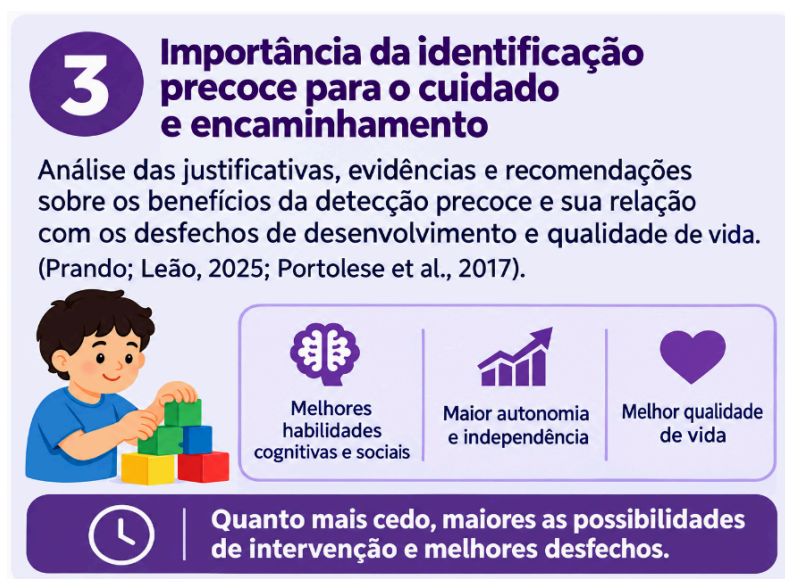


Fonte: Autoras, 2026.

Categoria 3: Importância da identificação precoce para o cuidado e encaminhamento — análise das justificativas, evidências e

recomendações sobre os benefícios da detecção precoce e sua relação com os desfechos de desenvolvimento e qualidade de vida (Prando; Leão, 2025; Portolese et al., 2017). O fluxo correspondente a esta categoria pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3. Representação da etapa 3 da metodologia.



Fonte: Autoras, 2026.

Categoria 4: Barreiras e desafios para a efetivação das políticas — sistematização dos obstáculos estruturais, sociais, culturais e institucionais que dificultam a implementação das diretrizes e o acesso ao diagnóstico e ao cuidado (Nicolleti; Honda, 2021; Oliveira et al., 2017; Rosa et al., 2025; Silva; Furtado, 2019). A estrutura dessa abordagem é detalhada na Figura 4.

Figura 4. Representação da etapa 4 da metodologia.



Fonte: Autoras, 2026.

2.4. Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada com base na proposta de análise de conteúdo temática de Bardin (2011), organizada em três etapas fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretação.

No pré-análise, foi realizada a leitura flutuante dos documentos, a constituição definitiva do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos. Foram definidos os indicadores que orientaram a codificação, com base nos objetivos específicos e nas categorias preliminares (Bardin, 2011).

Na exploração do material, procedeu-se a codificação sistemática, com a identificação das unidades de registro e a classificação nas categorias temáticas. Foram considerados tanto os conteúdos manifestos quanto os latentes, buscando apreender não apenas o que os documentos dizem explicitamente, mas também o que silenciam ou pressupõem (Bardin, 2011).

No tratamento dos resultados, foi realizada a interpretação à luz da literatura especializada sobre TEA, políticas públicas e saúde coletiva. Os achados foram confrontados com estudos empíricos e revisões teóricas que abordam a implementação de políticas de saúde no Brasil, permitindo a identificação de convergências, divergências e lacunas (Minayo, 2014). A interpretação buscou compreender não apenas o conteúdo das diretrizes, mas também as condições de sua produção, circulação e apropriação pelos serviços de saúde (Cellard, 2012).

2.5. Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa documental, que não envolve seres humanos de forma direta, o projeto não requer submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Foram observados, contudo, os princípios éticos da pesquisa científica, incluindo a transparência na seleção e análise dos documentos, o respeito à propriedade intelectual e a fidedignidade na citação das fontes utilizadas (Bardin, 2011).

2.6. Local de Realização

A pesquisa foi realizada inteiramente no ambiente virtual, com acesso a bases de dados acadêmicas, bibliotecas digitais e repositórios institucionais. O estudo foi sediado na instituição CEUNI FAMETRO, em Manaus-AM, onde serão realizadas as atividades de orientação e a sistematização dos dados coletados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpus documental — composto por legislações federais, diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, manuais diagnósticos e publicações de organismos internacionais — revelou tanto os avanços normativos conquistados nas últimas décadas quanto as lacunas persistentes entre o que a lei estabelece e o que a realidade dos serviços efetivamente oferece.

A organização dos resultados segue as quatro categorias temáticas definidas a priori com base nos objetivos específicos da pesquisa, conforme apresentado no Quadro 1. Essas categorias orientaram a codificação do material e a estruturação da discussão, que articula os achados da análise documental com a literatura científica sobre TEA, políticas públicas e saúde coletiva.

Quadro 1. Categorias de análise.

Categoria	Objetivo específico correspondente	Documentos analisados
Categoria 1: Diretrizes e políticas públicas para identificação e acompanhamento do TEA	Analisar diretrizes e políticas públicas de saúde voltadas à identificação e ao acompanhamento de crianças com sinais de TEA	Lei nº 12.764/2012; Lei nº 13.146/2015; Decreto nº 6.949/2009; Linha de Cuidado 2013; Diretrizes de Reabilitação 2014; Nova Linha de Cuidado 2025
Categoria 2: Estratégias de reconhecimento de sinais de TEA nos serviços públicos	Apresentar estratégias utilizadas pelos serviços públicos para o reconhecimento de sinais do TEA	Diretrizes de Reabilitação 2014; Linha de Cuidado 2013; Nova Linha de Cuidado 2025; Prando; Leão (2025)
Categoria 3: Importância da identificação precoce para o	Discutir a importância da identificação precoce para o cuidado	Diretrizes de Reabilitação 2014; Nova Linha de Cuidado 2025; Portolese

cuidado e encaminhamento	e encaminhamento na rede pública de saúde	et al. (2017); Prando; Leão (2025)
Categoria 4: Barreiras e desafios para a efetivação das políticas	Transversal aos três objetivos específicos	Nicolleti; Honda (2021); Oliveira et al. (2017); Portolese et al. (2017); Rosa et al. (2025); Silva; Furtado (2019)

Fonte: Autoras, 2026.

Para evidenciar o percurso analítico adotado no estudo, desde a delimitação da problemática até a consolidação das categorias temáticas de análise, elaborou-se um esquema sintético do fluxo metodológico. Esse caminho investigativo encontra-se representado na Figura 5 - Organograma do percurso analítico do processo de coleta, codificação e interpretação dos dados.

Figura 5. Organograma do percurso analítico da pesquisa.



Fonte: Autoras (2026).

A partir do encadeamento analítico sintetizado na Figura 5, a apresentação e a discussão dos achados foram estruturadas em quatro categorias temáticas fundamentais — Diretrizes e políticas públicas; Estratégias de reconhecimento de sinais; Importância da identificação precoce; e Barreiras e desafios para a efetivação das políticas —, as quais articulam os documentos normativos e a literatura científica para responder aos objetivos do estudo e evidenciar a distância entre as garantias legais e a prática assistencial na rede pública de saúde.

3.1. Resultados Categoria 1 - Diretrizes e Políticas Públicas para Identificação e Acompanhamento do TEA

A análise das legislações federais e das diretrizes ministeriais revelou que o Brasil dispõe de um arcabouço legal robusto e avançado no que se refere à garantia de direitos das pessoas com TEA. A Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana) representa o marco legal mais importante, ao instituir a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconhecer o TEA como deficiência para todos os efeitos legais (Brasil, 2012). A legislação estabelece diretrizes fundamentais como a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e políticas, a participação da comunidade na formulação e controle social, e a atenção integral às necessidades de saúde, com ênfase no diagnóstico precoce e no atendimento multiprofissional (Brasil, 2012).

O Quadro 2 apresenta os principais dispositivos legais e normativos que compõem o arcabouço jurídico-institucional de proteção dos direitos das pessoas com TEA no Brasil, evidenciando a abrangência e a articulação entre as diferentes normativa:

Quadro 2. Principais dispositivos legais de acordo com a lei.

Normativa	Ano	Ementa/Objeto	Dispositivos relevantes para o TEA
Constituição Federal	1988	Estabelece os direitos fundamentais e os princípios do SUS	Art. 196 (saúde como direito de todos e dever do Estado); Art. 198 (diretrizes do SUS); Art. 203, IV (assistência social à pessoa com deficiência)
Decreto nº 6.949	2009	Promulga a Convenção da ONU sobre os	Define pessoa com deficiência; estabelece princípios de

		Direitos das Pessoas com Deficiência	acessibilidade, não discriminação e autonomia
Decreto nº 7.612	2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite	Estrutura ações intersectoriais de saúde, educação e assistência social
Portaria nº 3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Organiza os pontos de atenção em saúde mental, incluindo o cuidado ao TEA
Lei nº 12.764	2012	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA (Lei Berenice Piana)	Reconhece o TEA como deficiência; garante diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e acesso à educação
Linha de Cuidado para TEA na RAPS	2013	Estabelece fluxos de atenção às pessoas com TEA na RAPS	Define a articulação entre RAPS e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Diretrizes de Atenção à Reabilitação	2014	Orienta as equipes multiprofissionais para o cuidado à pessoa com TEA	Enfatiza a abordagem centrada na funcionalidade; recomenda uso de inventários de desenvolvimento
Lei nº 13.146	2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência	Reafirma direitos; estabelece o conceito de deficiência em interação com barreiras
Nova Linha de Cuidado para TEA	2025	Atualiza as diretrizes de cuidado ao TEA no SUS	Orienta o rastreio sistemático de sinais de TEA em crianças de

			16 a 30 meses na atenção primária
--	--	--	-----------------------------------

Fonte: Autoras, 2026.

A análise do arcabouço legal brasileiro revela uma trajetória de conquistas graduais, impulsionada pela mobilização de familiares, profissionais e movimentos sociais (Nicolleti; Honda, 2021). A Lei nº 12.764/2012 representa um divisor de águas ao reconhecer o TEA como deficiência para todos os efeitos legais, garantindo acesso a serviços, benefícios e proteção social (Brasil, 2012). Essa conquista normativa é resultado direto da incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, que estabeleceu uma mudança paradigmática ao eleger a acessibilidade como ponto central para a garantia dos direitos individuais (Brasil, 2009)

No entanto, a existência de um marco legal robusto não se traduz automaticamente em práticas assistenciais efetivas e equânimes (Nicolleti; Honda, 2021; Prando; Leão, 2025). A distância entre o que a lei garante e o que a realidade dos serviços oferece constitui um dos principais desafios para a efetivação dos direitos das pessoas com TEA no Brasil. Essa constatação é corroborada por estudos que evidenciam a persistência de barreiras estruturais, sociais e culturais que comprometem o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado (Portolese et al., 2017; Rosa et al., 2025).

A publicação da nova Linha de Cuidado para o TEA, em 2025, que orienta o rastreio sistemático de sinais do transtorno em crianças de 16 a 30 meses na atenção primária, representa um esforço importante para operacionalizar o diagnóstico precoce no nível de atenção que constitui a porta de entrada preferencial do sistema de

saúde (Brasil, 2025). Contudo, a efetividade dessa diretriz depende de condições concretas para sua implementação, incluindo a capacitação de profissionais, a disponibilidade de instrumentos de triagem validados e a existência de fluxos claros de encaminhamento para a atenção especializada (Prando; Leão, 2025).

A análise evidencia que, embora o arcabouço normativo brasileiro seja abrangente no que se refere ao reconhecimento de direitos e à organização geral do cuidado, há uma lacuna significativa em dispositivos específicos sobre fluxos de encaminhamento entre os pontos de atenção e sobre mecanismos de monitoramento e avaliação da implementação das políticas. Essa lacuna contribui para a fragmentação do cuidado e para a dificuldade de responsabilização dos diferentes níveis de gestão, conforme apontado por Nicolleti; Honda (2021) e Oliveira et al. (2017).

3.2. Resultados Categoria 2 – Estratégias de Reconhecimento de Sinais de TEA nos Serviços Públicos

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica no processo de identificação precoce do TEA, configurando-se como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e como coordenadora do cuidado ao longo da rede (Brasil, 2014). No contexto do SUS, a APS é responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento infantil por meio das consultas de puericultura, momento privilegiado para a observação dos marcos do desenvolvimento e para a detecção de sinais de alerta (Brasil, 2014).

O Quadro 3 apresenta os principais sinais de alerta para TEA que devem ser observados pelos profissionais da APS, conforme as Diretrizes de Atenção à Reabilitação do Ministério da Saúde (2014),

organizados por domínio de desenvolvimento e faixa etária de maior evidência.

Quadro 3. Sinais de alerta para TEA em crianças na atenção primária.

Domínio	Sinais de alerta	Faixa etária de maior evidência
Comunicação social	Ausência de resposta consistente ao próprio nome	A partir de 12 meses
Comunicação social	Dificuldade para manter contato visual	A partir de 6 meses
Comunicação social	Pouca atenção compartilhada (não aponta para mostrar objetos)	A partir de 12 meses
Comunicação social	Dificuldade em demonstrar ou compartilhar emoções	A partir de 12 meses
Interação social	Tendência ao isolamento social	A partir de 18 meses
Comportamento	Movimentos repetitivos (balanceio, girar objetos, alinhar brinquedos)	A partir de 12 meses
Comportamento	Insistência em rotinas e resistência a mudanças	A partir de 18 meses
Comportamento	Interesses fixos e restritos	A partir de 24 meses
Sensorial	Hipersensibilidade a sons cotidianos	Qualquer idade
Sensorial	Fascínio por estímulos visuais (luzes, objetos giratórios)	A partir de 6 meses
Sensorial	Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais	Qualquer idade

Fonte: Autoras,2026.

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação do Ministério da Saúde (2014) recomendam que os profissionais utilizem inventários de desenvolvimento e protocolos de alerta como instrumentos de triagem, evitando diagnósticos precipitados, especialmente em crianças muito pequenas (Brasil, 2014). Em casos de atrasos no desenvolvimento ou sinais de risco para TEA, os técnicos da APS devem acionar outros pontos da rede para investigação diagnóstica e tratamento na atenção especializada (Brasil, 2014).

A articulação entre a APS e a atenção especializada ocorre por meio de mecanismos como o matriciamento com equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou serviços da atenção especializada, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Reabilitação Intelectual (Brasil, 2013). Essa articulação em rede é essencial para garantir a continuidade do cuidado e evitar que a criança se perca nos fluxos do sistema (Brasil, 2013).

as estratégias de reconhecimento de sinais de TEA nos serviços públicos revela que a APS é concebida pelas diretrizes ministeriais como o locus privilegiado para a identificação precoce (Brasil, 2014; Brasil, 2025). Essa centralidade da atenção primária justifica-se por sua capilaridade, pelo vínculo longitudinal com as famílias e pelo acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil por meio das consultas de puericultura (Prando; Leão, 2025).

No entanto, a literatura evidencia que os profissionais da atenção básica frequentemente não estão preparados para realizar essa triagem de forma sistemática e eficaz, seja por lacunas na formação, seja pela ausência de protocolos claros e de fluxos bem definidos

entre os diferentes pontos da rede (Oliveira et al., 2017; Prando; Leão, 2025). Essa contradição entre a centralidade atribuída à APS e a insuficiência de condições para que ela cumpra seu papel constitui um dos principais obstáculos à efetivação do diagnóstico precoce no SUS.

A ausência de biomarcadores para o TEA faz com que o diagnóstico dependa essencialmente da observação clínica e do histórico de desenvolvimento, o que exige dos profissionais um conhecimento aprofundado sobre os marcos do desenvolvimento infantil e as especificidades do espectro (Prando; Leão, 2025). Além disso, a identificação de sinais de alerta na APS não implica diagnóstico fechado, mas sim a necessidade de investigação e acompanhamento cuidadoso, o que requer a articulação com outros pontos da rede e o apoio de equipes especializadas (Brasil, 2014).

Um aspecto crucial diz respeito à corresponsabilização entre saúde e educação no processo de identificação precoce. Profissionais da APS e da escola devem estar preparados para identificar alterações no desenvolvimento e comunicar a família, para que o processo de acompanhamento diagnóstico e clínico seja iniciado o mais rápido possível (Brasil, 2014). Quando as intervenções são iniciadas precocemente e o cuidado é compartilhado entre o serviço de saúde e a escola, o impacto no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança e de sua família é consideravelmente maior (Prando; Leão, 2025).

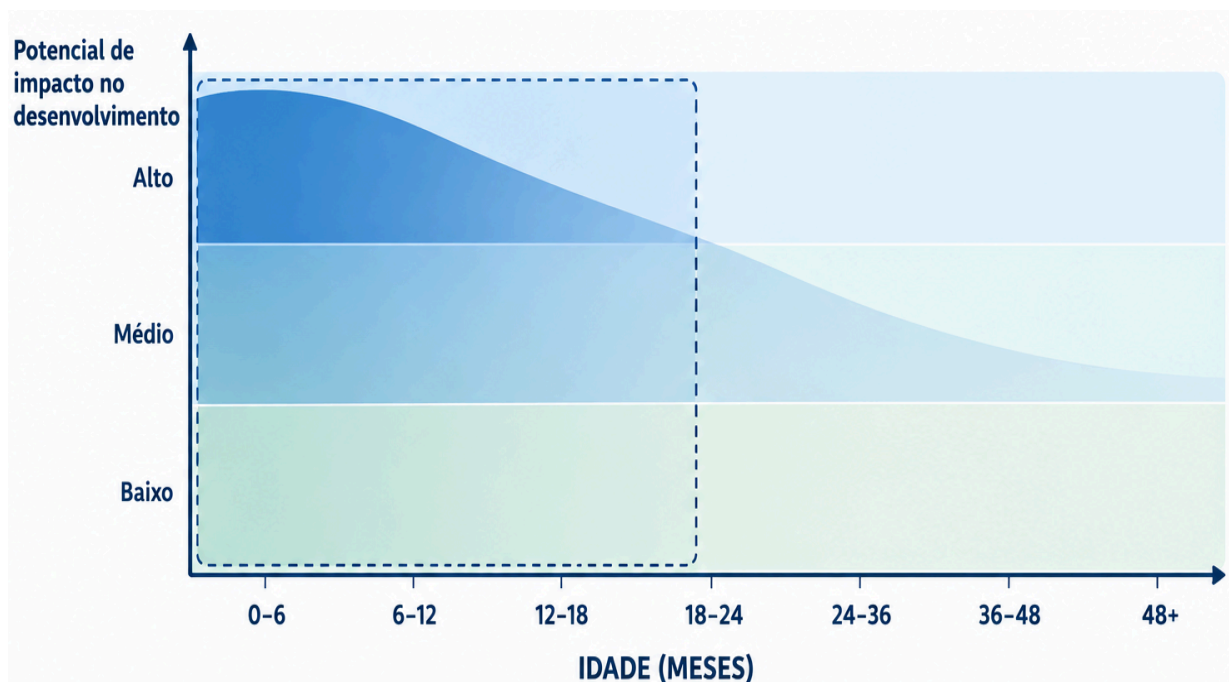
3.3. Resultados Categoria 3: Importância da Identificação Precoce para o Cuidado e Encaminhamento

A detecção precoce de sinais de TEA é fundamental porque possibilita a instituição imediata de intervenções direcionadas, aproveitando a plasticidade cerebral característica dos primeiros anos de vida. Estudos longitudinais demonstram que crianças com TEA acompanhadas por longos períodos apresentam trajetórias de desenvolvimento altamente variáveis: aproximadamente 25% apresentam progressos contínuos em áreas como comunicação e habilidades sociais, e cerca de 18% deixam de preencher os critérios diagnósticos ao longo do tempo (Steffen et al., 2022). Esses achados reforçam que os instrumentos de rastreio devem ser vistos como ponto de partida, e não como rótulos fixos, exigindo avaliações que considerem o contexto e a singularidade de cada criança (Steffen et al., 2022).

Crianças com TEA tendem a apresentar problemas de desenvolvimento entre 12 e 24 meses, embora sinais de alerta possam ser percebidos antes de um ano de idade (Zanon et al., 2014). A identificação precoce favorece a aquisição de repertórios cognitivos (linguagem verbal e comunicação), sociocognitivos (atenção compartilhada) e comportamentais (autonomia e habilidades sociais), além de possibilitar a psicoeducação dos pais e o desenvolvimento de estratégias de manejo (Zanon et al., 2014).

A Figura 5 apresenta a janela de oportunidade para intervenção precoce no TEA, evidenciando a relação entre a idade de início das intervenções e o potencial de impacto no desenvolvimento.

Figura 5. Representação conceitual da janela de oportunidade para identificação e intervenção precoce no TEA.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2026), com base em Zanon, Backes e Bosa (2014), Portolese et al. (2017), Prando e Leão (2025) e Brasil (2025).

A literatura científica converge ao apontar que a identificação precoce do TEA é um fator determinante para os desfechos de desenvolvimento das crianças (Prando; Leão, 2025; Portolese et al., 2017). Quanto mais cedo o diagnóstico é estabelecido e as intervenções são iniciadas, maiores são as chances de resultados positivos no desenvolvimento de habilidades sociais, comunicativas e adaptativas. Essa constatação fundamenta a ênfase das políticas públicas na detecção precoce e na intervenção oportuna (Brasil, 2025).

A complexidade do desenvolvimento infantil, contudo, exige cautela na interpretação dos instrumentos de rastreio. Estudos longitudinais demonstram que o desenvolvimento de crianças com TEA é significativamente mais flexível e variável do que se imaginava, com trajetórias que podem incluir progressos contínuos e até mesmo a saída da categoria diagnóstica (Steffen et al., 2022). Essa plasticidade reforça a importância de avaliações contínuas e contextualizadas, que considerem não apenas os escores dos instrumentos, mas

também a observação clínica e a singularidade de cada criança (Steffen et al., 2022).

No entanto, a realidade dos serviços de saúde pública no Brasil revela que o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado permanece profundamente desigual. Um estudo realizado em serviço especializado identificou diagnóstico tardio com idade média de aproximadamente 84 meses, contrariando diretrizes nacionais e internacionais que recomendam que o diagnóstico seja feito nos primeiros anos de vida (Costa et al., 2023). Esse achado evidencia a urgência de identificar os fatores que retardam o diagnóstico precoce de transtornos do neurodesenvolvimento no Brasil (Costa et al., 2023).

As longas filas de espera para avaliação diagnóstica, a escassez de profissionais capacitados na atenção básica e a insuficiência de serviços especializados — especialmente nas regiões Norte e Nordeste — constituem barreiras que comprometem a efetivação dos direitos garantidos pela Lei nº 12.764/2012 (Portolese et al., 2017; Prando; Leão, 2025). A análise integrada dos resultados evidencia que o período de 0 a 24 meses concentra o maior potencial de impacto das intervenções, em razão da plasticidade cerebral característica dessa fase do desenvolvimento (Zanon et al., 2014). Contudo, as barreiras ao diagnóstico precoce são múltiplas e interrelacionadas, envolvendo dimensões estruturais, socioculturais e institucionais que exigem respostas intersetoriais e territorializadas (Prando; Leão, 2025).

3.4. Resultados Categoria 4: Barreiras e Desafios para a Efetivação das Políticas Públicas

A insuficiência de serviços especializados em diversas regiões do país, particularmente nas áreas de maior vulnerabilidade social, constitui uma das barreiras mais relevantes. A distribuição desigual de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), serviços de reabilitação e equipes especializadas resulta em fluxos de cuidado que variam significativamente conforme o território, perpetuando iniquidades no acesso (Prando; Leão, 2025).

Um estudo nacional identificou 246 CAPSi distribuídos em 206 municípios, com 33,7% localizados em municípios de 70 a 199 mil habitantes e 48,8% em municípios com mais de 200 mil habitantes (Ceballos et al., 2022). Esse dado evidencia que a cobertura de serviços especializados permanece insuficiente para atender à demanda populacional, especialmente em municípios de pequeno e médio porte (Ceballos et al., 2022).

O Quadro 4 indica as principais barreiras identificadas na análise documental e na literatura, organizadas por dimensão.

Quadro 4. Barreiras e desafios para a efetivação das políticas públicas de TEA no Brasil.

Dimensão	Barreiras identificadas	Autores/ Documentos
Estrutural	Insuficiência e distribuição desigual de serviços especializados	Portolese et al. (2017); Prando; Leão (2025); Brasil (2025)
Estrutural	Longas filas de espera para avaliação diagnóstica	Portolese et al. (2017); Costa et al. (2023)
Estrutural	Escassez de profissionais capacitados na atenção básica	Prando; Leão (2025); Santos; Souza (2024)

Estrutural	Infraestrutura insuficiente em regiões de maior vulnerabilidade	Portolese et al. (2017); Brasil (2025)
Sociocultural	Desinformação sobre TEA e sobre direitos garantidos em lei	Rosa et al. (2025); Zanon et al. (2014)
Sociocultural	Estigma sobre saúde mental e neurodesenvolvimento	Rosa et al. (2025)
Sociocultural	Desigualdades raciais e socioeconômicas no acesso ao diagnóstico	Rosa et al. (2025)
Sociocultural	Subdiagnóstico e diagnóstico tardio em meninas	Steffen et al. (2022)
Institucional	Tensão entre os campos da saúde mental e da deficiência	Oliveira et al. (2017); Silva; Furtado (2019); Ceballos et al. (2022)
Institucional	Ausência de protocolos claros e de fluxos bem definidos	Prando; Leão (2025); Santos; Souza (2024)
Institucional	Fragmentação do cuidado entre os pontos de atenção	Oliveira et al. (2017); Ceballos et al. (2022)
Institucional	Dificuldade de articulação intersetorial (saúde, educação, assistência)	Brasil (2014); Prando; Leão (2025)
Institucional	Falta de monitoramento e avaliação da implementação das políticas	Nicolleti; Honda (2021); Ceballos et al. (2022)

Fonte: Autoras, 2026.

Os resultados evidenciam que as barreiras à efetivação das políticas públicas de TEA no Brasil são múltiplas e interrelacionadas, envolvendo dimensões estruturais, socioculturais e institucionais. A

literatura internacional e nacional converge ao apontar que a escassez de profissionais capacitados na atenção básica constitui um dos principais obstáculos à identificação precoce (Prando; Leão, 2025; Santos; Souza, 2024). Um estudo qualitativo realizado com enfermeiros da atenção primária no Rio de Janeiro revelou que, embora os profissionais reconheçam a importância da detecção precoce, muitos não se sentem preparados para realizar essa triagem de forma sistemática, seja por lacunas na formação, seja pela ausência de protocolos claros e de fluxos bem definidos entre os diferentes pontos da rede (Santos; Souza, 2024).

A experiência do Paraná oferece um contraponto importante a esse cenário. Entre 2018 e 2025, o estado investiu R\$ 3,3 milhões em capacitações específicas na área de TEA, contemplando 670 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos (Brasil, 2025). O curso de Aperfeiçoamento em Avaliação e Atendimento à Pessoa com TEA capacitou 326 profissionais em 140 municípios, cobrindo as 22 Regionais de Saúde, sendo que 77 municípios tiveram profissionais da atenção primária formados (Brasil, 2025). Essa experiência demonstra que investimentos em capacitação profissional podem fortalecer a capacidade da rede de identificar sinais precoces e orientar as famílias de forma mais segura e eficaz (Brasil, 2025).

A tensão entre os campos da saúde mental e da deficiência quanto à responsabilidade pelo cuidado ao TEA constitui um desafio histórico que gera ambiguidade e fragmentação nos serviços (Oliveira et al., 2017; Silva; Furtado, 2019). A análise documental revela que a Linha de Cuidado de 2013 buscou articular essas duas redes, estabelecendo fluxos e responsabilidades compartilhadas (Brasil, 2013). Contudo, a literatura aponta que, na prática, essa articulação

permanece frágil, especialmente em regiões com menor densidade de serviços especializados (Ceballos et al., 2022). A indefinição de fronteiras pode resultar em lacunas assistenciais, com usuários que transitam entre serviços sem encontrar respostas efetivas para suas necessidades (Silva; Furtado, 2019).

Os determinantes sociais da saúde também exercem influência decisiva no processo diagnóstico. A literatura evidencia que meninas com TEA tendem a receber diagnóstico mais tardio ou a serem subnotificadas, em razão de diferenças sintomatológicas que fazem com que suas dificuldades sociocomunicativas sejam menos reconhecidas (Steffen et al., 2022). Um estudo de revisão sistemática identificou que 50% dos estudos analisados confirmam o subdiagnóstico ou subnotificação de indivíduos do gênero feminino, e 40% mencionam o diagnóstico tardio (Steffen et al., 2022). Esses achados evidenciam a necessidade de instrumentos e protocolos que considerem as especificidades de gênero na manifestação do TEA (Steffen et al., 2022).

A análise também revelou que a fragmentação do cuidado entre os pontos de atenção e a ausência de mecanismos de monitoramento e avaliação da implementação das políticas constituem barreiras institucionais significativas. O mapeamento do perfil dos estudantes com TEA no ensino superior, por exemplo, evidencia uma fragilidade nos dados oficiais disponíveis, o que remete à reflexão sobre o compromisso, o processo e o controle na construção dos dados (Ceballos et al., 2022). Essa fragilidade nos sistemas de informação compromete a capacidade de gestão e planejamento das políticas públicas, dificultando a identificação de lacunas e a correção de rumos (Nicolleti; Honda, 2021).

Portanto, evidencia-se que o papel das políticas públicas no espectro autista é simultaneamente promissor e contraditório: promissor porque o arcabouço legal brasileiro reconhece o direito ao diagnóstico precoce e ao cuidado integral; contraditório porque a efetivação desses direitos permanece comprometida por barreiras estruturais, sociais e culturais que exigem respostas intersetoriais e territorializadas (Prando; Leão, 2025; Rosa et al., 2025). A superação dessas barreiras requer não apenas a manutenção dos avanços normativos, mas a criação de condições concretas para sua implementação, incluindo investimento em capacitação profissional, ampliação da oferta de serviços especializados e fortalecimento dos mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento das políticas (Brasil, 2025).

Experiências exitosas em municípios brasileiros demonstram que é possível transformar realidades com um cuidado próximo e adaptado às necessidades de cada criança. Em Areia de Baraúnas (PB), a criação de um projeto na Atenção Primária voltado para crianças neurodivergentes, com equipe multiprofissional e acompanhamento regular, tem oferecido um cuidado mais acessível e acolhedor, incluindo grupos de apoio às mães (Brasil, 2025). Essas iniciativas locais, embora não substituam a necessidade de políticas estruturantes, evidenciam o potencial de respostas territorializadas e centradas nas necessidades das famílias (Brasil, 2025).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui leis, diretrizes e políticas públicas que reconhecem a importância da identificação precoce e do cuidado integral às pessoas com Transtorno do Espectro Autista. A Lei nº 12.764/2012 e as diretrizes do Ministério da Saúde representam avanços importantes

para a garantia desses direitos e para a organização da atenção à pessoa com TEA. A pesquisa também mostrou que a identificação precoce depende, principalmente, da capacidade da rede pública de reconhecer os sinais do transtorno, orientar as famílias e realizar os encaminhamentos necessários. Nesse processo, a Atenção Primária à Saúde possui papel fundamental, pois acompanha o desenvolvimento infantil e pode contribuir para que os sinais de alerta sejam percebidos ainda nos primeiros anos de vida.

Apesar dos avanços nas políticas públicas, permanecem dificuldades para transformar as diretrizes em ações efetivas. Entre os principais problemas identificados estão a falta de profissionais capacitados, a distribuição desigual dos serviços especializados, as filas para avaliação diagnóstica, a fragmentação do atendimento e as dificuldades de articulação entre os diferentes setores da rede. Essas barreiras fazem com que o acesso ao diagnóstico e ao cuidado ainda seja desigual entre diferentes regiões e grupos sociais.

A identificação precoce é importante porque permite que a criança seja encaminhada mais rapidamente para avaliação e acompanhamento adequados. No entanto, o rastreamento de sinais de TEA não deve ser entendido como diagnóstico definitivo. Os instrumentos de triagem devem orientar a avaliação profissional, considerando as características e o desenvolvimento de cada criança.

Dessa forma, conclui-se que a rede pública de saúde possui papel essencial na identificação precoce do TEA, mas ainda precisa fortalecer a capacitação dos profissionais, ampliar os serviços especializados e melhorar a articulação entre os diferentes pontos da rede. Mais do que ampliar a legislação, é necessário garantir que

as políticas existentes sejam efetivamente aplicadas nos serviços de saúde. Por fim, esta pesquisa reforça a importância de uma atuação integrada entre saúde, educação e assistência social, com participação da família em todo o processo de cuidado. A identificação precoce, quando acompanhada de encaminhamento adequado e acesso aos serviços necessários, pode contribuir para um cuidado mais oportuno e para melhores condições de desenvolvimento e qualidade de vida das crianças com TEA e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do

Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, nº

3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.722, de 3 de julho de 2024.** Institui o Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Atenção Especializada à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

CEBALLOS, A. G. C. et al. Mapeamento dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e00154321, 2022.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2012.

COSTA, A. P. et al. Diagnóstico tardio de transtorno do espectro autista em serviço especializado: um estudo retrospectivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 3, p. 145-153, 2023.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. A expansão do diagnóstico de autismo no contexto brasileiro atual: incidência nas políticas públicas e na

organização do cuidado. *DESIDADES – Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude*, n. 41, 2025. DOI: 10.54948/desidades.v1i41.68499.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MIRANDA, A. F. D. Políticas públicas para o atendimento ao transtorno do espectro autista no Brasil, EUA e Europa nos últimos 20 anos. *Revista Saúde Coletiva*, v. 15, n. 93, p. 14596-14609, 2025.

NASCIMENTO MARQUES, L. et al. Psychometric evaluation of two adult autism screening tools in Brazil. *Autism Research*, v. 18, n. 9, p. 1840-1850, 2025. DOI: 10.1002/aur.70089.

NICOLETTI, M. A.; HONDA, F. R. Transtorno do espectro autista: uma abordagem sobre as políticas públicas e o acesso à sociedade. *Infarma – Ciências Farmacêuticas*, v. 33, n. 2, p. 117-130, 2021.

OLIVEIRA, B. D. C. et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a saúde mental e a deficiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 589-610, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças – CID-11**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022.

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

PRANDO, C. C.; LEÃO, V. C. Autismo no Brasil: desafios e perspectivas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 1-12, 2025.

ROSA, M. et al. Desigualdades raciais e socioeconômicas no diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 1-14, 2025.

SANTOS, C. L. et al. Screening and diagnostic tools for autism spectrum disorder: systematic review and meta-analysis. *Clinics*, São Paulo, v. 79, 100323, 2024. DOI: 10.1016/j.clinsp.2023.100323.

SANTOS, L. Y. A. Considerações sobre os primeiros diagnósticos do autismo: Leo Kanner, o pai do autismo. *Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação – SEPED*, n. 1, 2021.

SILVA, M. C.; FURTADO, L. R. O cuidado ao transtorno do espectro autista no SUS: entre a saúde mental e a deficiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 789-801, 2019.

SILVEIRA, A.; SOUZA, L. D. M. Rastreio precoce no transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 2, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n2-041.

ZANON, R. B. et al. Identificação precoce do transtorno do espectro autista: revisão de literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 183-190, 2014.

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Manaus – FAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Manaus – FAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Professora orientadora do curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Manaus – FAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Professora coorientadora do curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Manaus – FAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)