

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Júlia Carolina Soares

ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO AUTISMO NO ÂMBITO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2022

Júlia Carolina Soares

ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO AUTISMO NO ÂMBITO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Lucília Nunes de Assis

Belo Horizonte
2022

S676a Soares, Júlia Carolina.
Análise da organização da atenção ao autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais [manuscrito] / Júlia Carolina Soares. – 2022.
[12], 72 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2022.

Orientadora: Lucília Nunes de Assis

Bibliografia: f. 76-82

1. Transtorno do Espectro Autista (TEA) – Política de saúde pública – Minas Gerais. I. Assis, Lucília Nunes de. II. Título.

CDU 614(815.1)

Júlia Carolina Soares

Análise da organização da atenção ao autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, 2022

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Aprovada na Banca Examinadora



Pesquisadora Dra. Lucília Nunes da Assis – Fundação João Pinheiro



Prof. Mestre Daniela Goes Paraiso Lacerda – Fundação João Pinheiro



Prof. Mestre Helena Teixeira Magalhães Soares – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os autistas, em especial, ao meu filho. Que o mundo se torne um lugar mais respeitoso e inclusivo para vocês.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus, pois ele é a causa primária de todas as coisas.

Ao meu filho João Vitor, que é o amor da minha vida, razão por eu ter escolhido este tema para o meu trabalho de conclusão de curso, pois ele é autista. Ele tem me ensinado a cada dia como é desafiador ser mãe atípica, mas ao mesmo tempo, tem mudado a minha visão de mundo; me mostrando que até a mínima conquista deve ser comemorada.

Em memória, agradeço ao meu pai, que mesmo tento partido cedo, me deixou como princípios: a honestidade, a perseverança e a importância dos estudos. Além de ter cuidado de mim da forma mais amorosa e carinhosa possível; fator que enche meu coração de saudades e alegria, por ter tido a oportunidade de ser sua filha.

A minha mãe, por todo apoio dado, mesmo perante a ausência de meu pai e de todo o sofrimento causado por sua partida. Seu empenho, principalmente nos últimos meses, foi crucial para que eu pudesse concluir este trabalho.

Ao meu companheiro Flávio, que desde que iniciamos nosso relacionamento, tem me ajudado na minha caminhada como mãe atípica. Seu amor por mim e pelo João Vitor, e toda sua dedicação a nós, também foram fundamentais para que eu conseguisse realizar minha pesquisa.

Ao meu irmão, por nossa relação de parceria e por todos os momentos que ele se dispôs a me ouvir, quando eu precisei.

A minha orientadora Lucília, por todos os conhecimentos compartilhados, pela paciência e pelos inúmeros auxílios, sem os quais não seria possível realizar esta pesquisa.

Aos mestres da Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, por todos os conhecimentos que me foram concedidos, os quais me auxiliaram na realização deste trabalho.

Aos servidores da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, que me receberam e confiaram no meu trabalho.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para meu desenvolvimento profissional e para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

Assim como um diamante precisa ser lapidado para brilhar, uma pessoa com autismo merece e deve ser acolhida, cuidada e estimulada a se desenvolver.

Ana Beatriz Barbosa Silva.

RESUMO

Objetivos: esta pesquisa foi realizada tendo em vista que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode causar inúmeros prejuízos sociais e de saúde aos indivíduos e aos seus familiares. Nesse sentido, foi imprescindível mapear os atendimentos prestados aos autistas, em Minas Gerais (MG), nos níveis ambulatorial e hospitalar, com o intuito de observar se a atenção em saúde é ofertada de forma multidisciplinar, como recomendado pelo Ministério da Saúde, analisar se a assistência na saúde pública está sendo prestada de forma a minimizar os impactos negativos causados por este distúrbio, identificar quais as áreas de MG são mais carentes e pontuar quais aspectos precisam ser melhorados em relação à saúde voltada aos autistas. **Metodologia:** realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva direcionada a esclarecer como se dá a organização da atenção às pessoas com TEA na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de MG, no ano de 2022, por meio da análise de legislações, sistemas de informação em saúde e entrevistas com os atores-chave no nível central da Secretaria do Estado de Saúde de MG. **Principais resultados:** verificou-se que a atenção à saúde das pessoas autistas é muito dependente do terceiro setor, principalmente das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES), que a defasagem da tabela SUS impacta negativamente na oferta dos cuidados e que o diagnóstico tardio de TEA ainda é uma realidade no Estado. **Conclusões:** desse modo, constatou-se que as políticas públicas orientadas aos autistas devem priorizar a capacitação das equipes de saúde, a fim de que elas estejam aptas a identificar qualquer indício sugestivo de autismo, com o intuito de promover o diagnóstico e a intervenção precoces. Além disso, é de suma importância que o Estado amplie a rede de saúde no âmbito do TEA, considerando dados estatísticos, que apontam o crescimento dos casos. A qualificação dos profissionais e dos serviços da rede de saúde pública, voltada a esse público-alvo, são estratégias promissoras, embora pontuais, para uma intervenção adequada.

Palavras-chave: Autismo. Políticas públicas de saúde. Minas Gerais.

ABSTRACT

Objectives: this research was performed considering that Autism Spectrum Disorder (ASD) can cause numerous social and health damages to individuals and their families. In this sense, it was essential to map the care provided to patients with ASD, in Minas Gerais (MG), in medical clinics and hospital levels, in order to observe whether health care is offered in a multidisciplinary way, as recommended by the Ministry of Health, analyze whether public health care is being provided to minimize the negative impacts caused by this disorder, identify which areas of MG are most lacking and point out which aspects need to be improved in relation to health aimed at autistic people. **Methodology:** an exploratory and descriptive research was carried out aimed at clarifying how the organization of care for people with ASD is carried out in the Unified Health System (UHS) network of MG, in the year 2022, through the analysis of legislation, systems information on health and interviews with key actors at the central level of the MG State Health Department. **Main results:** it was found that the health care of autistic people is very dependent on the third sector, mainly on the Associations of Parents and Friends of the Exceptional (APAES), that the lag of the SUS table has a negative impact on the provision of care and that the diagnosis late ASD is still a reality in the State. **Conclusions:** in this way, it was found that public policies aimed at people with autism should prioritize the training of health teams, so that they are able to identify any suggestive sign of autism, in order to promote early diagnosis and intervention. In addition, it is extremely important that the State expands the health network within the scope of the ASD, considering statistical data, which point to the growth of cases. The qualification of professionals and services of the public health network, aimed at this target audience, are promising strategies, although punctual, for an adequate intervention.

Keywords: Autism. Public health policies. Minas Gerais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Descrição do autismo segundo Classificação Internacional das Doenças.....	30
Quadro 2 - Nova Classificação Internacional de Doenças (CID – 11) referente ao Transtorno do Espectro do Autismo	31
Quadro 3 - Setorialização dos agentes por finalidades	39
Quadro 4 - Perfil dos entrevistados	46
Figura 1 - Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial e as ações de cuidado	21
Figura 2 - Ciclo de vida das políticas públicas.....	28
Figura 3 - Estimativas de prevalência de TEA em crianças com 8 anos de idade, residentes nos Estados Unidos no período de 2000 a 2018	32
Figura 4 - Estimativa de prevalência de TEA por sexo.....	35
Figura 5 - Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde, segundo Linhas de Cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde	50
Figura 6 - Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TEA.....	51
Figura 7 - Proposta de Modelo Teórico do Atendimento ao Usuário com TEA no âmbito do SUS, 2022	54
Figura 8 - Porcentagem de atendimentos direcionados aos autistas, realizados pelas APAEs e demais estabelecimentos de saúde, entre os anos de 2016 e 2021	62
Figura 9 - Produção ambulatorial global das APAES e produção ambulatorial das APAES (CID: F84), entre os anos de 2018 e 2021	63
Figura 10 - Valores recebidos pelas APAES no período de 2018 a 2021, via MAC, para procedimentos globais e procedimentos (CID: F84)	64
Figura 11 - Comparação entre valores – Tabela SUS e valor cobrado por uma clínica privada	65
Figura 12 - Distribuição geográfica dos CAPS em Minas Gerais nos anos de 2011 e 2018	67
Figura 13 - Distribuição geográfica das APAES de Minas Gerais	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência dos procedimentos ambulatoriais com classificação CID 10-F84, executados e pagos, segundo complexidade, em estabelecimentos de saúde de Minas Gerais, no período de 2017 a 2021	61
Tabela 2 - Frequência de atendimentos ambulatoriais (CNPJ/CPF-MG) relativos ao CID 10:F84, distribuída por faixa etária, entre os anos de 2017 e 2021	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	Contextualização histórica sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA)	15
2.2	Evolução acerca do conceito de saúde e sua relação com a assistência ao autista	17
2.2.1	Influência do paradigma holístico na estruturação da rede de atenção à saúde da pessoa autista	20
2.2.2	Magnitude do diagnóstico precoce no prognóstico das pessoas com TEA	22
2.2.3	Concentração da assistência à saúde da pessoa com autismo na atenção básica e na atenção especializada.....	26
2.3	Conceitos no que concerne às políticas públicas	27
2.4	Fatores que incrementam a eficiência na implementação de políticas de saúde pública	29
2.4.1	Classificação Internacional de Doenças (CID).....	29
2.4.2	Estatísticas referentes à prevalência de autismo nos Estados Unidos e no Brasil	32
2.5	Aspectos relevantes em relação ao TEA	35
2.5.1	Maior incidência em homens.....	35
2.5.2	Maioria dos atendimentos de saúde são voltados para crianças e adolescentes.....	35
2.6	Breve discussão sobre a rede de atenção aos autistas e aspectos do seu perfil	36
2.7	Emergência do terceiro setor e sua relevância no tratamento das pessoas autistas	37
3	METODOLOGIA	44
4	RESULTADOS	46

4.1	Perfil dos entrevistados.....	46
4.2	Leis e direitos da pessoa com TEA.....	46
4.3	Diretrizes para tratamento de pessoas com autismo	48
4.4	Frequência dos atendimentos dividida por níveis de complexidade	60
4.5	Frequência dos atendimentos direcionados às pessoas com TEA, segundo estabelecimentos CNES-MG, no período de 2016 a 2021	62
4.6	Dados obtidos na Programação Pactuada Integrada	63
4.7	Desfasagem da tabela SUS	65
4.8	Má distribuição geográfica dos serviços públicos de saúde mental.....	66
4.9	Distribuição dos atendimentos voltados às pessoas com TEA por faixa etária	68
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	83

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por um grupo de alterações do neurodesenvolvimento que podem causar graves comprometimentos na socialização, comunicação e comportamento do indivíduo com este distúrbio. No cenário atual, a ciência ainda não consegue afirmar quais as causas deste transtorno, embora haja evidências sugestivas de que os fatores genéticos, hereditários e ambientais, são os principais relacionados com o desenvolvimento do autismo.

Hodiernamente, é notório o aumento do número de casos diagnosticados, a partir da maior compreensão psiquiátrica do transtorno, sem desconsiderar a dimensão social que também se relaciona a este incremento, por meio das associações de pais que lutam pelos direitos de seus filhos diagnosticados com TEA (ALMEIDA, NEVES; 2020)

A partir de 2013, o Ministério da Saúde responde de forma específica a essa demanda por meio de diretrizes para seu cuidado, ora no âmbito geral dos serviços da rede assistencial da saúde, ora pela rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2013a; 2013b). Essa oferta programada da saúde, pulverizada em possibilidades generalizadas de atenção no âmbito da rede pública, encontra consonância com a própria definição dual do TEA enquanto deficiência ou transtorno mental.

Assim, descrever as políticas nacionais e estaduais de saúde formalizadas sobre o TEA, de forma relacionada à organização da atenção a este problema de saúde, é resposta que contribui com a sistematização de conhecimentos sobre o tema, trazendo à luz os possíveis caminhos do cuidado para um público-alvo vulnerável pelos obstáculos que vivencia em se fazer entender por meio da linguagem e comunicação e pela situação de isolamento que também se estende ao respectivo núcleo familiar.

Diante dos desafios apresentados, como informações insuficientes acerca do TEA e uma demanda crescente por atendimentos específicos para este grupo, infere-se que a implementação das políticas para o atendimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser aprimorada na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais.

Isto posto, o foco do presente trabalho é analisar a organização da atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na rede do Sistema Único de

Saúde em Minas Gerais, por intermédio: da descrição do modelo teórico da atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), segundo diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); do mapeamento da assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na rede pública de saúde de Minas Gerais e da identificação dos desafios e estratégias para a implementação de políticas de saúde voltadas ao TEA no âmbito do SUS.

O presente trabalho se justifica, dado que, o TEA é um transtorno que pode causar inúmeros prejuízos sociais e de saúde às pessoas autistas e aos seus familiares; assim, é imperioso saber se a assistência pública à saúde voltada a este público-alvo está sendo prestada de forma a minimizar os impactos negativos causados por este distúrbio. Dessa forma, é imprescindível mapear os atendimentos prestados aos indivíduos com TEA em MG, nos níveis ambulatorial e hospitalar, a fim de observar se a assistência é ofertada de forma multidisciplinar, como é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde.

Para o ambiente acadêmico, este estudo poderá servir como referência para futuras pesquisas, uma vez que, o autismo é um tema vasto e que impacta a vida de muitas pessoas, e que ainda carece de mais pesquisas.

Portanto, o estudo em questão se volta à análise de dados, informações assistenciais e percepções de gestores e técnicos sobre o cuidado ao público-alvo com TEA na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais (MG).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualização histórica sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

A palavra autismo tem raízes no grego “autos” (eu). Segundo consta no Manual Merck Sharp and Dohme (MSD), este distúrbio atualmente é caracterizado por:

Transtornos do espectro autista são distúrbios do neurodesenvolvimento caracterizado por deficiente interação e comunicação social, padrões estereotipados e repetitivos de comportamento e desenvolvimento intelectual irregular, frequentemente com retardo mental. Os sintomas começam cedo na infância. Na maioria das crianças, a causa é desconhecida, embora, em alguns casos, existam evidências de um componente genético ou uma causa médica. O diagnóstico é baseado na história sobre o desenvolvimento e observação. O tratamento consiste no controle do comportamento e às vezes tratamento medicamentoso. (MSD, 2020).

Até que os médicos e pesquisadores chegassem ao conceito atual do Transtorno do Espectro Autista, o qual foi mencionado anteriormente, houve um longo caminho perpassado por vários estudos e tentativas de elucidar as pessoas em relação ao autismo, na busca de dirimir os preconceitos em relação ao distúrbio, e melhorar a qualidade de vida das pessoas com TEA.

O autismo só foi referenciado pela primeira vez em 1908, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler. Todavia, ele utilizou o termo “autismo” para descrever um grupo de sintomas relacionados à esquizofrenia.

Somente em 1943, após o artigo *"Autistic Disturbances of Affective Contact"* ser publicado na revista *Nervous Child*, pelo psiquiatra Leo Kanner, o autismo passou a ser descrito como um conceito único de transtorno, distinto da esquizofrenia.

Para chegar a essa conclusão, Kanner estudou um grupo de onze crianças com comportamentos semelhantes. Segundo COHMER (2014), Kanner, em seu artigo, descreve a preocupação de cada criança com objetos, repetições monótonas, insistência na consistência e deficiências de linguagem, entre outros comportamentos. Ele também descreveu a vida familiar da criança, a formação socioeconômica e educacional dos pais e as principais queixas deles sobre o comportamento de seus filhos. A partir de então, muitos psicólogos infantis usaram as observações de Kanner para ajudá-los em seus diagnósticos.

De acordo com Carvalho *et al.* (2014), até 1943, antes dos estudos de Leo Kanner e Hans Asperger, as crianças que se encontravam no espectro autista eram rotuladas de retardadas, com problemas sociais e emocionais. Enquanto Kanner se dedicava ao Autismo clássico, Asperger centrava seus estudos em uma forma mais branda do distúrbio, o que chamou de Síndrome de Asperger. Esta Síndrome está relacionada com o autismo, porém tem uma especificação própria. Em suas pesquisas, Hans Asperger passou a estudar 200 famílias de pais de autistas, acompanhando-as pelo período de dez anos. Embora toda a pesquisa tenha sido perdida durante a guerra, ele concluiu que a causa do autismo era possivelmente genética, pelo fato de ter encontrado traços incomuns nos pais ou em alguns parentes das crianças (FADDA e CURY, 2016).

Apesar de ter sido descrita por Asperger em 1944, fora somente em 1994, que a Síndrome de Asperger passou a fazer parte das nomenclaturas do DSM-IV com critérios para diagnósticos (MELLO, 2007).

Em 1949, Kanner criou a hipótese de “mãe-geladeira”, atribuindo a distância emocional dos pais como causa do distúrbio. Segundo Donyan e Zucker (2017), ainda que Kanner tenha levantado a hipótese de uma relação entre autismo e “culpa materna”, coube a Bruno Bettelheim intensificar e propagar tal discussão (apud LOPES, 2020, p. 513). De acordo com Pollak (2003), embora escrevesse sobre o assunto desde os anos 1950, foi com a publicação do livro *The empty fortress*, - intitulado no Brasil em 1967 como *A fortaleza vazia*, que Bettelheim obteve reconhecimento dentro e fora do espaço acadêmico. (apud LOPES, 2020, p. 513).

Diante de tais afirmações, é possível inferir que os pais de autistas da referida época sentiram muita culpa, em especial, as mães. Fato que só ajudou a agravar uma situação já delicada, que é criar e educar um filho que necessita de cuidados especiais. Ainda mais quando se relaciona a um transtorno que até hoje é permeado por muitas incertezas.

O marco na mudança de paradigma sobre o autismo, de fato, foi em 1978, a partir da descrição de Michael Rutter, considerado o “pai da psicologia infantil”:

Michael Rutter em 1978 classifica o autismo e propõe sua definição com base em quatro critérios: 1) atraso e desvio sociais não só como deficiência intelectual; 2) problemas de comunicação e novamente, não só em função de deficiência intelectual associada; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade. Ao classificar o

autismo, Michael Rutter cria um marco divisor na compreensão desse transtorno mental. (ANDRADE, 2015).

Mais adiante, em 1988, Ivar Lovaas, psicólogo da Universidade da Califórnia Los Angeles – UCLA, publicou um estudo pioneiro no qual demonstrou como a intensidade da terapia comportamental pode ajudar crianças com autismo, dando uma nova esperança para os pais. Nesse estudo sobre análise do comportamento, 19 crianças entre 4 e 5 anos, diagnosticadas com autismo, foram submetidas a 40 horas de atendimento – intervenção precoce intensiva. Depois de dois anos, o Quociente de Inteligência (QI) dessas crianças havia aumentado 20 pontos, em média. Já as crianças que não foram submetidas à terapia comportamental chamada Análise Comportamental Aplicada (ABA), não apresentaram melhoras (LOVAAS, 1988).

2.2 Evolução acerca do conceito de saúde e sua relação com a assistência ao autista

O processo saúde-doença inerente ao TEA, conforme descrições apresentadas, em interface com as respostas necessárias ao problema de saúde, implica na necessidade de se definir a compreensão que fundamenta o entendimento sobre o que é a saúde. Esse estudo toma como pressuposto o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, em 1946, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Dessa forma, para que um indivíduo seja considerado saudável, não basta que ele tenha um corpo físico são, sendo necessários, também, que os aspectos psicológicos ou emocionais e sociais estejam em equilíbrio e sejam satisfeitos.

A complexidade que encerra tal conceito encontra pertinência com a concepção da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao abordar o TEA como uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, além de uma gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva. Ademais, os sintomas de TEA possuem início na infância, com condições

aparentes durante os primeiros cinco anos de vida, e tende a persistir na adolescência e na idade adulta, perfazendo todos os ciclos de vida do indivíduo (OPAS, 2017).

Além disso, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam outras condições concomitantes, incluindo epilepsia, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O nível de funcionamento intelectual em indivíduos com TEA é extremamente variável, estendendo-se de comprometimento profundo até níveis superiores.

A interface entre a concepção ampliada da saúde e o viver dos indivíduos com TEA aponta para a necessidade de respostas de várias políticas públicas, tendo como desafio o cumprimento de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, aqui abordada em sua dimensão intersetorial. No que tange ao TEA, enquanto prioridade inicial da agenda de um governo, esse princípio poderia se operacionalizar pela articulação entre setores como assistência social, educação e saúde, a partir da ação intencional de atores sociais que tenham por perspectiva, ou cenário a ser alcançado, uma abordagem holística da saúde destes indivíduos em suas condições multifacetadas de vulnerabilidade (FERREIRA; SILVA, 2005).

A vulnerabilidade do indivíduo com TEA está em consonância com a visão holística do ser humano de Leite e Strong (2006:204) que chama a atenção para a importância de se considerar todos os fatores que podem influenciar o fenômeno observado, ou seja, no caso em questão, todos os aspectos que podem impactar a saúde de um indivíduo com TEA. Mais uma vez, o conceito de vulnerabilidade dialoga com o conceito ampliado de saúde e com o da intersetorialidade, conforme está legalizado no Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990c).

Todavia, essa visão holística da saúde nem sempre existiu, pelo menos na cultura ocidental. Fazendo um breve histórico do conceito de saúde; há milênios, desde seu surgimento, a medicina oriental pauta-se no holismo. Conforme Leite (1996, *apud* LEITE e STRONG, 2006, p. 204), a ideia de saúde no oriente “insere-se no princípio da harmonia do homem (microcosmo) consigo mesmo e com a natureza (macrocosmo). A saúde deriva desse equilíbrio, cuja ausência causa a doença e pode resultar na morte”.

Ainda sobre esse enfoque mais amplo sobre a saúde, Hipócrates, há mais de dois mil anos, considerava que, como cita Diniz (2006, p. 27) “as enfermidades não eram consideradas isoladamente: o homem vítima da doença era visto com toda a natureza que o circunda”. Sendo assim, para se chegar a um diagnóstico de uma doença e ao seu tratamento, é necessário que o ser doente seja avaliado de acordo com o seu contexto físico, mental e social.

Já no contexto do Renascimento, em meados do século XV, o filósofo e matemático René Descartes (1596-1650) influenciou o pensamento médico, por intermédio de suas ideias pautadas na racionalidade, a qual tomou por paradigma o universo matemático e mecânico. Surgiu, assim, o modelo biomédico, que, de acordo com Capra ([s.d.]) consiste em:

Alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. Três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia, como escreveu George Engel, “nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina”. (CAPRA, [s.d.]).

Logo, tendo por referência o pensamento cartesiano, a doença deriva de um mau funcionamento de determinada parte do corpo, a qual deve ser “consertada”, a fim de que o organismo volte a operar normalmente. Por conseguinte, o paradigma cartesiano, ao rejeitar qualquer forma de saber subjetivo, só considerando “científico”, aquilo que for objetivo, palpável e quantificável; ignora a visão holística do indivíduo na construção do estado de saúde.

De acordo com LANDMANN (1989, *apud* BARBOSA, 1995, p. 137), a partir da Segunda Guerra Mundial (década de 40), houve a necessidade de reavaliação da saúde das pessoas tanto no plano individual, quanto no coletivo. Assim, o médico deveria deixar de trabalhar de maneira puramente técnica, para voltar a praticar os métodos destinados ao enfoque da saúde física, mental e espiritual e do meio ambiente, valorizando a abordagem holística da saúde.

Nesse cenário, o paradigma holístico emerge de uma crise da ciência, de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, que postula a racionalidade, a objetividade e a quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento. Já o paradigma holístico busca uma nova visão, que deverá ser responsável em dissolver toda espécie de reducionismo, forçando um novo debate no âmbito das diversas ciências e promove novas construções e atitudes, a partir de uma visão sistêmica e uma postura transdisciplinar, onde não mais prevaleçam vieses tecnicistas, sociológicos ou sanitários, quantitativos ou qualitativos (ROQUETE; AMAORIM, 2012). O modelo sistêmico atende ao conceito de interdependência das partes, logo, tudo é interdependente e os fenômenos apenas podem ser compreendidos com a observação do contexto em que ocorre (TEIXEIRA, 1996, p. 286).

2.2.1 Influência do paradigma holístico na estruturação da rede de atenção à saúde da pessoa autista

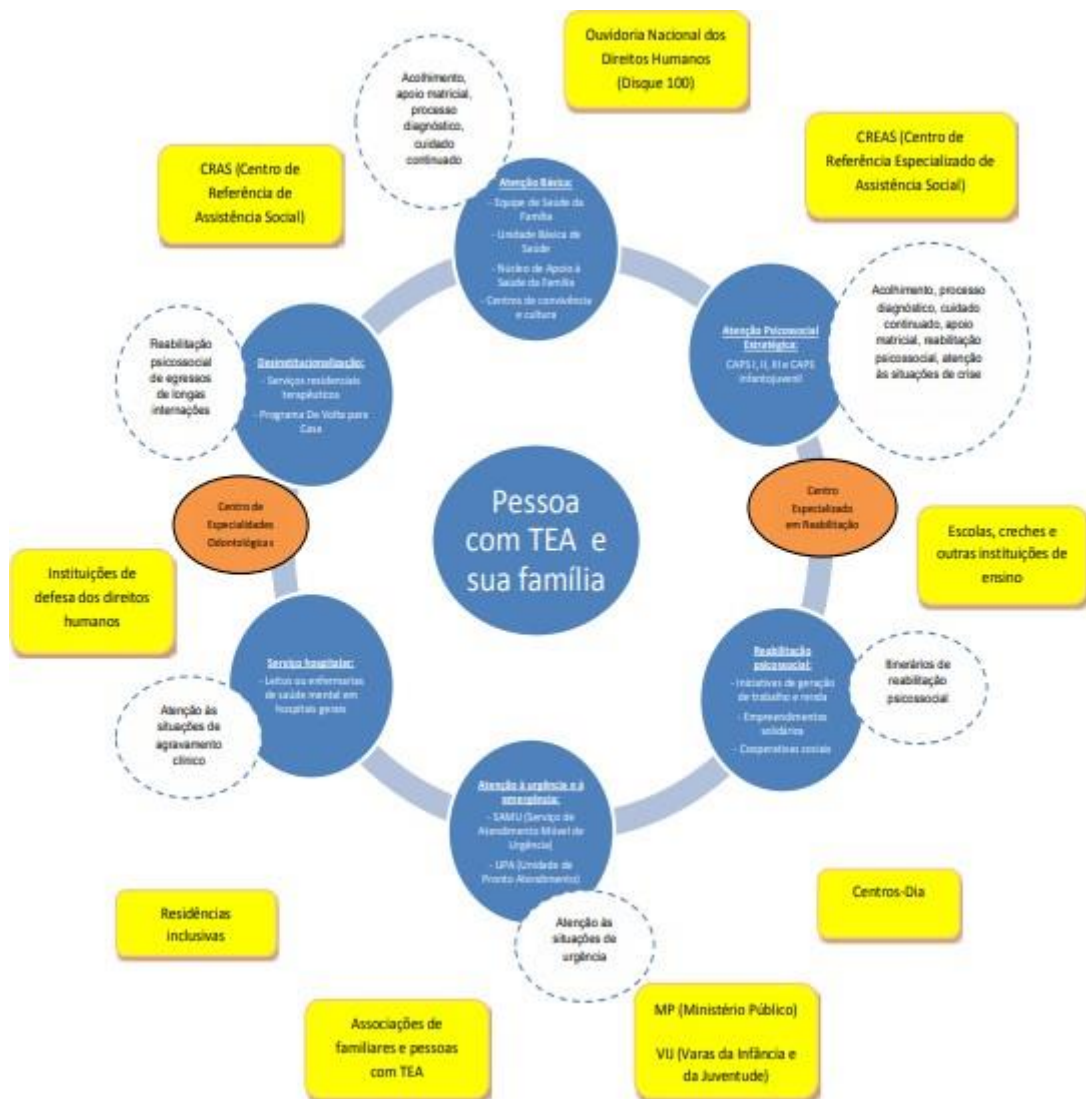
O estudo em questão tangencia a integralidade a partir dos conceitos apresentados, mas delimita seu escopo em aspectos da integralidade da saúde, no que concerne à dimensão assistencial, ou seja, das ações, o que implica em práticas de saúde a serem desenvolvidas para e com pessoas com TEA, a partir da aplicação de conhecimentos, experiências profissionais e seleção de tecnologias, em prol da mais assertiva intervenção frente ao problema de saúde (PAIM, 2003).

Tal modelo de atenção se consolida na práxis construída e reelaborada no cotidiano de trabalho, ao incluir o caráter multidisciplinar da prática pela justaposição de vários conhecimentos disciplinares e experiências profissionais, que por sua vez leva a caminhos para a construção de saberes e práticas mais abrangentes a partir da interdisciplinaridade, ao se romper fragmentação do conhecimento imposta pelo conteúdo programático disciplinar (ROQUETE; AMORIM, 2012). Assim, o trabalho em saúde se dá por meio de práticas de saúde multi, e interdisciplinares, favorecendo o fluxo horizontal do cuidado na rede de serviços, induzindo a disponibilidade da atenção, a adequação do que se oferta conforme necessidades sentidas pelo público-alvo e, por fim, a aceitabilidade estabelecida pelo vínculo entre usuário e profissionais da equipe. (JESUS; ASSIS, 2010).

Traçando um paralelo com a visão holística da saúde, a qual, segundo Teixeira (1996), consiste em um grande sistema multidimensional, que envolve

aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas; a rede de atenção à saúde da pessoa autista, ao levar em consideração os aspectos sociais, culturais, de trabalho e de socialização do referido grupo, e não somente o tratamento do transtorno e de suas comorbidades nos âmbitos fisiológicos, se encaixa no paradigma holístico da saúde. Tal correlação pode ser observada na Figura 1 a seguir.

Figura 1- Rede de Atenção Psicossocial e as ações de cuidado



Fonte: Brasil, 2015d.

É na perspectiva desse modelo de atenção que se considera a incorporação da densidade tecnológica nas práticas de saúde, o que implica na conformação de redes de serviço contempladas por ações básicas, de média ou alta complexidade, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar, de acordo com a concentração de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares incorporados, de forma alinhada às especialidades médicas requeridas para o tratamento (MERHY, 2006). Reforça-se aqui que a complexidade do ato não se atrela exclusivamente à incorporação de densidade tecnológica ou especialização da formação profissional, cabendo às práticas da rede básica de atenção alta complexidade pela construção cotidiana de saberes e experiências multi e interdisciplinares para a abordagem do indivíduo e núcleo familiar em seu território de vida, o que Merhy define como tecnologias leves (2006).

2.2.2 Magnitude do diagnóstico precoce no prognóstico das pessoas com TEA e modelos terapêuticos indicados pelo Ministério da Saúde

A etiologia do autismo ainda é desconhecida, entretanto, a tendência atual é considerá-lo como uma síndrome de origem multicausal envolvendo fatores genéticos, neurológicos e sociais da criança. A falta dessa certeza sobre a causa desse transtorno dificulta que ações preventivas sejam tomadas. Além disso, por possuir vários sintomas que variam em grau de comprometimento, muitas vezes os autistas são diagnosticados tardiamente, impossibilitando uma intervenção precoce.

Outrossim, segundo Oner e Munir (2019), o autismo é “um problema de saúde pública mundial e a sua identificação precoce em lactentes deve ser uma prioridade.” (apud LOBÃO, 2020:21). Dado que o TEA, se não tiver acompanhamento terapêutico multidisciplinar assim que for diagnosticado, possui alta probabilidade de causar vários prejuízos à pessoa autista, tornando-a dependente de instituições e/ou de cuidadores por toda sua vida.

Os sinais precoces de TEA podem ser observados a partir dos 6 meses de idade, tornando-se mais evidentes entre 12 e 24 meses. A identificação precoce de tais sinais é relevante para a verificação do risco para o transtorno, mesmo que isso não implique necessariamente em um futuro diagnóstico, pois permite que profissionais da saúde, educação, pais e/ou cuidadores consigam monitorar o desenvolvimento da criança, além de permitir um melhor prognóstico em casos de

TEA, devido à neuroplasticidade cerebral existente na primeira infância – 0 aos 6 anos – a qual permite que o cérebro se adapte frente às terapias, mudando sua estrutura e função do sistema nervoso. (NASCIMENTO; LIMA; MORAES, 2019).

Posto isso, fica evidente a importância de se tratar o indivíduo autista de forma multidisciplinar, como preconiza o paradigma holístico da saúde. Ademais, é imperioso que os profissionais que trabalham na rede pública de saúde se atentem aos sintomas que possam indicar o autismo e, caso eles desconfiem deste diagnóstico, encaminhem para o profissional competente a fornecê-lo. Essa iniciativa pode ser crucial para o início precoce do acompanhamento terapêutico, que é tão importante para o autista.

Diante disso, é inquestionável a importância do poder público em implementar políticas públicas que abarquem o acompanhamento e o tratamento das pessoas autistas. Tais políticas devem ser focadas na oferta das terapias individualizadas aos indivíduos com TEA, uma vez que, o espectro autista é amplo, fazendo com que cada autista possua necessidades específicas. Dentro deste enfoque, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é bastante útil, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Entende-se por PTS, o conjunto de propostas que visam ao cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas, por exemplo, no grupo familiar (BRASIL, 2009e). Ainda sobre o PTS, o Ministério da saúde destaca que ele possui quatro momentos:

- 1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2007f, p.41).

Por outra perspectiva, ao mesmo tempo em que o tratamento destinado ao autista deve levar em conta as individualidades no desenvolvimento e na execução

do plano terapêutico, as atividades coletivas também devem ser estimuladas, a fim de ampliar o convívio social das pessoas com TEA e a participação dos familiares e demais responsáveis pelos cuidados com o autista nestas atividades. Dessa forma, além de respeitar as peculiaridades que são inerentes ao espectro do autismo, propicia-se o envolvimento dos cuidadores e de sua rede de apoio em momentos de troca de saberes e experiências e aprendizagem de métodos terapêuticos, por meio do matriciamento, o qual pode ser realizado pela equipe de saúde básica.

A intervenção social que abrange famílias e instituições implica construir uma rede que reúna os pais, as equipes terapêutica e pedagógica, assim como pessoas influentes que façam parte do contexto familiar. Uma vez envolvidos nesta rede, pais e familiares conseguem participar de forma eficiente em toda a trajetória da criança autista, assumindo assim um papel mais ativo nas tomadas de decisão. (RONCON, 2003).

Posto que, as recomendações quanto à frequência semanal de terapias voltadas aos autistas podem chegar a até 40 horas semanais, é de suma importância que as pessoas que são responsáveis pelos cuidados aos indivíduos com TEA saibam desenvolver atividades terapêuticas no ambiente domiciliar, escolar e demais espaços de convivência, a fim de dar continuidade ao tratamento ambulatorial e conseguir ofertar o número de horas de terapias necessário para cada caso.

Conforme foi descrito pelo Ministério da Saúde (2015) e Silva et al (2018), não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro do autismo. Portanto, a escolha entre os diversos métodos existentes deve considerar sua efetividade e segurança, e tem que ser tomada de acordo com a singularidade de cada caso. Ainda segundo o MS, os modelos de cuidado e a frequência semanal de cada um são: Análise Aplicada ao Comportamento (ABA) -Tratamento Focado: 10 a 25 horas semanais de terapia e Tratamento Abrangente: 30 a 40 horas por semana; Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (TEACCH) – 20 a 30 horas por semana; Comunicação Suplementar Alternativa (CSA) – por ser uma ferramenta de comunicação humana, não há um mínimo de horas semanais estipulado; Integração Sensorial e Acompanhamento terapêutico, sendo que os dois últimos também não possuem tempo mínimo semanal estipulado.

A terapia ABA possui grande suporte científico e tem sido o método de intervenção mais pesquisado e amplamente adotado, sobretudo nos Estados Unidos e no Canadá, para promover a qualidade de vida de pessoas com TEA. Este método busca avaliar, explicar e modificar comportamentos, os quais são modelados pelo ambiente por meio das consequências. Desta forma, se um comportamento é seguido de uma consequência favorável (reforço), ele tende a continuar e até aumentar de frequência; mas se o comportamento não é reforçado, ou se o tipo de reforço usado não é mais gratificante, o comportamento tende a diminuir de frequência e até extinguir (SOUSA et al, 2020).

Já a terapia TEACCH, para KWEE et al (2009), consiste em um programa que envolve as esferas de atendimento educacional e clínico, em uma prática com abordagem psicoeducativa, tornando-o por definição, um programa transdisciplinar.

A CSA se baseia na ideia de que a comunicação pode ser realizada de outras formas, além da fala. Sendo assim, um olhar compartilhado, expressões faciais, gestos, toque, escrita, apontar de símbolos, imagens ou equipamentos com voz sintetizada são instrumentos que podem servir como meios alternativos (para pessoas com ausência de fala ou de linguagem escrita) ou suplementares (para indivíduos que usam a fala, porém de modo insuficiente na obtenção da comunicação) de transmissão de mensagens (NUNES; SORIANO; RIGOLETTI, 2021).

Segundo Santiago, Barbosa e Souza (2020), terapia de integração sensorial tem por objetivo o enfoque nas necessidades da criança, visando sempre a estimulação sensorial, com o intuito de melhorar as modulações neurais relacionadas ao comportamento, atenção e capacidades de competências sociais. Ademais, as intervenções proporcionam ao sistema nervoso uma condição de neuroplasticidade. Desta forma, a capacidade do sistema nervoso em integrar de maneira mais organizada informações sensoriais é majorada, levando a criança a adotar comportamentos mais organizados, além de promover futuras respostas adaptativas que influenciam na qualidade de vida e nas habilidades sociais.

Em relação ao acompanhamento terapêutico (AT), este apresenta-se como uma forma inventiva e criativa de promoção da saúde, ao romper os limites institucionais que por muitos anos foram entendidos como a única forma de promoção de cuidado em saúde. É neste cenário que o AT pode ser um dispositivo possível para a construção de percursos pelo par acompanhante/ acompanhado, inserindo as

peças com TEA pelo território da cidade e auxiliando na consolidação de uma prática clínica no âmbito da cidade (PALOMBINI, 2004).

2.2.3 Concentração da assistência à saúde da pessoa com autismo na atenção básica e na atenção especializada

De acordo com Steffen (2019), no Brasil, a maior parcela dos atendimentos às pessoas com TEA acontece no SUS, contando com os atendimentos diretos e os realizados via saúde complementar. Além disso, os atendimentos de pacientes com TEA acontecem principalmente nos níveis da Atenção Básica e da Atenção Especializada. No nível básico, destaca-se a importância do diagnóstico precoce, para que a criança seja encaminhada para o atendimento especializado o quanto antes.

Já na assistência especializada, evidenciam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços abertos e comunitários que devem prestar atendimento em regime de atenção diária, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, promovendo a inserção social do usuário, além de dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica. Para o atendimento de crianças e adolescentes foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). Este centro proporciona um atendimento bem dimensionado por ser composto de equipes multiprofissionais, atuar no território e respeitar a necessidade/demanda de cada caso (BRASIL, 2021g).

Ainda no âmbito da atenção especializada, é importante evidenciar o papel dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), os quais são pontos de atenção ambulatorial de referência e que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, voltados para dar assistência às pessoas com deficiência. Eles estão presentes em todos os estados brasileiros e são organizados a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação, como física, intelectual, visual e auditiva.

Os centros podem ser organizados das seguintes formas: CER II: composto por duas modalidades de reabilitação; CER III: composto por três modalidades de reabilitação; CER IV: composto pelas quatro modalidades de reabilitação. (BRASIL, 2021g).

Além disso, o atendimento no Centro Especializado em Reabilitação é realizado de forma articulada com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, por meio do Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolve a equipe, o usuário e

a família. Além disso, o CER pode constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser polo de qualificação profissional no campo da reabilitação por meio da educação permanente.

Em relação às internações hospitalares, como preconizado pelo Ministério da saúde (2015), elas são necessárias às pessoas cujo agravamento clínico requeira acesso à tecnologia hospitalar. Ademais, elas provêm intervenções de curta ou curtíssima duração para o restabelecimento de condições clínicas, elucidação diagnóstica e/ou investigação de comorbidades responsáveis por situações de agravamento. Outrossim, devem articular-se de forma imediata a outros pontos de atenção, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado.

Portanto, espera-se que as intervenções hospitalares sejam menos frequentes no autismo, em comparação ao número de atendimentos prestados pela atenção básica e pela atenção especializada; já que, geralmente, o atendimento hospitalar possui um caráter transitório, enquanto a assistência básica e a especializada constituem-se em acompanhamentos contínuos.

2.3 Conceitos no que concerne às políticas públicas

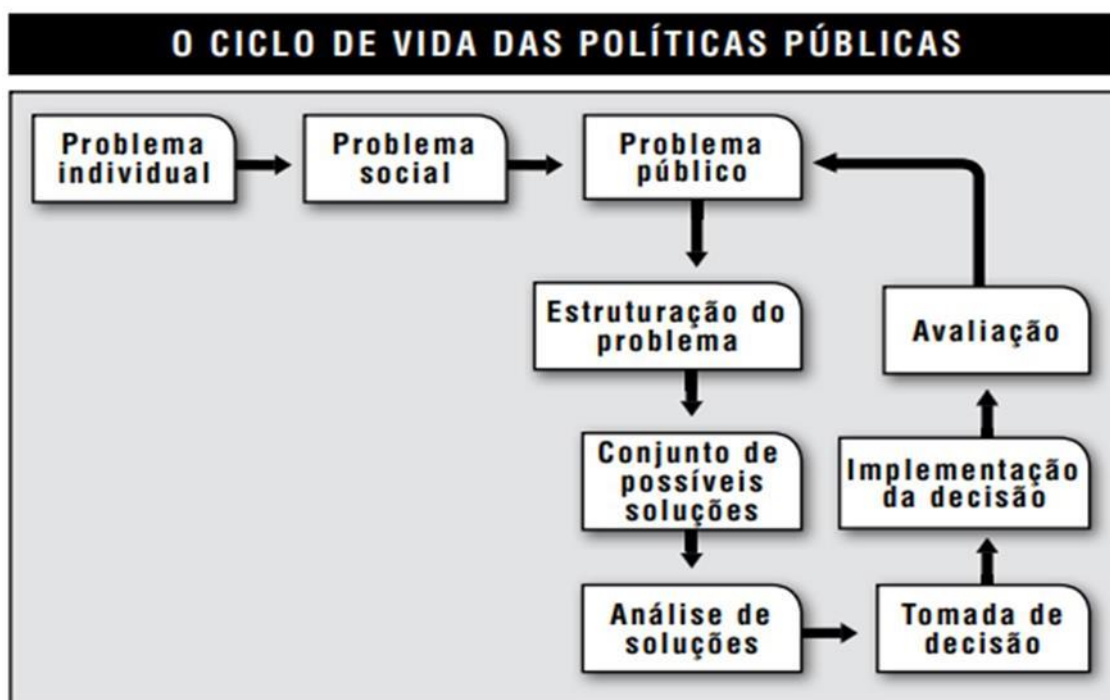
Segundo SOUZA (2002), existem diversos conceitos sobre o que são políticas públicas, dentre os principais estudiosos, a autora destaca:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980) a define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.³ A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. (SOUZA, 2002).

Ainda no contexto sobre políticas públicas, de acordo com Vázquez e Delaplace (2011), elas possuem o objetivo de encarar e resolver um problema público de forma racional, por meio de um processo de ações governamentais. Dentro desse processo, inclui-se o ciclo de vida das políticas públicas, que consiste em um sistema cíclico, ou seja, que nunca termina, se realimentando constante e sistematicamente.

O ciclo é formado por sete processos: entrada do problema na agenda pública; estruturação do problema; conjunto das soluções possíveis; análise dos pontos positivos e negativos das referidas soluções; tomada de decisão; implementação e avaliação. A figura 2 ilustra como é operacionalizado o ciclo de vida das políticas públicas.

Figura 2 - Ciclo de vida das políticas públicas



Fonte: VÁZQUEZ; DELAPLACE (2011:36)

No tocante ao autismo, como já foi mencionado, a OMS considera o transtorno um problema de saúde pública mundial. Além disso, como a identificação precoce permite uma intervenção adequada nos primeiros anos de vida, nos quais ocorrem melhor aproveitamento e desenvolvimento de atividades funcionais devido a neuroplasticidade, é fundamental que o poder público implemente políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce de TEA e às ações de tratamento e acompanhamento demandadas por este distúrbio. Caso contrário, anos de intervenções terapêuticas são perdidos, dificultando o desenvolvimento e comprometendo os ciclos de vida dos indivíduos.

2.4 Fatores que incrementam a eficiência na implementação de políticas de saúde pública

A presente seção se propõe a analisar dois aspectos de extrema relevância na construção de políticas públicas voltadas à saúde, a classificação internacional das doenças (CID) e as estatísticas.

2.4.1 Classificação Internacional de Doenças (CID)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2018, a nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11). Apesar de a CID - 11 ter sido apresentada para adoção dos Estados Membros em maio de 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde), e ter entrado em vigor em 1º de janeiro de 2022, a versão de 2019 é uma pré-visualização, que visa permitir aos países planejar seu uso, preparar traduções e treinar profissionais de saúde. (OPAS, 2018).

Em conformidade com a assertiva anterior, o Ministério da Saúde, de acordo com informação publicada em seu próprio site, em julho de 2022, está coordenando o processo de tradução da CID - 11 para a língua portuguesa em parceria com a Câmara Técnica Assessora para Gestão da Família de Classificações Internacionais e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A ação inclui etapas de revisão e validação por especialistas na área de classificações em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e tem previsão de conclusão em dezembro de 2022. (BRASIL, 2022h).

Ademais, o período de transição da CID-10 para a CID-11, incluindo a aplicação da classificação para coleta de dados, implica na definição de prazos e ações estratégicas necessárias para essa migração. Seguindo a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), o período de transição deve ocorrer entre dois e três anos. Dessa maneira, estima-se que a CID-11 esteja em uso nos sistemas de informação em saúde a partir de 1º de janeiro de 2025.

Sistemas da informação em saúde, segundo o portal da vigilância em saúde de Minas Gerais [s.d] consistem em instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo primordial o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de

saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. (MINAS GERAIS, 2022).

Portanto, no momento presente, a saúde no Brasil, nos âmbitos público e privado, utiliza o CID - 10. Na esfera pública, por exemplo, o CID - 10 é uma ferramenta empregada por gestores nacionais de programas de saúde; especialistas em coleta de dados; e outros profissionais que acompanham o progresso na saúde global e determinam a alocação de recursos de saúde. Já no campo privado, exemplificando, a CID - 10 é utilizada por seguradoras de saúde cujos reembolsos dependem da codificação de doenças. O Quadro 1 elucida como o autismo está expresso na CID - 10.

Quadro 1 - Descrição do autismo segundo Classificação Internacional das Doenças

F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (TGD)	
F84.0	Autismo infantil
F84.1	Autismo atípico
F84.2	Síndrome de Rett
F84.3	Outro transtorno desintegrativo da infância
F84.4	Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados
F84.5	Síndrome de Asperger
F84.8	Outros transtornos globais do desenvolvimento;
F84.9	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

Fonte: Elaboração própria, a partir de MedicinaNet, 2022.

Como já foi mencionado, as ações de saúde têm por orientação a Classificação Internacional das Doenças (CID), o que nos remete às especificidades do TEA enquanto doença, conforme disposto na nova CID-11, publicada em maio de 2019, que traz o novo código para diagnosticar o autismo, conforme apresentado no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Nova Classificação Internacional de Doenças (CID – 11) referente ao Transtorno do Espectro do Autismo

CID -11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade	
Capítulo	6 Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento
Grupo	Distúrbios do neurodesenvolvimento
Código	6A02 - Transtorno do espectro do autismo
Subdivisões	6A02.0 - Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional
	6A02.1 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional
	6A02.2 - Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada
	6A02.3 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional prejudicada
	6A02.4 - Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional
	6A02.5 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional
	6A02.Y - Outro transtorno do espectro do autismo especificado
6A02.Z - Transtorno do espectro do autismo, não especificado	

Fonte: Elaboração própria a partir de WHO, 2022.

Como é possível observar pela comparação entre CID-10 e CID 11 (Tabelas 1 e 2), a nova classificação traz de forma mais detalhada -a nova classificação do espectro do autismo que passa a englobar uma gama muito variada de sintomas, os quais esclarecem sobre o grau de comprometimento que o transtorno acarreta à pessoa autista, orientando a elaboração de um plano de tratamento mais assertivo, por exemplo, quanto às sessões semanais de terapias (fonoaudiologia, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional) necessárias para o cuidado da saúde dos casos de TEA, segundo especificidades individuais.

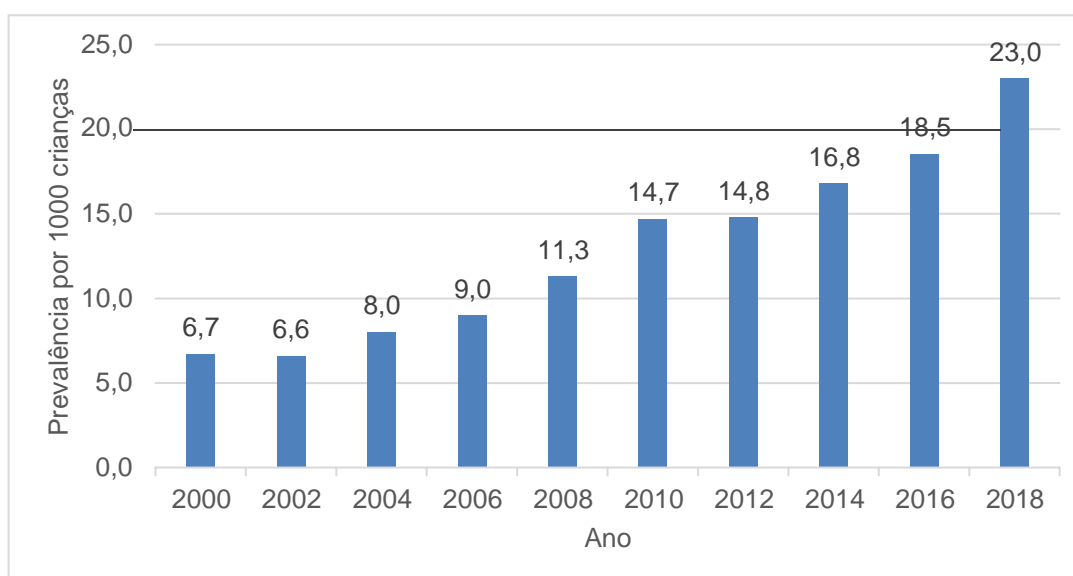
O objetivo da padronização das doenças pelo CID consiste no controle e monitoramento epidemiológico de doenças, além de evitar que uma mesma doença possua mais de um código de identificação de acordo com o país onde ela ocorre. Além disso, a análise da prevalência e da incidência de doenças ajuda a compreender o perfil de determinada população e, assim, viabiliza recursos que contemplam as necessidades daquele local. Sendo assim, o CID – 11 é uma ferramenta que pode auxiliar no processo de diagnosticar condições de saúde, possibilitando aos pacientes o acesso a tratamentos mais eficazes e individualizados, o que inclui o TEA como demonstrado.

O estudo em questão tem por referência a classificação em atual uso, a CID-10, que traz vários diagnósticos dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) sob o código F84, como: Autismo Infantil (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3), Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros TGD (F84.8) e TGD sem Outra Especificação (F84.9). Já a nova versão da classificação, une todos esses diagnósticos no Transtorno do Espectro do Autismo (código 6A02 — em inglês: *Autism Spectrum Disorder* — ASD), as subdivisões passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual. A intenção é facilitar o diagnóstico e simplificar a codificação para acesso a serviços de saúde. (TISMOO, 2022).

2.4.2 Estatísticas referentes à prevalência de autismo nos Estados Unidos e no Brasil

Conforme pesquisa publicada pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos Estados Unidos, no dia 2 de dezembro de 2021, uma a cada 44 crianças com 8 anos de idade foi diagnosticada com TEA nos EUA. A série dos últimos 18 anos de pesquisas está representada na Figura 1 a seguir, sendo que os dados foram divulgados a cada 2 anos.

Figura 3 - Estimativas de prevalência de TEA em crianças com 8 anos de idade, residentes nos Estados Unidos no período de 2000 a 2018



Fonte: Elaboração própria, a partir do CDC, 2022.

Os dados apresentados no gráfico demonstram que, entre os anos 2000 e 2018, a prevalência de autismo em crianças norte-americanas com 8 anos de idade triplicou. As informações presentes no estudo realizado pelo CDC apontam que a idade escolhida foi de 8 anos, pois nesta faixa etária, normalmente, as crianças já receberam o diagnóstico de autismo; logo, possibilitou-se que, mesmo aquelas crianças que possuem diagnóstico tardio, entrassem nas estatísticas (CDC, 2021).

Outro estudo, publicado em 5 de julho de 2022, na revista médica *Jama Pediatrics*, intitulado *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children and Adolescents in the United States From 2019 to 2020* (Prevalência do transtorno do espectro autista entre crianças e adolescentes nos Estados Unidos de 2019 a 2020) revelou que, das 12.554 crianças e adolescentes estudados, com idades que variavam dos 3 aos 17 anos, aproximadamente 3,3% tinham o diagnóstico de autismo. Esta porcentagem equivale à prevalência de autismo de 1 a cada 30 pessoas, número 32% maior do que o da pesquisa divulgada pelo CDC, correspondente a 1 criança diagnosticada com TEA a cada 44 (QIA et al, 2022).

Todavia, não há, ainda, como saber se o aumento no número de casos é real ou se ele ocorreu devido aos avanços nas técnicas de diagnóstico e no incremento do número de profissionais aptos a realizá-lo. Fato é que, esse crescimento no número de pessoas diagnosticadas com autismo requer que o poder público se adapte a esta nova realidade e busque meios para atender a esta demanda, fornecendo tratamento multidisciplinar aos autistas, a fim de dirimir os prejuízos que este transtorno causa na vida destes indivíduos e de seus familiares.

Cabe salientar que, de acordo com o mencionado pela Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Araraquara (AMPARA), em 2020, os Estados Unidos é o país que mais estuda sobre o autismo. Ademais, os países emergentes, entre eles, o Brasil, são muito carentes em relação a pesquisas nesta área. Por este motivo, os dados fornecidos pelos EUA acabam servindo como referência mundial. Dessa forma, há uma vaga ideia, baseada nos dados divulgados pelos Estados Unidos em 2021 (prevalência de autismo em 2,3% da população), de que, no Brasil, existam cerca de 4,84 milhões de autistas.

Diante desta questão, foi sancionada a Lei Nº 13.861, de 18 de julho de 2019, a qual prevê que os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista. Dessa maneira, a partir do censo de 2022, que deveria ter sido realizado em 2020, mas foi adiado devido à

pandemia de Covid-19, o Brasil possuirá uma fonte de informações mais precisa, acerca do número de pessoas com autismo no país.

Munidos das referidas estatísticas, o Brasil, os estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão realizar a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas com TEA, prezando a eficiência, que é um dos princípios da administração pública, expresso no artigo 37 da Constituição Federal. Segundo Di Pietro (2002), eficiência, na Administração Pública, consiste em:

O princípio apresenta-se sob dois aspectos, podendo tanto ser considerado em relação à forma de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atuações e atribuições, para lograr os melhores resultados, como também em relação ao modo racional de se organizar, estruturar, disciplinar a administração pública, e também com o intuito de alcance de resultados na prestação do serviço público. (Di Pietro, 2002: 83).

Portanto, por intermédio de dados mais precisos em relação ao número de autistas que existem no país, e a sua distribuição por regiões, a administração pública, nos três níveis de governo - federal, estadual e municipal - poderá desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, no âmbito das pessoas com TEA, com maior eficiência. A referida eficiência, pautada pelos atributos: racionalização, produtividade, economicidade e celeridade, só pode ser satisfeita, conhecendo-se as demandas inerentes a um problema público.

Problema público, conforme Secchi (2016), corresponde a:

Um problema é a discrepância entre o status quo e uma situação ideal possível. Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública. Um problema público pode aparecer subitamente, por exemplo, uma catástrofe natural que afete a vida de pessoas de determinada região. Um problema público também pode ganhar importância aos poucos, como o congestionamento nas cidades ou a progressiva burocratização de procedimentos e serviços públicos. Um problema público pode estar presente por muito tempo, porém não receber suficiente atenção porque a coletividade aprendeu a conviver com ele, como o caso da favelização das grandes cidades (SECCHI, 2016a, p. 44).

Assim, o autismo, que já é reconhecido como um problema de saúde pública mundial pela OMS, poderá ser contemplado por políticas públicas mais

eficientes, a partir das informações coletadas no censo de 2022 e divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2.5 Aspectos relevantes em relação ao TEA

2.5.1 Maior incidência em homens

O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é quatro vezes maior no sexo masculino do que no feminino. (CDC, 2020), como demonstra a Figura 4. Há duas hipóteses mais citadas sobre essa maior incidência no sexo masculino. Uma delas é a de que realmente o transtorno atinge mais homens, talvez por algum fator genético ainda não descrito. Uma outra hipótese, dita como mais provável, é a de que o transtorno atinge as mulheres de um modo diferente e, por isso, o diagnóstico não acontece em boa parte dos casos; isto é, algumas mulheres e meninas conseguem mascarar melhor os sintomas de TEA, que podem passar despercebidos.

Ademais, as observações podem ser influenciadas por diversos fatores, entre eles o sexo e a presença de comorbidades, como deficiência intelectual, depressão, ansiedade, TDAH, epilepsia e tiques, entre outros. (AUTISMO E REALIDADE, 2020).

Figura 4 - Estimativa de prevalência de TEA por sexo



Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2022.

2.5.2 Maioria dos atendimentos de saúde são voltados para crianças e adolescentes

Embora o debate sobre o TEA tenha se intensificado nos últimos anos, e que o número de diagnósticos na infância venha crescendo e o acompanhamento

venha se iniciando cada vez mais cedo, pouco se fala sobre o Transtorno do Espectro Autista na fase adulta. Por isso, é importante que a saúde pública também foque nesta faixa etária, a fim de que os autistas adultos saibam como lidar com as características do TEA e tenham melhor qualidade de vida.

Cada vez mais é possível notar um número crescente de adultos sendo diagnosticado com TEA. Mesmo assim, há poucos estudos disponíveis sobre a saúde mental e física de adultos com este transtorno. Além disso, ainda é difícil associar fatores comuns da velhice com os sintomas de TEA. São comuns os relatos de pacientes mais velhos, sobre dificuldades no acesso aos serviços de diagnóstico e acompanhamento, tanto do âmbito público quanto na rede privada.

O autismo e o crescente aumento da demanda por serviços clínicos para pessoas com TEA foram identificados pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde como uma questão de saúde pública. Logo, a inclusão das pessoas adultas com autismo, nas intervenções de diagnóstico e tratamento, deve estar na agenda da saúde pública de Minas Gerais. (AUTISMO E REALIDADE, 2021).

2.6 Breve discussão sobre a rede de atenção aos autistas e aspectos do seu perfil

Ainda no contexto da prestação de assistência à saúde no Brasil, conforme a Lei 8080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências - no Art. 21: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Dessa forma, a saúde pode ser ofertada em laboratórios, clínicas e hospitais particulares, cobrando-se um valor para a utilização dos serviços. É possível contratá-los diretamente ou através dos planos de saúde e seguros de saúde, estes dois últimos casos entram na saúde suplementar, regulamentada pela Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Saliente-se ainda que, os serviços privados de assistência à saúde podem atuar de forma complementar ao SUS, de acordo com os artigos 24 e 25 da Lei 8080/90:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 1990c).

Todavia, o escopo do presente trabalho é analisar a assistência à saúde pública voltada às pessoas com TEA em Minas Gerais. Neste caso, a prioridade é estudar a rede de atenção, com enfoque no autismo, ofertada à população mineira, o que inclui serviços públicos a aqueles privados e filantrópicos contratados ou conveniados.

Em estudo publicado por Portolese et al (2017), após levantamento dos serviços/instituições que prestam serviços às pessoas com autismo no Brasil, constatou-se que a maioria (33,6%) é formada por Associações de Pais Amigos dos Excepcionais - APAE, com atendimento a pessoas com autismo e outras deficiências, seguido pelos serviços públicos e gratuitos CAPSI (30,9%). Destacou-se também a cobertura realizada pelas Organizações Não Governamentais (28,3%). Já as Associações de Amigos Autistas (AMA), que são unidades pioneiras no atendimento especializado aos autistas do Brasil atendiam 7% desta população.

Por conseguinte, é notório que a assistência à saúde voltada ao autista está centralizada nas Associações de Pais e Amigos do Excepcionais (APAES), que são entidades filantrópicas pertencentes ao terceiro setor.

2.7 Emergência do terceiro setor e sua relevância no tratamento das pessoas autistas

O surgimento do Terceiro Setor tem sua origem nas primeiras civilizações, quando houve os primeiros atos de ajuda coletiva às necessidades básicas daqueles mais necessitados. Neste contexto, encontra-se a criação de um código baseado na justiça, o qual fazia com que as pessoas ajudassem umas às outras em suas necessidades, transportando os mais carentes para o outro lado do rio sem cobrar, dando abrigo, mantimentos e alimentos. (HUDSON, 1999, p.1, apud MAÑAS e MEDEIROS, 2012:19).

Contudo, o termo “terceiro setor” foi criado nos Estados Unidos, num contexto de traços de voluntarismo e filantropia. Conforme LACERDA (2014), o surgimento do terceiro setor nos Estados Unidos foi permeado por:

Entidades filantrópicas, associações e fundações voluntárias passaram a se destacar a partir da década de 50, sendo de grande relevância para seu fortalecimento a criação do *Nonprofit Sector*, o setor sem fins lucrativos, notadamente voluntário e orientado por ações de caridade sustentadas em doações. Esse “novo setor” foi criado visando o desenvolvimento e investimento em pesquisas, necessários a um conturbado contexto americano de Guerra Fria e sobressaltos comunistas ao governo dos EUA. Do seu nascimento resultaram as relações entre fundações e instituições norte-americanas ancoradas e conduzidas por ideais de livre-iniciativa, filantropia e associativismo. Com o reconhecimento da contribuição dessas instituições para os planos econômico, político e social da sociedade americana, ganhou espaço, na década de 70, o *Third Sector* - conceito cunhado por John Davison Rockefeller III¹ -, situado em uma terceira esfera oposta ao Estado e ao mercado, na qual atuariam as instituições sem fins lucrativos que se concentrariam na oferta de serviços sociais à coletividade ou de interesses públicos, porém sem ser estatal. (LACERDA, 2014:23).

Segundo (SALAMON, 1994, p. 109, apud ALVES, 2002, p. 06), quatro crises e duas mudanças revolucionárias convergiram simultaneamente e levaram à diminuição do papel do Estado e ao crescimento das ações de caráter associativo. São elas:

A crise do *Welfare State* moderno nos anos 80 que, nos países centrais, implicou remanejar os mecanismos de bem-estar social que, nos anos 60 e 70, haviam sido montados sob a égide do Estado; a crise do desenvolvimento nos países do Terceiro Mundo, que se seguiu à crise da dívida externa nos anos 80 e que praticamente impossibilitou que o Estado continuasse a financiar as atividades de desenvolvimento; a crise do meio ambiente global, que levou à degradação crescente do meio ambiente e evidenciou a ausência de políticas públicas adequadas para enfrentar aqueles novos problemas; além disso, ao mesmo tempo, cresceu o sentimento de que esse tipo de crise requeria ação mundial, que não se centrasse em países; a crise do socialismo e dos partidos socialistas, principalmente depois da queda do Muro de Berlim, que mostrou o esgotamento daquele

¹ John Davison Rockefeller III foi um empresário e filantropo americano, membro da família Rockefeller, dona da extinta empresa petrolífera Standard Oil, monopólio atuante nas décadas de 80 e 90. Possuindo uma das maiores fortunas do mundo, dedicou-se, em seus últimos anos, à filantropia. Doou boa parte dela a várias instituições, principalmente à Universidade de Chicago, e morreu em Ormond Beach, Flórida. Graças às suas doações, foi fundada (1901), em Nova York, o Instituto Rockefeller, organismo cujos cientistas dedicavam-se a pesquisas médicas." (FRAZÃO, 2021)

modelo de planejamento estatal para a gestão da economia; a revolução das comunicações a partir dos anos 70 e 80, que favoreceu a disseminação do uso dos 7 computadores, satélites, fax, expandindo as possibilidades de comunicação entre as pessoas; e que culminou com o surgimento da Internet, a qual, por sua vez, facilitou ainda mais a difusão do conhecimento que a própria rede passou a gerar; por fim, o crescimento mundial dos anos 60, que fez aumentarem as populações urbanas e criou no mundo grupamentos sociais mais exigentes e mais organizados, mais capazes para fazer valer suas demandas (uma “revolução burguesa”). (SALAMON, 1994, p. 109, apud ALVES, 2002, p. 06).

A nomenclatura “terceiro setor”, de acordo com Alves (2002), deriva das ideias da economia clássica, que considera a sociedade dividida em setores, segundo as finalidades econômicas dos agentes sociais, os quais são agentes de natureza jurídica pública e agentes de natureza jurídica privada. Assim, agentes de natureza pública que praticam ações que visam aos fins públicos (bens públicos) podiam ser descritos como o “Primeiro Setor”, o qual representaria o Estado. Já, os agentes de natureza privada que praticam ações com fins privados (bens privados) podiam ser descritos como o “Segundo Setor”, o qual corresponderia ao Mercado E, por via de consequência, agentes de natureza privada que praticam ações visando a fins públicos podiam ser descritos como o “Terceiro Setor”. Essa classificação pode ser visualmente expressa no Quadro 3.

Quadro 3 - Setorialização dos agentes por finalidades

Agentes	Finalidade	Setor
Privados	Privada	Mercado
Públicos	Pública	Estado
Privados	Pública	Terceiro Setor

Fonte: Elaboração própria a partir de ALVES, 2002:7

No contexto brasileiro, de acordo com SILVA (2010), o surgimento do “terceiro setor” possui origem no Brasil colônia, quando foram criadas as Santas Casas de Misericórdia, sendo as primeiras fundadas em Santos, Espírito Santo, Olinda e Ilhéus em meados do século XVI (SÁ, 2000:106). Neste período, a atuação do Estado no âmbito social era quase inexistente. Portanto, a Igreja Católica atendia a população carente, por meio das Santas Casas de Misericórdia, as quais se constituíram como as responsáveis pelo suprimento das necessidades desta população, que ficava à mercê de políticas sociais básicas, por intermédio de suas

ações cristãs e de cunho caritativo, como a criação de asilos, educandários e corporações profissionais.

Contribuindo para a institucionalização de organizações que futuramente viriam a constituir o denominado “terceiro setor” no Brasil, no início do século XX foi criada a Lei do Código Civil, n.º 3.071/1916, que garantia a existência jurídica de pessoas de direito privado representadas por organizações como associações, fundações e sociedades civis sem fins econômicos (BRASIL, 1916i). O Código de 1916, revogado pela Lei vigente do Código Civil (Lei n.º 10.406/2002), dispunha, em seu artigo 16, inciso I: “São pessoas jurídicas de direito privado: I – as sociedades civis, religiosas, pias, morais, científicas ou literárias, as associações de utilidade pública e as fundações” (BRASIL, 1916i).

Já nas décadas de 20 e 30, o desenvolvimento da industrialização e da urbanização no Brasil, os quais ocorreram de forma desordenada e sem planejamento por parte do poder público, acarretou o agravamento dos problemas sociais. Por conseguinte, as organizações assistencialistas desempenharam papéis fundamentais de amparo aos mais carentes. Dessa forma, reforçando o contexto filantrópico e caritativo do Brasil Colônia, concedendo liberdade de ação e reconhecimento a essas “organizações/instituições assistencialistas”, as Leis n.º 91/1935 e n.º 3.577/1959 foram instituídas (BRASIL, 1935j). Assim, instituiu-se o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, que isentou as organizações da contribuição patronal previdenciária e passou-se a conceder o título de Utilidade Pública Federal às sociedades civis, associações e fundações que visavam servir desinteressadamente à coletividade.

A partir da década de 70, surgem as Organizações Não Governamentais (ONG's), as quais visavam contribuir tanto para a melhor organização interna dos movimentos sociais, quanto para a conexão entre os movimentos protagonistas nas lutas contra a ditadura, contra os mecanismos de opressão e exploração e na articulação dos combates por respostas a necessidades básicas e interesses específicos da população. Ademais, eram essas ONG's que transferiam para os movimentos sociais recursos captados de organismos estrangeiros (MONTAÑO, 2010).

Contudo, foi nos anos 90, no contexto do neoliberalismo econômico, que houve um “boom” no número de ONG's, passando estas a serem os principais atores na relação com o Estado via sua atuação no âmbito social mediante a prestação de serviços. Nesse âmbito, as ONG's perdem seu conteúdo político de resistência e luta

antiestatal ao lado dos movimentos sociais, tornando-se funcionais ao projeto neoliberal e à contrarreforma gerencial estatal, ao se inserirem numa relação de parceria com o Estado por intermédio das privatizações, dentro da lógica de redução da atuação estatal direta e, do mesmo modo, numa relação com o setor empresarial - mediante políticas de financiamento/fonte de recursos -, incorporando a lógica do mercado e da acumulação privada. Além disso, conforme Ferreira (2005), a capacidade de organização e dos resultados obtidos por essas entidades na execução de serviços sociais; o apoio da iniciativa privada, que passa a investir no chamado marketing social² e as facilidades de nossa legislação para se registrar entidades sem fins lucrativos foram fundamentais para a difusão da ideia das ONGs no país.

O terceiro setor possui várias formas de atuação, dentre elas: entidades beneficentes, institutos, fundações e a mais conhecida, Organização Não Governamental (ONG). No entanto, o termo “organização não governamental” atribui a governança social aos órgãos de Estado. Dessa forma, não é adequada a utilização do termo ONG justamente porque a governança social não é papel exclusivo dos órgãos de Estado, mas de todo o conjunto da sociedade. Logo, a expressão mais correta é Organização da Sociedade Civil (OSC), que de acordo com o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) - (Art.2º, I da Lei 13.019/2014), possui o seguinte conceito:

Entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva. (BRASIL, 2014k).

Entretanto, ainda segundo a Lei 13.019/2014 não há impedimento para a remuneração de associados(as) ou dirigentes. Outrossim, é importante observar que a referida lei não apresenta detalhamento quanto ao que denomina de equipe própria

² O marketing social é uma ferramenta estratégica que associa um negócio a uma causa relevante. A ideia é conectar a empresa a valores sociais e promover benefícios mútuos para a causa e para a organização (NETO, 2005).

da OSC. Assim, o entendimento deve ser o que abrange a equipe que já trabalha e tem vínculo com a organização, antes mesmo da formalização da parceria.

Ademais, o Decreto federal 8.726/2016 que regulamenta as parcerias em âmbito federal, determinou, em seu artigo 42, que as despesas com equipe podem ser gastas desde que cumpridas algumas exigências: previsão no plano de trabalho, proporcionalidade ao tempo efetivamente dedicado à parceria, compatibilidade com os valores de mercado, observância dos acordos e convenções coletivas de trabalho, observância do teto da remuneração do Poder Executivo Federal. Além disso, reitera a exigência de publicidade dos valores envolvidos na parceria, incluindo a remuneração da equipe contratada.

Ainda sobre o Decreto Federal 8.726/2016, este delimitou, em seu artigo 41, que a equipe de trabalho poderá “incluir pessoas pertencentes ao quadro da organização da sociedade civil ou que vierem a ser contratadas, inclusive dirigentes, desde que exerçam ação prevista no plano de trabalho aprovado, nos termos da legislação cível e trabalhista”. Permitindo, assim, expressamente a remuneração de dirigentes.

Em face do que se expôs, a Lei e o Decreto mencionados, por permitirem algumas brechas no âmbito das remunerações – como não estipular um valor ideal para remuneração dos dirigentes - podem suscitar o mau uso do dinheiro público, ao permitir certas benesses legais. Dentre as possibilidades deste mau uso, remunerar dirigentes seria uma forma disfarçada de distribuição de lucros, o que faria a instituição perder seu caráter filantrópico, produzindo uma “mercadorização” do terceiro setor.

Sob outra perspectiva, o MROSC, ao promover a abertura legal, permitiu que o terceiro setor conte com profissionais de mercado capacitados, os quais terão habilidade satisfatória para implementar gestões profissionais e efetivamente transparentes.

No tocante à assistência à saúde da pessoa com autismo, o terceiro setor possui papel de extrema relevância, pois, como afirma Lowenthal; Mercadante, (2009, apud PORTOLESE et al, 2019:.86), no Brasil a construção do conhecimento sobre o autismo deveu-se à mobilização dos pais, de organizações, da mídia e de pesquisas e publicações científicas. Todos esses fatores impactaram positivamente para que o diagnóstico de autismo fosse cada vez mais precoce. Todavia, existe a limitação da capacitação de profissionais e abordagem teórica dos locais de atendimento. Dessa forma, as associações de pais surgem no Brasil para suprir uma dificuldade do estado

em dar atendimento de saúde e de educação para pessoas com TEA. Assim, ainda hoje uma parcela significativa da população com TEA é atendida nestas instituições, sendo 69% das instituições com esse perfil.

O referencial teórico abordado delineou o que representa o processo saúde-doença para o indivíduo com TEA e respectivo núcleo de convivência, além de apontar as possíveis respostas de políticas públicas, principalmente no que tange ao setor saúde, para o problema em questão. É nessa perspectiva que o estudo foi desenvolvido, buscando captar a partir de um recorte da realidade, as respostas a esse problema de saúde por meio de políticas formalizadas e implementadas no âmbito do território de Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva voltada a esclarecer como se dá a organização da atenção às pessoas com TEA no âmbito da rede SUS de MG no ano de 2022. Portanto, serão abordados nesta pesquisa, aspectos sobre a assistência à saúde pública nos níveis ambulatorial e hospitalar, voltada às pessoas com Espectro Autista em MG.

Para isso, foram utilizadas fontes como: legislações e documentos técnicos federais e estaduais sobre a atenção ao indivíduo com TEA na rede SUS; produção ambulatorial e hospitalar no âmbito de MG por meio da coleta de dados disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI-MG) e entrevistas realizadas no âmbito do nível central da Secretaria do Estado de Saúde (SES) de MG.

A coleta e análise de dados dos Sistemas de Informação tiveram por recorte a CID-10 relativa ao TEA. Já as entrevistas incluíram gestores e técnicos do nível central da SES-MG, oriundos de setores da Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Regulação Assistencial, que responderam a um roteiro de perguntas que buscou obter percepções e informações técnicas sobre a rede de serviços, oferta programada e executada, tendo em vista o público-alvo do estudo.

As entrevistas foram realizadas buscando uma amostra que alcançasse a saturação das informações, ou seja, foram realizadas tendo por referência a ausência de novas informações sobre a temática, sem acréscimos para o alcance dos objetivos propostos.

Os dados quantitativos foram tratados por meio de análise estatística descritiva simples e as entrevistas por meio da análise de conteúdo organizada segundo unidades temáticas previamente definidas a partir das dimensões do acesso: acesso geográfico; acesso pela disponibilidade de ações e serviços e acesso pela adequação dos serviços da rede frente às necessidades de saúde do público-alvo, tendo em vista os pressupostos das políticas de saúde do SUS. (JESUS; ASSIS, 2010, BARDIN, 2011).

Assim, a partir de uma leitura aprofundada de legislações, documentos técnicos e entrevistas, a análise do conteúdo foi realizada, respaldada na triangulação de informações das fontes qualitativas e quantitativas, consolidando evidências de

como se conforma a rede de atenção quanto ao TEA na rede pública de MG (MINAYO, 2014).

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fiocruz Minas, Parecer n. 5.694.358.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão descritos os resultados da pesquisa e suas análises. Como mencionado no capítulo anterior, as fontes de informações utilizadas foram a coleta de dados relativos ao TEA no DATASUS, na Produção Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI-MG), nas Leis e Diretrizes que abarcam o autismo e em entrevistas com gestores e técnicos do nível central da SES-MG, oriundos de setores da Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Regulação Assistencial.

4.1 Perfil dos entrevistados

. Primeiramente, será explicitado o Quadro 4, que apresenta os perfis dos entrevistados, os quais não terão seus nomes revelados; apenas os elementos relativos ao sexo, idade, formação profissional, cargo, tempo de serviço na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e setor de trabalho.

Quadro 4 - Perfil dos entrevistados

Perfil dos entrevistados						
ID	Sexo	Idade	Formação	Cargo	Tempo de serviço na SES	Setor
1	F	37	Enfermeira/Doutorado em Saúde Pública	Diretora de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	7 anos	Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
2	F	44	Psicóloga e Musicoterapeuta	Diretora de Saúde Mental	14 anos	Saúde Mental
3	M	59	Acadêmico em gestão pública	Corpo técnico em gestão de saúde	22 anos	Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
4	F	34	Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental	Referência técnica na parte financeira e orçamentária	10 anos	Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
5	M	40	Sistemas de informação	Especialista em políticas e gestão da saúde	12 anos	Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Fonte: elaboração própria

4.2 Leis e direitos da pessoa com TEA

O TEA é um problema de saúde pública mundial e deve estar na agenda pública dos governos Federal, Estaduais e Municipais. Tanto que, em 2012, foi

sancionada a Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764/12) que criou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, onde se determina o direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamento pelo SUS; o acesso à educação e à proteção social e ao trabalho e a serviços que propiciem a igualdade de oportunidades. Esta lei também estipula que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais (BRASIL, 2012).

A publicação da referida lei foi extremamente importante, pois permitiu abrigar as pessoas com TEA nas leis específicas de pessoas com deficiência, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/15), bem como nas normas internacionais assinadas pelo Brasil, como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto Federal nº 6.949/2000).

Já em 2020, foi sancionada a Lei nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020 que: “Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), 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)”. A partir desta nova legislação, além da documentação que facilita a identificação de uma pessoa no espectro autista, a lei que ficou conhecida como Lei Romeo Mion ainda oferece outros benefícios aos usuários. Dentre eles, a atenção integral e o pronto atendimento e prioridade no atendimento e acesso aos serviços públicos e privados (em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social).

Ainda no campo legal, foi publicado, em Minas Gerais, o Decreto Nº 48.32/2021 que dispõe sobre a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, conforme o que tinha sido estabelecido pela Lei Federal nº 12.764/2012. Este Decreto possibilita que as pessoas autistas tenham seus direitos resguardados, uma vez que ela facilita a identificação das pessoas com TEA, contribuindo para a garantia do acesso às políticas públicas implementadas no território estadual.

Outrossim, entrou em vigor no dia 19 de março de 2013, a Resolução SES/MG Nº 3685, a qual institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA. O supracitado programa, foi concebido diante da necessidade de se planejar e priorizar o foco da assistência à saúde no acompanhamento dos neonatos de risco e na intervenção precoce, visando à prevenção de deficiências, ao diagnóstico e ao tratamento precoce.

O principal objetivo do PIPA é identificar sinais iniciais de problemas de desenvolvimento na criança, tornando possível a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos.

Como já foi mencionado neste trabalho, em relação ao TEA, esta intervenção precoce é de suma importância, devido à neuroplasticidade cerebral ser mais intensa na primeira infância – do nascimento até os 6 anos de idade.

4.3 Diretrizes para tratamento de pessoas com autismo

No que tange à política pública de saúde, o Ministério da saúde, em 2013, publicou o documento “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”. Esse documento de caráter técnico, destinado a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetivou “contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias” (BRASIL, 2013:9a).

Já em 2014, O Ministério da Saúde publicou as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA, as quais incluíram diretrizes para diagnóstico, projeto terapêutico singular e Fluxograma de Acompanhamento e Atendimento deste público na redeSUS, dentre vários outros aspectos.

Desde então, foram elaboradas diversas iniciativas com o intuito de incrementar a implementação das políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com TEA. Dentre elas, o Ministério da Saúde anunciou, em 2022, quatro cursos voltados à temática do autismo com inscrição gratuita, em referência ao mês de conscientização do autismo que se dá em abril. Tais cursos estão disponíveis para realização online no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVA-SUS) e na plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e são voltados a profissionais da área e pessoas interessadas no tema (CANAL AUTISMO, 2022b).

Os cursos são: Capacitação Multiprofissional em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) voltada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), com duração de 40 horas; Capacitação em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) voltada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), com duração de 20 horas; Webpalestra sobre Nutrição na Criança Autista, com duração de 4 horas e

Capacitação de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista, com duração de 30 horas.

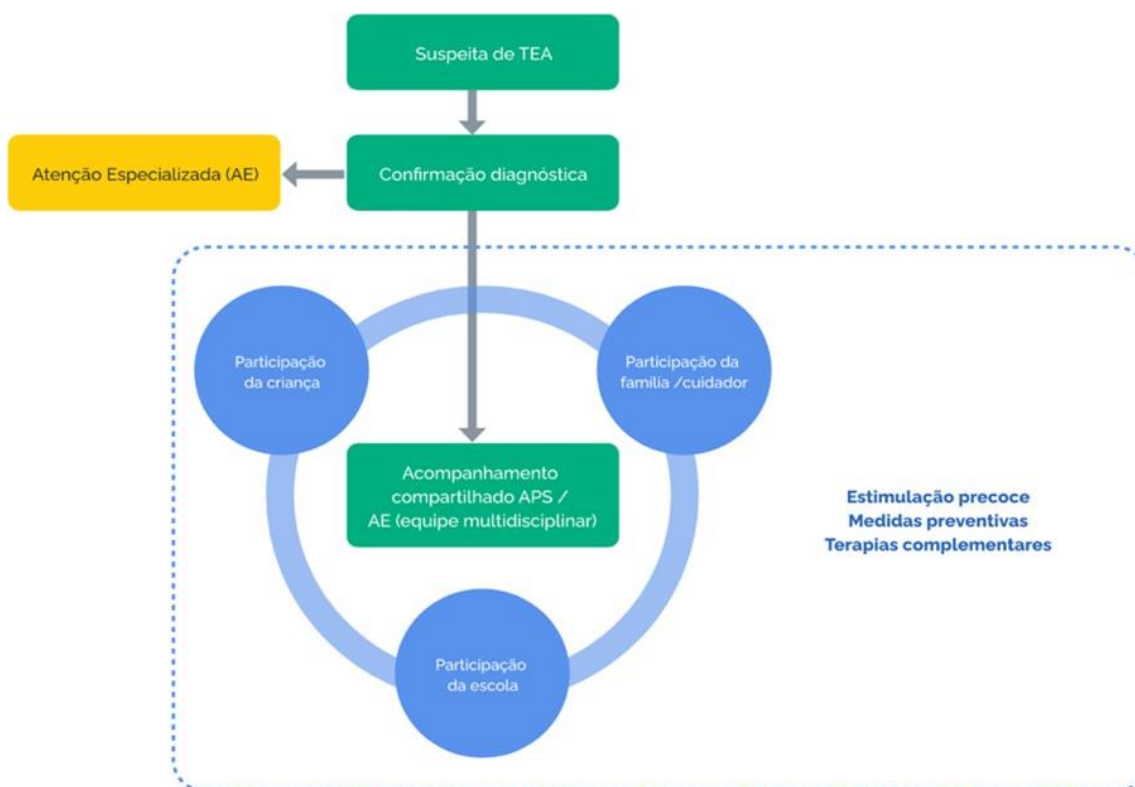
Tal empreendimento é muito relevante, a fim de aprimorar as terapias que são oferecidas aos autistas no SUS, porquanto os cursos privados voltados aos cuidados a este público nem sempre são acessíveis a todos os profissionais que atuam na rede pública. Dessa forma, o Ministério da Saúde, ao oferecer de forma gratuita os mencionados cursos, permite que os terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais e cirurgiões-dentistas se qualifiquem, podendo oferecer terapias mais efetivas, que poderão impactar de forma significativa no desenvolvimento psicossocial dos usuários do SUS com suspeita e/ou diagnóstico de autismo.

Continuando com as políticas públicas de saúde destinadas aos autistas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, recentemente foram lançadas as Linhas de Cuidado que consistem em:

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: Descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial. (BRASIL, 2021g).

As referidas Linhas de Cuidado possuem como objetivos: orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades; demonstrar os fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção e estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades. Foram publicadas no site do Ministério da Saúde, até o momento, 17 linhas de cuidados. Dentre elas, a que se refere ao TEA na criança. A seguir, na Figura 5, está expresso o fluxo da atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde (APS), contido na referida linha de cuidados.

Figura 5 - Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde, segundo Linhas de Cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde



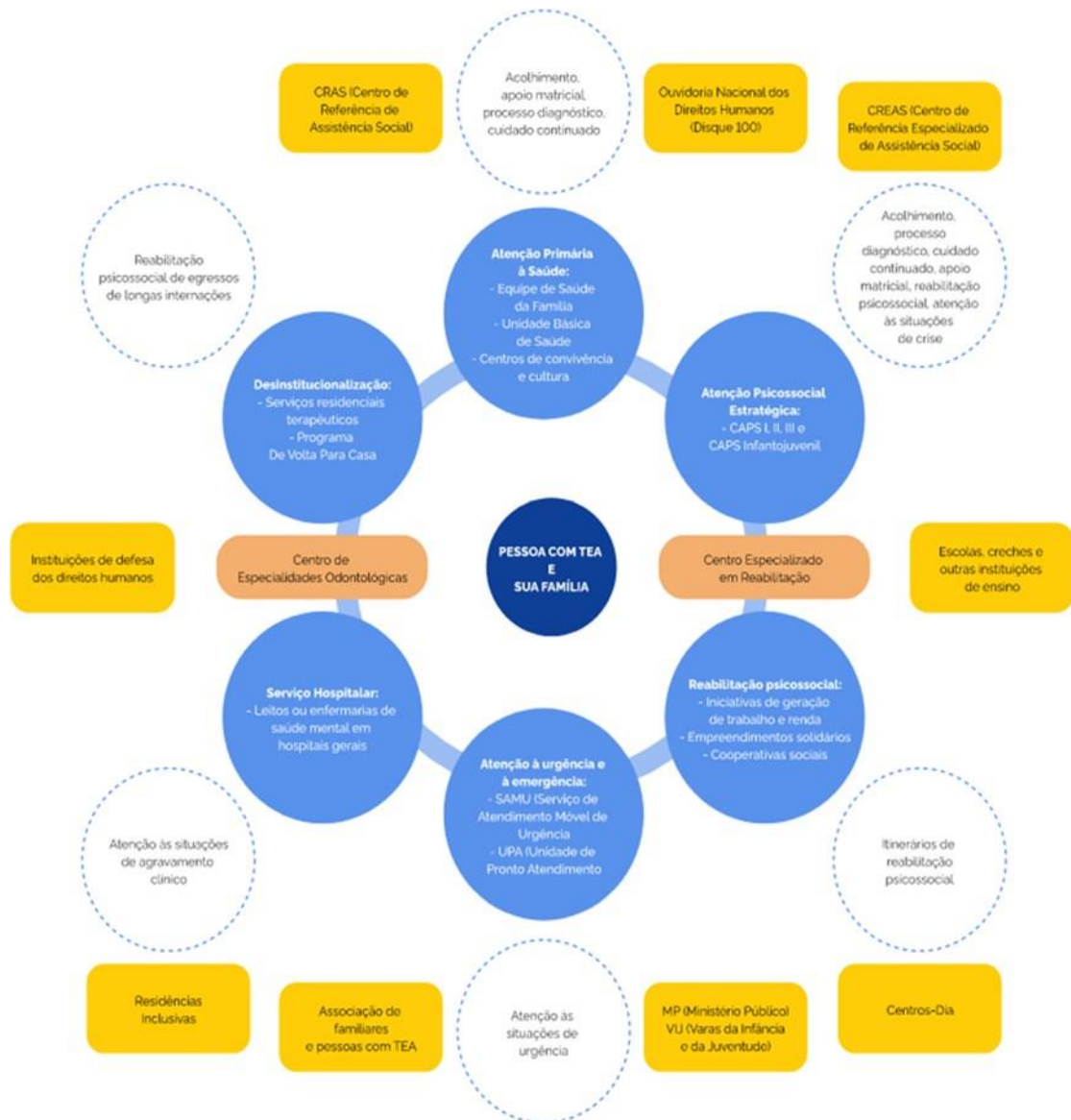
Fonte: Brasil, 2021g.

Neste fluxo, fica evidente a importância do acompanhamento multidisciplinar ao paciente autista. Dessa forma, é crucial que o paciente com TEA seja acompanhado por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, além dos demais profissionais da rede pública de saúde. A frequência das terapias deve ser estabelecida de acordo com o grau de comprometimento do paciente autista e, o plano terapêutico deve ser individualizado, assim como preconiza o projeto terapêutico singular, já mencionado neste trabalho.

Todavia, como já foi mencionado no presente trabalho, o poder público também deve implementar, por meio das secretarias de saúde, terapias em grupo; dado que, elas promovem a interação social e a troca de experiências.

Além do fluxo da atenção primária às pessoas com TEA, a linha de cuidados concernente ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança apresenta, também, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TEA, a qual é muito mais ampla e se pauta na transdisciplinaridade e intersectorialidade. O mencionado fluxo encontra-se representado pela Figura 6.

Figura 6 - Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TEA



Fonte: Brasil, 2021g.

A linha de cuidados relativa ao TEA recomenda que o acompanhamento ao autista seja realizado da seguinte maneira:

Casos de menor gravidade devem ser mantidos em tratamento na Unidade de Atenção Primária à Saúde, com apoio da atenção especializada (equipes multiprofissionais ambulatoriais do CAPSi/CAPS), responsável pelo projeto terapêutico e a referência em saúde mental para o cuidado ao TEA e, quando necessário, o CAPSi/CAPS pode acionar outros pontos da rede, como serviços de referências específicas para atendimento ao TEA. Casos de maior gravidade devem ser acompanhados pela equipe especializada do próprio CAPSi/CAPS e Atenção Especializada Ambulatorial. Independente da complexidade do serviço em que o paciente esteja

sendo atendido, o vínculo com a Atenção Primária à Saúde deve ser mantido (coordenadora do cuidado). O projeto terapêutico singular deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos (BRASIL, 2022I).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apresenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais oferecem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial.

Nesses serviços de saúde mental referidos anteriormente, os estabelecimentos atuam equipes multiprofissionais, que empregam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, como psicoterapia, seguimento clínico em psiquiatria, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, entre outros.

Já o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi), consiste em um serviço de atenção destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídas nessa categoria as pessoas com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e afetivos. Além disso, os CAPSi devem estabelecer as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infante-juvenil, a fim de oferecer um acompanhamento mais efetivo.

Outro aspecto importante abordado nesta linha de cuidados diz respeito à necessidade de tratamento medicamentoso aliado às terapias multidisciplinares, em alguns casos. Nesse sentido, o SUS deve garantir que esse medicamento seja fornecido gratuitamente às pessoas com TEA.

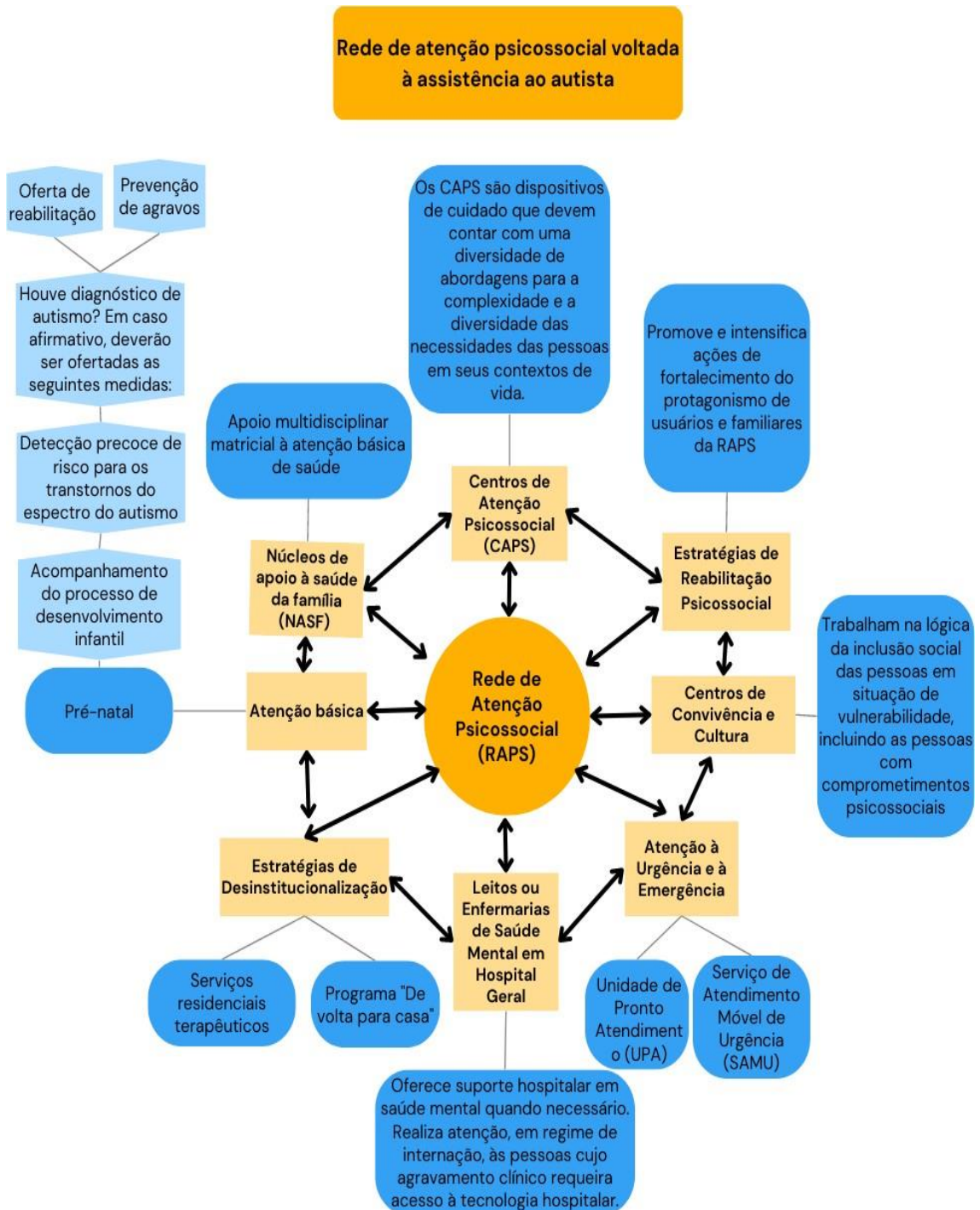
Em suma, as ações ou a falta destas, por parte do poder público, determinarão o destino de várias pessoas com TEA, uma vez que, a ciência já provou que a privação de terapias específicas para os autistas prejudica muito o desenvolvimento psicossocial destes, acarretando em perdas sociais inestimáveis. Dessa maneira, é importante verificar se as microrregionais de saúde de Minas Gerais estão oferecendo um acompanhamento que satisfaça as necessidades terapêuticas do autista; pois, como está expresso na Lei 8080 - Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências – um dos princípios do SUS é a descentralização. Assim, os estados e municípios possuem autonomia, desde que não entrem em conflito com a Lei Federal, para gerirem como será prestada a assistência à saúde. Logo, as linhas de cuidados podem sofrer adaptações de acordo com as particularidades de cada ente federativo. Todavia, essas adaptações não podem trazer prejuízos à assistência à saúde dos usuários do SUS.

Diante da exposição das diretrizes de acompanhamento da pessoa com TEA, é notório que a política está bem desenhada, de forma multidisciplinar, como demanda os cuidados aos indivíduos com TEA. Contudo, conforme relatou a entrevistada 1: “...a gente tem uma política de saúde pública voltada aos autistas consolidada, temos arcabouço, a teoria sobre o que pensar, como realizar o cuidado...”. Em outro momento ela diz: “existe um vazio assistencial de alguns serviços que são importantes para a rede como um todo, e como o cuidado é transversal, sendo compartilhado entre os níveis de atenção, esses vazios impactam na rede de cuidados”. Assim, conclui-se que, apesar de haver o desenho da política de saúde pública relacionada às pessoas com TEA, na prática esta política não funciona como deveria. Esses vazios foram abordados em momentos posteriores do presente trabalho.

O conjunto de legislações referidas possibilita o esboço de um modelo teórico quanto ao atendimento do usuário com TEA no âmbito da rede SUS, conforme apresentado pela figura 7, a seguir:

Figura 7 - Proposta de Modelo Teórico do Atendimento ao Usuário com TEA no âmbito do SUS, 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir de Brasil, 2015d.

A Figura 7 aponta que a rede de atenção psicossocial (RAPS) voltada à pessoa autista é composta por oito eixos, que se interconectam, promovendo uma assistência multidisciplinar ao autista e aos seus familiares. Os eixos são compostos por: Atenção Básica; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centros de Atenção psicossocial (CAPS), Estratégias de Reabilitação Psicossocial; Centros de

Convivência e Cultura; Atenção à Urgência e Emergência; Leitos ou Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral e Estratégias de Desinstitucionalização.

De acordo com a Linha de Cuidado Para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e Suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, a atenção básica é a ordenadora das demais redes de atenção, constituindo-se como uma das principais portas de entrada no SUS (BRASIL, 2015d).

No contexto do acompanhamento da pessoa autista na atenção básica, destacam-se os papéis fundamentais do pré-natal e da puericultura. O primeiro, deve ser iniciado assim que é descoberta a gravidez e equivale ao monitoramento da saúde da gestante e do feto. Este processo inclui anamnese, exame físico e análise de exames laboratoriais e de imagem. Além disso, é muito importante que as gestantes aproveitem o momento da consulta para abarcar suas dúvidas, preocupações e experiências, o que contribui para a criação do vínculo paciente-equipe-família, facilitando a escuta qualificada. Este termo, segundo Rodrigues e Cavalcante (2015), refere-se a escutar com atenção e empatia, as queixas, angústias, necessidades, ou quaisquer informações que o paciente fornece à equipe de saúde, acolhendo-o sem julgamentos e orientando-o quando necessário. Dessa forma, é possível fazer escolhas e optar por resoluções que irão incrementar a assistência prestada.

A segunda, consoante a Góes et al (2018), diz respeito a um conjunto de ações de embasamento científico que orientam o profissional de saúde quanto ao cuidado integral com a criança, envolvendo, assim, avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientações relativas à alimentação e imunização da criança, além da identificação de fatores de risco à saúde e de anormalidades e seus devidos encaminhamentos. A partir do monitoramento dos marcos do desenvolvimento, que são habilidades que a maioria das crianças atinge em uma determinada idade, é possível detectar atrasos que podem ser compatíveis com os sintomas do transtorno do espectro autista.

Portanto, o pré-natal e a puericultura, além de fortalecerem o vínculo profissional/paciente, possibilitam à equipe de saúde notar sintomas na criança, que podem ser indicativos de autismo. Essa circunstância favorece a detecção precoce do TEA, fator de extrema importância, dado que, devido à neuroplasticidade cerebral,

quanto antes o transtorno for detectado e as intervenções forem iniciadas, maior a chance de promoção do desenvolvimento neuropsicomotor.

Corroborando com a importância do diagnóstico precoce, o entrevistado 3 citou a existência de uma política específica de Minas Gerais que seria o programa de intervenção voltado à detecção precoce de transtornos do neurodesenvolvimento. O mesmo reiterou que a equipe estava inclusive trabalhando para que fossem considerados todos os tipos de deficiência, não só aquelas que envolvessem atrasos do neurodesenvolvimento, como o autismo. Isso implicaria em prover tal atenção, por exemplo, às crianças que nascem com deficiência visual e/ou auditiva. O mesmo entrevistado esclareceu que atualmente tal atenção está voltada apenas para deficiências intelectuais e que a perspectiva é de ampliar para os demais tipos.

É importante salientar que os achados do estudo já apontaram que as famílias de crianças com risco para TEA devem encontrar na Atenção Básica sua possibilidade mais imediata de apoio no que se refere aos cuidados básicos de saúde, ao diagnóstico, à prevenção de agravos e às ofertas de reabilitação. E caso seja necessário encaminhar essas crianças para um tratamento mais especializado, este encaminhamento deve ser feito institucionalmente, de maneira a evitar que as famílias se desloquem desnecessariamente e tentem individualmente seu acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários.

Esses pontos de referência incluem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços compostos por equipes multidisciplinares de diversas áreas de conhecimento (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, sanitarista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra), de acordo com a modalidade do NASF e com as especificidades locorregionais. A atuação do NASF deve se dar em conjunto com a equipe de saúde da APS, exercendo papel de apoio matricial especializado, com o intuito de majorar a assistência prestada, por meio da discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes. Ademais, entre as ações praticadas pelo NASF, estão previstas o apoio ao diagnóstico, atendimento conjunto e suporte à elaboração de PTS.

De acordo com o Ministério da Saúde, o PTS se baseia em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se

necessário. É importante ressaltar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, uma vez que, os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc. (BRASIL, 2007, p. 40f).

O entrevistado 1, gestor do setor da saúde mental, afirmou que concordava com essa diretriz, reconhecendo que o TEA era complexo, ainda mais por envolver algumas questões que ainda não são totalmente esclarecidas pela ciência. Por isso, o mesmo afirmou que, em seu entendimento, o principal papel da política pública era ter um enfoque voltado à necessidade apresentada pelo usuário, tendo em vista que o espectro do autismo é amplo, variando de uma demanda simples, por se associar a um quadro mais brando, como a síndrome de Asperger, que às vezes nem vai precisar de muita atenção, até os casos mais complexos que demandariam o envolvimento de diferentes serviços de atenção à saúde na rede.

Dessa forma, faz sentido que no âmbito das pessoas com TEA, o NASF represente um recurso a ser acionado para contribuir de maneira conjunta e corresponsabilizada para o processo diagnóstico e a proposição do PTS, bem como para a sua viabilização.

No que tange aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), eles foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados. Além disso, o CAPS é um serviço comunitário que deve operar sem barreiras de acesso ou agendamento, para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferecem cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência.

A equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, entre outros. Estes profissionais desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com os usuários e suas famílias e associadas a PTS. As ações realizadas pelos profissionais incluem: (a) atendimentos individuais ou em grupo; (b) atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial; (c) atenção aos familiares; (d) atenção domiciliar; (e) reuniões ou assembleias para o desenvolvimento da cidadania; (f)

tratamento medicamentoso; e (g) intensas mediações entre os usuários, suas famílias e a comunidade.

Outrossim, o CAPS também possui a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial. Em relação ao acompanhamento da pessoa autista, ele trata-se de um dos serviços de referência de cuidado, independentemente da faixa etária do referido indivíduo. Também é função do CAPS ofertar apoio matricial às equipes da APS e aos pontos de atenção às urgências, por meio do apoio ao processo diagnóstico, do acompanhamento direto das situações graves e da corresponsabilização pela atenção às urgências. Além disso, devido à ampla gama de necessidades das pessoas autistas, pode ser necessária a atenção em tempo integral ou parcial.

Existem seis categorias de CAPS, que são definidas de acordo com o porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme a Portaria nº 3.088/2011, estes serviços se diferenciam como:

CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III funcionam 24 horas, os CAPS I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPS i (infantojuvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPS i, deverá ser garantida a atenção a essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando-se os princípios e as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (BRASIL, 2011m).

Em relação às estratégias de Reabilitação Psicossocial, estas se referem às iniciativas de geração de trabalho e renda, aos empreendimentos solidários, às cooperativas sociais e às ações de caráter intersetorial para a inserção, no trabalho, das pessoas com experiências de sofrimento decorrentes de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. Tais iniciativas devem articular-se às redes de saúde e de economia solidária, a fim de garantir a melhoria das condições de vida, o incremento da autonomia e a inclusão social de usuários e de seus familiares.

No âmbito do autismo, este componente do RAPS é de fundamental importância para a construção de PTS de adolescentes em idade adequada para o trabalho, jovens e adultos com TEA.

Acerca dos Centros de Convivência e Cultura, estes são espaços ligados à APS que desenvolvem ações que extrapolam o campo da saúde e articulam

intervenções culturais, com estímulo à realização de novas habilidades e ao convívio social. Estes serviços podem ser de extrema importância na construção de PTS para as pessoas com TEA e suas famílias em todos os ciclos de vida.

No que se refere à Atenção à Urgência e à Emergência, em relação ao atendimento das pessoas com TEA e suas famílias, é essencial reafirmar a universalidade do cuidado no SUS, de forma que os profissionais reconheçam a demanda pela atenção como legítima, disponibilizando-se para uma avaliação qualificada. Outro aspecto relevante a se considerar, é a singularidade de que as pessoas com TEA podem expressar ou não o que sentem. Logo, a parceria com a família e o envolvimento de profissionais de referência podem ser fundamentais para a identificação de agravamentos clínicos que podem, inicialmente, não ser considerados.

Ainda no contexto da urgência e da emergência, elas compreendem dois pontos de atenção: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O primeiro atende e/ou agenda o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários na atenção hospitalar ou de seguimento longitudinal, como UBS, CAPS e atenção hospitalar. O segundo realiza o pronto atendimento das demandas de urgência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. Além disso, faz o acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata em situações e agravamentos que assim o requeiram. Deve se articular a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

No que concerne aos Leitos ou Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, tratam-se de leitos de saúde mental nas enfermarias de clínica médica, pediatria ou obstetrícia ou de enfermarias especializadas em saúde mental no hospital geral, com habilitação para oferecer suporte hospitalar em saúde mental quando necessário. Após a conquista do restabelecimento das condições clínicas, é cessada a internação e o hospital geral deve favorecer a continuidade do cuidado, articulando os serviços de referência dos usuários internados ou promovendo o encaminhamento em UBS, CAPS ou nos demais pontos de atenção.

Quanto às Estratégias de Desinstitucionalização, elas constituem iniciativas que objetivam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania,

buscando sua progressiva inclusão social. Nesse sentido, existem duas estratégias: Os Serviços Residenciais Terapêuticos e o programa “De Volta para Casa”. De acordo com a Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, Os Serviços Residenciais Terapêuticos:

Configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (BRASIL, 2011m).

Já o programa “De Volta para Casa” é uma política pública de inclusão social, que visa à reabilitação psicossocial de pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência. Para isso, é oferecido um auxílio-reabilitação, o qual atua para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, além de promover a autonomia e protagonismo de seus usuários.

Portanto, a RAPS deve ser organizada de acordo com as realidades municipais e/ou regionais, contando com uma diversidade de pontos de atenção articulados de forma intra e intersetorial, buscando atender as necessidades das pessoas e de suas famílias.

4.4 Frequência dos atendimentos dividida por níveis de complexidade

Os dados dos atendimentos do DATASUS, no período de 2017 a 2021, no que se refere aos registros de procedimentos específicos para os transtornos do desenvolvimento pertinentes ao TEA e incluídos no CID 10-F84 apresentou a seguinte distribuição, segundo a frequência dos atendimentos por níveis de complexidade - atenção básica, média e alta complexidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência dos procedimentos ambulatoriais com classificação CID 10-F84, executados e pagos, segundo complexidade, em estabelecimentos de saúde de Minas Gerais, no período de 2017 a 2021

CID Principal: F84 -Transtornos globais do desenvolvimento				
Não se aplica	Atenção Básica	Média Complexidade	Alta Complexidade	Total
949	4.368	2.363.204	590.098	2.958.619

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do DATASUS – CID 10, 2022.

A predominância da produção da média complexidade aponta para a importância dos serviços de referência para o PTS das pessoas com TEA. Dentre estes serviços, destacam-se o NASF e o CAPS.

Assim, a predominância dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade voltados ao atendimento específico do público com TEA podem ser relacionados na Tabela SUS com consultas e atendimentos inerentes aos tratamentos especializados, como terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia comportamental, fisioterapia, entre outros.

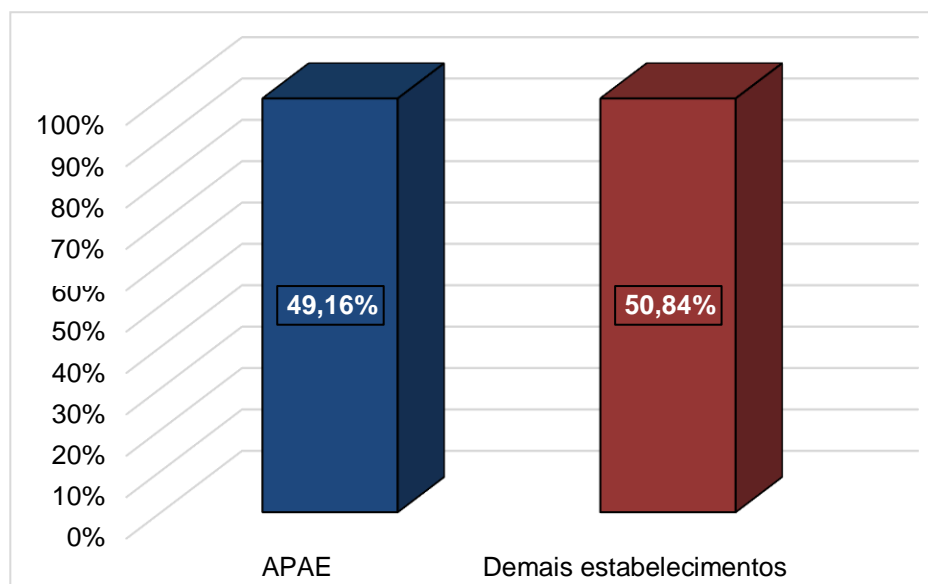
Todavia, é importante enfatizar que estes dados não ratificam as informações obtidas na pesquisa bibliográfica, em relação à divisão dos atendimentos direcionados aos autistas por nível de complexidade. Como foi possível aferir, de acordo com os dados do DATASUS, os procedimentos voltados às pessoas com TEA se concentram na média e alta complexidade. Já os elementos coletados a partir da pesquisa bibliográfica, apontam para uma concentração maior de atendimentos nos níveis de complexidade básico e médio.

Tal dissonância pode estar relacionada à maneira de arquivamento dos dados; em outras palavras, é possível que a atenção básica registre seus atendimentos de acordo com o procedimento realizado, sem classificá-lo de acordo com o CID. Prática que pode ocorrer com maior frequência no nível de alta complexidade. No que diz respeito à maioria dos atendimentos voltados às pessoas autistas serem verificados na média complexidade, tanto os dados do DATASUS, quanto os da pesquisa, exprimam este fato.

4.5 Frequência dos atendimentos direcionados às pessoas com TEA, segundo estabelecimentos CNES-MG, no período de 2016 a 2021.

A seguir, pode-se observar a relevância do terceiro setor quanto à produção ambulatorial destinada aos usuários com registro de TEA (CID 10-F84). Neste contexto, as APAES registram quase a metade (49,16%; equivalente a 2.909.104 atendimentos) de todos os procedimentos executados e pagos remetidos ao CID 10 – F84 (5.917.238), no período de 2016 a 2021 (Figura 8).

Figura 8 - Porcentagem de atendimentos direcionados aos autistas, realizados pelas APAEs e demais estabelecimentos de saúde, entre os anos de 2016 e 2021.



Fonte: elaboração própria, a partir de dados do DATASUS – CID 10, 2022.

Os dados também apontam para a importância de uma análise do papel desempenhado por outros estabelecimentos que também prestam este tipo de atendimento, como CAPS, CAPSi, PSF, NASF, CER, unidades ambulatoriais e demais entidades do terceiro setor. Este fato sugere uma possível dependência da assistência ao autista em Minas Gerais às APAES.

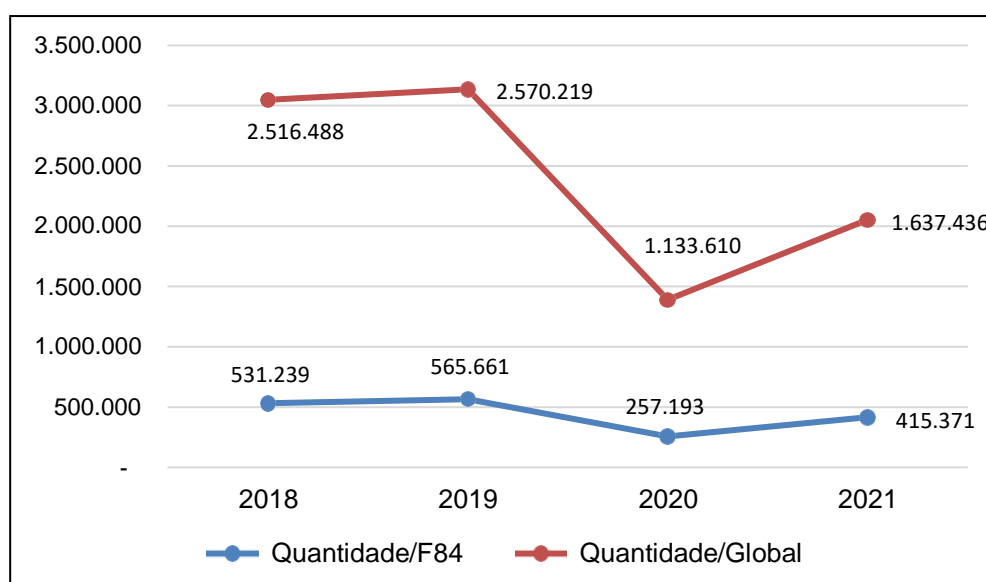
Tal dependência encontra respaldo na afirmativa do Entrevistado 2 ao afirmar que: “...então, existe uma rede que historicamente sempre atendeu esse público, mas, se você for ver, a maioria dos serviços de reabilitação intelectual não são serviços públicos, em sua maioria são serviços filantrópicos, que são APAEs ou instituições semelhantes...”

4.6 Dados obtidos na Programação Pactuada Integrada

O entrevistado que atuava na PPI/MG esclareceu que a análise da programação físico-financeira não permitia delinear procedimentos de forma específica para o público-alvo com TEA, considerando que tal programação orientava a oferta das ações de saúde no âmbito dos municípios, conforme serviços habilitados em seus territórios, mas de forma geral quanto ao atendimento de munícipes de origem ou de referência. Esclareceu-se ainda que é a partir da projeção físico-financeira da PPI-MG que se paga os serviços executados pelas APAES, considerando o previsto no teto da Média e Alta Complexidade (MAC).

Frente ao exposto, o técnico com ampla experiência na programação ambulatorial e hospitalar do estado de MG, apontou ser interessante estabelecer uma comparação entre a frequência de atendimentos e o valor recebido pelas APAEs de Minas Gerais via teto MAC, no período de 2018 a 2021, correspondentes ao CID - F84; e as frequências de atendimentos e valores recebidos via MAC, correspondentes ao atendimento global. Os gráficos relativos a essas comparações estão presentes a seguir, na Figura 9.

Figura 9 - Produção ambulatorial global das APAES e produção ambulatorial das APAES (CID: F84), entre os anos de 2018 e 2021.



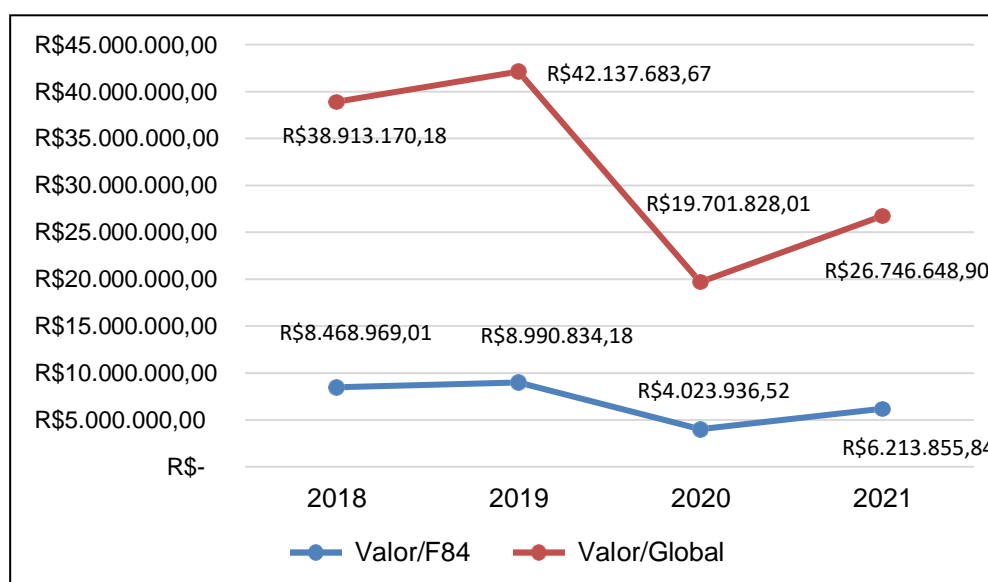
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PPI/MG.

A análise deste gráfico permite depreender que a porcentagem de atendimentos ofertados pelas APAES de Minas Gerais voltados aos autistas variou

entre 21% e 25% do total de atendimentos dirigidos de modo global, nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021. O público-alvo das APAES consiste, preferencialmente, por pessoas em situação de deficiência com impedimentos de natureza intelectual e múltipla. Acrescenta-se a essas, as pessoas com Transtornos do Espectro Autista.

Outra análise feita a partir dos dados da PPI concerne aos valores recebidos pelas APAES no período de 2018 a 2021 destinados aos procedimentos globais e aos direcionados aos pacientes com diagnóstico referente ao CID: F84. A Figura 10 demonstra estes dados:

Figura 10 - Valores recebidos pelas APAES no período de 2018 a 2021, via MAC, para procedimentos globais e procedimentos (CID: F84)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PPI/MG.

No que se refere ao gráfico acima, a porcentagem dos valores destinados ao público autista em relação ao financiamento global variou entre 21% a 23% nos anos pesquisados: 2018, 2019, 2020 e 2021. Tais valores são condizentes com os valores anteriormente apresentados acerca da porcentagem da frequência de atendimentos (21% - 25%).

É de suma importância ressaltar que, tanto a frequência no número de atendimentos (global e TEA), quanto o financiamento nos dois âmbitos reduziu abruptamente entre os anos de 2019 e 2020, período correspondente ao auge da pandemia de Covid-19. Nesse momento, ainda não havia vacina contra o vírus e vários atendimentos foram paralisados devido à necessidade do isolamento social.

Ademais, os esforços da saúde se voltaram ao combate do vírus, dado que, ele possuía alta virulência nesta época.

4.7 Defasagem da tabela SUS

A título de exemplificar a defasagem da tabela SUS, comparou-se o valor pago pela tabela SUS e o valor cobrado pelo laboratório Hermes Pardini, ambos relativos à tomografia de crânio, exame comumente pedido por médicos, para ser realizado em pacientes que possuem algum transtorno psiquiátrico. Ao se realizar tal comparação, constata-se o quão a tabela SUS está defasada. Os valores estão explicitados na Figura 11.

Figura 11 - Comparação entre valores – Tabela SUS e valor cobrado por uma clínica privada

■ Procedimento	
Procedimento: 02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	
Grupo:	02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
Sub-Grupo:	06 - Diagnóstico por tomografia
Forma de Organização:	01 - Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral
Competência:	11/2022 Histórico de alterações
Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	
Atributos Complementares:	Admite liberação de quantidade na AIH
Valores	
Serviço Ambulatorial:	R\$ 97,44
Total Ambulatorial:	R\$ 97,44
Serviço Hospitalar:	R\$ 97,44
Serviço Profissional:	R\$ 0,00
Total Hospitalar:	R\$ 97,44

<p>💰 Preço particular</p> <p>R\$ 462,00</p>
<p>📅 Exige Agendamento?</p> <p>Sim</p>
<p>🏠 Atende em Domicílio</p> <p>Não</p>
<p>🕒 Marcação</p> <p>Diariamente até às 18:00 hs, prazo: 2 dias úteis às 18:30 hs.</p>

Fonte: DATASUS; Hermes Pardini, 2022.

Todos os entrevistados concordaram que essa defasagem impacta negativamente a qualidade dos serviços públicos destinados às pessoas com TEA. Segundo a entrevistada 1: “a defasagem da tabela SUS acaba desencorajando algumas clínicas, que não aceitam mais não fazer convênios com o SUS, pois os recursos repassados pelo poder público às instituições que atendem pelo SUS não cobrem sequer os custos dos principais procedimentos. Além disso, essa defasagem impacta na manutenção de estabelecimentos de saúde e na compra de equipamentos.”

Já a entrevistada 2 disse que: “compromete muito o tratamento, pois reflete no pagamento das pessoas, que fica reduzido. Isso faz a produtividade do profissional cair, reduzindo a qualidade do serviço”. De acordo com o entrevistado 3: “esse é um problema da rede toda. Isso (atualizar a tabela SUS) é uma luta nossa junto ao Ministério Público, é uma luta do país inteiro, não só de Minas Gerais. A defasagem da tabela deixa muitos serviços descobertos, pois muitos hospitais e clínicas não aceitam fazer convênios com o SUS, mediante os valores oferecidos”.

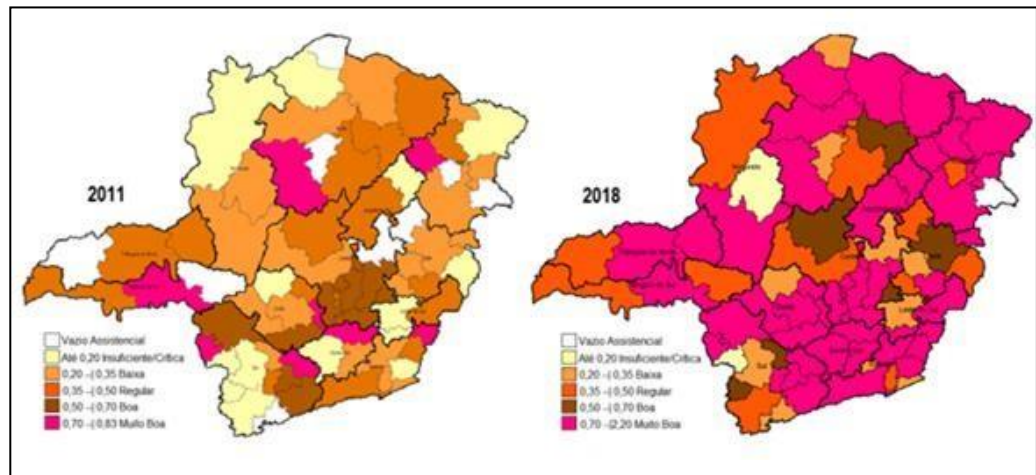
Conforme a entrevistada 4 relatou que: “o serviço vai ser comprometido, já que, ao comprar um equipamento, no momento do orçamento, percebe-se que o valor pago pela tabela está muito aquém do valor de mercado, aí o serviço público não consegue comprá-lo. Tal equipamento poderia ajudar na reabilitação motora ou visual, por exemplo. Então isso impacta negativamente na qualidade de vida dos usuários do SUS”. Por fim, o entrevistado 5 disse que:

“aqui em Minas Gerais o tratamento da pessoa especial que tem autismo, ele geralmente está dentro dos demais tratamentos da saúde mental. Por exemplo, na saúde mental temos o CAPS, que recebe o financiamento global, e não por transtorno específico. Então essa defasagem da tabela pode impactar, impossibilitando que tratamentos mais específicos para o autista sejam desenvolvidos, devido ao financiamento insuficiente”.

4.8 Má distribuição geográfica dos serviços públicos de saúde mental

Os serviços públicos e, até mesmo aqueles do terceiro setor, que prestam assistência à saúde mental são mal distribuídos no território de Minas Gerais. Os mapas do estado relativos à distribuição territorial dos CAPS, nos anos de 2011 e 2018, atestam essa assertiva.

Figura 12 - Distribuição geográfica dos CAPS em Minas Gerais nos anos de 2011 e 2018

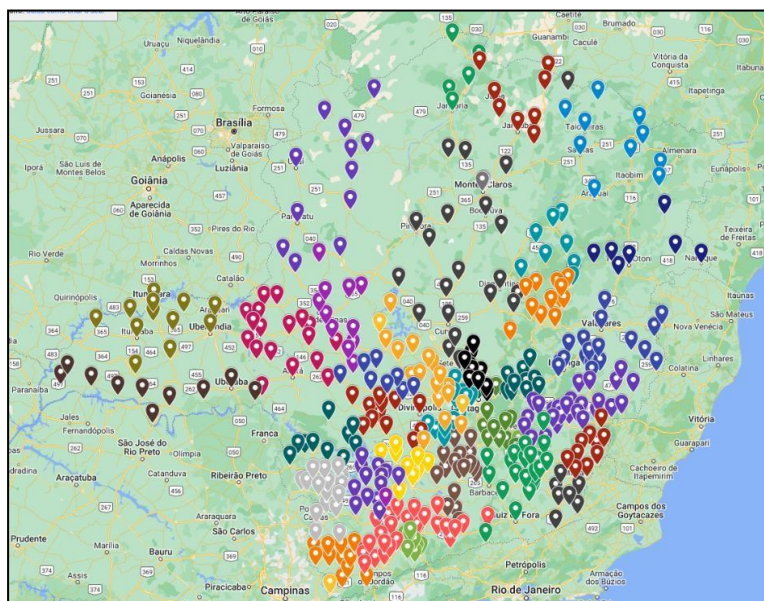


Fonte: MACEDO, 2020.

Apesar da cobertura dos CAPS ter aumentado consideravelmente, do ano de 2011 até o ano de 2018, por meio do mapa de 2018, é possível encontrar regiões onde ainda há baixa cobertura dos CAPS, insuficiência do serviço e uma região com vazio assistencial.

No que tange ao terceiro setor, mais especificamente às APAES, também há má distribuição destas unidades pelo estado de Minas Gerais. A seguir, a Figura 13 (mapa da distribuição geográfica das APAES no estado) ilustra a supramencionada situação.

Figura 13 - Distribuição geográfica das APAES de Minas Gerais



Fonte: FEDERAÇÃO MINEIRA DAS APAES (FEPAES-MG), 2022.

A questão da má distribuição dos serviços que prestam assistência à saúde foi atestada pelo entrevistado 3:

“o estado é muito grande e ainda tem muita estrada de chão, e a distância de um município para o outro é muito grande. Dependendo da região, o paciente mora em município que fica a 400 ou 500 de outro onde tem a assistência. É complicado, por exemplo, o paciente sair lá do norte ou nordeste de Minas, para vir aqui em Belo Horizonte, buscar tratamento adequado, tornando este inviável.”

A entrevistada 2 também trouxe contribuições que corroboraram com a assertiva de que existe uma má distribuição dos serviços que prestam assistência pública à saúde mental: “Minas Gerais é um estado bem grande. O desafio é ampliar a cobertura de atendimentos voltados à saúde mental e ao autista. Regiões mais pobres, tipo Norte e Nordeste carecem mais ainda dessa ampliação da cobertura. Às vezes existem iniciativas do estado em fomentar a assistência em determinados locais, por meio do financiamento, mas há o problema da falta de profissionais qualificados para atender naquela região.”

4.9 Distribuição dos atendimentos voltados às pessoas com TEA por faixa etária

A tabela 2 demonstra as frequências absoluta, relativa e relativa acumulada dos atendimentos voltados aos autistas, distribuídas por faixas etárias, no período compreendido entre 2017 e 2021.

Tabela 2 - Frequência de atendimentos ambulatoriais (CNPJ/CPF-MG) relativos ao CID 10:F84, distribuída por faixa etária, entre os anos de 2017 e 2021.

Faixa etária	Frequência absoluta de atendimentos entre 2017 e 2021	Frequência relativa (%)	Frequência relativa acumulada (%)
0 aos 6	964958	32,62	32,62
7 aos 18	1351429	45,68	78,29
19 aos 29	331288	11,20	89,49
30 aos 59	261403	8,84	98,33
60 e mais	49541	1,67	100,00
Total	2958619	100	

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do DATASUS – CID 10, 2022.

A partir destes dados, é possível notar que os atendimentos ambulatoriais prestados por Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas aos autistas, em Minas Gerais, se concentram nas crianças e nos adolescentes – somente esses dois grupos etários abarcam aproximadamente 80% do total dos atendimentos fornecidos. Tais dados permitem algumas conjecturas: o despreparo das equipes de saúde em diagnosticar os adultos e os idosos com autismo afasta estes grupos da possibilidade de tratamento? O diagnóstico tardio faz com que a maioria dos atendimentos voltados aos autistas esteja concentrada na faixa etária dos 7 aos 18 anos? Ou seria somente pelo motivo deste grupo possuir um maior contingente populacional quando comparado ao grupo que compreende a primeira infância (0 aos 6 anos)?

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora as informações acerca do autismo tenham ganhado destaque na mídia e nos meios acadêmicos, favorecendo a detecção de mais casos de pessoas com TEA, o diagnóstico tardio – acima dos 6 anos de idade – ainda ocorre com frequência no Brasil. Segundo Silva e Mulick (2009), em vários países, como nos Estados Unidos, a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido de 3 a 4 anos. Ademais, muitos pais já começam a notar que existe algum problema com a sua criança antes do segundo ano de vida e, em alguns casos, até no primeiro ano de vida da criança. Desse modo, tem se tornado cada vez mais possível diagnosticar crianças com idades entre 18 e 24 meses ou até mesmo mais novas, entre 6 e 12 meses. Por outro lado, no Brasil, a experiência prática tem indicado que, em vários estados, muitas crianças ainda permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de 6 ou 7 anos e até mesmo por mais tempo.

Os resultados apresentados pelo estudo em questão, como a concentração de atendimento nas APAES, aliada à não historicidade do atendimento das pessoas autistas pela rede pública, representam um agravante frente à importância do diagnóstico precoce abordada pelo estudo referido anteriormente, principalmente quando dentre as causas associadas ao diagnóstico tardio do TEA se encontra a dificuldade de acesso ao serviço de saúde mental, dentre outros fatores como a presença de comorbidades; manejo e encaminhamentos inadequados de profissionais de saúde; nível de escolaridade dos responsáveis; nível socioeconômico familiar e etnia (AUGUSTO, 2021). Constata-se assim, que além da dificuldade de acesso, seja pela disponibilidade da atenção ou distância geográfica do serviço, há aspectos relacionados à qualificação dos profissionais da rede de saúde, bem como, a relevância de ações intersetoriais para o enfrentamento do problema, como saúde, educação e assistência social.

No que tange em específico à qualificação dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), constatou-se a disponibilidade de cursos de qualificação sobre a temática TEA, mas não podemos desconsiderar que o autismo é um transtorno que ainda requer muitos estudos e esclarecimentos que além da insuficiência da rede de atenção especializada, não possui programas de ensino especializados e em número suficiente para capacitar profissionais da área de saúde em relação ao tema (LAHMIEI/UFSCAR, 2014). Ao mesmo tempo, o número de diagnósticos tem

crescido significativamente nos últimos anos. Posto isto, muitas famílias ficam meses ou até anos à espera de um tratamento de saúde adequado para seus filhos. Assim, há de se considerar a curto prazo o potencial da rede de profissionais especializados do NASF ou CAPS, enquanto apoio matricial para a qualificação, principalmente da rede da APS.

Problemas de financiamento, como a defasagem da Tabela SUS para os pagamentos dos procedimentos ofertados pela rede contratada ou conveniada, foi uma evidência encontrada e que deve ser reconhecida como um fator limitante do acesso à assistência ao autista, via SUS, refletindo o baixo investimento do Poder Público na saúde na saúde pública. Conforme publicado na Agência Câmara de Notícias (2019), a tabela SUS não é ajustada há 17 anos. A Tabela de Procedimentos do SUS é um detalhamento de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares contratados a prestadores privados e filantrópicos com o seu respectivo valor de pagamento pela União. O valor pode ser complementado por estados e municípios. (BRASIL, 2007f).

De acordo com Meira (2022), em meados de 2008, aconteceu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qual consiste em um planejamento e desenho de oferta da demanda de exames e serviços de saúde e, com isso, uma programação financeira regional, onde o valor em serviço a ser ofertado pelo outro já era descontado do Fundo Municipal de saúde (FMS) e ia ao ofertante. Isso ocorre com base nos valores da Tabela SUS de procedimentos e exames. Todavia, esta tabela não é atualizada desde 2002.

Além desta pactuação, os municípios recebem um teto fixo pelos serviços prestados existentes e um teto variável pela produção realizada, calculado pelo número de serviços existentes, procedimentos e ações realizadas pela população. Além de suas contas de investimentos e de programas de saúde específicos.

Um grande desafio existente é que, atrelado a este teto está a defasagem dos valores da Tabela SUS, o que faz com que os municípios ofertantes de exames e serviços calculem o que vão oferecer aos municípios solicitantes pelo teto financeiro. Dessa forma, haverá uma redução na oferta de serviços e procedimentos realizados pelas clínicas conveniadas e hospitais filantrópicos, por exemplo.

A referida situação gera o aumento da demanda reprimida no município solicitante, a PPI e a Tabela SUS não são revisadas e o município que necessita dessa oferta de serviços, fica em uma situação delicada, tendo que contratar novos serviços

e exames para ofertar para sua população. Afinal, o SUS é direito de todos, dever do Estado e o acesso deve ser garantido.

Um aspecto apontado pela produção registrada e paga de procedimentos aos indivíduos autistas, segundo DATASUS, trouxe em questão a possibilidade de o CAPS incrementar seu papel enquanto serviço de referência para o atendimento dos autistas, o que nos leva a fomentar essa análise com a má distribuição geográfica dos serviços públicos de saúde mental. Vale destacar que, os CAPS, em suas diferentes modalidades, são apenas um dos meios de atendimento ao autista via saúde pública.

A pesquisa permitiu inferir que, apesar da cobertura de CAPS ter aumentado muito no estado de MG, entre os anos de 2011 e 2018, ainda existem locais com grandes vazios assistenciais como a região de Unaí, Teófilo Otoni, Montes Claros, região do Jequitinhonha e Leste de Minas.

O objetivo da Coordenação Estadual de Saúde Mental é implantar e ampliar a RAPS nas regiões de saúde do Estado, priorizando as realidades e necessidades dos territórios, especialmente nas regiões ampliadas Centro, Nordeste, Norte, Jequitinhonha, Leste e Noroeste, onde ainda há vazios assistenciais, bem como a necessidade de implantação de modalidades de serviços substitutivos tais como CAPS AD III, CAPS III, CAPSi e UA adultos e infanto-juvenil, considerando as pactuações realizadas e as possíveis repactuações que se fizerem necessárias. (MINAS GERAIS, 2020).

Outro agravante ao acesso do autista à rede de saúde pública voltada ao TEA, foi a pandemia de Covid-19, a qual impôs o isolamento social, portanto, muitas situações que incluíam o contato humano foram suspensas provisoriamente, o que afetou profundamente os serviços de saúde.

Enquanto os encontros virtuais ainda não eram 100% implementados, o acesso a consultas médicas de rotina foi interrompido, o que atrasou o acesso a diagnósticos, tratamentos e serviços necessários.

No Brasil, a população que depende exclusivamente do SUS foi a mais prejudicada. Consultas foram desmarcadas, médicos e outros profissionais da saúde foram afastados, e a telemedicina foi a última a ser implementada.

O prejuízo ao desenvolvimento dos autistas ainda não pode ser mensurado, mas, indubitavelmente, foi muito significativo, considerando que intervenções precoces melhoram exponencialmente o prognóstico do transtorno. (AUTISMO E REALIDADE, 2022).

Uma iniciativa que se mostrou muito interessante em relação ao acompanhamento especializado das pessoas autistas foi a inauguração, em Uberlândia, município mineiro, de um centro de referência em autismo. em abril de 2022. Inclusive, este foi o primeiro CT-TEA inaugurado no estado. De acordo com Júnia Souto Oliveira, referência técnica da Rede de Cuidados da pessoa com Deficiência na cidade, a unidade básica de saúde é uma grande aliada no mencionado projeto. Afinal, é ela que direciona o paciente para o Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista (CT-TEA) e, posteriormente, faz o seu acompanhamento. Isso porque o pediatra avalia o paciente e o direciona para o Centro, onde acontece a discussão do caso. Verificada a necessidade, a equipe do CT-CEA desenvolve um plano de cuidado com o que for necessário para o desenvolvimento do paciente.

Conforme informações publicadas no site do Município de Uberlândia (2022), o (CT-TEA) conta com cerca de 345 m² de área construída. Além disso, o espaço conta com sete consultórios das áreas de neuropediatria, fonoaudiologia, fisioterapia, psiquiatria infantil, psicopedagogia, além de salas de recepção, convivência, diagnósticos, reuniões, treino de Atividades de Vida Diária (AVD), oficinas para famílias, jardim sensorial, área de playground, entre outros.

No que tange à prevalência de diagnósticos de autismo em homens, sendo esta proporção de 4 homens para 1 mulher, cabe ressaltar que, segundo o CDC (2022), embora ainda não haja uma explicação clara para explicar o motivo dessa diferença no número de diagnósticos por sexo, uma consideração é que os meninos podem estar em maior risco de desenvolver TEA, talvez, por questões genéticas. Outra consideração é que o TEA pode ter sinais e sintomas diferentes em meninos e meninas, e isso pode contribuir para diferenças em como o TEA é identificado, diagnosticado e relatado. Ademais, há a questão cultural da mulher ser imposta a certos limites de comportamentos, fato que pode mascarar os sintomas de TEA e dificultar o seu diagnóstico.

Diante do exposto, é suscitada uma reflexão acerca de como a cultura patriarcal, machista e conservadora impõe restrições às mulheres nos aspectos psicológicos e comportamentais; pois, como mencionam Narvaz e Koller (2006).

Ainda que não se possa reduzir ao patriarcado a explicação de todas as formas de desigualdades e de opressão do gênero feminino, devendo ser considerada a articulação do gênero à classe social e às diferentes etnias, a gênese da violência contra as mulheres tem sido

atribuída predominantemente ao patriarcado em algumas correntes feministas. Embora o patriarcado seja anterior ao advento do capitalismo, estes dois sistemas aparecem articulados na modernidade, duas formas de produzir e de reproduzir a vida a partir de relações de dominação e de expropriação, em especial dos corpos e da autonomia das mulheres (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Nesse ensejo, a mulher desde à infância é submetida a seguir comportamentos socialmente aceitos, que vão desde a forma de se sentar, falar, até a maneira de se vestir, por exemplo. Essa submissão é derivada da falta de autonomia de seus próprios corpos, aspecto ainda vigente na sociedade contemporânea. No contexto do TEA, essa subjugação pode interferir no diagnóstico do transtorno nas mulheres; visto que, muitas delas tendem a mascarar os sintomas, que podem ser considerados como inapropriados pela sociedade.

Em relação à distribuição dos atendimentos direcionados ao público autista, por faixa etária, nota-se que estes se concentram nas pessoas com idades entre 0 e Shinohara 18 anos. Isso é reflexo da maneira como a própria política de saúde pública voltada ao autista é desenhada, focando no diagnóstico de crianças, nos sinais e sintomas de TEA neste público, em detrimento dos sintomas apresentados por adultos e idosos. Tanto que, muitos adultos relatam falta de preparo por parte dos profissionais de saúde, quando desconfiam ser autistas e buscam o diagnóstico. Tal assertiva corrobora com o excerto de Borges e Shinohara (2007):

Pacientes de classe social mais baixa, com pouco poder aquisitivo, passam por várias instituições em busca de compreensão e tratamento para seus problemas. As clínicas-escola, de forma geral, não estão preparadas para lidar com estas especificidades. Outros serviços públicos ou privados, destinados ao tratamento médico-psicológico destes pacientes, não foram encontrados, assim como inexistem grupos de apoio para pacientes adultos e seus familiares. (BORGES; SHINOHARA, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o autismo tenha ganhado destaque nas mídias e nos meios acadêmicos nos últimos anos, ainda existem muitos aspectos que precisam ser estudados, a fim de sejam fornecidos mais esclarecimentos acerca do transtorno. Porquanto a causa do TEA não tenha sido comprovada, não existam estudos estatísticos sobre o transtorno no Brasil e ainda existam muitos estigmas em relação ao TEA, é imperioso que haja mais pesquisas neste âmbito.

Outrossim, é de suma importância que o poder público de Minas Gerais incremente as políticas de saúde voltadas ao TEA, com o intuito de abarcar outras faixas etárias, como os adultos e os idosos, e de majorar a cobertura dos serviços de saúde voltados à saúde mental, como os CAPS, pois como foi constatado, há uma má distribuição destes serviços no estado.

Ademais, dado que, o autismo tem sido cada vez mais diagnosticado, devido ao fomento de novas técnicas diagnósticas, aumentando a demanda por tratamentos especializados e voltados aos autistas, a capacitação dos profissionais em métodos de tratamento, como o ABA, deve ser incentivada. Além disso, uma vez que há escassez de profissionais de suma importância na composição da equipe multidisciplinar, por exemplo, terapeutas ocupacionais, é necessário que o poder público crie medidas que incentivem a formação de novos profissionais e respectiva inserção na rede pública.

Por fim, recomenda-se que o estado amplie a capacidade de atendimentos da própria rede pública de saúde, a fim de não permanecer tão dependente do terceiro setor para a prestação de serviços voltados aos autistas. Além disso, o diagnóstico precoce deve ser promovido constantemente, visto que, ele pode determinar o prognóstico da pessoa autista.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Debatedores reclamam de defasagem nos valores da tabela do SUS. 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/556048-DEBATEDORES-RECLAMAM-DE-DEFASAGEM-NOS-VALORES-DA-TABELA-DO-SUS>>. Acesso em: 01 de nov. de 2022.
- AMPARA. Associação de pais e amigos dos autistas de Araraquara. Sem estudos estatísticos, país não sabe quantas pessoas têm autismo, muito menos quantas já têm diagnóstico. Araraquara - SP, 8 de set. de 2020. Disponível em: <<https://amparautismo.com.br/sem-estudos-estatisticos-pais-nao-sabe-quantas-pessoas-tem-autismo-muito-menos-quantas-ja-tem-diagnostico/>>. Acesso em: 01 de out. de 2022.
- ANDRADE, S.C.S. **A inclusão escolar e o transtorno do espectro autista**. III CINTEDI. [S.l.].[s.d].
- AUGUSTO, Janáina Aparecida de Oliveira. **Perfil cognitivo, comportamental e o uso de serviços de saúde mental e educação de crianças com diagnóstico tardio de deficiência intelectual e transtorno do espectro autista**. São Paulo, 2021.
- AUTISMO E REALIDADE. Estudo aponta como a pandemia que abalou o mundo afetou a vida dos autistas. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2022/08/12/covid-19-e-autismo/>. Acesso em: 01 de nov. de 2022.
- BARBOSA , M . A. **A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença** . Rev . Esc . Enf. USP , v.29 , n.2 , p.133-40 . ago . 1995 .
- BARDIN Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.
- BERTAGLIA, Bárbara. Uma a cada 44 crianças é autista, segundo CDC. **Autismo e realidade**. São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://autismoerealidade.org.br/2022/02/04/uma-a-cada-44-criancas-e-autista-segundocdc/#:~:text=Publicado%20em%20de%20dezembro,dispon%C3%ADvel%20no%20site%20do%20CDC>>.. Acesso em: 15 maio de 2022.
- BLEULER, E. Dementia Praecox ou o Grupo de Esquizofrenias . Nova York: International Universities Press, 1950.
- BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília, 2013.

BRASILc. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

BRASILd. 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, 2015.

BRASILE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2009, 64p.

BRASILf. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2.^a edição Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF, 2007.

BRASILg. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado. Sou Gestor - Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança.** Brasília, 2021. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/sou-gestor>>. Acesso em: 01 de nov. de 2022.

BRASILh. Ministério da saúde. **Linhas de Cuidado. Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, 2021. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/estavel-planejamento-terapeutico/#pills-fluxo>>. Acesso em: 01 jul. de 2022.

BRASILi. **Lei do Código Civil, n.º 3.071/1916.** Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.071%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%201916.&text=C%C3%B3digo%20Civil%20dos%20Estados%20Unidos%20do%20Brasil.&text=Art.,os%20princ%C3%ADpios%20e%20conven%C3%A7%C3%B5es%20internacionais.>. Acesso em: 10 de out. de 2022.

BRASILj. **Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935.** Determina regras pelas quais são as sociedades declaradas de utilidade pública. Disponível em: <[https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-91-28-agosto-1935-398006-normaatualizada-pl.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2091%2C%20DE%2028%20DE%20AGOSTO%20DE%201935&text=Determina%20regras%20pelas%20quais%20s%C3%A3o%20as%20sociedades%20declaradas%20de%20utilidade%20p%C3%ABlica.&text=%2F7%2F2015\)-,Art.,casos%20excepcionais%2C%20ex%2Doff%C3%ADcio.](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-91-28-agosto-1935-398006-normaatualizada-pl.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2091%2C%20DE%2028%20DE%20AGOSTO%20DE%201935&text=Determina%20regras%20pelas%20quais%20s%C3%A3o%20as%20sociedades%20declaradas%20de%20utilidade%20p%C3%ABlica.&text=%2F7%2F2015)-,Art.,casos%20excepcionais%2C%20ex%2Doff%C3%ADcio.)> Acesso em: 12 de out. de 2022.

BRASILk. **LEI Nº 13.019, DE 31 DE JULHO DE 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm>. Acesso em: 15 de out. de 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.764/2012, 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 28 dez. 2012.

BRASILm. **Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011.** Dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Obtido em 01/12/2013.>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), 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), e dá outras providências. Brasília, 8 de janeiro de 2020.

BRASIL. **LEI Nº 13.861. DE 18 DE JULHO DE 2019.** Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Brasília, 18 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica são pontos de atenção à pessoa com deficiência no SUS.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/centro-especializado-em-reabilitacao-e-oficina-ortopedica-sao-pontos-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-no-sus>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

BORGES, Manuela; SHINOHARA, Helene. Síndrome de Asperger em paciente adulto: um estudo de caso. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 41-48, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 nov. 2022.

CANAL AUTISMO. **Governo libera quatro cursos gratuitos sobre o autismo.** 2022. Disponível em: <<https://www.canalautismo.com.br/noticia/governo-libera-quatro-cursos-gratuitos-sobre-o-autismo/>>. Acesso em: 01 jul. de 2022.

CAPRA, F. **O modelo biomédico.** O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. *Psiquiatria Geral*. [s.l.]. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/modelo1.htm#:~:text=O%20corpo%20humano%20%C3%A9%20considerado,para%20consertar%20o%20defeito%20no>>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

CARVALHO, M.P; SOUZA, L.S; CARVALHO, J.A. **Síndrome de Aspenger:** Considerações sobre espectro do autismo. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v.7, n.2, Pub.5, Abril 2014.

COHMER, Sean, ""Distúrbios autistas de contato afetivo" (1943), por Leo Kanner". *Enciclopédia do Projeto Embrião* (2014-05-23). ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/7895>.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. São Paulo: Atlas, 2002.

DINIZ, D. S. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar:** trajetórias da medicina hipocrática. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

DONVAN, John; ZUCKER, Caren. **Outra Sintonia:** a história do autismo Companhia das Letras, 2017.

FADDA, G.M; CURY, V.E. **O enigma do autismo:** contribuições sobre a etiologia do transtorno. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 21,n.3, p. 411-423,jul./set. 2016.

FERREIRA, VSC., and SILVA, LMV. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 103-150. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-06.pdf>>. Acesso em: 24 ago 2022.

FRAZÃO, Dilva. John Rockefeller - Empresário norte-americano. Ebiografia. Última atualização: 14/09/2021. Disponível em: < https://www.ebiografia.com/john_rockefeller/>. Acesso em: 06 de dezembro de 2022.

GÓES FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2808-17. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc.saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2022.

KWEE, Caroline Sianlian; , SAMPAIO, Tania Maria Marinho; ATHERINO, Ciríaco Cristóvão Tavares. **Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH.** Rev. CEFAC 11 (suppl 2), 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000600012>>. Acesso em: 01 dez. de 2022.

LAHMIEI/UFSCAR. Transtorno do Espectro Autista (TEA) enfrenta estigma e falta de profissionais qualificados no atendimento. Vamos falar sobre autismo, 2014.

LEITE, T.A.A.F; STRONG, M.I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar.** O mundo da saúde. São Paulo: 2006: abr/jun 30 (2): 203-214.

LOBÃO, T.V. Aplicação do instrumento *modified checklist for autism in toddlers* (M. CHAT) para rastreamento de transtorno do espectro autista em lactentes de alto risco. Curitiba, 2020.

LOPES, Bruna Alves. Autismo, Narrativas Maternas e Ativismo dos Anos 1970 a 2008. *Revista Brasileira de Educação Especial* [online]. 2020, v. 26, n. 3 [Acessado 8 Julho 2022], pp. 511-526. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>>. Epub 21 Ago 2020. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>.

LOVAAS, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 3-9.

MACEDO, Ethiara Vieira. Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais: **Um Estudo Sobre a Cobertura dos CAPS**. Belo Horizonte, 2020.

MANUAL MSD. Versão para profissionais da saúde. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-d%C3%A9ficit-de-aten%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tda-tdah>> Acesso em: 10 jun. 2022.

MEIRA, Ana Lígia Passos. **Financiamento em Saúde: o que entender e enfrentar enquanto gestor?** Radar Ibê, 2022. Disponível em: <<https://radar.ibegesp.org.br/financiamento-em-saude-o-que-entender-e-enfrentar-enquanto-gestor/>>. Acesso em: 2 de nov. de 2022.

MELLO, A.M.S.R. **Autismo**: Guia prático. 9ª edição. São Paulo, 2007.

MERHY EE; CHAKKOUR M; STÉFANO E; STÉFANO ME; SANTOS CM; RODRIGUES RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público** São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MINAS GERAIS. **DECRETO Nº 48.321, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2021**. Dispõe sobre a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, criada pela Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, no âmbito do Estado.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 3685**, de 19 de Março de 2013. Institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA, 2013

MINAYO, Maria Cecília Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/tabelasus.htm#:~:text=A%2>

OTabela%20de%20Procedimentos%20do,complementado%20por%20estados%20e%20munic%3%ADpios.>. Acesso em: 10 de out. de 2022.

MONTAÑO. Terceiro Setor e a questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. **Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa.** *Psicol. Soc.* 18 (1) • Abr 2006 • <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>.

NASCIMENTO, A.C.C; LIMA, G.P.L; MORAES, P.M.A.S. **Intervenção precoce em crianças com suspeita ou diagnóstico de autismo: uma revisão integrativa.** [S.]: repositório âniima educação, 2021.

NETO, Manoel Marcondes Machado. *Marketing cultural: das práticas à teoria*, 2ª edição – Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda., 2005.

NUNES, Vera Lucia Mendonça; SORIANO, Fernanda Dias Ferraz; RIGOLETTI, Vanessa Calciolari. **O uso da Comunicação Suplementar e Alternativa e o engajamento do estudante com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de literatura.** *Revista Cocar.* V.15 N.32/2021 p.1-15. Belém, 2021.

OLIVEIRA, Pâmela Lima de; SOUZA, Ana Paula Ramos de. **Terapia com base em integração sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar.** *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 30 • 2022 • <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE21372824> . São Paulo, 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Transtorno do Espectro Autista.** Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>>. Acesso em: 20 maio 2022.

PAIM JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiol e Saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PALOMBINI, A. L. et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

Primeiro Centro de Referência em Autismo SUS de Minas Gerais inicia atendimentos. Uberlândia, 2022. UBERLÂNDIA, **Prefeitura Municipal** de.

Qian Li et al. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children and Adolescents in the United States From 2019 to 2020.** *JAMA Pediatrics* September 2022 Volume 176, Number 9, p. 943.

Roncon P. Abordagens familiares face ao autismo. *Aná Psicológica.* 2003; 1(21):53-7

ROQUETE, F C; AMAORIM, M M A; BARBOSA, S P; SOUZA, D C M; CARVALHO, D V. Multidisciplinariedade, Interdisciplinariedade e transdisciplinariedade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Volume 2, Número 3 , p. 463-474. Disponível em: < <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/245/360>>. Acesso em: 09 jul 2022.

SECCHI, Leonardo. Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016^a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Transtorno do Espectro Autista: Orientação Técnica para Terapias**. Material preparado ao Comitê de Saúde Suplementar. Curitiba, 2018.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas**. Artigos - Psico cienc. prof. 29 (1), 2009.

SOUSA, Deborah Luiza Dias de et al . Análise do comportamento aplicada: a percepção de pais e profissionais acerca do tratamento em crianças com espectro autista Applied behavior analysis: parent and professional perception about treatment in children with autism spectrum. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 13, n. 1, p. 105-124, abr. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 dez. 2022. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.131.06>.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TEIXEIRA, E. **Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

VÁZQUEZ, D.; DELAPLACE, D. **Políticas públicas na perspectiva de direitos humanos**: um campo em construção. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos / Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.8, n.14, jun.2011 – São Paulo, 2011.

WHO - World Health Organization. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em: 05 jun. de 2022.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual sua percepção sobre as políticas de saúde voltadas às pessoas com TEA no SUS?

2. Pela sua experiência, como seria o fluxo ideal da pessoa com autismo na rede de serviços?

3. Quais os desafios ao acesso da pessoa autista à rede psicossocial de Minas Gerais, considerando as dimensões:

- a) Geográfica
- b) Disponibilidade de ações e serviços
- c) Adequação dos serviços da rede frente às necessidades de saúde da pessoa com autismo
- d) Aceitabilidade ou vínculo com a equipe e/ou profissional de saúde.

4. Na sua experiência, você já vivenciou ou identificou estratégias de superação das dificuldades de acesso à atenção pelas pessoas com TEA?