



## ATENÇÃO À PESSOA COM TEA NOS PLANOS E CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

### ATTENTION TO PEOPLE WITH ASD IN MUNICIPAL HEALTH PLANS AND CONFERENCES: A DOCUMENTARY ANALYSIS

Kamila Sartori<sup>1</sup>

Victoria Beatriz Trevisan Nóbrega Martins Ruthes<sup>2</sup>

Gustavo Selenko de Aquino<sup>3</sup>

Gisele Weissheimer Kaufmann<sup>4</sup>

Neila Santini de Souza<sup>5</sup>

Verônica de Azevedo Mazza<sup>6</sup>

**Resumo:** Os conselhos e conferências de saúde constituem mecanismos de governança participativa, democratização da gestão e promoção da legitimidade e equidade das políticas públicas. O objetivo foi analisar as metas/propostas de atenção à Pessoa com TEA nos planos e Conferências Municipais de Saúde da região de Curitiba. Trata-se de pesquisa documental qualitativa, que utilizou documentos oficiais municipais, analisados por categorização temática. Foram identificadas 54 metas/propostas em 12 municípios, sendo que dois não apresentaram conteúdo relacionado à temática. O número de conselheiros de saúde variou, porém apenas quatro apresentaram representantes de pessoas com TEA. Emergiram duas categorias, evidenciando a presença desigual da pauta do TEA no planejamento municipal, com ênfase na organização da rede, ampliação de serviços, rastreamento precoce, qualificação profissional, mapeamento de demandas e acessibilidade. O estudo contribui para o debate sobre o fortalecimento de processos participativos e a ampliação das agendas voltadas ao TEA, além de qualificar a conversão das propostas em respostas efetivas no âmbito local.

**Palavras-chave:** Conferências de Saúde; Conselhos de Saúde; Participação da Comunidade; Política de Saúde; Transtorno do Espectro Autista.

**Abstract:** Health councils and conferences constitute mechanisms for participatory governance, democratization of management, and promotion of the legitimacy and equity of public policies. The objective was to analyze the goals/proposals for the care of people with ASD in the Municipal Health Plans and Conferences of the Curitiba region. This is a qualitative documentary research, which used official municipal documents, analyzed through thematic categorization. Fifty-four goals/proposals were identified in 12 municipalities, two of which did not present content related to the theme. The number of health council

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná. Residente de Enfermagem pela Escola de Saúde Pública, São José dos Pinhais, Paraná, Brasil. Email: [kamisartori05@gmail.com](mailto:kamisartori05@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Complexo de Ensino Superior do Brasil, Curitiba, Paraná, Brasil. Email: [victoriabeatrizmartins@gmail.com](mailto:victoriabeatrizmartins@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Enfermeiro no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH, Curitiba, Paraná, Brasil. Email: [gustavodeaquino@gmail.com](mailto:gustavodeaquino@gmail.com)

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Enfermeira no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH, Curitiba, Paraná, Brasil. Email: [gisele.weissheimer@gmail.com](mailto:gisele.weissheimer@gmail.com)

<sup>5</sup> Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: [neilasantini25@gmail.com](mailto:neilasantini25@gmail.com)

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. Email: [mazzas@ufpr.br](mailto:mazzas@ufpr.br)



members varied, but only four had representatives of people with ASD. Two categories emerged, highlighting the unequal presence of the ASD agenda in municipal planning, with emphasis on network organization, expansion of services, early screening, professional qualification, mapping of demands, and accessibility. The study contributes to the debate on strengthening participatory processes and expanding agendas focused on ASD, as well as improving the conversion of proposals into effective responses at the local level.

**Keywords:** Health Conferences; Health Councils; Community Participation; Health Policy; Autism Spectrum Disorder.

## 1 Introdução

A estimativa era de que, em 2021, cerca de 1 em cada 127 pessoas no mundo apresentasse autismo. No Brasil, os resultados do Censo Demográfico 2022 identificaram 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o que corresponde a 1,2% da população residente. O TEA é definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como um conjunto de condições caracterizadas por diferentes graus de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, além de padrões restritos e repetitivos de interesses e atividades (WHO, 2025).

Os primeiros sinais surgem na infância e tendem a persistir na adolescência e na vida adulta. O comprometimento intelectual é variável, de modo que algumas pessoas com TEA conseguem viver de forma independente, enquanto outras necessitam de apoio e cuidados ao longo de toda a vida (WHO, 2025).

Quando o diagnóstico é realizado, especialmente na infância, os familiares podem vivenciar reações emocionais diversas, cuja intensidade e repercussões variam conforme o contexto, os recursos disponíveis e a rede de apoio existente. Em algumas situações, esse processo pode gerar sentimentos de despreparo e exigir reorganização da dinâmica familiar, com repercussões sobre a identidade, o funcionamento e a estrutura da família (Silva; Alves, 2021).

A família ocupa posição importante no contexto do diagnóstico do TEA em crianças, pois é nesse ambiente que ocorrem as primeiras experiências, desde os vínculos emocionais até a construção das primeiras relações sociais, influenciando as interações familiares. Ressalta-se que essa construção social está intimamente associada ao desenvolvimento social, intelectual e emocional de seus membros (Anjos; Moraes, 2021).

O diagnóstico do TEA em crianças pode impor uma carga emocional significativa às famílias e aos cuidadores. Cuidar de crianças com necessidades específicas pode ser exigente, especialmente em contextos nos quais o acesso aos serviços e ao apoio é



inadequado. Nesses casos, o diagnóstico pode acarretar mudanças importantes e estresse na vida familiar (Chaim *et al.*, 2019).

Estressores familiares estão associados a piores desfechos socioemocionais infantis; por outro lado, quando os eventos estressores diminuem e existe suporte social percebido, observa-se melhor ajuste psicológico das crianças e maior resiliência familiar (Hosokawa; Katsura, 2024). Em paralelo, as exigências de cuidado recaem desproporcionalmente sobre as mães e impactam a participação feminina no mercado de trabalho, indicando a necessidade de redes e políticas de apoio para reorganização familiar. Reforça-se que apoiar cuidadores é uma das condições essenciais para o desenvolvimento na primeira infância.

O suporte social pode ser fortalecido quando a família apresenta maior fluência na aquisição de informações fidedignas sobre políticas públicas, as quais desempenham papel fundamental na garantia do acesso ao acompanhamento ininterrupto dessas pessoas e de seus familiares (Alencar *et al.*, 2025). Portanto, o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional têm promovido marcos normativos e ações voltadas à ampliação do cuidado, da inclusão e da garantia de direitos das pessoas com TEA e de suas famílias (Brasil, 2023b).

No Brasil, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008) não foi formulada especificamente para o TEA, mas para o público-alvo mais amplo da educação especial, incluindo estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nesse escopo, o autismo foi incluído entre os transtornos globais do desenvolvimento. Posteriormente, foi aprovada a Lei nº 12.764/2012 (Brasil, 2012b), conhecida como Lei Berenice Piana, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabeleceu que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Desde a década de 1990, diversos países vêm fortalecendo mecanismos de governança participativa e controle social no campo da saúde, reconhecendo que a participação comunitária melhora a legitimidade das políticas, a equidade e a responsividade dos sistemas de saúde. Os conselhos e conferências locais de saúde representam estratégias fundamentais para o engajamento público no planejamento, implementação e monitoramento das políticas, promovendo responsabilidade e democratização da gestão em saúde (Kujawa *et al.*, 2023).

Este estudo se justifica devido à necessidade da participação social de pessoas envolvidas com a temática do TEA para possibilitar a inclusão de normativas ou diretrizes



que possam responder às necessidades dessa população, na maioria das vezes discutidas e/ou criadas nas Conferências de Saúde, que contribuem para o fortalecimento da atenção à saúde das crianças com TEA, com vistas a garantir seus direitos instituídos nas políticas públicas para auxiliar as famílias na promoção do desenvolvimento infantil.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as metas/propostas de atenção à pessoa com TEA nos Planos e Conferências Municipais de Saúde.

## 2 Método

### 2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin (1988), que teve como foco identificar e analisar as diretrizes voltadas à atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em documentos oficiais de gestão municipal.

Optou-se pela pesquisa documental pois os planos municipais de saúde e relatórios de conferências constituem registros institucionais das prioridades e direcionamentos formais adotados pelos municípios, permitindo examinar como a temática é incorporada no planejamento local e no processo participativo de formulação de políticas.

O estudo contemplou os 14 municípios pertencentes ao Núcleo Urbano Central da Região Metropolitana de Curitiba, adotado neste estudo como recorte regional-intencional. A escolha desse conjunto municipal justifica-se por se tratar de uma área de elevada integração territorial, administrativa e assistencial, marcada por intensa articulação metropolitana e concentração populacional, o que favorece a análise comparativa de como diferentes gestões municipais incorporam diretrizes relacionadas ao TEA em seus instrumentos oficiais de planejamento e deliberação.

Não se tratou de amostra probabilística, mas de delimitação regional e institucional previamente definida, considerada analiticamente pertinente por reunir municípios submetidos a dinâmicas urbanas e de gestão pública interdependentes.

A redação do manuscrito foi orientada pelos *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR), com a finalidade de ampliar a transparência e a completude do relato metodológico.



## 2.2 Contexto e recorte temporal do corpus

A busca e coleta dos documentos foram realizadas entre julho de 2023 e julho de 2024. Esse recorte temporal foi definido considerando, a vigência do ciclo quadrienal dos Planos Municipais de Saúde (2022–2025) e o período de realização das Conferências Municipais de Saúde relacionadas ao processo ascendente de planejamento em saúde ocorrido entre 2021 e 2023. Essa delimitação permitiu examinar documentos recentes e institucionalmente válidos, possibilitando observar a incorporação de propostas relacionadas à atenção à pessoa com TEA e à saúde da pessoa com deficiência no planejamento e nas deliberações municipais.

## 2.3 Coleta de dados e critérios de elegibilidade

A localização dos documentos ocorreu de forma sistematizada e padronizada. Inicialmente, foram consultados os portais eletrônicos oficiais das prefeituras municipais. Em seguida, acessaram-se, quando disponíveis, as páginas específicas das Secretarias Municipais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, dos Portais de Transparência e dos Diários Oficiais Eletrônicos. Em cada ambiente institucional, a busca foi realizada por navegação manual nas abas e seções relacionadas à gestão, planejamento, conferências e legislação, bem como pelo mecanismo interno de pesquisa do sítio eletrônico, quando existente.

Nos portais institucionais, foram utilizados termos de rastreamento relacionados ao objeto do estudo, como: “Plano Municipal de Saúde”, “Conferência Municipal de Saúde”, “Relatório Final”, “autismo”, “Transtorno do Espectro Autista”, “TEA”, “pessoa com deficiência”, “inclusão” e “saúde da pessoa com deficiência”. A utilização desses termos teve como finalidade localizar documentos oficiais pertinentes à temática de estudo. Para fortalecer a exaustividade da busca, o percurso de localização foi repetido por dois pesquisadores de forma independente, com registro em planilha com dados do município, portal consultado, documento localizado, situação de disponibilidade e necessidade de contato complementar. Quando o documento não estava disponível publicamente, realizava-se contato direto com as Secretarias Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, por e-mail institucional, solicitando o envio do material.

Dos documentos com necessidade de contato para acesso, a taxa de retorno das solicitações foi de aproximadamente 64% (n=9), o que permitiu complementar o corpus com documentos obtidos diretamente junto aos órgãos municipais. Encaminharam



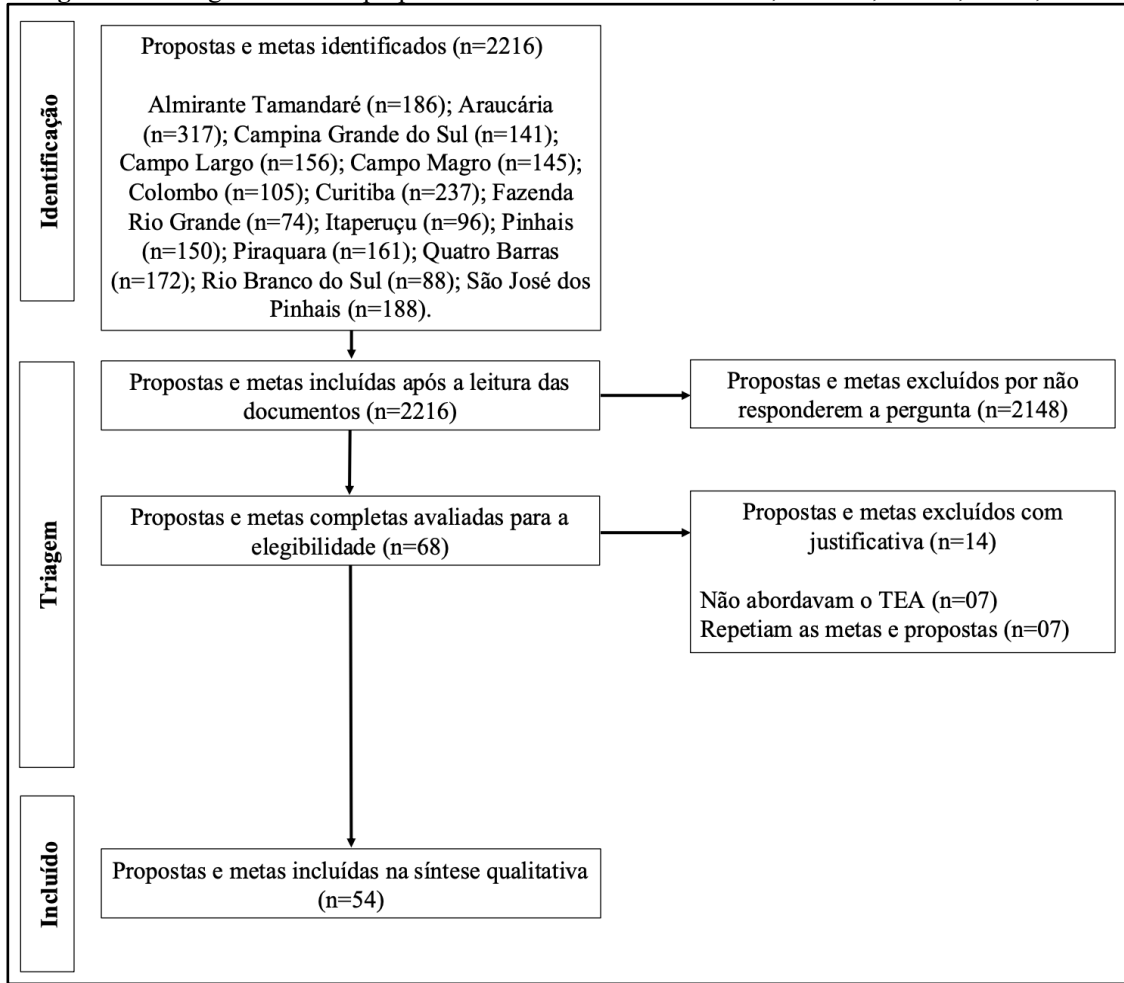
documentação complementar os municípios de Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Piraquara e Rio Branco do Sul. Permaneceram sem envio dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde os municípios de Campo Largo, Colombo, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu e Rio Branco do Sul, sendo incluídos, nesses casos, apenas os respectivos Planos Municipais de Saúde disponíveis.

Foram incluídos documentos oficiais emitidos entre 2021 e 2023, vigentes no período de coleta e contendo propostas, diretrizes ou menções programáticas relacionadas ao cuidado da pessoa com TEA ou à saúde da pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foram excluídos documentos anteriores a 2021 sem atualização vigente, documentos duplicados e materiais que não apresentavam menção direta a estratégias, ações, metas ou diretrizes relacionadas ao objeto do estudo. Quando o município não apresentava documentação disponível ou atualizada, mesmo após contato formal, era mantido no corpus com registro explícito da ausência documental, a fim de assegurar transparência no mapeamento.

Nos municípios em que se constatou a ausência dos relatórios das conferências, a análise limitou-se ao conteúdo formalmente registrado nos respectivos Planos Municipais de Saúde, o que inviabilizou o cotejamento entre o planejamento institucional e as deliberações decorrentes do processo participativo local. Desse modo, os achados referentes a esses municípios foram interpretados como expressão do planejamento documental disponível, não constituindo uma representação da totalidade da agenda municipal relacionada ao TEA.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos documentos foi organizado em quatro etapas: identificação inicial das fontes públicas, verificação de vigência e pertinência documental, leitura integral para elegibilidade e inclusão final por município. Para fins de transparência do percurso metodológico, elaborou-se um fluxograma de identificação, triagem e inclusão documental (Figura 1), contendo o número total de documentos localizados, triados, excluídos e incluídos na análise por município.

**Figura 1:** Fluxograma com as propostas e metas incluídas na revisão, Curitiba, Paraná, Brasil, 2025



Fonte: Os autores.

## 2.4 Extração e organização dos dados

Os dados foram extraídos por meio de um instrumento estruturado em planilha eletrônica, contendo as seguintes variáveis: título do documento, município, ano, tipo de documento (Plano Municipal de Saúde ou Relatório de Conferência Municipal de Saúde) e síntese da proposta ou meta identificada. A extração foi realizada de forma independente por dois pesquisadores.

Previamente à extração definitiva, os pesquisadores alinharam os critérios de elegibilidade e os campos do instrumento, de modo a padronizar o entendimento sobre o que seria considerado proposta, meta ou diretriz relacionada ao objeto do estudo. Após a extração, as divergências foram comparadas entre os registros, discutidas por consenso e, quando persistentes, submetidas à apreciação de uma terceira revisora, orientadora do estudo, para deliberação final. Esse procedimento buscou fortalecer a consistência



analítica, a rastreabilidade das decisões e a confiabilidade do processo de extração dos dados.

## 2.5 Análise dos dados

Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme o referencial de Bardin (1988), compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretação.

Na pré-análise, realizou-se leitura flutuante e leitura exaustiva do corpus, com definição das unidades de contexto e das unidades de significado. As unidades de contexto corresponderam aos documentos municipais na íntegra, enquanto as unidades de significado corresponderam aos excertos textuais que continham metas, propostas, diretrizes, ações ou menções programáticas relacionadas à atenção à pessoa com TEA ou à saúde da pessoa com deficiência, desde que vinculadas ao planejamento, ao acesso, à inclusão ou à organização do cuidado.

Na etapa de exploração do material, procedeu-se à codificação manual dos excertos selecionados, com atribuição inicial de códigos descritivos de baixa inferência, construídos a partir do conteúdo manifesto dos documentos. Não foram adotadas categorias temáticas prévias. O processo analítico seguiu lógica indutiva, de modo que os códigos foram progressivamente agrupados por proximidade semântica e convergência de conteúdo, formando núcleos temáticos intermediários, posteriormente consolidados em categorias analíticas finais.

O movimento analítico ocorreu, portanto, em etapas sucessivas: identificação dos excertos de interesse, atribuição de códigos iniciais, agrupamento desses códigos em conjuntos temáticos intermediários e consolidação das categorias finais. Esse percurso permitiu avançar de registros descritivos do conteúdo documental para eixos interpretativos mais abrangentes, preservando a vinculação com o material empírico original.

Na etapa de tratamento e interpretação, as categorias resultantes foram examinadas à luz do objetivo do estudo, do contexto das políticas públicas e da literatura pertinente. A auditoria cruzada entre os pesquisadores teve a finalidade de revisar a coerência entre excertos, códigos e categorias, reavaliar trechos ambíguos e refinar as fronteiras interpretativas entre categorias próximas. Adicionalmente, os resultados parciais e as interpretações preliminares foram discutidos em reuniões do grupo de



pesquisa ao qual os autores estão vinculados, não como forma de validação externa, mas como estratégia de refinamento analítico, revisão de classificações e fortalecimento da consistência interpretativa dos achados.

## 2.6 Aspectos éticos

Por se tratar de análise de documentos públicos e de domínio institucional, sem envolvimento direto de seres humanos, a pesquisa está dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta estudos em Ciências Humanas e Sociais. Ainda assim, foram respeitados os princípios de integridade científica, rastreabilidade dos dados e citação das fontes institucionais utilizadas.

## 3 Resultados

Foram identificadas 54 metas/propostas nos documentos dos 14 municípios analisados, sendo que 2 municípios não apresentaram conteúdo relacionado à temática investigada (Quadro 1). As propostas concentraram-se em São José dos Pinhais (n=17), Quatro Barras (n=09), Araucária, Curitiba e Fazenda Rio Grande (n=06), Campina Grande do Sul, Pinhais e Piraquara (n=02) e Campo Magro, Colombo, Itaperuçu e Rio Branco do Sul (n=01). Os municípios de Almirante Tamandaré e Campo Largo não apresentaram metas ou propostas relacionadas à temática no corpus documental analisado.

Entre os municípios analisados, o número de conselheiros de saúde variou de 7 a 36 representantes. Curitiba apresentou o maior número (n=36), seguida de Campo Largo (n=23), Araucária (n=19) e Almirante Tamandaré, Fazenda Rio Grande, Piraquara, Pinhais e São José dos Pinhais (n=16 cada). Em seguida temos Quatro Barras (n=11), Rio Branco do Sul (n=8) e Itaperuçu (n=7). Nos municípios de Campina Grande do Sul, Campo Magro e Colombo o número não foi disponibilizado.

Quanto à representatividade de pessoas com TEA nos Conselhos Municipais de Saúde, apenas quatro municípios possuem conselheiros representantes dessa população: Campo Largo (n=8), Araucária (n=2), Curitiba e São José dos Pinhais (n=1 cada).

**Quadro 1: Propostas/Metas incluídas na revisão. Curitiba, Paraná, Brasil, 2025**

ID	DOCUMENTO	LOCAL	PROPOSTA
P1	Proposta	Araucária	Implantar na APS instrumentos de detecção precoce de riscos para o desenvolvimento infantil (inclui TEA).
P2	Meta	Curitiba	Manter nas UBSs a detecção precoce de riscos para desenvolvimento infantil (inclui TEA).
P3	Meta	São José dos Pinhais	Instituir Protocolo M-Chat em crianças até dois anos de idade.
P4	Proposta	Araucária	Integrar os pontos de atenção da RAS na Linha de Cuidado à pessoa com TEA.
P5	Proposta	Campo Magro	Garantir a linha de cuidados para atenção às pessoas com TEA e suas famílias.
P6	Proposta	Campina Grande do Sul	Avaliar os medicamentos Sertralina e Escitalopram para o TEA.
P7	Proposta	São José dos Pinhais	Ampliar e liberar medicações para o TEA.
P8	Proposta	Curitiba	Realizar ações em saúde voltadas para facilitar o acesso das famílias às informações relevantes para o cuidado das crianças com TEA.
P9	Meta	Quatro Barras	Ampliar a atenção às pessoas com deficiência, TEA e outros transtornos.
P10	Proposta	Curitiba	Investir em ações de assistência às crianças e adolescentes com TEA, através de Linhas de Cuidado e ampliação de ofertas de serviços.
P11	Proposta	Curitiba	Investir na ampliação e aprimoramento de serviços de assistência à população com TEA, através de fortalecimento de políticas públicas intersetoriais.
P12	Proposta	Quatro Barras	Regulamentar a Lei Municipal nº1426/2021 de proteção dos direitos da pessoa com TEA.
P13	Proposta	Quatro Barras	Contratar profissionais de saúde para a oferta das terapias necessárias aos pacientes com autismo.
P14	Meta	Quatro Barras	Aumentar a contratação de Profissionais Psicólogos para atendimento da demanda de pacientes com TEA.
P15	Proposta	São José dos Pinhais	Implantar mais Programas de Saúde da Criança, com aumento de especialidades para atender a demanda estadual, ampliando os atendimentos às crianças com autismo, aumentando o número de profissionais capacitados, além da ampliação da realização de exames e consultas com especialidades.
P16	Proposta	Quatro Barras	Criar equipe multidisciplinar para identificar de forma precoce o TEA.
P17	Proposta	Araucária	Incluir no texto do Projeto de Equoterapia da PMA a oferta da especialidade para pessoas com deficiência, independentemente da idade cronológica.
P18	Meta	São José dos Pinhais	Garantir atendimento nutricional especializado para pacientes com TEA.
P19	Proposta	Pinhais	Destacar a necessidade de atenção às especialidades em TEA, dentro das Unidades de Saúde.
P20	Proposta	Campinha Grande do Sul	Criar e manter espaços terapêuticos voltados ao atendimento da pessoa com TEA.



P21	Proposta	São José dos Pinhais	Implantar ou financiar a construção de novos hospitais (média e alta complexidade) com criação de setores de orientação aos pais de crianças autistas.
P22	Meta	São José dos Pinhais	Abrir a Clínica Azul, para atendimento especializado em TEA, com equipe multiprofissional.
P23	Meta	São José dos Pinhais	Implantação da carteirinha de identificação de pessoas com TEA.
P24	Meta	São José dos Pinhais	Priorizar o atendimento nas Unidades de Saúde e demais serviços das pessoas com Autismo no fornecimento da carteirinha do Autista.
P25	Meta	São José dos Pinhais	Instituir a Política de Inclusão das pessoas com Autismo, com fornecimento da carteirinha do Autista.
P26	Meta	São José dos Pinhais	Treinar e capacitar os profissionais da APS, e demais níveis de atenção, em diferentes temas incluindo TEA.
P27	Proposta	Araucária	Implantar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência
P28	Proposta	Curitiba	Ampliar, qualificar e diversificar estratégias na rede de atenção à saúde para as pessoas com deficiência intelectual com articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde e outros setores.
P29	Meta	Curitiba	Manter a atenção à Pessoa com Deficiência nas diversas redes de atenção.
P30	Meta	São José dos Pinhais	Implementar e Monitorar o Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência
P31	Meta	Piraquara	Implantar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.
P32	Meta	Quatro Barras	Implantar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.
P33	Meta	Quatro Barras	Aprimorar o monitoramento das notificações de violência e propor estratégias territoriais, considerando as condições de Pessoas com Deficiência.
P34	Meta	Quatro Barras	Fortalecer o cuidado em Rede para as Pessoas com Deficiência.
P35	Proposta	Araucária	Ofertar por meio de equipamentos, insumos e capacitação voltados à Pessoa com Deficiência.
P36	Meta	Colombo	Fortalecer o atendimento à Pessoa com Deficiência
P37	Proposta	Curitiba	Sugerir a criação de uma aba específica no <i>app</i> "Saúde Já" incluindo tutoriais que facilitem o acesso e uso para Pessoas com Deficiência.
P38	Proposta	Curitiba	Implementar no <i>app</i> "Saúde Já" informações de promoção, prevenção e autocuidado com funcionalidades para atender Pessoas com Deficiência.
P39	Proposta	Fazenda Rio Grande	Incluir e criar ações e estratégias voltadas para idosos e Pessoas com Deficiência.
P40	Meta	Pinhais	Intensificar as ações da equipe multiprofissional para a saúde da Pessoa com Deficiência.
P41	Meta	São José dos Pinhais	Implementar a linha de cuidado à Pessoa com Deficiência.
P42	Proposta	Fazenda Rio Grande	Priorizar atendimento especializado para Pessoas com Deficiências.
P43	Proposta	Fazenda Rio Grande	Realizar o geoprocessamento dos dados do E-SUS para identificação das Pessoas com Deficiência a partir do ano de 2022, para otimizar e implementar as políticas públicas.
P44	Proposta	Araucária	Realizar mapeamento das demandas da População com Deficiência.



P45	Meta	São José dos Pinhais	Cadastrar na Unidade Básica de Saúde todos os usuários com Deficiência da área de abrangência.
P46	Proposta	Fazenda Rio Grande	Elaborar e fortalecer projetos para inclusão de Pessoas com Deficiências.
P47	Meta	São José dos Pinhais	Traçar planos de ação referentes às políticas públicas para as Pessoas com Deficiência.
P48	Meta	Rio Branco do Sul	Realizar o plano de ação para atendimento à Política Nacional da Pessoa com Deficiência.
P49	Meta	São José dos Pinhais	Instituir a Comissão Permanente para a elaboração de políticas públicas afirmativas de saúde para a Pessoa com Deficiência.
P50	Meta	Itaperuçu	Implantar Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
P51	Meta	São José dos Pinhais	Viabilizar a criação de um Centro Integrado de Assistência à Pessoa com Deficiência extensivo à família.
P52	Proposta	Piraquara	Garantir e melhorar a acessibilidade em todos os serviços de saúde à Pessoa com Deficiência.
P53	Proposta	São José dos Pinhais	Garantir melhor acessibilidade para as Pessoas com Deficiência.
P54	Proposta	Quatro Barras	Estabelecer programas em educação permanente para os profissionais da saúde, servidores e conselheiros de saúde sobre Deficiências.

Fonte: Os autores.

A análise das 54 metas/propostas identificadas permitiu a construção de duas categorias empíricas: **Organizando a Rede de Atenção e Ampliando Ações e Mapeando Demandas e Qualificando Profissionais de Saúde.**

### 3.1 Organizando a Rede de Atenção e Ampliando Ações

Os documentos registram propostas para a necessidade de implantação na Atenção Primária à Saúde (APS) de instrumentos de detecção precoce de riscos para o desenvolvimento infantil, incluindo o TEA, como forma de identificar sinais iniciais e favorecer a intervenção oportuna (P1). Esse compromisso é reiterado pela manutenção da detecção precoce de riscos nas Unidades de Saúde, indicando a continuidade dessa vigilância como prática sistematizada (P2). Entre as estratégias específicas, destaca-se a instituição do protocolo M-CHAT para o diagnóstico precoce do autismo em crianças de até dois anos, propondo a adoção de um método padronizado de rastreamento (P3).

Além da detecção, os achados apontam para a integração dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na Linha de Cuidado à Pessoa com TEA, reforçando a articulação intersetorial e a continuidade do cuidado (P4). Do mesmo modo os documentos apontam o fortalecimento destas diretrizes para esta população pela garantia



de uma linha de cuidados integral para pessoas com TEA e suas famílias, abrangendo acompanhamento clínico, apoio psicossocial e ações educativas (P5).

No âmbito da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD), há múltiplas ações voltadas à sua implantação e ampliação. Identifica-se o compromisso com a implantação da rede de cuidados direcionada ao atendimento qualificado e integrado das pessoas com deficiência (P27), e com a ampliação, qualificação e diversificação das estratégias da rede, contemplando diferentes tipos de deficiência e promovendo maior integração entre os pontos de atenção e outros setores (P28). Há também a manutenção da atenção à PcD nas diversas redes (P29), e o monitoramento e implementação do Plano de Ação Estadual da Pessoa com Deficiência, com foco na ampliação e qualificação dos serviços (P30). A implantação formal da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência aparece reforçada em diversos planos (P31, P32), evidenciando uma diretriz recorrente e prioritária.

Outras iniciativas incluem o aprimoramento do monitoramento das notificações de violência por tipologia, com enfoque nas condições das pessoas com deficiência e articulação com a Vigilância em Saúde (P33), além do fortalecimento do cuidado em rede para as pessoas com deficiência, garantindo o início da reabilitação em tempo adequado para prevenir agravos e reduzir danos (P34). Por fim, identifica-se a diretriz de implementação da linha de cuidado à pessoa com deficiência como estratégia estruturante de organização e qualificação da atenção (P41).

Em relação aos medicamentos, os documentos registram propostas voltadas à avaliação do uso de psicotrópicos, como Sertralina e Escitalopram, no cuidado de pessoas com TEA (P6), bem como à ampliação da oferta e liberação de medicações destinadas ao tratamento de crianças autistas (P7). Embora essas proposições indiquem reconhecimento de demandas assistenciais presentes no território, seu conteúdo revela uma ênfase importante na resposta medicamentosa, a qual, isoladamente, não equivale à ampliação do cuidado integral em rede e requer articulação com acompanhamento multiprofissional, avaliação clínica individualizada e outras estratégias de cuidado.

No campo da ampliação e aprimoramento dos serviços assistenciais, há destaque para ações em saúde voltadas às famílias, com foco no acompanhamento do desenvolvimento infantil e em orientações sobre condições específicas da infância, como o TEA, de modo a facilitar o acesso à informação e ao cuidado (P8). Também se propõe fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante no cuidado às pessoas com deficiência e TEA (P9). A ampliação das ofertas assistenciais inclui o



investimento em ações de apoio às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, uso abusivo de drogas e TEA, por meio da criação de linhas de cuidado e aumento de serviços especializados (P10), bem como o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais para essa população (P11).

Entre as ações voltadas à oferta de especialidades, há propostas de contratação de profissionais de saúde via concurso público para garantir as terapias necessárias aos pacientes com autismo (P13) e de aumento do número de psicólogos para atender à crescente demanda (P14). Destaca-se ainda a implantação de novos programas de saúde da criança, com expansão de especialidades e capacitação de profissionais para melhorar o acesso a exames e consultas especializadas (P15). Há também a criação de equipes multidisciplinares destinadas à identificação precoce do TEA (P16), além da inclusão da equoterapia como modalidade terapêutica disponível para pessoas com deficiência, inclusive adultos com TEA (P17). O atendimento nutricional especializado é apontado como necessidade para pessoas com condições específicas, entre elas o autismo (P18), e há reforço para a presença de especialidades voltadas ao TEA nas Unidades de Saúde (P19).

Quanto à criação e manutenção de espaços terapêuticos e hospitalares, os documentos apresentam propostas de criação de locais voltados ao atendimento de pessoas com TEA e outras deficiências (P20), além da implantação ou financiamento de hospitais de média e alta complexidade com setor de orientação aos pais de crianças autistas durante o tratamento (P21). Também foi identificada a proposta de abertura da Clínica Azul, descrita como serviço especializado para TEA com equipe multiprofissional (P22). Em continuidade, o Centro Especializado em Reabilitação é mencionado como estrutura vinculada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, alinhado ao Plano Viver sem Limite (P50), e a criação de um Centro Integrado de Assistência à Pessoa com Deficiência é proposta como estratégia de atendimento multidisciplinar, com abrangência à família e possível parceria público-privada (P51).

Entretanto, tais proposições demandam leitura analítica cautelosa, pois a criação de serviços específicos ou hospitalares não representa, por si só, fortalecimento da perspectiva de cuidado em rede. Dependendo de sua forma de organização, essas iniciativas podem tanto ampliar o acesso quanto reforçar a concentração do cuidado em dispositivos especializados, com risco de fragmentação assistencial e menor articulação com a Atenção Primária à Saúde e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.



Ainda no eixo de ampliação e aprimoramento dos serviços, os planos preveem investimentos em equipamentos, insumos e capacitação profissional, priorizando métodos terapêuticos baseados em evidências (P35), e o fortalecimento do atendimento à pessoa com deficiência, gestantes e idosos (P36). Há também propostas voltadas à inclusão digital e acessibilidade, como a criação de uma aba específica no aplicativo “Saúde Já” com tutoriais adaptados para pessoas com deficiência e idosos (P37), além da implementação de funcionalidades de promoção, prevenção e autocuidado no mesmo aplicativo, permitindo acesso rápido às informações sobre serviços disponíveis (P38). Complementam essas diretrizes a criação de ações e estratégias voltadas às pessoas com deficiência e idosos (P39), a intensificação do trabalho da equipe multiprofissional voltada à saúde da pessoa com deficiência (P40) e a priorização do atendimento especializado para essa população nos diferentes níveis de atenção (P42).

Em conjunto, os achados desse núcleo evidenciam a presença de propostas voltadas à organização da atenção à pessoa com TEA e à pessoa com deficiência, abrangendo desde rastreamento precoce, linhas de cuidado e ampliação de profissionais até medicamentos, serviços especializados e recursos tecnológicos (P6–P42; P50–P51). Contudo, o conteúdo documental não é homogêneo em sua orientação assistencial: enquanto parte das propostas aponta para fortalecimento da rede e da articulação entre pontos de atenção, outras se concentram na ampliação de respostas especializadas e segmentadas, o que exige análise crítica quanto ao seu potencial de promover cuidado integral, coordenado e territorializado.

### **3.2 Mapeando Demandas e Qualificando Profissionais de Saúde**

No campo das políticas públicas, destaca-se a proposta de regulamentar a Lei Municipal nº 1426/2021, que institui a política de proteção dos direitos da pessoa com TEA, garantindo sua efetividade no município (P12). A partir dessa diretriz, há um conjunto de ações destinadas à implantação, monitoramento e fortalecimento de políticas inclusivas, como o geoprocessamento dos dados do e-SUS em articulação com o Cadastro Único, para identificação das pessoas com deficiência e criação de um banco de dados denominado “Pessoa com Deficiência em FRG”, destinado à otimização das políticas públicas (P43). Complementarmente, propõe-se o mapeamento das demandas da população com deficiência e a promoção de campanhas de conscientização e construção dos direitos dessas pessoas (P44).



A atenção também se volta ao cadastramento de todos os usuários com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde, de modo a assegurar a visibilidade e o acompanhamento integral dessa população (P45). Entre as estratégias de planejamento, destacam-se a elaboração e o fortalecimento de projetos de inclusão (P46), a formulação de Planos de Ação baseados nas portarias do Ministério da Saúde, garantindo coerência e viabilidade na execução das políticas (P47), e a realização do Plano de Ação Municipal alinhado à Política Nacional da Pessoa com Deficiência (P48). Também se propõe a instituição de uma Comissão Permanente no Conselho Municipal de Saúde, voltada à elaboração de políticas afirmativas em saúde para pessoas com deficiência (P49).

Outro eixo importante refere-se à carteirinha de identificação da pessoa com TEA, reconhecida como instrumento de cidadania e inclusão. Os documentos destacam a implantação da carteirinha de identificação (P23) e sua utilização como meio de garantir prioridade de atendimento nas unidades de saúde e demais serviços públicos, fortalecendo o princípio da equidade (P24). Além disso, propõe-se a instituição de uma política municipal de inclusão que assegure a emissão e o uso padronizado dessa carteirinha (P25).

As ações de capacitação profissional também ocupam lugar de destaque, com ênfase na formação contínua das equipes de saúde, utilizando diferentes tecnologias educacionais para preparar os profissionais da Atenção Primária e dos demais níveis de atenção para o cuidado às pessoas com deficiência auditiva, visual, autista e estrangeira, além da aplicação dos protocolos municipais em saúde (P26). De modo complementar, há a proposta de estabelecer programas de educação permanente voltados não apenas aos profissionais de saúde, mas também a servidores e conselheiros municipais, com foco específico nas temáticas relacionadas às deficiências (P54).

Por fim, os planos enfatizam a necessidade de ampliar a acessibilidade física e funcional nos serviços de saúde, garantindo que as pessoas com deficiência tenham acesso seguro e adequado a todos os ambientes e atendimentos (P52, P53).

De forma integrada, esse núcleo expressa o compromisso municipal com a qualificação das práticas de cuidado, o fortalecimento da formação profissional, a promoção da equidade e a consolidação de uma rede inclusiva, que assegure direitos, participação e acessibilidade às pessoas com TEA e demais deficiências (P12–P54).



#### 4 Discussão

Os documentos municipais analisados evidenciam que a temática do Transtorno do Espectro Autista (TEA) passou a compor, em diferentes intensidades, a agenda formal de parte dos municípios do Núcleo Urbano Central da Região Metropolitana de Curitiba. As propostas identificadas concentraram-se sobretudo em ações de rastreamento precoce, organização da Rede de Atenção à Saúde, ampliação de serviços especializados, formação profissional, regulamentação de políticas locais, implantação da carteirinha de identificação e mapeamento de demandas e acessibilidade. Contudo, por se tratar de análise documental, esses achados expressam prioritariamente o conteúdo formalizado nos instrumentos municipais de planejamento e deliberação, não permitindo inferir, por si sós, o grau de implementação das ações nem a ocorrência de participação social substantiva de pessoas com TEA ou de seus familiares nos processos decisórios.

Quanto à *Organizando a Rede de Atenção e Ampliando Ações*, os municípios de São José dos Pinhais, Araucária, Quatro Barras e Curitiba apresentaram mais propostas e metas voltadas para as pessoas com TEA, sendo São José dos Pinhais o que mais se destacou. O município possui 329.628 habitantes, dos quais 50.386 têm algum tipo de deficiência e 3.072 apresentam deficiência mental e/ou intelectual (IBGE, 2010).

Para todos os usuários do SUS, a Atenção Primária em Saúde constitui-se como a porta de entrada para o cuidado à população com autismo, sendo o local onde ocorrem o acolhimento, o acompanhamento do desenvolvimento e os encaminhamentos especializados (Araújo et al., 2024). Muitas das propostas apresentadas pelos municípios nas Conferências e Planos Municipais de Saúde reforçam essa centralidade da APS, ao propor a ampliação e o aprimoramento de serviços assistenciais.

No Brasil, as políticas públicas preconizam o diagnóstico precoce dos transtornos do neurodesenvolvimento (Brasil, 2018) e orientam que é na Atenção Básica que devem ocorrer as ações de rastreamento, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2012a). Esses princípios se articulam com as diretrizes estruturantes do SUS – descentralização, regionalização e participação social –, que favorecem a organização dos serviços conforme as necessidades e complexidades locais (Brasil, 2013).

A consolidação dessas políticas reflete o avanço gradual da assistência integral e humanizada às pessoas com TEA. Entre os fatores que contribuíram para esse progresso estão a Reforma Psiquiátrica, a transição epidemiológica e a evolução dos critérios



diagnósticos, acompanhadas pelo fortalecimento da capacitação das equipes multiprofissionais (Araújo et al., 2024). A identificação precoce de sinais do transtorno exige profissionais preparados para reconhecer manifestações do TEA, o que reforça a importância da formação qualificada desde o ensino em saúde, de modo a evitar o distanciamento entre teoria e prática (Brasil, 2014).

O TEA é um espectro que abrange manifestações diversas, variando de quadros leves a graves (APA, 2022). Com os avanços da ciência, compreende-se que atividades terapêuticas adequadas podem ampliar a autonomia e a convivência social das pessoas com TEA (Nascimento; Bitencourt; Fleig, 2021). Para tanto, são indispensáveis serviços especializados e equipes interdisciplinares voltadas à habilitação e reabilitação, considerando os comprometimentos de desenvolvimento impostos pelo transtorno (Brasil, 2023a). Essas ações são evidenciadas na proposta de ampliar a oferta de profissionais especializados e locais de atenção especializada.

Após o diagnóstico, os pais frequentemente enfrentam estágios de luto, passando por sentimentos de choque, negação e ansiedade até alcançar a reorganização familiar (Béliard; Ortega; Velpry, 2022). Nessa trajetória, torna-se essencial o suporte dos profissionais de saúde, por meio de orientações e apoio contínuo que auxiliem as famílias a transformar o ambiente doméstico em um espaço de desenvolvimento e aprendizado (Ruthes *et al.*, 2022).

Já a categoria *Mapeando Demandas e Qualificando Profissionais de Saúde* demonstra o fortalecimento das práticas de cuidado e a qualificação profissional emergindo como pilares das propostas analisadas. O avanço das políticas públicas voltadas às pessoas com TEA reflete a adoção de estratégias intersetoriais e de intervenções baseadas em evidências, voltadas à inclusão social e à melhoria da qualidade de vida (Araújo et al., 2024). Nesse contexto, as ações de regulamentação de políticas locais, formação profissional e uso de instrumentos de inclusão, como a carteirinha de identificação da pessoa com TEA, prevista na Lei nº 13.977/2020 expressam a tentativa de consolidar políticas de equidade e reconhecimento dos direitos dessa população (Brasil, 2020).

Um achado relevante deste estudo foi a identificação de representantes das pessoas com TEA nos Conselhos Municipais de Saúde em apenas quatro dos 14 municípios analisados: Campo Largo, Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais. Esse resultado evidencia que a presença institucionalizada desse segmento nos espaços formais de controle social ainda é restrita e desigual no território estudado. Em termos analíticos,



tal dado é central porque relativiza qualquer leitura automática de que a simples presença de metas e propostas sobre TEA em documentos municipais corresponda, necessariamente, à participação direta e efetiva das pessoas com TEA e de seus familiares na formulação dessas agendas.

A comparação entre representação específica nos conselhos e presença de propostas nos documentos reforça essa interpretação. Embora apenas quatro municípios tenham apresentado representantes das pessoas com TEA nos Conselhos Municipais de Saúde, 12 municípios registraram metas ou propostas relacionadas à temática no corpus documental analisado. Além disso, observa-se que Campo Largo, apesar de apresentar o maior número de representantes vinculados a essa população, não registrou metas ou propostas sobre TEA nos documentos analisados, ao passo que outros municípios sem representação específica identificada apresentaram proposições formais sobre o tema. Esses achados sugerem que representação institucional e inscrição documental da temática são dimensões relacionadas, porém não equivalentes: a presença de representantes não assegura, por si só, a formalização de propostas, assim como a formalização documental não comprova participação social substantiva no processo de sua construção.

A participação e o controle social exercidos por meio dos Conselhos de Saúde constituem mecanismos institucionais relevantes para a democratização do processo decisório e para a incorporação de necessidades sociais nas políticas públicas de saúde (Bortoli; Kovaleski, 2020; Gomes; Orfão, 2021). Entretanto, os achados deste estudo indicam que a existência desses espaços, por si só, não assegura participação substantiva dos sujeitos diretamente implicados pela política. No caso do TEA, a baixa presença de representantes específicos nos Conselhos Municipais de Saúde sugere limites na institucionalização dessa voz coletiva no planejamento local, o que pode repercutir na priorização, densidade e direção das propostas formalizadas.

Governos podem desenhar políticas segundo diferentes intensidades de participação das populações-alvo, que variam entre informar, envolver e empoderar, sendo este último arranjo o que mais reduz o déficit democrático ao reconhecer a experiência vivida como recurso legítimo de formulação política (Precious, 2020). À luz dessa tipologia, os achados do presente estudo sugerem que a presença do TEA nos documentos municipais não permite, por si só, identificar qual foi o nível de participação efetivamente alcançado no processo de construção dessas propostas. Em outras palavras, a formalização documental da temática pode indicar sensibilidade institucional ao



problema, mas não torna visível, de modo suficiente, se houve escuta qualificada, envolvimento contínuo ou compartilhamento de poder com pessoas com TEA e seus familiares.

Nesse sentido, experiências internacionais de construção participativa de políticas para o autismo, como a estratégia canadense baseada em comunidade de prática e coprodução de recomendações, oferecem parâmetros importantes para distinguir a presença temática em documentos de participação efetiva na formulação política (Tomas *et al.*, 2023). Em perspectiva mais ampla, a literatura aponta que mecanismos participativos mais densos e responsivos tendem a produzir decisões mais legítimas e sustentáveis (Ribeiro; Vaitsman; Motta, 2022). Para os municípios analisados, contudo, os dados disponíveis sustentam com maior segurança a existência de uma agenda documental sobre TEA do que a afirmação de uma governança participativa substantiva nessa temática.

Para que esse processo seja efetivo, é necessário que a participação social seja qualificada e politizada, com empoderamento das categorias mais vulneráveis e garantia do direito à voz no planejamento e na execução das políticas (Bispo Júnior; Serapioni, 2021; Rocha *et al.*, 2021). Nesse sentido, os conselhos de saúde assumem papel essencial na representação dos usuários e na construção de políticas que traduzam as necessidades locais em ações concretas e sustentáveis.

Assim, a experiência dos municípios analisados evidencia um movimento heterogêneo de incorporação das demandas desta população na agenda formal local, por meio de propostas relacionadas à organização do cuidado, qualificação profissional, acessibilidade e instrumentos de inclusão. Entretanto, a baixa presença de representantes específicos das pessoas com TEA nos Conselhos Municipais de Saúde indica que o fortalecimento do controle social nessa temática ainda ocorre de forma limitada e desigual. Desse modo, os avanços identificados neste estudo dizem respeito, sobretudo, à formalização documental de demandas e diretrizes, não sendo possível afirmar, com base apenas nesses documentos, que houve participação social substantiva na formulação das propostas.

As contribuições deste estudo para a área de políticas públicas concentram-se na ampliação da compreensão sobre o modo como os municípios vêm operacionalizando as diretrizes voltadas à atenção à pessoa com TEA dentro do Sistema Único de Saúde. Ao analisar os Planos e Relatórios de Conferências Municipais de Saúde, o estudo evidencia o papel estratégico da gestão local na formalização de propostas voltadas à atenção à



pessoa com TEA no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, ao identificar a baixa presença de representantes específicos dessa população nos Conselhos Municipais de Saúde, o estudo contribui para problematizar a distância entre a inscrição documental da temática e a participação social efetiva na formulação das políticas.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a heterogeneidade dos documentos municipais, tanto em sua disponibilidade quanto em seu grau de detalhamento, o que pode ter afetado a comparabilidade entre os municípios e restringido a análise de determinadas realidades locais. A ausência de padronização na elaboração, divulgação e densidade informacional dos Planos Municipais de Saúde e dos Relatórios de Conferências impôs limites à análise comparativa e dificultou a avaliação do grau de implementação das propostas e de sua efetividade prática.

Ademais, por tratar-se de uma análise documental, os resultados refletem a dimensão normativa e planejada das políticas, não captando necessariamente a experiência de profissionais, usuários e familiares nos serviços, tampouco permitindo aferir o grau, a qualidade ou a influência efetiva da participação social na formulação das propostas registradas. Deve-se reconhecer, ainda, que parte do corpus incluiu propostas voltadas à pessoa com deficiência em sentido amplo, e não exclusivamente ao TEA, o que amplia o horizonte analítico do estudo, mas reduz a especificidade do objeto quando se pretende interpretar, de forma estrita, a agenda municipal direcionada ao autismo. Ainda assim, o estudo oferece subsídios relevantes para futuras investigações que aprofundem a análise da formulação, implementação e participação social nas políticas locais voltadas à população com TEA.

## 5 Considerações Finais

A análise realizada permitiu compreender como a temática do Transtorno do Espectro Autista vem sendo inscrita, de forma desigual, nos Planos e Relatórios de Conferências de Saúde dos municípios do Núcleo Urbano Central do Paraná. O estudo evidenciou que as propostas identificadas se concentram, principalmente, na ampliação de serviços especializados, na qualificação das equipes multiprofissionais, na adoção de instrumentos de rastreamento precoce, como o M-CHAT, e na organização de linhas de cuidado e ações voltadas à pessoa com deficiência e ao TEA.

Em conjunto, os achados indicam a presença de uma agenda formal relacionada ao tema em parte dos municípios analisados, mas também revelam uma heterogeneidade



importante quanto à densidade, especificidade e orientação assistencial dessas proposições. Além disso, os resultados sugerem a existência de lacunas entre a formalização documental da pauta, sua conversão em estratégias potencialmente implementáveis e sua articulação com uma perspectiva de cuidado em rede.

O estudo permitiu problematizar a relação entre formalização documental e participação social. Embora tenham sido identificadas propostas relacionadas ao TEA em 12 dos 14 municípios analisados, a presença de representantes dessa população nos Conselhos Municipais de Saúde foi observada em apenas quatro municípios, o que sinaliza limites importantes para interpretar a inscrição do tema nos documentos como expressão direta de participação social substantiva. Desse modo, os achados sugerem que a presença do TEA no planejamento municipal não é homogênea e que persistem lacunas entre representação social, formalização documental e potencial implementação das ações. Ao evidenciar essas tensões, o estudo contribui para o debate sobre a necessidade de fortalecer processos participativos mais densos, ampliar a especificidade das agendas voltadas ao TEA e qualificar a conversão das propostas em respostas efetivas no âmbito local.

## Referências

ALENCAR, D. C.; SOUSA NETO, A. R.; IBIAPINA, A. R. S.; OLIVEIRA, J. D. Necessidades de informação de pais de crianças com transtorno do espectro autista: estudo qualitativo.

**Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 30, e97345, p. 1-13, 2025.

<https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97345pt>.

ANJOS, B. B.; MORAIS, N. A. As experiências de famílias com filhos autistas: uma revisão integrativa da literatura. **Ciências Psicológicas**, Montevideu, v. 15, n. 1, e-2347, p. 1-21, 2021.

<https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347>.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-5-TR)**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1142 p. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

ARAUJO, A. G. R.; SILVA, M. A.; BANDEIRA, P. F. R.; GILLESPIE-LYNCH, K.; ZANON, R. B. Stigma and knowledge about autism in Brazil: a psychometric and intervention study.

**Autism**, v. 28, n. 1, p. 215-228, 2024. <https://doi.org/10.1177/13623613231168917>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1988. 280 p.

BÉLIARD, A.; ORTEGA, F.; VELPRY, L. Beyond controversies in child mental health: negotiating autism and ADHD diagnosis in France and Brazil. **BioSocieties**, v. 17, p. 619-643, 2022. <https://doi.org/10.1057/s41292-021-00234-8>



BISPO JÚNIOR, J. P.; SERAPIONI, M. Community participation: lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. **Journal of Global Health**, Edinburgh, v. 11, 03061, p. 1-2, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8005309/>

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Democracia e saúde: condicionantes da efetividade deliberativa de um conselho municipal de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00299131, p. 1-18, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00299>

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília, DF: MEC, 2008. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 2012b. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 28 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos\\_saude\\_responsabilidade\\_controle\\_2educacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2educacao.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 86 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 246 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_apresentacao\\_propostas\\_ministerio\\_saude\\_2018.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_apresentacao_propostas_ministerio_saude_2018.pdf)

BRASIL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020**. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Brasília, DF, 2020. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2023a. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 96-B, p. 11, 22 maio 2023.

BRASIL. Pela primeira vez, Ministério da Saúde inclui tratamento do Transtorno do Espectro Autista na Política Nacional da Pessoa com Deficiência. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2023b.

CHAIM, M. P. M.; COSTA NETO, S. B.; PEREIRA, A. F.; GROSSI, F. R. S. Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 9-34, 2019. <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p9-34>.



GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6149>.

HOSOKAWA, R.; KATSURA, T. Association between parents' perceived social support and children's psychological adjustment: a cross-sectional study. **BMC Pediatrics**, London, v. 24, 756, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05235-7>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html>.

KUJAWA, H.; PINTO, R. S.; LELES, F. A. G.; MACHADO, F. V. Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 47, p. 1-7, 2023. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.109>.

NASCIMENTO, I. B.; BITENCOURT, C. R.; FLEIG, R. Estratégias para o transtorno do espectro autista: interação social e intervenções terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 179-187, 2021. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000326>.

PRECIOUS, K. Informed, involved or empowered? Three ideal types of autism policy design in England, Wales and Scotland. **European Policy Analysis**, v. 7, n. 1, p. 185-206, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/epa2.1092>

RIBEIRO, J. M.; VAITSMAN, J.; MOTTA, J. I. J. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 4, p. 10-25, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E401>

ROCHA, D. S.; PESSÔA, I. N.; LAGO, R. R.; ZIONI, F. A patologia da representação: participação social e representatividade no conselho municipal de saúde de Rio Branco/Acre. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e420101523058, p. 1-12, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23058>

RUTHES, V. B. T. N. M.; MAZZA, V. A.; GIORDANI, R. C. F.; TRIGUEIRO, T. H.; CANAVAL, G. E. Práticas e comportamentos alimentares de famílias de crianças com perturbação do espectro autista. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2022. <https://doi.org/10.12707/RV21055>.

SILVA, D. F.; ALVES, C. F. Aceitação familiar da criança com deficiência: revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 41, e209337, p. 1-15, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209337>.

TOMAS, V.; FINLAY, B.; GENTLES, S. J.; CAMPBELL, M.; GILL-BADESHA, D.; ABEL, C.; ZWICKER, J. D.; LAI, J. Development of Policy Recommendations to Support a National Autism Strategy: Case of a Virtual and Inclusive Stakeholder Engagement Process. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 12, 7182, p. 1-4, 2023. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7182>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Autism spectrum disorders*. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Recebido em: 13 de dezembro de 2025.

Aceito em: 05 de maio de 2026.