



## ABORDAGEM DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Guide to Autism Spectrum Disorder in Primary Health Care*

Kelly Barrios Furtado<sup>1</sup>, Roberto Paulo Bráz Júnior<sup>2</sup>

### RESUMO

O autismo é um termo utilizado de forma inicial para destacar o grupo de cinco doenças que apresentavam semelhanças no âmbito da comunicação, interação social e comportamental, sendo a sua prevalência de 4 para cada 10.000 indivíduos em 1996. Com os crescentes estudos quanto ao tema, torna-se necessário estabelecer critérios de diagnósticos mais consistentes, sendo na Atenção Primária à Saúde a primeira verificação de anormalidades. O objetivo geral desse estudo é elaborar um guia para profissionais de saúde com a finalidade de aprimorar a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com Transtorno do Espectro Autista no contexto da Atenção Primária, tendo como pressuposto a revisão de literatura, por meio da combinação de descritores nas bases de dados PubMed e BVS, em estudos publicados a partir de 2019, sendo obtido 13 artigos que compõe essa amostra final. Os estudos apontam a necessidade do estabelecimento de uma abordagem efetiva, tendo em vista que essa tarefa é complexa e se torna um desafio a atenção primária. Ressaltando a importância da criação de políticas públicas que potencializem a articulação entre os níveis de atenção e promovam a equidade do cuidado e melhores desfechos as pessoas com transtorno do espectro autista.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno do Espectro Autista. Atenção Primária à Saúde. Intervenção. Terapia. Detecção Precoce.

### ABSTRACT ou RESUMEN

Autism is a term initially used to highlight the group of five diseases that had similarities in terms of communication, social and behavioral interaction, with a prevalence of 4 per 10,000 individuals in 1996. With the growing studies on the subject, it is necessary to establish more consistent diagnostic criteria, with Primary Health Care being the first verification of abnormalities. The general objective of this study is to develop a guide for health professionals in order to improve the quality of care offered to patients with Autism Spectrum Disorder in the context of Primary Care, based on the assumption of a literature review, through the combination of descriptors in the PubMed and VHL databases, in studies published from 2019 onwards, and 13 articles were obtained that make up this final sample. The studies point to the need to establish an effective approach, considering that this task is complex and becomes a challenge for primary care. Emphasizing the importance of creating public policies that enhance the articulation between the levels of care and promote equity of care and better outcomes for people with autism spectrum disorder.

**KEYWORDS:** Autism Spectrum Disorder. Primary Health Care. Intervention. Therapy. Early Detection.



## INTRODUÇÃO

Inicialmente, o termo “autismo” era utilizado como referência a um grupo de cinco doenças que apresentavam como semelhança a presença de problemas no âmbito da comunicação, interação social e comportamento: transtorno autista, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, síndrome de Rett e transtorno invasivo do desenvolvimento – sem outra especificação (PDD-NOS). A primeira estimativa acerca da prevalência do autismo, realizada em 1966, foi de aproximadamente 4 a cada 10.000 indivíduos. Neste período, o diagnóstico era considerado raro. Entretanto, percebeu-se que, na verdade, o autismo era subdiagnosticado<sup>1</sup>.

Assim, em vista da necessidade de se estabelecer critérios diagnósticos mais consistentes, superando o viés de subjetividade do profissional que realiza o atendimento, a terminologia precisou sofrer modificações. Com a publicação do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (5ª edição), os transtornos que se enquadravam, até então, no termo “autismo”, porém faziam referência a algum tipo de transtorno em específico, passaram a fazer parte de um único diagnóstico: o transtorno do espectro autista (TEA)<sup>2</sup>.

Atualmente, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), é estimado que 1 em cada 100 crianças no mundo todo possuam o diagnóstico. Esse crescimento no número de casos suscitou o questionamento acerca da participação dos fatores ambientais na patogênese do transtorno. Embora a etiologia do TEA ainda não tenha sido totalmente elucidada até o momento, entende-se que seu desenvolvimento é multifatorial, e está relacionado a diversos fatores de risco, dentre eles: idade avançada dos pais, comorbidades maternas, histórico materno de internação por infecções bacterianas ou virais durante a gestação, parto pré-termo e condições como baixo peso ao nascer, fetos pequenos para a idade gestacional ou grandes para a idade gestacional<sup>3</sup>.

Com o objetivo de ampliar a compreensão acerca da fisiopatologia do TEA, diversos estudos apresentam evidências de que existem alterações neurológicas implicadas, e estas podem ser tanto anatômicas quanto funcionais. Dentre elas, podemos citar: redução da conectividade entre as estruturas que pertencem à “*Default Mode Network*” – rede de áreas cerebrais que estão envolvidas no desempenho de funções psíquicas como a atenção; alteração atípica da assimetria dos hemisférios cerebrais, resultando na ocorrência dos déficits motores comumente observados em indivíduos com TEA; alterações nas fibras cerebelares e perturbação dos circuitos de conectividade entre o cerebelo e a região cortical – principalmente o córtex pré-



frontal<sup>4</sup>.

Como a própria terminologia sugere, o transtorno do espectro autista pode englobar sinais e sintomas que variam amplamente, porém deve ser caracterizado pela presença de déficits nas seguintes áreas: comunicação e interação social e; padrões repetitivos e restritivos de comportamento. Justamente por ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, os sintomas deverão estar presentes de forma precoce durante as fases desenvolvimento do indivíduo. Entretanto, a depender das circunstâncias socioeconômicas e culturais, nem sempre é possível identificar o transtorno desde a infância. Vale ressaltar que o diagnóstico é baseado em critérios unicamente clínicos<sup>2</sup>, porém a avaliação complementar poderá contar com o auxílio de instrumentos de rastreio. Quando existe alguma suspeita, recomenda-se que os instrumentos sejam aplicados a partir de 1 ano e 6 meses de idade para que se obtenha um valor preditivo mais preciso<sup>5</sup>.

Um ponto importante a ser considerado na avaliação de indivíduos com suspeita de TEA é que, epidemiologicamente, o transtorno é mais prevalente em homens, podendo atingir uma razão de 3:1 em comparação com as mulheres. Entretanto, a origem desta diferença ainda não foi esclarecida. Ou seja, ainda não se sabe se está relacionada a fatores neuro-hormonais intrínsecos ao funcionamento do sexo feminino, que poderiam atuar como fatores protetores; se os estudos utilizados como evidência para elaborar os critérios diagnósticos apresentam um viés masculino; ou se as manifestações são diferentes em mulheres. Porém, é fato que as mulheres são subdiagnosticadas, ou diagnosticadas tardiamente<sup>1</sup>.

Diante dos déficits associados ao transtorno, a maior preocupação dos profissionais da saúde no âmbito da abordagem terapêutica é garantir a autonomia e a funcionalidade do indivíduo durante a vida adulta, proporcionando maior qualidade de vida. Assim, a identificação dos sinais de alarme desde os primeiros meses de vida – embora não sejam uma certificação de que o diagnóstico estará presente – podem suscitar a necessidade de acompanhamento até que a criança possua idade suficiente para que o diagnóstico seja realizado. Como exemplo, podemos citar a ausência de gestos sociais aos 12 meses de idade, a incapacidade de verbalizar palavras aos 18 meses e frases de duas palavras aos 24 meses – todos estes, marcos importantes do desenvolvimento neuropsicomotor da criança<sup>6</sup>.

Neste sentido, as consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde podem caracterizar o momento oportuno para a avaliação e seguimento da criança, observando-se as possíveis alterações de comunicação, interação social e comportamento que poderiam sugerir a presença de transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo o TEA. Porém, para que esta avaliação ocorra de forma efetiva, é imprescindível que



os profissionais das equipes multidisciplinares estejam capacitados.

Assim, entende-se que a elaboração de uma revisão de literatura que reúna as evidências mais recentes acerca da abordagem do TEA poderá contribuir com a qualificação dos profissionais e aprimorar a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com Transtorno do Espectro Autista e seus familiares no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Dessa maneira, esse estudo objetivou a elaboração de um guia para profissionais de saúde com a finalidade de aprimorar a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com Transtorno do Espectro Autista no contexto da Atenção Primária.

## DESENVOLVIMENTO

### Metodologia

O presente artigo, de natureza qualitativa, se trata de uma revisão bibliográfica da literatura que sintetiza as evidências mais recentes acerca da triagem, avaliação diagnóstica e abordagem do Transtorno do Espectro Autista, com ênfase na aplicação prática dessas evidências na Atenção Primária à Saúde. A estratégia de busca consistiu na aplicação dos descritores nas bases de dados "PubMed" e "Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)". Abaixo segue a combinação dos descritores aplicada em cada uma das bases de dados:

- 1) ("*Autism Spectrum Disorder*" OR "*Autistic Disorder*") AND "*Primary Health Care*" AND "*Diagnosis*".
- 2) ("*Autism Spectrum Disorder*" OR "*Autistic Disorder*") AND "*Primary Health Care*" AND ("*Treatment*" OR "*Therapy*" OR "*Intervention*").
- 3) ("*Autism Spectrum Disorder*" OR "*Autistic Disorder*") AND "*Screening*" AND "*Early Detection*" AND "*Primary Care*".

Para selecionar os artigos que pudessem contribuir com a elaboração da presente pesquisa, norteando-se pelos objetivos propostos, foram utilizados os critérios descritos abaixo:

a) Critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; artigos publicados a partir do ano 2019; artigos que possuem no corpo do texto informações que contribuem com a resolução dos objetivos propostos para o presente estudo;

b) Critérios de exclusão: artigos publicados em outros idiomas, além dos apresentados nos critérios de inclusão; artigos publicados anteriormente ao ano 2019; artigos não aplicáveis ao contexto da Atenção Primária à Saúde.

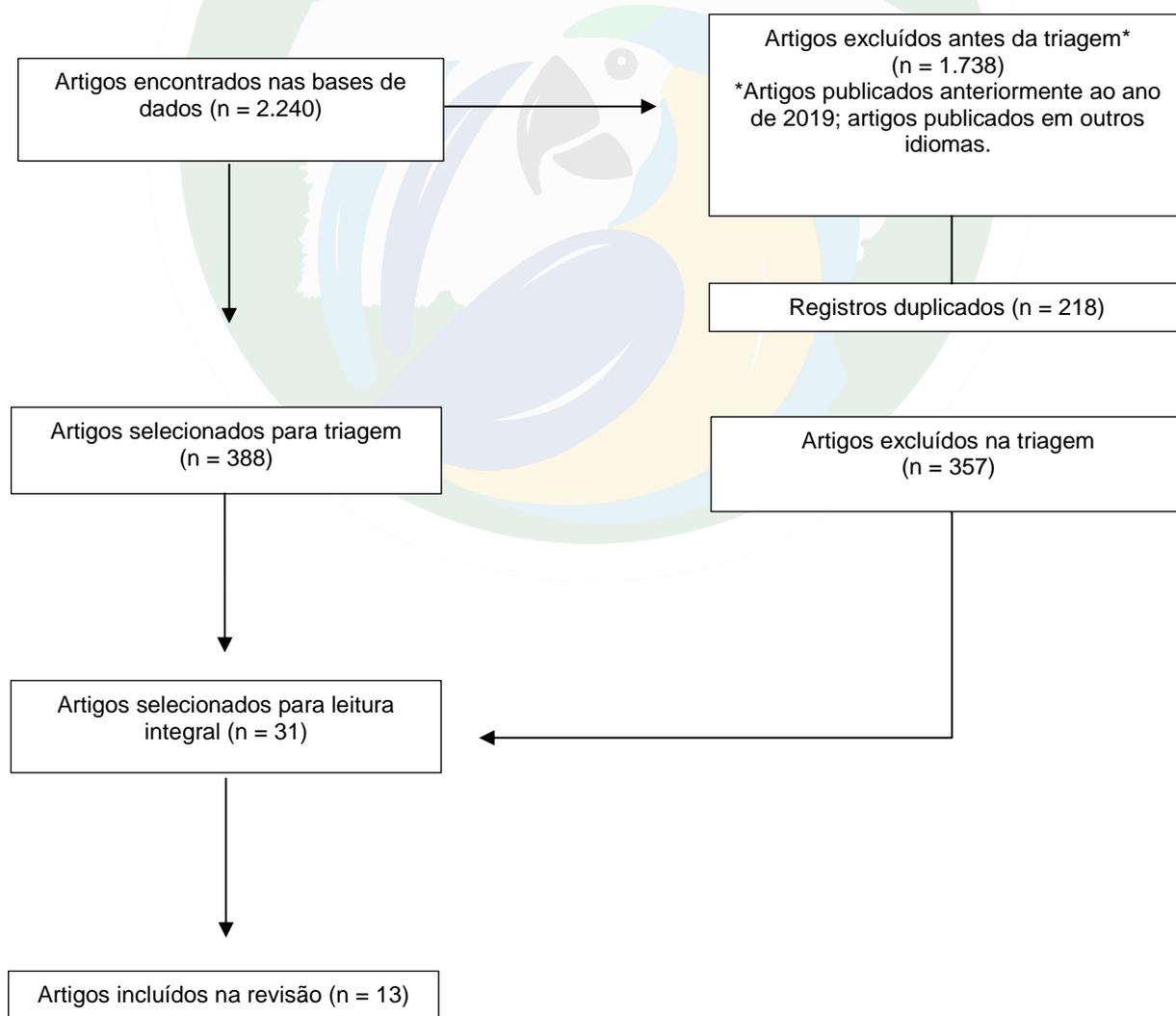
Após a aplicação dos descritores nas bases de dados, foram encontrados 2.240 artigos.



Após exclusão dos artigos publicados anteriormente ao ano de 2019 e dos artigos publicados em outros idiomas que não fossem português ou inglês restaram 502 artigos. Destes, 218 apresentavam títulos duplicados. Após exclusão de cada registro duplicado restaram 388 artigos. Destes, 31 artigos foram selecionados para uma leitura integral. Após realizada a análise de cada artigo individualmente, foram selecionados apenas aqueles que pudessem contribuir com os objetivos da presente revisão. Ao final da seleção completa, restaram apenas 13 artigos. Além dos artigos selecionados por meio do processo de busca nas bases de dados mencionadas, foram incluídas informações complementares retiradas da literatura cinzenta. No total, 18 títulos foram incluídos na discussão.

O processo de seleção dos artigos selecionados para compor o corpo da presente pesquisa está exemplificado no fluxograma abaixo, que foi elaborado com base nos critérios apresentados pelo modelo PRISMA para revisões sistemáticas e meta-análises<sup>7</sup>.

**Figura 1** – Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Fonte: elaborada pelos autores (2024)

O quadro abaixo apresenta as informações principais acerca dos artigos incluídos nesta pesquisa após o processo de busca nas bases de dados e seleção, detalhadas na “Figura 1”.

**Quadro 1** – Títulos incluídos após seleção dos artigos encontrados nas bases de dados

Ano	Título	Autores
2023	Primary Care Pediatricians' Perspectives on Autism Care.	Hamp N, DeHaan SL, Cerf CM, Radesky JS.
2021	Improving autism and developmental screening and referral in US primary care practices serving Latinos.	Zuckerman KE, Chavez AE, Wilson L, Unger K, Reuland C, Ramsey K, King M, Scholz J, Fombonne E.
2020	Primary Care Providers' Perceived Barriers and Needs for Support in Caring for Children with Autism.	Mazurek MO, Harkins C, Menezes M, Chan J, Parker RA, Kuhlthau K, Sohl K.
2021	To reduce the average age of autism diagnosis, screen preschoolers in primary care.	Zuckerman KE, Broder-Fingert S, Sheldrick RC.
2021	What Happens After a Positive Primary Care Autism Screen Among Historically Underserved Families? Predictors of Evaluation and Autism Diagnosis.	Kuhn J, Levinson J, Udhmani MD, Wallis K, Hickey E, Bennett A, Fenick AM, Feinberg E, Broder-Fingert S.
2023	Diagnostic Accuracy of Primary Care Clinicians Across a Statewide System of Autism Evaluation.	McNally Keehn R, Swigonski N, Enneking B, Ryan T, Monahan P, Martin AM, Hamrick L, Kadlaskar G, Paxton A, Ciccarelli M, Keehn B.
2024	Validity and feasibility of using the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) in primary care clinics in Singapore.	Zheng RM, Chan SP, Law EC, Chong SC, Aishworiya R.
2019	Autism spectrum disorder: early identification and management in primary care.	Tsang LPM, How CH, Yeleswarapu SP, Wong CM.
2022	Tools for early screening of autism spectrum disorders in primary health care - a scoping review.	Sobieski M, Sobieska A, Sekułowicz M, Bujnowska-Fedak MM.
2020	Pediatric Primary Care Perspectives on Integrated Mental Health Care for Autism.	Stadnick NA, Martinez K, Aarons GA, Lee DA, Van Cleave J, Brookman-Frazee L.
2024	Diagnostic Evaluation of Autism Spectrum Disorder in Pediatric Primary Care.	Nasir AK, Strong-Bak W, Bernard M.
2020	Screening Tools for Autism Spectrum Disorder in Primary Care: A Systematic Evidence Review.	Levy SE, Wolfe A, Coury D, DUBY J, Farmer J, Schor E, Van Cleave J, Warren Z.
2020	Increasing Access to Autism Spectrum Disorder Diagnostic Consultation in Rural and Underserved Communities: Streamlined Evaluation Within Primary Care.	Hine JF, Allin J, Allman A, Black M, Browning B, Ramsey B, Swanson A, Warren ZE, Zawoyski A, Allen W.



Fonte: elaborado pelos autores (2024).

## Discussão

Para melhor visualização dos achados e discussão acerca da elaboração do guia para os profissionais de saúde, os estudos foram divididos em quatro categorias, sendo: contextualização, triagem do transtorno do espectro autista, critérios diagnósticos e abordagem do transtorno do espectro autista na atenção primária.

### Contextualização

O aumento da prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa um impacto substancial para saúde pública visto que guarda relação com o desenvolvimento de deficiências cognitivas e comportamentais e, conseqüentemente, ocasiona prejuízos sociais e econômicos na vida adulta<sup>8</sup> (Zuckerman *et al.*, 2021). Assim sendo, a identificação precoce do TEA se torna essencial para que ocorra uma otimização das intervenções que visam aprimorar as habilidades de linguagem e a cognição, promovendo uma maior qualidade de vida para os indivíduos e reduzindo os impactos familiares relacionados ao transtorno<sup>8-9</sup>. Devido a esta necessidade, desde 2006 a *American Academy of Pediatrics* sugere que as ferramentas de triagem para o TEA sejam aplicadas em crianças com 18 a 24 meses de idade durante as consultas de rotina na Atenção Primária à Saúde<sup>9</sup>. Apesar da recomendação, estudos apontam que a idade média para o diagnóstico de TEA em países desenvolvidos, como os Estados Unidos é cerca de 4 anos, revelando que a maioria das crianças não está sendo avaliada para a presença de sinais ou sintomas de TEA na idade adequada.

Além disso, aplicação adequada das ferramentas de triagem e, conseqüentemente, a detecção precoce depende diretamente dos fatores socioeconômicos e culturais de uma dada população, e apresenta importantes disparidades étnicas e raciais. Estudos apontam que nos Estados Unidos, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte de famílias latinas, há uma menor taxa de aplicação das ferramentas de triagem, suscitando um subdiagnóstico de TEA entre essas crianças quando comparadas a crianças não latinas. Além disso, as disparidades econômicas fazem com que as crianças latinas não recebam suporte adequado, pois muitas vezes os serviços de saúde e os serviços educacionais direcionados às crianças com TEA precisam ser custeados pelas próprias famílias<sup>8</sup>.

Kuhn *et al.*, 2021 revelam que quanto maior a idade em que a criança é submetida à triagem para sinais e sintomas sugestivos de TEA, menor a probabilidade dessa mesma criança



ser submetida a uma avaliação diagnóstica. Outro achado importante é que, dentre as crianças que receberam uma avaliação diagnóstica, o diagnóstico foi mais provável entre o sexo masculino e indivíduos de cor branca e não hispânicos<sup>10</sup>.

Evidências recentes sugerem que a dificuldade em se realizar o diagnóstico de TEA em crianças maiores pode estar relacionada a uma limitação na sensibilidade das ferramentas de triagem, visto que os valores preditivos dos questionários são baixos, principalmente para indivíduos que recebem uma pontuação próxima à pontuação de corte. No cenário da Atenção Primária, além dessa limitação, a triagem em crianças menores pode ser prejudicada por um déficit na cobertura do atendimento e no acesso a consultas de rotina para crianças no Brasil, principalmente entre populações mais vulneráveis. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022 revelou que das 38 milhões de crianças menores de 13 anos no Brasil, 82,9% haviam recebido pelo menos um atendimento na Unidade Básica de Saúde, revelando que pelo menos 6 milhões de crianças não receberam atendimento na Atenção Primária<sup>11</sup>.

### Triagem do Transtorno do Espectro Autista

Como mencionado anteriormente, a aplicação das ferramentas de triagem em crianças pré-escolares é de suma importância para que o diagnóstico de TEA seja realizado em idade oportuna. Diversos estudos apontam que, quando realizadas precocemente, as intervenções terapêuticas podem mudar o curso do transtorno e promover desfechos positivos no âmbito da qualidade de vida a longo prazo. Além disso, evidências sugerem que a aplicação de métodos formais para a triagem do Transtorno do Espectro Autista apresenta melhores resultados na identificação do transtorno quando comparada ao julgamento clínico isoladamente<sup>12</sup>.

Para avaliar a aplicabilidade de um instrumento de triagem na Atenção Primária, devemos levar em consideração diversos aspectos: em primeiro lugar, o instrumento deve, idealmente, ser gratuito, e assim poderá ser facilmente encontrado em domínio público e acessado por qualquer profissional de saúde; em segundo lugar, o instrumento não poderá contar com muitos itens, visto que, a depender da demanda da unidade de saúde, o tempo de consulta é limitado, impossibilitando a aplicação de questionários muito extensos; além disso, deverá apresentar boas propriedades psicométricas, ou seja, características que o tornem seguro para ser aplicado em determinado contexto; e linguagem acessível, inclusive para pessoas com baixo nível de escolaridade.

Outros estudos demonstraram em que, dentre os instrumentos criados para a triagem



precoce do TEA em crianças, 26 diferentes instrumentos podem ser aplicados na Atenção Primária<sup>13</sup>. Dentre esses instrumentos, podemos destacar o “Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses, Revisado, com Entrevista de Seguimento” (M-CHAT-R/F)<sup>14</sup>, pois além de apresentar as características ideais para ser aplicado na Atenção Primária, o questionário deverá ser preenchido pelos pais ou responsáveis da criança a ser avaliada, o que se torna ainda mais favorável, tendo em vista a sobrecarga ocupacional comumente enfrentada pelos profissionais de saúde no contexto da APS.

Nesse sentido, designar a responsabilidade de aplicar um questionário poderá ser mais uma barreira na implementação da triagem precoce do TEA em crianças pelos profissionais da APS<sup>13</sup>.

A partir de um estudo realizado com crianças de diversas etnias atendidas na Atenção Primária em Singapura, demonstraram que o questionário M-CHAT-R/F apresentou uma sensibilidade de 88,6%, uma especificidade de 71,4% e um valor preditivo positivo de 90,7% para o diagnóstico de TEA. A média de idade das crianças avaliadas foi de 18,6 ( $\pm$  0.9) meses<sup>15</sup>.

Outros seis estudos que avaliaram a implementação do questionário revelaram que a sensibilidade do método fica em torno de 78% e a especificidade em torno de 98%. A partir desses dados, é possível perceber que a sensibilidade e especificidade do instrumento M-CHAT-R/F dependem das características de cada amostra estudada, mas que o questionário apresenta uma alta viabilidade no contexto Atenção Primária. De forma geral, o questionário demonstrou propriedades psicométricas aceitáveis, isto é, as características avaliadas, como confiabilidade e viabilidade, indicam que o instrumento é útil na prática clínica para avaliação de dado fenômeno; neste caso, na capacidade de identificar os sinais de risco para TEA em crianças de 16 a 30 meses de idade<sup>15-16</sup>.

Entretanto, devido ao risco de comprometimento da sua confiabilidade, a aplicação do questionário não é recomendada fora dessa faixa etária. Embora já existam instrumentos de triagem indicados para crianças em idade pré-escolar, como por exemplo, “*Childhood Autism Rating Scale*”, “*Gilliam Autism Rating Scale-3*”, “*Social Communication Questionnaire*”, e “*Social Responsiveness Scale-2*”, os questionários não apresentam viabilidade para serem aplicados no contexto da APS pois são extensos – a maioria apresenta pelo menos 35 itens – e requerem julgamento clínico para se obter uma pontuação ao final da avaliação<sup>9</sup>.

Como mencionado, o questionário M-CHAT-R é baseado no relato dos pais, e poderá ser aplicado durante as consultas de puericultura na Atenção Primária, com o objetivo de identificar sinais de risco para o Transtorno do Espectro Autista precocemente em crianças. Devido ao risco de se obter resultados falso positivos, foram acrescentadas questões para serem aplicadas



durante as consultas de seguimento, e o questionário passou a ser denominado M-CHAT-R/F (Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento). Vale ressaltar que nem todas as crianças que pontuam um risco médio ou elevado serão diagnosticadas com TEA e, por isso, devem ser reavaliadas constantemente. Para determinados casos, conforme o algoritmo proposto pelos autores do questionário, existe a necessidade de encaminhamento a profissionais especialistas para que uma avaliação diagnóstica seja realizada. Ao final deste documento, no item “Anexos” é possível visualizar o questionário na íntegra, retirado do *website* “mchatscreen.com”, uma iniciativa dos autores para viabilizar o uso universal do questionário<sup>14</sup>.

A partir da observação da criança em seu cotidiano, o responsável deverá responder às 20 questões com uma das alternativas possíveis: “sim” ou “não”, sendo que a recomendação é que se responda “sim” para comportamentos considerados frequentes; ou seja, se a criança apresentou determinado comportamento poucas vezes, a resposta deverá ser “não”. Após respondidas as questões, a criança poderá ser classificada em três níveis diferentes de risco:

- 1) Baixo risco: quando a criança pontuar entre 0-2;
- 2) Risco médio: quando a criança pontuar entre 3-7;
- 3) Risco elevado: quando a criança pontuar entre 8-20;

Quanto ao seguimento, o algoritmo propõe as seguintes recomendações, a partir da pontuação obtida ao final do questionário<sup>14</sup>.

Baixo risco: se a criança que pontuou entre 0-2 pontos tiver menos que 24 meses de idade, deverá ser triada novamente após completar 2 anos de idade. Caso a reavaliação indique a presença de sinais de risco para TEA, a criança deverá continuar o seguimento; caso contrário, não requer nenhuma reavaliação posterior.

Risco médio: nesse caso, a criança deverá ser submetida ao *follow-up* ou seguimento, etapa proposta pelo questionário revisado (M-CHAT-R/F) com objetivo de reduzir as taxas de falso positivo. Se na consulta de seguimento a criança ainda pontuar 2 pontos ou mais, terá triado positivo para TEA e deverá ser submetida a uma avaliação diagnóstica. Entretanto, se na consulta de seguimento a criança pontuar entre 0-1, terá triado negativo para TEA e terá que ser triada novamente em consultas de rotina posteriores.

Alto risco: nesse caso, a segunda etapa (*follow-up*) deverá ser ignorada e a criança deverá ser imediatamente encaminhada para uma avaliação diagnóstica para se verificar a necessidade de se iniciar uma intervenção precoce.

Caso haja indicação para o *follow-up*, o questionário deverá ser aplicado da seguinte forma: as respostas “sim” e “não” deverão ser substituídas por “passou” e “falhou”. Além disso,



a recomendação é que apenas as perguntas em que a criança “falhou” no teste inicial deverão ser incluídas na consulta de seguimento<sup>14</sup>. O algoritmo completo para guiar a segunda etapa da triagem também pode ser gratuitamente consultado no *website* “mchatscreen.com”.

## Critérios diagnósticos

As atualizações mais recentes acerca dos critérios diagnósticos do TEA nos manuais diagnósticos vigentes (DSM-5 e CID-11) englobam o autismo dentro de um espectro que varia em níveis de gravidade. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-5), o Transtorno do Espectro Autista pode ser classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento, e abrange déficits na comunicação social e interação social; e a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Justamente por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento, os sintomas devem estar presentes precocemente no desenvolvimento da criança e devem causar prejuízo significativo. Ainda de acordo com o manual, a gravidade do TEA pode ser classificada em três níveis, que são comumente denominados níveis de apoio, como descrito abaixo<sup>17</sup>.

Nível 1 – requer apoio; nesse nível ocorrem déficits para iniciar interações sociais, interesse reduzido por interações sociais, capacidade limitada de comunicação marcada por falhas na conversação, inflexibilidade de comportamento e problemas de organização e planejamento; com apoio é possível promover uma boa funcionalidade em ambientes sociais e na vida cotidiana.

Nível 2 – requer apoio substancial; nesse nível ocorrem déficits graves de comunicação social verbal e não verbal e os prejuízos podem ser aparentes mesmo na presença de apoio; também são observadas rotinas rígidas, suscitando grande sofrimento ao indivíduo na presença de qualquer mudança no cotidiano.

Nível 3 – requer apoio muito substancial; nesse nível ocorrem déficits graves de comunicação social verbal e não verbal, porém diferentemente do nível anterior, esses déficits geram prejuízos graves na funcionalidade; geralmente o indivíduo apresenta fala de poucas palavras, mínima interação e, por vezes, abordagens incomuns; a inflexibilidade de comportamento e a rigidez na rotina interferem no funcionamento de todas as esferas da vida de maneira acentuada; assim, o suporte necessita ser intenso e constante.

Já de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o TEA é classificado pelo código 6A02 e, assim como do DSM-5, os déficits estão relacionados a dificuldades persistentes na comunicação e na interação social e; à presença de padrões restritos, repetitivos



e inflexíveis de comportamento, interesses ou atividades. Entretanto, o nível de gravidade é avaliado pela presença ou ausência de deficiência intelectual e pelo nível de comprometimento da linguagem funcional, que pode ser leve ou moderado/grave<sup>18</sup>.

Como mencionado anteriormente, após a triagem para o Transtorno do Espectro Autista utilizando-se o questionário M-CHAT-R/F, a criança que obtiver uma pontuação equivalente a um risco moderado deverá ser submetida a uma consulta de *follow-up* e, caso persista apresentando uma triagem positiva, deverá ser encaminhada para uma avaliação diagnóstica; nos casos em que a criança obtiver uma pontuação equivalente a um risco alto deverá ser imediatamente submetida a uma avaliação diagnóstica. Ainda existem poucas evidências acerca da viabilidade da avaliação diagnóstica na Atenção Primária para crianças que triaram positivo para TEA. Entretanto, em um estudo prospectivo, revelaram uma taxa de concordância de 82% na avaliação diagnóstica realizada por médicos generalistas que atuam na atenção primária e receberam treinamento especializado para este fim quando comparada à avaliação realizada por médicos especialistas. Outros estudos realizados anteriormente também encontraram uma taxa de concordância semelhante (entre 71 e 85%)<sup>19</sup>.

Já outra pesquisa revelou que, na percepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, a forma como o caminho que os pacientes devem percorrer até o diagnóstico é longo e pode se tornar exaustivo para as famílias, por vezes, suscitando um sentimento de desamparo<sup>20</sup>. Os autores denominaram esse processo de “*the autism labyrinth*”, se referindo aos diversos protocolos de encaminhamento que os profissionais da APS devem seguir para que um diagnóstico formal seja elaborado. Isto porque, embora alguns profissionais sintam-se seguros para realizar uma avaliação diagnóstica, a forma como o sistema está estruturado os impede de elaborar um diagnóstico formal, tornando-os dependentes da disponibilidade e do acesso a especialistas, como pediatras, neuropediatras ou psiquiatras. Quando o acesso é escasso, e ocorre um longo tempo de espera, o papel do profissional da APS é fornecer suporte ao paciente e à família, o que pode gerar um sentimento de impotência por parte desses profissionais<sup>20</sup>.

De fato, a possibilidade de se atribuir ao médico da APS a competência de realizar a avaliação diagnóstica e um diagnóstico formal para crianças com TEA poderia tornar esse processo mais efetivo, principalmente nas regiões em que o acesso a serviços especializados é escassa. Entretanto, para garantir que o processo de avaliação diagnóstica na Atenção Primária seja realizado de forma segura, e que os pacientes recebam intervenção precoce, Nasir, Strong-Bak e Bernard (2024) demonstraram que são necessários alguns critérios estruturados<sup>21</sup>.

1) Treinamento especializado: além do conhecimento relacionado aos marcos do



desenvolvimento infantil, é necessário que o profissional esteja apto a aplicar os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-5 durante a avaliação clínica; utilizar corretamente os instrumentos padronizados para a avaliação diagnóstica do TEA, como as escalas ADOS-2 (padrão-ouro), STAT e CARS-2; iniciar as intervenções necessárias de acordo com o nível de suporte identificado através da avaliação e; fornecer suporte familiar.

2) Identificação dos pacientes com risco de TEA: antes de prosseguir com a avaliação diagnóstica, o médico da APS deve ser capaz de identificar os pacientes que apresentem algum sinal ou sintoma sugestivo de TEA, além de aplicar corretamente os instrumentos de triagem precocemente durante as consultas de rotina.

3) Avaliação estruturada: no estudo, foi sugerido que o processo de avaliação ocorresse em três consultas sucessivas, para que tanto o profissional de saúde quanto a família pudessem compreender melhor as necessidades da criança e elaborar uma linha de cuidado. A primeira consulta consiste em uma entrevista com os responsáveis acerca da história clínica da criança, marcos do desenvolvimento, presença de outras comorbidades e avaliação acerca da presença de sintomas de TEA baseado nos critérios do DSM-5. A segunda consulta, programada para acontecer algumas semanas após a avaliação inicial, consiste na aplicação da escala ADOS-2 e avaliação do *score* obtido pela criança para considerar o diagnóstico definitivo. A terceira consulta, programada para acontecer 1 semana após a consulta anterior, consiste na orientação acerca do diagnóstico, prognóstico, intervenções necessárias e seguimento; apoio familiar, considerando as dúvidas e prestando apoio emocional e; fornecimento de um laudo escrito para que a criança possa receber suporte adicional na escola, por exemplo.

4) Coordenação do cuidado: além de ser capaz de realizar o diagnóstico, o profissional da APS deve ser capaz de realizar a coordenação do cuidado à criança por meio da articulação com a equipe multidisciplinar, solicitando a avaliação desses profissionais e acompanhando as intervenções terapêuticas realizadas, quando necessário.

Autores revelaram que, ao se aplicar um treinamento padronizado em profissionais da Atenção Primária, baseando-se em critérios semelhantes aos descritos, foi possível reduzir o tempo de espera até a conclusão diagnóstica em crianças com TEA residentes de zonas rurais e comunidades vulneráveis<sup>22</sup>. Assim, é possível que a avaliação diagnóstica para o Transtorno do Espectro Autista possa ser realizada na APS. Porém, para que essa avaliação atinja um padrão de qualidade e para garantir que o paciente e a família recebam suporte adequado, é necessário que haja um treinamento rigoroso e que os critérios descritos sejam considerados. Além disso, o processo de avaliação diagnóstica requer um tempo mais longo de consulta do que a triagem, por isso, cabe aos profissionais de cada unidade realizar a coordenação do tempo



de atendimento, e aos gestores que promovam um treinamento padronizado para que esses profissionais estejam aptos a realizar o diagnóstico de crianças com fatores de risco para TEA. Entretanto, vale ressaltar que a aplicação da triagem precoce por si só já configura uma importante etapa na abordagem dos transtornos de desenvolvimento em crianças na idade pré-escolar. Como mencionado anteriormente, quanto mais cedo o transtorno for identificado, mais cedo as medidas de intervenção poderão ser instituídas, o que torna a triagem um evento chave na mudança do curso da doença e na promoção da qualidade de vida na idade adulta. Ainda, pelo fato de a APS ser a porta de entrada para outros níveis de atenção, é importante que, nas consultas de rotina, os fatores de risco sejam identificados e, quando necessário, que a criança seja encaminhada a serviços especializados<sup>22</sup>.

### Abordagem do Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária

Como mencionado no tópico anterior, a realização do diagnóstico de TEA na APS ainda pode se configurar um desafio por diversos motivos, já discutidos. Da mesma forma, o cuidado ofertado aos pacientes com TEA na Atenção Primária pode apresentar barreiras que dificultem sua implementação diante da realidade da maioria das Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Estudos destacam que, na percepção dos profissionais da APS entrevistados em seu estudo, a qualidade do cuidado pode ser prejudicada pela falta de tempo devido à necessidade de se padronizar um tempo para as consultas; pela falta de apoio por parte do setor administrativo ou de gestão das unidades de saúde; pela falta de conhecimento e pela necessidade de treinamento especializado no tema, com o objetivo de ofertar uma abordagem efetiva; pela falta de conhecimento acerca dos serviços especializados e instituições de apoio, isto é, por vezes não saber para onde ou para quem encaminhar o paciente e; pela limitação da disponibilidade de acesso a especialistas em transtornos do neurodesenvolvimento, com longos tempos de espera, que prejudicam o seguimento e a aplicação de intervenções efetivas (Mazurek *et al.*, 2020). Stadnick *et al.* (2020) corroboram o achado, demonstrando novamente que, dentre as dificuldades observadas pelos profissionais da APS, as principais são: a limitação ao acesso a serviços especializados em Transtorno do Espectro Autista e as próprias características do sistema de saúde, que podem atuar como barreiras à implementação de intervenções efetivas<sup>24</sup>.

Diante das dificuldades em tornar viável a atribuição do papel de diagnosticar e tratar o Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária, este tópico terá como objetivo apresentar as evidências acerca da abordagem do TEA apenas no contexto da Atenção Primária – ou seja, aquilo que pode ser aplicado pelo médico generalista ou pelo médico de família e comunidade



em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com os atributos que orientam o funcionamento da APS. Assim sendo, sempre que necessário, o paciente deve ser encaminhado a serviços especializados, e o médico da APS terá o papel de coordenar o cuidado e realizar o acompanhamento regular do paciente para avaliar o a evolução do desenvolvimento psicomotor, a efetividade das intervenções propostas por outros profissionais e intervir, quando necessário. O papel de coordenação do cuidado não minimiza a responsabilidade e a participação do médico da APS no seguimento do paciente, mas possibilita discussões e reavaliações frequentes, contando com a participação de outros profissionais da equipe multidisciplinar. As intervenções terapêuticas propostas pelo projeto terapêutico singular visam não apenas minimizar os déficits relacionados ao transtorno, mas promover reabilitação psicossocial, autonomia e garantia aos direitos por parte do indivíduo com TEA e seus familiares<sup>25</sup>.

O papel do médico da APS na abordagem do Transtorno do Espectro Autista vai além da abordagem do transtorno e suas manifestações. Isto porque a atuação do médico da APS deve levar em consideração a abordagem do sujeito de forma integral, com um olhar ampliado, que reflita uma preocupação com todas as esferas da vida – acesso à saúde, acesso à educação, acesso a uma alimentação saudável, relações interpessoais, conformação familiar, entre outras. O conhecimento – por parte do médico e dos demais profissionais da APS – acerca das manifestações e dos possíveis déficits apresentados por indivíduos com TEA é imprescindível para a criação e manutenção do vínculo com a criança e seus familiares e para a promoção de um ambiente acolhedor<sup>25</sup>. Durante as consultas de rotina – e demanda – o médico deve estar atento a manifestações atípicas de doenças comuns na infância, justamente porque a criança com TEA, a depender do nível de suporte, pode apresentar uma dificuldade importante na comunicação, interferindo na forma como manifesta alguns sintomas ou como formula um pedido relativo às suas necessidades básicas. Também é importante que, nas consultas de rotina, o médico esteja atento a questões como vacinação, orientando os familiares a completarem o calendário vacinal da criança de acordo com o calendário proposto pelo Ministério da Saúde e explicar que a vacinação não tem nenhuma relação com o transtorno, visto que essa crença pode ser motivo de preocupação para muitos pais<sup>26,25</sup>.

A longitudinalidade do cuidado – atributo essencial da APS – cria meios para que o médico possa exercer seu papel na orientação familiar e no fornecimento de suporte emocional. Durante as consultas de rotina, é importante investigar o entendimento da família acerca do diagnóstico e das intervenções adotadas, as dúvidas, os sentimentos envolvidos e a percepção acerca do desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Além disso, é importante investigar a presença de conflitos familiares, associados a questões conjugais, financeiras, a possíveis maus tratos. Isto



porque a participação da família no processo terapêutico é de suma importância para que bons resultados sejam alcançados. Em idades mais avançadas, vale ressaltar a importância da investigação de outros transtornos mentais em comorbidade com o TEA, como ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, entre outros<sup>26</sup>.

A coordenação do cuidado, desempenhada pelo médico da APS, também deverá levar em consideração a articulação com outras instituições – os serviços de saúde mental, as associações que prestam suporte aos indivíduos com TEA e seus familiares, as instituições de ensino e creches, entre outras<sup>25</sup>.

Vale ressaltar que não existe uma única abordagem que deva ser privilegiada no tratamento de indivíduos com TEA. Dentre as abordagens não farmacológicas, podemos citar os tratamentos clínicos de base psicanalítica, que incluem a análise do comportamento aplicada (ABA), a comunicação suplementar e alternativa (CSA), a integração sensorial, entre outras. Quanto à abordagem farmacológica, ainda não foram desenvolvidas medicações específicas para o transtorno. As medicações disponíveis são indicadas para tratar os sintomas acessórios, visto que não possuem atuação direta nos déficits relacionados à comunicação, socialização e limitação de interesses nas crianças com TEA. Dentre os sintomas acessórios, os mais comumente observados são os comportamentos agressivos (autoagressividade e heteroagressividade), problemas relacionados ao sono e estereotípias motoras. Nos casos em que a medicação é introduzida por profissionais em outros níveis de atenção, por exemplo, o médico da APS deverá estar atento ao surgimento de efeitos colaterais e à adaptação do paciente à medicação, podendo atuar como mediador nesse processo. A introdução da medicação pode ser considerada, desde que haja segurança na prescrição. Além disso, caso o paciente apresente efeitos colaterais graves ou não consiga se adaptar a medicação, a descontinuação deve ser feita de forma gradual, visto que a retirada abrupta do fármaco poderá piorar os sintomas comportamentais. Neste sentido, a família deve ser rigorosamente orientada e o paciente regularmente reavaliado<sup>25</sup>.

Diante da refratariedade a intervenções convencionais, muitas famílias podem recorrer ao médico da APS para avaliar a possibilidade de iniciar métodos alternativos ou complementares, como suplementação dietética, acupuntura, terapia magnética transcraniana, arte terapia, entre outros. Nesse caso, como as evidências acerca dessas abordagens alternativas no âmbito do TEA ainda são insuficientes para demonstrar alguma eficácia, o médico não poderá realizar uma indicação formal. Entretanto, também não deverá desencorajar a família, mas estimular uma discussão ampla para que se entenda os benefícios e os prejuízos que cada terapia poderá suscitar, visto que o desencorajamento não necessariamente fará com que a família não tente



iniciar medidas alternativas, mas poderá prejudicar o vínculo e o seguimento do paciente<sup>26</sup>. Como mencionado, é importante que a abordagem seja embasada na criação de um projeto terapêutico singular, que leva em consideração os sentimentos da família e as necessidades do indivíduo de acordo com os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

O Transtorno do Espectro Autista representa um desafio complexo para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, já que uma abordagem efetiva engloba ações que compreendem triagem precoce, avaliação diagnóstica acurada e coordenação contínua do cuidado. Apesar dos avanços significativos na implementação de ferramentas de triagem adequadas para o contexto da APS, barreiras como a limitada capacitação dos profissionais, a carência de acesso a serviços especializados e as disparidades socioeconômicas e culturais ainda comprometem a eficácia das intervenções. Nesse contexto, a melhoria na qualidade do cuidado ofertado a indivíduos com Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária demanda a implementação de programas de educação continuada para os profissionais, com enfoque em metodologias baseadas em evidências. Além disso, é necessário que novos estudos sejam elaborados, com a finalidade de explorar estratégias de fortalecimento do cuidado que possam superar as dificuldades relacionadas à sobrecarga de trabalho e à falta de recursos na APS, considerando os diferentes contextos socioculturais. Por fim, vale ressaltar a importância da criação de políticas públicas que potencializem a articulação entre os níveis de atenção e promovam a equidade no cuidado, com a finalidade de transformar o panorama atual, garantindo os direitos e a cidadania, e promovendo melhores desfechos para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

1. Happé F, Frith U. Annual Research Review: Looking back to look forward changes in the concept of autism and implications for future research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 61(3): 218-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13176>
2. Bartolotta T, Rizzolo D. Recognizing autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2019 [acesso em 2024 out. 26]; 32(8): 22–26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.1317>
3. Alpert JS. Autism: A Spectrum Disorder. *The American Journal of Medicine*. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 134(6):701-702. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.10.022>



4. Oliveira CR, Souza JC. Neurobiologia do autismo infantil. Research, Society and Development. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 10(1). DOI: <http://dx.doi.org/11606/issn.1806-6976.smad.2023.180473>
5. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Venderweele J. Autism Spectrum Disorder. The Lancet. 2018 [acesso em 2024 out. 26]; 392(10146): 508-520. DOI: <http://dx.doi.org/1016/j.amjmed.2020.10.022>
6. Costa BO, Oliveira FPB, Cordeiro GFT, Bruggaer EBA, Silva AD, Peters AA. Transtorno do Espectro autista na Atenção Primária à saúde: desafios para assistência multidisciplinar, 2023; 19(1): 13-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.180473>
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Buotron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. British Medical Journal. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 372(71). DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
8. Zuckerman KE, Chavez AE, Wilson L, Unger K, Reulan C, Ramsey K et al. Improving autism and developmental screening and referral in US primary care practices serving Latinos. Autism. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 25(1): 288-299. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1362361320957461>
9. Zuckerman KE, Broder-Fingert S, Sheldrick RC. To reduce the average age of autism diagnosis, screen preschoolers in primary care. Autism. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 25(2): 593-596. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1362361320968974>
10. Kuhn J, Levinson J, Udhanani MD, Wallis K, Hickey E, Bennett A et al. What Happens After a Positive Primary Care Autism Screen Among Historically Underserved Families? Predictors of Evaluation and Autism Diagnosis. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 42(7): 515-523. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000928>
11. IBGE. Atenção primária à saúde 2022. IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2022 [acesso em 2024 out. 26]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101993\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101993_informativo.pdf)
12. Sheiman M, Grady MF, Jenewein E, Shoge R, Podolak OE, Howell D et al. Frequency of oculomotor disorders in adolescents 11 to 17 years of age with concussion, 4 to 12 weeks post injury. 2021 [acesso em 2024 out. 26]; 183: 73-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.visres.2020.09.011>
13. Sobieski M, Sobieska A, Sekulowicz M, Bujowska-Fedak MM. Tools for early screening of autism spectrum disorders in primary health care – a scoping review. BMC Primary Care. 2022 [acesso em 2024 out. 26]; 23(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-022-01645-7>
14. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001 [acesso em 2024 out. 26]; 31(2):131-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1010738829569>
15. Zheng RM, Chan SP, Law EC, Chong SC, Aishworiya. Validity and feasibility of using the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) in primary care clinics in Singapore. Autism. 2023 [acesso em 2024 out. 26]; 28(7): 1758-1771. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/13623613231205748>



16. Levy SE, Wolfe A, Coury D, Duby J, Farmer J, Schor E et al. Screening Tools for Autism Spectrum Disorder in Primary Care: A Systematic Evidence Review. *Pediatrics*. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 145(1): S47–S59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2019-1895H>
17. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
18. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [acesso em 2024 out. 26]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 26 out. 2024.
19. Keehn RM, Swiginski N, Enneking B, Ryan T, Monahan P, Martin AM et al. Diagnostic Accuracy of Primary Care Clinicians Across a Statewide System of Autism Evaluation. *Pediatrics*. 2023 [acesso em 2024 out. 26]; 152(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2023-061188>
20. Hamp N, DeHann SL, Cerf CM, Radesky JS. Primary Care Pediatricians' Perspectives on Autism Care. *Pediatrics*. 2022 [acesso em 2024 out. 26]; 151(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2022-057712>
21. Nasir, Strong-Bak e Bernard (2024) NASIR, A. K.; STRONG-BAK, W.; BERNARD, M. Diagnostic Evaluation of Autism Spectrum Disorder in Pediatric Primary Care. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2024 [acesso em 2024 out. 26]; 15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/21501319241247997>
22. Hine JF, Allin J, Allman A, Black M, Browning B, Ramsey B et al. Increasing Access to Autism Spectrum Disorder Diagnostic Consultation in Rural and Underserved Communities: Streamlined Evaluation Within Primary Care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 41(1): 16-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000727>
23. Mazurek MO, Harkins C, Menezes M, Chan J, Parker, RA, Kuhlthau K et al. Primary Care Providers' Perceived Barriers and Needs for Support in Caring for Children with Autism. *The Journal of Pediatrics*. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 221(1): 240-245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.01.014>
24. Stadnick NA, Martinez K, Aarons GA, Lee DA, Cleave JÁ, Brookman-Frazee L. Pediatric Primary Care Perspectives on Integrated Mental Health Care for Autism. *Academic Pediatrics*. 2020 [acesso em 2024 out. 26]; 20(8): 1140-1147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2020.03.006>
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, 2015. 156 p.
26. Tsang L, How CH, Yeleswarapu SP, Wong CM. Autism spectrum disorder: early identification and management in primary care. *Singapore Medical Journal*. 2019 [acesso em 2024 out. 26]; 60(7): 324-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2019070>



Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID	CV Lattes

Metadados	
Submissão:	Aprovação: Publicação:
Como citar	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.
Conflito de interesses	
Financiamento	
Contribuições dos autores	

