

Centros de Atenção Psicossocial e o perfil dos casos com transtorno global do desenvolvimento no Brasil, 2014 – 2017

I¹ Jeane Tomazelli, ² Conceição Fernandes I

Resumo: O estudo descreve o perfil de crianças e adolescentes com transtorno do desenvolvimento global (TGD) atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e profissionais destes estabelecimentos no Brasil e regiões. Utiliza dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de 2014-2017. Relacionou-se deterministicamente as bases SIA/SUS e SCNES, usando o número do estabelecimento, os casos de TGD foram individualizados utilizando a variável cartão SUS codificada. Foram registrados 18.852 diagnósticos de TGD nos CAPS, a maioria por demanda espontânea, 73,2% realizadas em CAPSi, 50,3% na faixa etária de 1-6 anos, 80% do sexo masculino e maiores proporções de casos femininos a partir de 13 anos ($p < 0,001$). Em 54,3% dos diagnósticos não foi especificado o tipo de TGD, sendo o autismo o mais frequente (27,2%) dentre os especificados. As equipes profissionais variaram segundo tipo de CAPS. Procedimentos de práticas comunicativas e reabilitação psicossocial foram pouco expressivas (10,3%). Conclui-se pela necessidade de estudos para esclarecer a alta demanda espontânea, os atendimentos fora do CAPSi e de se estabelecer parâmetros para avaliar se os procedimentos estão adequados ao projeto terapêutico permitindo monitorar e avaliar o atendimento às pessoas com TGD.

► **Palavras-chave:** Deficiências do Desenvolvimento; Transtorno do Espectro Autista; Serviços de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

¹ Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (dra.jeane.tomazelli@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-2472-3444

² Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro -RJ, Brasil (conceicao@yahoocom.br).
ORCID: 0000-0003-2570-0655

Recebido em: 18/07/2019
Aprovado em: 16/12/2019
Revisado em: 19/05/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310221>

Introdução

Os transtornos neuropsiquiátricos representam a principal fonte de carga de doença dentre as doenças crônicas não transmissíveis (SCHMIDT *et al.*, 2011). Em crianças, os transtornos do neurodesenvolvimento infantil constituem o distúrbio neurológico mais frequente, com taxas entre 60-70 por 10.000 (FOMBONNE, 2009).

No Brasil, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é o sistema de classificação adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) e utiliza a terminologia transtorno global do desenvolvimento (TGD) para referir os distúrbios do neurodesenvolvimento (OMS, 1996). Por outro lado, a comunidade científica vem adotando, atualmente, a designação Transtorno do Espectro Autista (TEA) para designar três condições do TGD mais semelhantes, que foram incorporadas no DSM-5 (FERREIRA, 2013) e, recentemente, no CID-XI (WHO, 2018): transtorno autista, transtorno de Asperger e o TGD/transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (PAULA, *et al.*, 2017; LYRA *et al.*, 2017). O DSM-5 incorporou o TEA ao grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento nos quais, além do atraso ou interrupção do processo normal de desenvolvimento, existe também uma manifestação clínica atípica e prejudicial do mesmo, afetando um conjunto de funções psíquicas (BRASIL, 2014a).

Considerando que o diagnóstico de TEA ocorre no início do desenvolvimento infantil e dura toda a vida (PAULA, *et al.*, 2011a; YANG *et al.*, 2018), é extremamente importante um diagnóstico acurado, precoce e com garantia de acesso às terapias que auxiliem no desenvolvimento das habilidades, assegurando autonomia e qualidade de vida ao indivíduo, dentro de suas possibilidades. Portanto, estimar a carga de doença do transtorno autista e de outros transtornos é fundamental para direcionar políticas e ações de saúde pública que propiciem as adequadas intervenções e suporte a estas pessoas (BAXTER *et al.*, 2015).

Porém, estimar a prevalência do autismo é um desafio, dada as diferenças metodológica dos estudos, o critério de elegibilidade de casos (captação de casos com e sem prévio sinal de alerta), a padronização dos instrumentos utilizados segundo as populações específicas e a própria definição de caso (FOMBONNE, 2018). A complexidade do diagnóstico acurado e das estimativas de ocorrência da doença foi observada por Baxter, que encontrou diferença nas estimativas de prevalência segundo a fonte dos dados dos casos e o manual de classificação adotado, sendo

maior a estimativa do transtorno autista quando utilizada a CID-10 ou DSM-IV comparada às versões anteriores (BAXTER *et al.*, 2015).

A expressão dos sintomas do TEA pode apresentar grande variabilidade, sendo possível identificar crianças com baixo e alto grau de funcionamento (KLIN, 2006). O diagnóstico é eminentemente clínico (PAULA *et al.*, 2017; TAMANAHA *et al.*, 2013), feito a partir de aspectos comportamentais. A avaliação deve ser realizada por um grupo de profissionais com expertise em áreas distintas, de modo a favorecer uma compreensão multidisciplinar e intervenções mais adequadas (KLIN *et al.*, 2005). A avaliação deve incluir anamnese detalhada, avaliações psicológicas e de desenvolvimento, bem como mensuração de habilidades adaptativas. A avaliação da comunicação, verbal e não verbal, é especialmente importante, cabendo a diferenciação com o transtorno do desenvolvimento da linguagem (KLIN, 2006). A avaliação neuropsicológica será importante na avaliação da inteligência – distinguindo, assim, déficit intelectual de TEA (PEDERSEN *et al.*, 2017) – e na mensuração da gravidade dos sintomas no espectro, mediante identificação de déficit cognitivo associado e níveis de desatenção mais graves. O diagnóstico acurado inclui também avaliações do desenvolvimento, da interação social, da comunicação e das habilidades adaptativas (KLIN, 2006).

Instrumentos estruturados foram desenvolvidos para subsidiar o diagnóstico clínico, auxiliando na avaliação da hipótese diagnóstica e na mensuração do grau de comprometimento (HAASE; JÚLIO-COSTA, 2018). Tais instrumentos são considerados importantes, dadas as variações do quadro clínico, próprias do desenvolvimento e de tratamentos prévios realizados, além da diversidade na formação das diferentes categorias profissionais que lidam com estas crianças em nosso país (PAULA *et al.*, 2017) e, ainda, devido à existência de modelos teóricos concorrentes (BRASIL, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Na atenção especializada do Sistema Único de Saúde, indivíduos com TGD são atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos pontos de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015; BRASIL, 2011). Esta rede tem como objetivo criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com algum tipo de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, além de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. Dentre suas diretrizes estão a garantia do acesso e a qualidade dos serviços, com cuidado integral e

multiprofissional. Já a reabilitação social e a reinserção do indivíduo com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas constituem alguns de seus objetivos específicos (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2011).

Os CAPS possuem três modalidades, CAPS I, II e III, todas com a mesma função no atendimento em saúde mental, mas com diferenças no porte/complexidade, abrangência populacional e turnos de funcionamento (BRASIL, 2002). Eles estão organizados da seguinte forma (BRASIL, 2011): CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e drogas), CAPS AD III e CAPSi (infanto-juvenil).

O CAPSi é o único específico para crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Com exceção do CAPSi, que admite casos até a idade de 25 anos e os CAPS AD e CAPS AD III que admitem casos a partir de seis anos de idade, todos CAPS podem realizar procedimentos em pessoas de 0 a 110 anos (BRASIL, 2013).

Em todos os CAPS, a equipe multiprofissional possui entre três e cinco integrantes, sendo composta por um médico, um enfermeiro e um conjunto de outros profissionais de nível superior que, dependendo do tipo de CAPS, podem ser psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou outro necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde destaca que no tratamento de pessoas com TEA, os profissionais e a equipe de referência para o cuidado devem preservar a singularidade do sujeito, construindo e fortalecendo o vínculo com o paciente e com a família (BRASIL, 2014a). A equipe multiprofissional é um componente importante na avaliação e acompanhamento de portadores de TEA (KLIN *et al.*, 2005; BRASIL, 2015; BRASIL, 2014b), fundamental ao projeto terapêutico, devendo ser composta, minimamente, por psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo (BRASIL, 2014b).

Um estudo que avaliou a utilização de serviços de saúde por estudantes de escola pública com TEA em quatro regiões do país referiu baixa utilização em consultas com psicólogo, neurologista e psiquiatra (PARASMO; LOWENTHAL; PAULA, 2015). Outro estudo descreveu o perfil de uso dos CAPSi por crianças e adolescentes durante o período de 2008 a 2012, a partir dos procedimentos registrados nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), analisando os diagnósticos mais frequentes, de acordo com a CID-10, sexo e idade (CEBALLOS *et al.*, 2019). Enquanto o primeiro estudo buscou identificar a adesão de estudantes com TEA ao acompanhamento especializado, o segundo traça o perfil das crianças e adolescentes atendidas no único tipo de CAPS específico para elas.

Considerando que o transtorno do neurodesenvolvimento infantil representa uma doença crônica, que exige identificação precoce e acompanhamento especializado de forma a prover o desenvolvimento das habilidades e da autonomia (dentro das possibilidades individuais), a existência de centros de atenção especializadas para atender pessoas com este transtorno e considerando, ainda, a necessidade de uma equipe de profissionais especializados, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de crianças e adolescentes com transtorno do desenvolvimento global atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial e de sua produção de atendimento, assim como o perfil dos profissionais destes estabelecimentos no Brasil e regiões, no período de 2014 a 2017.

Métodos

Se trata de um estudo descritivo, ecológico, com dados secundários das informações do Registro de Ações Ambulatoriais (RAAS) do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), disponíveis no sítio do Departamento de Informática do SUS (Datasus) (www.datasus.gov.br), no período de 2014 a 2017, para o Brasil. O período de estudo foi definido considerando-se que os procedimentos passaram a ser lançados na RASS a partir de 2013 (BRASIL, 2013) e que 2017 foi o último ano disponível no momento do início do estudo.

Do SCNES, foram selecionados os estabelecimentos de saúde com os seguintes códigos de habilitações: 0616 (CAPS I), 0617 (CAPS II), 0618 (CAPS III), 0619 (CAPS AD), 0620 (CAPSI) e 0631 (CAPS AD III); e o número de profissionais das categorias psicólogo (clínico, social, neuropsicólogo), fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. A seleção destas categorias profissionais se justificou pelo fato delas fazerem parte das possíveis categorias necessárias a compor o projeto terapêutico junto com médico e enfermeiro (BRASIL, 2002). Foi verificado o número de profissionais por tipo de habilitação no CAPS, por ano no Brasil e regiões.

Do SIA/SUS foram selecionados os procedimentos realizados cuja CID-10 principal informada era TGD (F84). Através da variável Cartão Nacional de Saúde (CNS) codificada, foram individualizados os casos atendidos no período de 2014 a 2017. Obteve-se então o número de casos atendidos por ano e por tipo de CAPS.

A base de dados com as informações dos casos atendidos foi relacionada deterministicamente com a base do SCNES, utilizando-se como chave relacionamento a variável Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), produzindo, desta maneira, uma nova base de dados contendo apenas os serviços habilitados que informaram atendimento de pessoas com TGD. Destes, um CAPS AD, da região Sudeste, informou um único caso, na faixa etária de 13 a 19 anos, e foi excluído dos resultados.

Foram estudadas as variáveis: CNES do estabelecimento de saúde, ano de atendimento (informação gerada a partir da data de atendimento), faixa etária, em anos (menor de 1; 1-6; 7-12; 13-19; e 20 ou mais), sexo (masculino, feminino), raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena), diagnóstico (obtida pela CID principal), origem do paciente (demanda espontânea, atenção básica, serviço de urgência, outros CAPS, hospital dia, hospital psiquiátrico), procedimentos realizados, UF e região de residência, habilitação do estabelecimento de saúde (CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPSi; CAPS AD; CAPS AD III), UF e região do estabelecimento de saúde e profissionais (psicólogo - clínico, social, neuropsicólogo; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional).

As informações foram avaliadas e descritas comparativamente entre as regiões do País. Foi aplicado o teste qui-quadrado de tendência (ROSNER, 2016) para avaliar se a diferença na proporção das faixas etárias do sexo feminino foi significativa.

O download das bases de dados foi realizado em abril de 2018. Para análise dos dados foi utilizado o programa R (R CORE TEAM, 2013). O estudo isenta-se de ser submetido ao comitê de ética por utilizar dados secundários de acesso irrestrito.

Resultados

No período de 2014 a 2017, foram registrados 18.852 casos com diagnóstico de TGD atendidos nos CAPS do Brasil. A maioria dos diagnósticos ocorreu na faixa etária de 1-6 anos (50,3%), para pessoas do sexo masculino (80%). Em 54,3% dos casos não foi especificada a CID do tipo de TGD, sendo o autismo infantil (27,2%) o tipo mais frequente dentre os especificados. A raça/cor mais frequente foi a parda (31%), seguida da branca (25,4%). Em relação à origem do paciente, a maioria (51,3%) tinha registro de demanda espontânea ao Centro de Atenção Psicossocial, seguida de encaminhamento originado pela atenção básica (43,2%) – Tabela 1.

Tabela 1. Características dos casos com diagnóstico principal de transtorno global do desenvolvimento. Brasil, 2014-2017

Variáveis	n	%
Faixa etária		
< 1 ano	236	1,3
1 a 6 anos	9.486	50,3
7 a 12 anos	5.397	28,6
13 a 19 anos	2.574	13,7
> 20 anos	1.159	6,1
Total	18.852	100,0
Sexo		
Feminino	3.762	20,0
Masculino	15.091	80,0
Total	18.852	100,0
Raça/cor		
Branca	4.797	25,4
Preta	414	2,2
Parda	5.842	31,0
Amarela	537	2,8
Indígena	5	0,0
Sem Informação	7.257	38,5
Total	18.852	100,0
Origem do paciente		
Demanda espontânea	9.663	51,3
Atenção básica	8.142	43,2
Serviço de urgência	271	1,4
Outros CAPs	354	1,9
Hospital dia	351	1,9
Hospital psiquiátrico	71	0,4
Total	18.852	100,0

continua...

Variáveis	n	%
Serviço de atendimento²		
CAPS I	3.091	16,4
CAPS II	1.391	7,4
CAPS III	358	1,9
CAPSi	13.799	73,2
CAPS AD III	213	1,1
Total	18.852	100,0
Ano início no centro de Atenção psicossocial		
2014	3.724	19,8
2015	4.049	21,5
2016	4.945	26,2
2017	6.134	32,5
Total	18.852	100,0
Região de residência		
Centro oeste	613	3,3
Nordeste	5.149	27,3
Norte	1.544	8,2
Sudeste	9.995	53,0
Sul	1.551	8,2
Total	18.852	100,0
Diagnóstico		
Transtorno global desenvolvimento (F84 ¹)	10.231	54,3
Autismo infantil (F840)	5.124	27,2
Autismo atípico (F841)	722	3,8
Síndrome de Rett (F842)	61	0,3
Outro transtorno desintegrativo (F843)	157	0,8
Transtorno c/hipercinesia e retardo (F844)	148	0,8
Síndrome de Asperger (F845)	771	4,1
Outros transtornos globais do desenv. (F848)	432	2,3
Transtornos globais não especificados (F849)	1.206	6,4
Total	18.852	100,0

¹ Não especificada a subcategoria. ² Excluído um único caso informado no CAPSad.

O total de CAPS estudado foi 1.178, sendo 620 (52,6%) CAPS I, 277 (23,5%) CAPS II, 221 (18,8%) CAPSi, 58 (4,9%) CAPS III e dois (0,2%) CAPS AD III. Este padrão de distribuição proporcional se repetiu entre as regiões, exceto na região Sul, onde a proporção de CAPSi (24,7%) foi maior que a de CAPS II (22,9%), correspondendo respectivamente a 42 e 39 estabelecimentos. Comparando a distribuição dos 221 CAPSi entre as regiões, a com maior proporção foi a Sudeste (28,1%) e a menor foi a Norte (6,0%), com 115 e 6 estabelecimentos cada - dados não apresentados.

O tipo de CAPS com registro de maior atendimento de casos com TGD foi o CAPSi (73,2%), seguido do CAPS I (16,4%), verificando-se o aumento do número de casos atendidos ao longo dos anos de estudo. Dos 18.852 casos com diagnóstico de TGD, 13.799 foram atendidos nos 221 CAPSi, o que corresponde a uma razão de 62 casos/CAPSi no período de três anos. As regiões Sudeste e Nordeste registraram maiores proporções de número de casos, 53,0% e 27,3%, respectivamente – Tabela 1.

No cenário Brasil, o CAPS I apresentou a maior parte dos casos (68%) atendidos na faixa etária de 1-12 anos, panorama semelhante aos das regiões Norte, Nordeste e Sudeste. No CAPS II, a faixa etária mais frequente (40%) foi a de 20 anos ou mais, mesmo padrão observado nas demais regiões, exceto na região Norte. O CAPSi apresentou mais da metade (57,1%) dos atendimentos na faixa etária de 1-6 anos, padrão seguido pelas regiões do país, à exceção das regiões Norte e Sul. Na faixa etária de 1-12 anos, a proporção foi de 86,8% no país, variando de 85,1% na região Sudeste a 90,9% no Nordeste. O CAPS AD III apresentou registro de atendimento dos casos de TDG apenas nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos casos com diagnóstico principal de transtorno global do desenvolvimento por tipo de Centro de Atenção Psicossocial¹ e faixa etária, Brasil e grandes regiões, 2014-2017.

Faixa etária (anos)	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Centro-Oeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CAPS I												
< 1	29	0,9	1	0,3	17	1,1	9	1,2	1	1,3	1	0,4
1 a 6	1.133	36,7	131	38,3	639	39,5	274	35,0	20	26,7	69	25,0
7 a 12	969	31,3	103	30,1	517	32,0	241	30,8	24	32,0	84	30,4
13 a 19	537	17,4	65	19,0	251	15,5	132	16,9	20	26,7	69	25,0

continua...

Faixa etária (anos)	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Centro-Oeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CAPS I												
> 20	423	13,7	42	12,3	192	11,9	126	16,1	10	13,3	53	19,2
Total	3.091	100,0	342	100,0	1.616	100,0	782	100,0	75	100,0	276	100,0
CAPS II												
< 1	17	1,2	2	1,3	4	1,2	10	1,3	0	0,0	1	1,0
1 a 6	280	20,1	62	40,5	95	28,3	112	14,7	2	5,0	9	9,0
7 a 12	197	14,2	38	24,8	47	14,0	91	11,9	9	22,5	12	12,0
13 a 19	329	23,7	22	14,4	90	26,8	183	24,0	10	25,0	24	24,0
> 20	568	40,8	29	19,0	100	29,8	366	48,0	19	47,5	54	54,0
Total	1.391	100,0	153	100,0	336	100,0	762	100,0	40	100,0	100	100,0
CAPS III												
< 1	5	1,4	0	0,0	1	4,5	4	1,3	0	0,0	0	0,0
1 a 6	91	25,4	5	26,3	4	18,2	82	26,6	0	0,0	0	0,0
7 a 12	63	17,6	2	10,5	1	4,5	60	19,5	0	0,0	0	0,0
13 a 19	74	20,7	6	31,6	6	27,3	61	19,8	0	0,0	1	12,5
> 20	125	34,9	6	31,6	10	45,5	101	32,8	1	100,0	7	87,5
Total	358	100,0	19	100,0	22	100,0	308	100,0	1	100,0	8	100,0
CAPSi												
< 1	183	1,3	10	1,0	45	1,4	114	1,4	6	1,2	8	0,7
1 a 6	7.877	57,1	502	48,7	2.044	64,4	4.540	56,6	275	55,3	516	47,8
7 a 12	4.105	29,7	398	38,6	842	26,5	2.285	28,5	166	33,4	414	38,4
13 a 19	1.592	11,5	120	11,7	239	7,5	1.045	13,0	50	10,1	138	12,8
> 20	42	0,3	0	0,0	5	0,2	34	0,4	0	0,0	3	0,3
Total	13.799	100	1.030	100	3.175	100	8.018	100	497	100	1.079	100
CAPS AD III												
< 1	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0
1 a 6	105	49,1	0	0,0	0	0,0	62	49,6	0	0,0	43	48,9
7 a 12	63	29,4	0	0,0	0	0,0	29	23,2	0	0,0	34	38,6
13 a 19	42	19,6	0	0,0	0	0,0	31	24,8	0	0,0	11	12,5
> 20	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Total	213	99,5	0	0	0	0	125	100	0	0	88	100,0

¹ excluído um único caso informado no CAPS AD.

A proporção de diagnósticos de TGD ficou em torno de 80% para o sexo masculino e 20% para o feminino no Brasil, com pouca variação ao longo dos anos e entre as regiões. Este percentual, no ano de 2017, variou de 77,1% na região Norte a 85,4% na região Centro-Oeste. A menor proporção para o sexo masculino (76,9%) e maior para o sexo feminino (23,1%) foram registradas na região Sul, em 2014. Observou-se, ainda, que maiores proporções para o sexo feminino ocorreram mais frequentemente na faixa etária acima de 13 anos ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Dentre as categorias profissionais estudadas, observou-se que os profissionais que predominam nos CAPS são o Terapeuta Ocupacional e o Psicólogo Clínico. Além disso, não há registro de informação de Neuropsicólogo em nenhum tipo de CAPS. O Psicólogo Social é pouco frequente, sendo inexistente em alguns tipos de CAPS e regiões. O CAPS AD III apresentou menos categorias profissionais, com ausência de todas as categorias estudadas nas regiões Sul e Centro-Oeste, exceto o psicólogo clínico, presente na região Sul (Tabela 4).

Os procedimentos realizados nos CAPS para os pacientes com diagnóstico de TGD foram, em sua maioria (63%), do tipo “atendimento em grupo de paciente” e “atendimento individual de paciente”, enquanto as “práticas comunicativas” e as ações de reabilitação psicossocial somaram, juntas, pouco mais de 10% do total de procedimentos (Tabela 5). A razão entre total de procedimentos pelo número de casos tratados, por tipo de habilitação no período, mostra que há, no geral, uma razão 26,5 procedimentos/caso (499.547/18.852). O CAPSi apresentou a segunda maior razão, 31,0 procedimentos/caso (427.893/13.799), logo após o CAPS AD III, 66,2 (14.101/213) – dados apresentados nas Tabelas 1 e 5.

Tabela 3. Distribuição dos casos com diagnóstico principal de transtorno global do desenvolvimento por faixa etária, sexo e ano primeiro atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, Brasil e grandes regiões, 2014–2017.

Ano	Faixa etária (anos)	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Centro-Oeste		Sul							
		F (%)	M (%)	F (%)	N	F (%)	M (%)	F (%)	N	F (%)	M (%)	F (%)	N	F (%)	M (%)	N			
2014	< 1	9,8	90,2	51	0,0	100,0	2	6,7	93,3	15	13,8	86,2	29	0,0	100,0	2	0,0	100,0	3
	1 a 6	17,6	82,4	1.766	14,6	85,4	157	18,9	81,1	512	17,1	82,9	900	12,5	87,5	96	24,8	75,2	101
	7 a 12	19,1	80,9	1.081	14,9	85,1	141	23,7	76,3	274	17,8	82,2	528	19,0	81,0	42	19,8	80,2	96
	13 a 19	24,2	75,8	571	23,5	76,5	51	26,0	74,0	131	24,8	75,2	307	7,7	92,3	26	25,0	75,0	56
	> 20	26,3	73,7	255	46,2	53,8	13	30,1	69,9	73	22,5	77,5	142	16,7	83,3	6	28,6	71,4	21
Total	19,5	80,5	3.724	17,0	83,0	364	21,8	78,2	1.005	18,9	81,1	1.906	13,4	86,6	172	23,1	76,9	277	
2015	< 1	21,6	78,4	51	0,0	100,0	2	10,0	90,0	10	24,3	75,7	37	100,0	0,0	1	0,0	100,0	1
	1 a 6	15,9	84,1	1.943	14,2	85,8	155	18,7	81,3	551	15,1	84,9	1.098	10,8	89,2	37	13,7	86,3	102
	7 a 12	20,5	79,5	1.196	22,3	77,7	130	23,2	76,8	314	19,6	80,4	629	15,6	84,4	32	16,5	83,5	91
	13 a 19	28,4	71,6	623	16,7	83,3	48	23,7	76,3	118	31,6	68,4	393	0,0	100,0	11	32,1	67,9	53
	> 20	25,0	75,0	236	53,3	46,7	15	27,6	72,4	58	22,7	77,3	128	20,0	80,0	5	16,7	83,3	30
Total	19,8	80,2	4.049	19,1	80,9	350	21,0	79,0	1.051	19,7	80,3	2.285	12,8	87,2	86	18,4	81,6	277	

continua...

Ano	Faixa etária (anos)	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Centro-Oeste		Sul							
		M		M		M		M		M		M							
		F (%)	N	F (%)	N	F (%)	N	F (%)	N	F (%)	N	F (%)	N						
2016	< 1	22,4	77,6	58	16,7	83,3	6	25,0	75,0	16	25,0	75,0	32	0,0	100,0	1	0,0	100,0	3
	1 a 6	17,8	82,2	2.572	16,8	83,2	173	18,8	81,2	706	17,9	82,1	1.421	16,4	83,6	73	15,6	84,4	199
	7 a 12	20,7	79,3	1.404	14,9	85,1	154	24,7	75,3	332	21,2	78,8	718	15,0	85,0	60	17,1	82,9	140
	13 a 19	26,6	73,4	608	17,0	83,0	47	28,2	71,8	131	28,1	71,9	352	25,0	75,0	16	22,6	77,4	62
	> 20	26,3	73,7	304	23,1	76,9	13	36,1	63,9	83	21,6	78,4	171	71,4	28,6	7	16,7	83,3	30
	Total	20,3	79,7	4.946	16,3	83,7	393	22,6	77,4	1.268	20,4	79,6	2.694	19,1	80,9	157	17,1	82,9	434
2017	< 1	22,4	77,6	76	66,7	33,3	3	15,4	84,6	26	26,8	73,2	41	0,0	100,0	3	0,0	100,0	3
	1 a 6	17,8	82,2	3.205	21,9	78,1	215	19,4	80,6	1.013	17,1	82,9	1.651	11,0	89,0	91	15,3	84,7	235
	7 a 12	20,0	80,0	1.716	23,3	76,7	116	22,8	77,2	487	18,2	81,8	831	20,0	80,0	65	19,4	80,6	217
	13 a 19	25,4	74,6	772	22,4	77,6	67	24,8	75,2	206	29,0	71,0	400	18,5	81,5	27	12,5	87,5	72
	> 20	27,2	72,8	364	25,0	75,0	36	32,3	67,7	93	25,7	74,3	187	8,3	91,7	12	30,6	69,4	36
	Total	20,0	80,0	6.133	22,9	77,1	437	21,5	78,5	1.825	19,5	80,5	3.110	14,6	85,4	198	17,4	82,6	563

Tabela 4. Distribuição dos profissionais por tipo de habilitação do Centro de Atenção Psicossocial que informaram atendimento transnorte global do desenvolvimento, Brasil e grandes regiões, 2014-2017.

Brasil/ Regiões	Fonoaudiólogo																
	CAPS I			CAPS II			CAPS III			CAPS i			CAPS III ad				
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	
Brasil	16	19	19	18	32	32	34	41	6	7	8	8	142	154	159	167	
Norte	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	5	6	9	
Nordeste	5	6	8	9	7	7	4	3	1	1	2	2	24	30	28	27	
Sudeste	8	8	7	6	9	9	7	7	5	6	6	6	77	80	89	91	
Sul	3	4	4	3	15	15	22	30	0	0	0	0	16	18	15	18	
Centro-Oeste	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	19	21	21	22	
	Terapeuta Ocupacional																
Brasil	285	280	264	251	384	397	378	384	147	153	152	135	229	246	232	238	
Norte	26	21	20	17	25	24	21	21	9	9	9	8	9	6	6	10	
Nordeste	110	118	109	102	93	101	94	89	18	14	13	14	50	57	49	44	
Sudeste	91	86	90	85	184	192	181	182	113	120	120	102	118	130	124	127	
Sul	37	34	27	28	66	64	67	72	3	5	6	8	42	43	42	43	
Centro-Oeste	21	21	18	19	16	16	15	20	4	5	4	3	10	10	11	14	

continua...

Brasil/ Regiões		Fonoaudiólogo															
		CAPS I				CAPS II				CAPS III				CAPS I ad			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Psicólogo Clínico																	
Brasil		1024	1040	1014	1077	1076	1122	1101	1103	312	314	306	310	737	767	765	792
Norte		62	61	59	65	46	46	50	63	19	21	20	24	16	13	12	14
Nordeste		365	384	378	416	201	221	181	197	51	47	42	45	121	114	113	116
Sudeste		313	325	307	326	595	602	611	586	220	217	219	214	402	434	441	457
Sul		226	212	211	205	176	196	193	191	14	17	14	17	138	149	147	151
Centro-Oeste		58	58	59	65	58	57	66	66	8	12	11	10	60	57	52	54
Psicólogo Social																	
Brasil		8	10	8	6	1	0	1	6	0	0	0	1	2	1	2	2
Norte		3	3	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste		2	6	3	2	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	2	2
Sudeste		2	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Sul		1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Centro-Oeste		0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 5. Procedimentos realizados por tipo de habilitação do Centro de Habilitação Psicossocial, Brasil e grandes regiões, 2014-2017

PROCEDIMENTO	Brasil											
	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPSi		CAPSAD III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ações de Reabilitação Psicossocial	438	1,5	711	3,3	171	2,8	13.584	3,2	72	0,5	14.976	3,0
Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	3.516	11,7	2.521	11,7	574	9,5	9.136	2,1	610	4,3	16.357	3,3
Acolhimento Noturno de Paciente de Centro de Atenção Psicossocial	3	0,0	0	0,0	67	1,1	2	0,0	38	0,3	110	0,0
Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica)	0	0,0	25	0,1	13	0,2	0	0,0	0	0,0	38	0,0
Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental Terceiro Turno	3	0,0	1	0,0	12	0,2	7	0,0	5	0,0	28	0,0
Atenção às Situações de Crise	123	0,4	108	0,5	46	0,8	1.129	0,3	44	0,3	1.450	0,3
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares	522	1,7	333	1,5	141	2,3	1.964	0,5	8	0,1	2.968	0,6
Atendimento em grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	5.379	17,9	3.021	14,0	1.079	17,8	184.605	43,1	7.901	56,0	201.985	40,4

continua...

PROCEDIMENTO	Brasil											
	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPSi		CAPS AD III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atendimento Familiar em centro de Atenção Psicossocial	3.703	12,4	1.542	7,2	542	8,9	68.467	16,0	1.979	14,0	76.233	15,3
Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	13.593	45,4	10.090	46,8	2.763	45,5	83.726	19,6	2.787	19,8	112.954	22,6
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	918	3,1	673	3,1	313	5,2	22.985	5,4	228	1,6	25.117	5,0
Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	1.590	5,5	1.629	7,6	282	4,6	34.366	8,0	385	2,7	38.252	7,7
Promoção de contratualidade no território	139	0,5	903	4,2	66	1,1	7.922	1,9	44	0,3	9.074	1,8
Total	29.927	100,0	21.557	100,0	6.069	100,0	427.893	100,0	14.101	100,0	499.547	100,0

Discussão

Os diagnósticos de TGD nos CAPS aumentaram ao longo do período avaliado, com predominância de ocorrência em pessoas do sexo masculino, o que está de acordo com a literatura (FOMBONNE, 2009; PAULA *et al.*, 2011b), e em todas as faixas etárias e regiões. Apesar do estudo de Ceballos (CEBALLOS *et al.*, 2019) ter estudado o perfil de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi no período 2008 a 2012, sendo metodologicamente diferente do presente artigo, que individualizou os casos e caracterizou o atendimento dos casos de TGD em todos os CAPS, ambos encontram uma maior proporção no sexo masculino e um aumento do número de consultas em meninas em idades mais avançadas.

Destaca-se que o maior número de casos registrados não implica necessariamente no aumento da prevalência destes transtornos. Diversos fatores têm sido atribuídos ao aumento da prevalência do TDG e ao TEA, como o acesso aos serviços, critérios diagnósticos e mudanças do mesmo ao longo do tempo, método de identificação de casos, conscientização sobre a doença, diagnóstico precoce e tamanhos amostrais dos estudos (FOMBONNE, 2009; PAULA *et al.*, 2011a). Entretanto, é necessário cautela ao avaliar este aumento, dadas as definições de caso e metodologias adotadas nos estudos (FOMBONNE, 2018). Ademais, Baxter (BAXTER *et al.*, 2015) comparando a estimativa de carga do autismo e de outros transtornos do espectro autista, seguindo a descrição da CID-10 e DSM-IV, para 1990 e 2010, não encontrou, para ambos, aumento na prevalência: em 2010 a prevalência do autismo foi 2,4 por 1000 e de outros transtornos do espectro foi de 5,1 por 1000. Elsabbach e colaboradores sugerem que as estimativas de prevalência de TEA tem aumentado no decorrer do tempo, sendo a mediana em torno de 62 por 10.000 (ELSABBAGH *et al.*, 2012). Todavia, além deste estudo ser anterior ao de Baxter (BAXTER *et al.*, 2015), há ainda a ressalva feita pela própria autora de que o aumento observado possivelmente é reflexo da ampliação do conceito do transtorno.

Dentre os diagnósticos de TGD, o autismo infantil foi o mais frequente. Todavia, mais da metade dos diagnósticos de TGD não foram classificados. Chama a atenção o número de diagnósticos de TGD em crianças com menos de um ano de idade. Ainda que a intervenção precoce dos casos diagnosticados melhore o prognóstico e que a literatura aponte que seja possível identificar sinais de TEA antes de 12 meses (TAMANAHARA *et al.*, 2013; OZONOFF *et al.*, 2010; LI *et al.*, 2018; BOSL; TAGER-

FLUSBERG; NELSON, 2018), este resultado pode estar associado à qualidade do registro da informação. A proporção de TGD não classificados e a proporção de casos em pacientes com menos de 12 meses podem sinalizar também potenciais erros de diagnóstico, uma dificuldade do profissional em estabelecer o diagnóstico correto, além de potencial problema no cuidado. Cabe ainda ponderar sobre a utilização no SUS da classificação CID-10 em concorrência com a prática do DSM-5, o que traz questões relevantes sobre a precisão na equivalência de classificação dos transtornos e a possível dificuldade do profissional em diagnosticar.

A proporção de casos entre meninos e meninas encontrada no país e nas regiões segue o referido na literatura, no qual essa proporção é de 4:1 (MAIA *et al.*, 2018; PAULA *et al.*, 2011b; CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Em meninos, a faixa etária com diagnóstico mais frequente foi a de 1-6 anos, porém com diferenças quando avaliada segundo o tipo de habilitação do CAPS. O estudo mostrou que a partir dos 13 anos, de forma geral, pessoas do sexo feminino apresentaram uma proporção maior de diagnósticos comparadas a idades mais novas e que a tendência de crescimento foi significativa. Este achado sinaliza para um diagnóstico possivelmente mais tardio para as meninas e necessita de estudos mais detalhados. Uma possível hipótese para este achado pode ser um comportamento social mais retraído esperado para crianças do sexo feminino, o que por sua vez conduziria a um diagnóstico tardio, por ocasião da adolescência. O estudo de Ceballos (CEBALLOS *et al.*, 2019) detectou transtornos em meninas em idades mais velhas, mas estas tenderiam a apresentar transtornos principalmente de ansiedade e depressão. A elevada proporção de TGD não especificada impossibilita saber se os diagnósticos “outros transtornos globais e não especificados do desenvolvimento” poderiam ganhar mais expressão.

A alta proporção de demanda espontânea pela busca do serviço encontrada no estudo é corroborada nos achados de Felix e Santos (FÉLIX; SANTOS, 2016) e traz questões relativas à organização da rede de atenção, já que seria esperado um encaminhamento predominantemente oriundo da atenção básica. Este aspecto torna-se altamente relevante, visto que é necessária uma avaliação da funcionalidade da pessoa, de forma a estabelecer as intervenções apropriadas e o nível hierárquico da rede de serviços do SUS que contemple esta necessidade (TAMANAHHA *et al.*, 2013). Uma possível explicação seria a de que estas crianças estariam sendo diagnosticadas em consulta particular e buscariam a continuidade do cuidado dentro dos CAPS. Essa hipótese, contudo, precisa ser avaliada em novos estudos.

Também foi expressiva a proporção de pacientes cuja origem foi a atenção básica, achado esperado considerando que esta é a principal porta de entrada no SUS e ordenadora da atenção (BRASIL, 2015).

O estudo mostrou que dentre as categorias profissionais existentes, as mais frequentes foram o Terapeuta Ocupacional e o Psicólogo Clínico, e no CAPSi, também o Fonoaudiólogo, sendo este último importante para o diagnóstico diferencial dos transtornos de linguagem. Considerando que foram incluídos apenas os CAPS com informação de atendimento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TGD, o estudo suscita questões sobre a adequação dos procedimentos realizados e a suficiência e diversidade de profissionais necessários ao projeto terapêutico. Apesar da maioria dos pacientes com TGD serem atendidos no CAPSi, 26,8% estão sob cuidados de outros tipos de CAPS, o que não seria esperado, já que não são específicos para crianças e possuem um quadro diferenciado de profissionais, informação relevante, considerando-se que a equipe multiprofissional é importante para o diagnóstico mais acurado (KLIN *et al.*, 2005) e qualifica todo o acompanhamento do paciente. Cabe destacar que os profissionais não são exclusivos para portadores destes transtornos, sendo o atendimento compartilhado com transtornos de outras naturezas. O atendimento de crianças e adolescentes com TGD fora do CAPSi pode refletir problemas de referenciamento bem como logística de acesso entre município de residência e local do atendimento. Um mapeamento destes fluxos não foi previsto no estudo, mas é uma análise que deve ser explorada. O atendimento dos casos de TGD no CAPS AD III e somente nas regiões Sudeste e Sul é um achado que merece estudo local para elucidar este cenário.

Dentre as especialidades profissionais, é necessário estudos que avaliem se o enfoque clínico da prática contempla a abrangência necessária à avaliação das funcionalidades cognitivas do TGD e se o plano terapêutico tem sido coerente em relação aos procedimentos informados no SUS. As intervenções de tratamento utilizadas fazem parte de uma discussão atual baseada em evidência sobre quais seriam as mais adequadas (LINDGREN; DOOBAY, 2011; DDMDMH, [S.d.]). Embora sejam apontadas as intervenções de base comportamental com uma evidência mais forte (LINDGREN; DOOBAY, 2011), também é posto que a falta de rigor metodológico dos estudos pode comprometer estas análises (DDMDMH, [S.d.]). Um estudo das revisões sistemáticas Cochrane sobre intervenções para TEA mostrou que estas carecem de qualidade na evidência, mas que ainda assim,

revisões com baixo e muito baixo nível de evidência indicam que intervenções comportamentais precoces, acupuntura, musicoterapia, intervenções precoces mediada pelos pais, grupos de habilidades social e o modelo cognitivo da teoria da mente parecem ter algum benefício nestes pacientes com a vantagem de não estarem associados a nenhum efeito adverso (LYRA *et al.*, 2017).

Os procedimentos ambulatoriais realizados nos CAPS para estes pacientes apresentaram uma concentração de “atendimento em grupo de paciente” e “atendimento individual de paciente”. A baixa proporção de procedimentos de reabilitação pode estar associada a concepções teóricas diferentes que perpassam a política pública para o autismo no Brasil, com diferentes diretrizes de cuidado: o reconhecimento do autismo como um transtorno mental é inerente ao campo de cuidados da atenção psicossocial, por outro lado, a concepção do autismo como uma deficiência leva a um modelo propositivo de tratamento através da reabilitação (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Assim, a falta de consenso entre a concepção destes modelos pode, em parte, explicar a baixa proporção de procedimentos de reabilitação. Porém, apenas uma avaliação num nível local possibilitaria esclarecer este cenário, considerando-se que as metodologias terapêuticas não são estabelecidas como protocolos de tratamento. Cabe ainda ponderar se o rol de procedimentos descritos na tabela de procedimentos do SUS é suficiente para os cuidados necessários a estes pacientes, pois, diante da escassez de opções, outras atividades poderiam estar sendo lançadas como atendimentos em grupo ou individual. Soma-se a isto as intervenções apontadas na revisões sistemáticas Cochrane que não fazem parte do rol dos procedimentos impossibilitando mensurar se estas práticas são realizadas nestes espaços (LYRA *et al.*, 2017).

O desequilíbrio identificado entre as categorias profissionais que estão nestes serviços também pode parcialmente explicar a baixa proporção de alguns procedimentos, o que pode refletir no plano terapêutico. Apesar do reconhecimento da importância do trabalho multidisciplinar (KLIN *et al.*, 2005; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015), a ausência de critérios explícitos e de metodologias terapêuticas (OLIVEIRA *et al.*, 2017) possivelmente se reflete nos procedimentos ofertados no SUS.

Vale ressaltar que este estudo é inédito pois utiliza as informações dos Registro de Ações Ambulatoriais e do SCNES para discutir perfil de crianças e adolescentes com transtorno do desenvolvimento global atendidas nos CAPS, por número de casos,

tipo de CAPS, composição de equipes profissionais e procedimentos ofertados. O estudo traz também a necessidade de se discutir o atendimento nos CAPS, sob a perspectiva de se oferecer um trabalho multiprofissional, e de monitorar e avaliar como isto se reflete nos procedimentos informados no SUS. A carência de profissionais especialistas na rede, a conduta inapropriada quanto à avaliação, ao diagnóstico e ao encaminhamento para o tratamento pode ser compreendida como barreiras de acesso ao tratamento da criança (FÉLIX; SANTOS, 2016). Por fim, espera-se que este estudo estimule a utilização do banco de dados da atenção psicossocial para fins de estudo e como apoio a gestão.

Conclusão

O atendimento de crianças e adolescentes com TGD deve ser realizado no CAPSi, o qual prevê equipe multiprofissional, importante para qualificar o diagnóstico e prover um plano terapêutico adequado. São necessários estudos que busquem esclarecer o motivo de algumas crianças e adolescentes com TGD estarem sendo atendidas em outros tipos de CAPS bem como a predominância da demanda espontânea por estes serviços, o grande número de registros identificados em crianças menores de um ano e os porquês de um diagnóstico mais tardio em crianças do sexo feminino. Os procedimentos realizados apontam para a necessidade de estabelecer parâmetros que possibilitem avaliar se estes estão adequados a um plano terapêutico.

Monitorar e avaliar os procedimentos realizados nos CAPS é fundamental para discutir se as ações prestadas estão consoantes com as necessárias para o desenvolvimento da autonomia, reinserção social e a reabilitação dos pacientes com TGD.¹

Referências

- BAXTER, A. J. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, v. 45, n. 3, p. 601–613, fev. 2015.
- BOSL, W. J.; TAGER-FLUSBERG, H.; NELSON, C. A. EEG Analytics for Early Detection of Autism Spectrum Disorder: A data-driven approach. *Scientific Reports*, v. 8, n. 1, dez. 2018. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/s41598-018-24318-x>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria 336*. Estabelece as modalidades de serviço dos Centros de Atenção Psicossocial, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

_____ *Portaria 3.088*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 23 dez. 2011.

_____ *Sobre os novos procedimentos de CAPS*. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>>, 2013

_____ *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____ *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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>.

_____ *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CEBALLOS, G. Y. et al. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 2, p. 138–147, abr. 2019.

CHRISTENSEN, D. L. et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR. Surveillance Summaries*, v. 65, n. 3, p. 1–23, 1 abr. 2016.

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES OF THE MISSOURI DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH. *Autism Spectrum Disorders: Guide to Evidence-Based Interventions*. [S.l.]: Division of Developmental Disabilities of the Missouri Department of Mental Health, [S.d.]. Disponível em: <<https://www.issuelab.org/resource/autism-spectrum-disorders-guide-to-evidence-based-interventions.html>>.

ELSABBAGH, M. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: Global epidemiology of autism. *Autism Research*, v. 5, n. 3, p. 160–179, jun. 2012.

FÉLIX, L. B.; SANTOS, M. F. S. Infância e Atenção Psicossocial. *ECOS*, v. 6, n. 1, p. 36–50, 2016.

FERREIRA, C. M. B. Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais. *Ciência e Cultura*, v. 65, n. 4, p. 16–17, 2013.

FOMBONNE, E. Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, v. 65, n. 6, p. 591–598, 2009.

- FOMBONNE, E. Editorial: The rising prevalence of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 59, n. 7, p. 717–720, jul. 2018.
- HAASE, V. G.; JÚLIO-COSTA, A. Como driblar a ilusão dos números? o bom uso de testes neuropsicológicos. In: *Compêndio de testes neuropsicológicos: atenção, funções executivas e memória*. 2a ed. São Paulo: Hogrefe, 2018.
- KLIN, A. et al. Clinical evaluation in autism spectrum disorders: psychological assessment within a transdisciplinary framework. In: Volkmar F, Paul R, Klin A, Cohen D, editors. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3. ed. New York: Wiley, 2005. v. 2.
- KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. Supl I, p. S3-11, 2006.
- LI, G. et al. Early Diagnosis of Autism Disease by Multi-channel CNNs. In: SHI, Y.; SUK, H.-I.; LIU, M. (Org.). *Machine Learning in Medical Imaging*. Cham: Springer International Publishing, 2018. v. 11046. p. 303–309. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-00919-9_35>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- LINDGREN, S.; DOOBAY, A. *Evidence-Based Interventions for Autism Spectrum Disorders*. . [S.l.]: The University of Iowa, 2011.
- LYRA, L. et al. *What do Cochrane systematic reviews say about interventions for autism spectrum disorders?* Sao Paulo Medical Journal, v. 135, n. 2, p. 192–201, abr. 2017.
- MAIA, F. A. et al. Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controlado no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- OLIVEIRA, B. D. C. et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 707–726, jul. 2017.
- OMS. *Cid-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Edusp, 1996.
- OZONOFF, S. et al. A Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 49, n. 3, p. 256- 66.e1–2, mar. 2010.
- PARASMO, B.; LOWENTHAL, R.; PAULA, C. S. Autism spectrum disorders: prevalence and service use in four Brazilian regions. International Conference on Autism in Adult Life: Science, Society and Reality. São Paulo. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 42, n. Supplement 1, 2015. Disponível em: <<http://docplayer.net/1704074-International-conference-of-autism-in-adult-life-science-society-and-reality-archives-of-revista-de-psiquiatria-clinica.html>>.

- PAULA, C. F. et al. Conceituação do transtorno do Espectro Autista: definição e epidemiologia. In: *Autismo. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica*. São Paulo: Hogefre, 2017.
- PAULA, C. S. et al. Autism in Brazil - perspectives from science and society. *Rev Assoc Med Bras*, v. 57, n. 1, p. 2–5, 2011a.
- PAULA, C. S. et al. Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 41, n. 12, p. 1738–1742, dez. 2011b.
- PEDERSEN, A. L. et al. DSM Criteria that Best Differentiate Intellectual Disability from Autism Spectrum Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, v. 48, n. 4, p. 537–545, ago. 2017.
- R CORE TEAM. A language and environment for statistical computing. n. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2013. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>.
- ROSNER, B. *Fundamentals of biostatistics*. 8th edition ed. Boston, MA: Cengage Learning, 2016.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, jun. 2011.
- TAMANAHAN, A. C. et al. *Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. São Paulo: SEDPcD, 2013. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/>>.
- WHO. *ICD-XI International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.
- YANG, J. et al. Peptidome Analysis Reveals Novel Serum Biomarkers for Children with Autism Spectrum Disorder in China. *PROTEOMICS - Clinical Applications*, v. 12, n. 5, p. 1700164, set. 2018.

Nota

¹ J.G. Tomazelli participou do delineamento do estudo, aquisição e da análise dos dados, redação e revisão crítica do texto. C.S. Fernandes participou da interpretação dos resultados e revisão crítica do texto. Todos os autores aprovaram a versão final, assumindo a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Abstract

Psychosocial Care Centers and the profile of pervasive developmental disorder cases in Brazil, 2014-2017

The study describes the profile of children and adolescents with pervasive developmental disorders (PDD) attended at the Psychosocial Care Centers (CAPS) and professionals from these establishments in Brazil and regions. It uses data from the Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA/SUS) and the National System of Health Establishments System (SCNES) in 2014-2017. The SIA/SUS was deterministically linked with the SCNES, based on the establishment number. TGD cases were individualized using a variable coded SUS card. 18,852 diagnoses of PDD were recorded in CAPS, most of them by spontaneous demand, 73.2% performed in CAPSi, 50.3% in the age group of 1-6 years old, 80% male and highest proportions of females over 13 years ($p < 0.001$). PDD was not specified in 54.3% of the diagnoses; Childhood autism was the most common PDD (27.2%). Professional teams vary by CAPS type; Procedures of communicative practices and psychosocial rehabilitation were not expressive (10.3%). It was concluded that studies are necessary to clarify a high spontaneous demand, understands treatment outside CAPSi and to define parameters to evaluate if the procedures has used are appropriated for the therapeutic project and possibilities monitoring and evaluate the care of people with TGD.

► **Keywords:** Developmental Disabilities; Autism Spectrum Disorder; Mental Health Services; Unified Health System; Epidemiology, Descriptive.

