

CONDUÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA

Laís Queiroz Gouveia

Universidade Federal do Vale do São Francisco

Anacely Guimarães Costa

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

Universidade Federal do Vale do São Francisco

Recebido em: 10/03/2023

1ª revisão em: 08/09/2023

2ª revisão em: 10/01/2024

Aceito em: 27/12/2024

RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição que afeta as áreas psíquica e cognitiva, necessitando de atenção especializada. O comportamento suicida está comumente presente nas pessoas com TEA. Objetivou-se compreender o cuidado ofertado por profissionais de saúde na identificação e condução do risco de suicídio em crianças e adolescentes com TEA. Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas com profissionais de saúde envolvidos no cuidado a crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos com TEA. Os resultados apontam dificuldades na realização do diagnóstico e avaliação dos pacientes, impacto das relações familiares na saúde mental, fatores protetores e de risco para o suicídio e sua condução. Conclui-se que apesar de a literatura indicar um risco para suicídio mais elevado que o da população em geral em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista, nem sempre os profissionais possuem essa percepção na prática.

Palavras-chave: transtorno do espectro do autismo; risco de suicídio; profissionais de saúde; infância; adolescência.

MANAGING SUICIDE RISK IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

ABSTRACT

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a condition that affects the psychic and cognitive areas, requiring specialized attention. Suicidal behavior is commonly present in people with ASD. The objective was to understand the care offered by health professionals in identifying and managing the risk of suicide in children and adolescents with ASD. Descriptive research, with a qualitative approach, was carried out through interviews with health professionals involved in the care of children and adolescents aged 10 to 18 years with ASD. The results indicate difficulties in diagnosing and evaluating patients, the impact of family relationships on mental health, protective and risk factors for suicide, and its management. It is concluded that although the literature indicates a higher risk for suicide than that of the general population in children and adolescents with autism spectrum disorder, professionals do not always have this perception in practical scenarios.

Keywords: autism spectrum disorder; suicide risk; health professionals; childhood; adolescence.

MANEJO DEL RIESGO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DESORDEN DEL ESPECTRO AUTISTA

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) afecta las áreas psíquica y cognitiva, requiriendo atención especializada. El comportamiento suicida está comúnmente presente en personas con TEA. El objetivo fue comprender el cuidado ofrecido por los profesionales de la salud en la identificación y manejo del riesgo de suicidio en niños y adolescentes con TEA. Investigación descriptiva, con abordaje cualitativo, realizada a través de entrevistas a profesionales de la salud involucrados en el cuidado de niños y adolescentes de 10 a 18 años con TEA. Los resultados indican dificultades en el diagnóstico de los pacientes, el impacto de las relaciones familiares en la salud mental, factores protectores y de riesgo para el suicidio y su manejo. Se concluye que, aunque la literatura indica un mayor riesgo de suicidio que el de la población general en niños y adolescentes con el trastorno autista, profesionales no siempre tienen esta percepción en la práctica.

Palabras clave: trastorno del espectro autista; riesgo de suicidio; profesionales de la salud; infancia; adolescencia.

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição que afeta as áreas psíquica e cognitiva, necessitando assim de uma atenção especializada e multidisciplinar no seu cuidado. Ele acomete diversas esferas do desenvolvimento de crianças e adolescentes, principalmente no âmbito social, o que pode gerar impactos na saúde mental dessa população. Na última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado em 2014, houve a fusão das classificações de “transtorno autista”, “transtorno de Asperger” e “transtorno global do desenvolvimento” na categoria única de “transtorno do espectro autista”, uma vez que se entendeu que as características dessas condições correspondem a uma mesma linha, porém com intensidades variáveis. O TEA passou a ser compreendido como um conjunto de déficits relacionados à comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos (Almeida & Neves, 2020).

Durante muito tempo, especialmente ao longo do século XX, o cuidado a crianças autistas foi realizado de modo transversal, por meio de associações filantrópicas e educacionais (Ministério da Saúde, 2015). Esse modelo possui relação com seu período histórico, uma vez que somente no início do século passado o sofrimento psíquico na infância começou a ser reconhecido e estudado, inicialmente, a partir de uma corrente fortemente ligada à psicanálise (Jucá, 2019). Ao adentrar especificamente no campo da saúde brasileira, até aproximadamente a década de 1980, a atenção ocorria em ambulatórios públicos de saúde mental, restrita a classes economicamente favorecidas, visando à “adequação” às normas sociais. Nesse contexto, o único profissional envolvido era o médico, e, posteriormente, o tratamento medicamentoso foi incorporado a esse nível. Coexistia, ainda, a atenção em saúde nos hospitais psiquiátricos e universitários, para os quais adolescentes e crianças eram levados (Ministério da Saúde, 2015; Jucá, 2019). Esse momento na história psiquiátrica infanto-juvenil associa-se à falta de reconhecimento destes como sujeitos de direitos (Jucá, 2019).

Apenas a partir dos anos 1990, com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, em conjunto com a redemocratização do país e a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), começam a surgir serviços especializados em saúde mental infanto-juvenil, mas ainda limitados às metrópoles brasileiras. Destacam-se o Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), o Centro de Referência à Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) e, nos anos 2000, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) (Ministério da Saúde, 2015; Jucá, 2019).

Atualmente, o CAPSi encontra-se como ponto de atenção especializada na linha de cuidado de crianças autistas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao lado do Centro Especializado em Reabilitação (CER), Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo e outros institutos, ambulatórios e especialidades (Ministério da Saúde, 2015). Nesse cenário, a saúde pública possui duas formas de abordagem para o autismo, sendo uma mais voltada para a saúde mental e outra mais focada

na reabilitação. Dessas diferentes perspectivas de intervenções surgiram dois documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, cada um alinhado com uma visão, sendo eles a “Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” e as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (Oliveira, Feldman, Couto & Lima, 2017).

Ressalta-se, nesse contexto, a Lei Federal nº 12.764/2012, por meio da qual indivíduos com transtorno do espectro autista foram considerados pessoas com deficiência (PcD). Esta legislação foi uma consequência das reivindicações de movimentos sociais compostos por associações de familiares e pela própria população autista, uma vez que, por meio da integração ao campo de PcD, o acesso a serviços especializados de habilitação/reabilitação, e não somente de saúde mental, poderia ser realizado. Esse desdobramento é um eco da questão trazida pelas associações de familiares de que a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente o CAPS, não seria suficiente para o cuidado de pessoas autistas, apesar de sua importância quanto à integração do transtorno nas políticas públicas (Oliveira et al., 2017). Desses pleitos surgem as supracitadas diretrizes de reabilitação à pessoa autista.

No âmbito da atenção privada, é possível encontrar centros especializados no cuidado voltado a esse público orientados por distintas abordagens terapêuticas, entre elas a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental. Para suprir a demanda de um serviço público especializado, está em trâmite na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 169, de 2018, que versa acerca da obrigatoriedade da criação de centros de assistência integral ao paciente com transtorno do espectro autista no SUS.

Existem condições psiquiátricas que podem se associar ao autismo, como a deficiência intelectual, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), os transtornos de ansiedade e o suicídio (Mutluer et al., 2022). Essa questão é evidenciada a partir do momento em que a população com TEA tem um risco aumentado para múltiplas causas de morte, hipotetizando-se acerca do quanto os próprios sintomas do transtorno, como dificuldades de comunicação e interação social, afetam na busca por serviços de saúde no geral e conseqüentemente no diagnóstico dessas associações (Jokiranta-Olkoniemi et al, 2021).

Diante disso, o papel dos profissionais de saúde perpassa múltiplos aspectos que englobam não somente diagnóstico, mas também o acolhimento, a reabilitação e o acompanhamento da saúde mental, sendo assim exigido um amplo conhecimento acerca da condição para que haja o manejo adequado. No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada prioritária no SUS, devido a sua proximidade com o usuário no contexto de vida real, ainda ocorre uma suspeita diagnóstica tardia, bem como dificuldades de implementar um cuidado continuado e interligado a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Com relação aos serviços especializados, seu papel consistiria na

habilitação/reabilitação dos indivíduos, com o intuito de prover autonomia, principalmente nos âmbitos da linguagem, da socialização e das atividades cotidianas, sendo necessária para esse fim uma equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2015). Todavia, esses serviços são ainda restritos devido a uma escassez de profissionais capacitados e a uma distribuição geográfica desigual desses centros - a maioria está na região Sudeste -, o que resulta em uma concentração de atendimentos em serviços paralelos, como os fornecidos por associações de pais de crianças autistas (Jucá, 2019).

Dessa forma, o presente trabalho objetivou compreender o cuidado ofertado por profissionais de saúde na identificação e condução do risco de suicídio em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, cujo objeto de estudo envolve a compreensão das práticas realizadas por profissionais de saúde no cuidado a crianças e adolescentes com TEA e risco para suicídio.

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado a crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos com transtorno do espectro autista – psiquiatras e psicólogos –, que atuam nos serviços especializados públicos nesse tipo de atendimento dos municípios de Paulo Afonso (BA) e Petrolina (PE). A faixa etária foi selecionada com base na revisão bibliográfica que possui mais estudos referentes a tais idades, e segue o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que preconiza que crianças são pessoas até 12 anos de idade incompletos e adolescentes são aquelas entre 12 e 18 anos, segundo a Lei nº 8069 de 1990. As regiões foram escolhidas por sediarem os cursos da área de saúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), sendo eles: medicina (*campi* Paulo Afonso e Petrolina), educação física, enfermagem, farmácia e psicologia (*campus* Petrolina).

Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas a partir de um roteiro dividido em dados pessoais, um bloco de questões gerais, que versa sobre a frequência e como são realizados os atendimentos de crianças e adolescentes com TEA; e um bloco de questões específicas, que aborda desde a visão do participante acerca do risco de suicídio até como se deu/se daria sua condução. As entrevistas foram gravadas mediante prévia autorização dos participantes e realizadas entre os meses de novembro e dezembro de 2022 presencialmente ou de modo remoto via Google Meet, de acordo com o cenário epidemiológico referente à pandemia de covid-19, retorno das atividades presenciais, e disponibilidade dos participantes do estudo. Elas duraram aproximadamente 40 minutos, sendo gravadas somente em áudio e posteriormente transcritas. Os dados produzidos a partir das entrevistas foram interpretados por meio da Análise de Conteúdo.

Os participantes foram dois médicos psiquiatras e três psicólogos, todos atuantes nos serviços públicos das cidades selecionadas. Para preservar a identidade dos participantes, eles serão referidos no trabalho por meio dos seguintes nomes de fictos:

-Coral: psiquiatra do serviço público especializado, com tempo de atuação de 46 anos com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA; entrevista realizada 14 de dezembro de 2022. Não soube especificar o quantitativo de indivíduos atendidos que se encaixam nos critérios propostos;

-Mandacaru: psiquiatra do serviço público especializado, com tempo de atuação de seis anos com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA; a entrevista foi realizada no dia 7 de novembro de 2022. Faz o acompanhamento de cerca de oito indivíduos que se encaixam nos critérios propostos;

-Samambaia: psicólogo do serviço público especializado, com tempo de atuação de 14 anos com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA; entrevista realizada 11 de novembro de 2022. Não soube especificar o quantitativo de indivíduos atendidos que se encaixam nos critérios propostos;

-Orquídea: psicóloga do serviço público especializado, com tempo de atuação de 2 anos com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA; entrevista realizada 18 de novembro de 2022. Não soube especificar o quantitativo de indivíduos atendidos que se encaixam nos critérios propostos;

-Xique xique: psicóloga do serviço público especializado, com tempo de atuação de 1 ano e 2 meses com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA; entrevista realizada 17 de novembro de 2022. Faz o acompanhamento de cerca de três indivíduos que se encaixam nos critérios propostos.

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 466/12 que versa sobre pesquisas com seres humanos. Portanto, o projeto foi enviado a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de acordo com o roteiro preconizado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovado com o parecer de número de CAEE 5.589.214 em 18 de agosto de 2022. A pesquisa foi realizada mediante autorização com assinatura (virtual ou física) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise temática do conteúdo das mensagens permitiu identificar as seguintes categorias, conforme observa-se no quadro 1:

Quadro 1. Categorias e subtemas identificadas na análise dos dados.

CATEGORIAS E SUBTEMAS			
Categoria 1 – As dificuldades no diagnóstico de TEA e seu uso social	Categoria 2 – A avaliação de pacientes com TEA e os efeitos das relações familiares	Categoria 3 – O tripé do risco de suicídio: prevalência, fatores de risco e protetores e avaliação	Categoria 4 – A condução do risco de suicídio e as pedras no seu caminho
Associação do TEA com outra comorbidades	Participação dos responsáveis nas consultas	Sinais de depressão	Condução do risco de suicídio
Complexidade do diagnóstico de TEA	Relações familiares	Prevalência do risco de suicídio	Efetividade do tratamento
Subdiagnósticos de TEA	Avaliação em ambientes externos ao consultório	Fatores de risco e proteção para o risco de suicídio	Incapacidade dos serviços especializados
Sobrediagnóstico de TEA	Dificuldades dos atendimentos	Avaliação do risco de suicídio	Formas de combate ao suicídio
Dificuldade na obtenção de dados epidemiológicos		Importância do vínculo com o profissional	
		Abordagem do tema no ambiente acadêmico	

Fonte: autoria própria. Ano: 2023.

AS DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE TEA E SEU USO SOCIAL

Essa categoria diz respeito às problemáticas relatadas pelos profissionais ao lidarem com crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista que chegam ao seu consultório. Nela, esteve muito presente nas falas a associação do TEA com outras comorbidades, como TDAH e deficiência intelectual.

“(…) o espectro autista hoje engloba outras comorbidades”; “É um percentual considerável o TEA com o déficit intelectual” (Coral).

“E geralmente não aparecia só com espectro autista, sempre aparecia com comorbidades, hiperatividade, o déficit de atenção e às vezes até com um pouco de retardo mental” (Samambaia).

Tais falas estão inseridas na literatura, cujos achados são de correlação entre TDAH e deficiência intelectual (em variados níveis) e TEA, além da presença frequente também de transtornos de ansiedade e depressão (Jokiranta-Olkonemi et al, 2021; Mutluer et al., 2022). Os autores citam ainda a maior prevalência desses transtornos na fase da adolescência, período em que ocorrem mudanças sociais e emocionais, o que corrobora com a percepção de Mandacaru de que a depressão está mais presente após os 10 anos na população com TEA. Todavia, é enfatizado que a prevalência de 2.7% pode ser maior do que a estimada devido à complicação no reconhecimento dessas condições por causa da dificuldade de expressão de emoções dessa população, além do número limitado de ferramentas desenvolvidas para a especificidade desse diagnóstico (Mutluer et al., 2022). Isso reflete na aplicabilidade de questionários para identificar essas situações que, apesar de existirem como métodos de triagem, muitas vezes não são validados para serem utilizados nessa população; como referem Samambaia e Mandacaru, estes não são utilizados por eles, no caso do primeiro por não possuir especialização na área.

Ainda, como a apresentação do TEA pode se sobrepor a de outras condições e os diagnósticos podem ser feitos de diferentes maneiras (Mutluer et al. 2022), foi relatada essa complexidade:

“(…) como o transtorno do espectro autista uma das características principais é a dificuldade de interação social, muitos profissionais confundem isso com timidez, com fobia social, com agorafobia (...) então, às vezes, é um diagnóstico diferencial que não é muito bem feito (...)” (Mandacaru).

“Então existe uma forma de diagnóstico que não é tão fácil assim, e nós temos que tratar como um ser em desenvolvimento” (Coral).

As mudanças nos critérios diagnósticos do DMS-V - como a retirada do atraso de linguagem e uma maior valorização dos comportamentos repetitivos e estereotipados - ocorridas ao longo dos anos podem contribuir para essa dificuldade (Fernandes, Tomazelli & Girianelli, 2020). Entretanto, apesar de não terem seu uso relatado pelos profissionais, existem alguns instrumentos como escalas de avaliação comportamental e avaliação neuropsicológica que podem auxiliar nesse diagnóstico (Fernandes et al., 2020). Concomitantemente, outro aspecto desta deficiência diagnóstica são os indivíduos que somente são identificados como autistas na idade adulta, após serem erroneamente diagnosticados com depressão infantil, o que exemplifica a necessidade de diferenciação desse grupo, uma vez que questionários podem não ser os melhores

instrumentos porque as próprias características do transtorno dificultam a avaliação (Hervás, 2023).

Por outro lado, destaca-se a flutuação da definição de autismo ao longo dos anos nas classificações, tendo sido inserido, em dado momento, inclusive na categoria de esquizofrenia (Almeida & Neves, 2020). A separação de demais condições e seu posterior agrupamento em um “espectro” escancaram a inconsistência da psiquiatria nesse sentido, o que impacta diretamente na avaliação dos pacientes, visto que ainda não há consolidação dentre as referências utilizadas como base para o diagnóstico (Almeida & Neves, 2020). Ao se analisarem as referências, é possível observar que critérios cognitivos e de funcionalidade passam a ser valorizados e o diagnóstico se assemelha a uma categoria sindrômica - daí o termo espectro -, em detrimento da configuração anterior, na qual havia uma divisão em subgrupos (Fernandes et al., 2020). Dessa maneira, mecanismos utilizados para unificar critérios podem na verdade ter contribuído para uma falsa epidemia de diagnósticos ao desconsiderar os aspectos individuais do ser criança (Almeida & Neves, 2020). Quando indivíduos neuroatípicos se encontram em situações de vulnerabilidade econômica e social, pode existir uma maior cobrança familiar por laudos e diagnósticos. Parte disso se deve à necessidade de obter acesso aos benefícios sociais concedidos somente para pacientes que apresentam o diagnóstico de TEA. Conforme a lei número 12.764 (2012), pessoas com TEA são consideradas com deficiência, o que concede o direito ao Benefício de Prestação Continuada regulado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Os relatos dos profissionais entrevistados revelaram que também existe dificuldade de garantia de determinados medicamentos a indivíduos com TDAH, por exemplo. Esses fatores contribuem para que os profissionais, no intuito de garantir a assistência adequada, sejam induzidos a fornecer laudos que não condizem com a situação. Por conseguinte, isso dificulta o estabelecimento preciso do número de crianças e adolescentes autistas não somente nos serviços especializados, como foi visto nas entrevistas (nas quais os profissionais somente foram capazes de dar margens, ou nem isso), mas também no Brasil.

Compreende-se, dessa forma, que o ponto de partida para as discussões que envolvem o TEA encontra uma barreira no que diz respeito à sua evolução a partir do momento em que há controvérsias nos próprios serviços especializados. Isso envolve nuances que englobam a formação dos profissionais, mudanças nos critérios diagnósticos e brechas no sistema de saúde público, que vão desde a não sistematização dos pacientes até a falta de recursos humanos e estruturais. Essa cascata gera números que não são confiáveis e uma assistência precária para a população infanto-juvenil que apresenta quaisquer dos transtornos do desenvolvimento mencionados, pois é gerada uma dificuldade na distinção de diagnóstico e condução mais efetivas para cada grupo.

A AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM TEA E OS EFEITOS DAS RELAÇÕES FAMILIARES

Essa categoria discute a avaliação geral de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

Durante as entrevistas, foi relatada a presença dos responsáveis nos atendimentos como uma maneira de colher informações e realizar orientações (como redução de tempo de tela, estabelecimento de rotina e participação nas brincadeiras), visto que grande parte do cuidado fica sob responsabilidade destes. São feitos, ainda, questionamentos acerca do sono e da alimentação.

“A primeira entrevista eu vou falar com os pais (...). Então eu vejo quem tá mais junto para pegar essas informações” (Coral).

“Na verdade, a gente vai dar muito mais ênfase ao que a família vai relatar” (Mandacaru).

“(...) eu faço primeiro conversa com a mãe ou o pai” (Samambaia).

“Porque a família é a parte principal do tratamento, porque eles é quem ficam mais tempo com a criança (...); “Primeiro, a anamnese é com os pais (...)” (Orquídea).

Esse ponto é importante também para compreender os efeitos das relações familiares sobre os pacientes, uma vez que foram descritos pelos entrevistados sentimento de rejeição e culpabilização por parte dos pais com relação à criança, a pressão por um diagnóstico não visando a um tratamento, mas como uma forma de justificar certos comportamentos, além da busca de uma prescrição medicamentosa para controlá-los. Esses sentimentos negativos percebidos pelos profissionais podem estar relacionados ao cuidado extenuante demandado por esses indivíduos, sendo sugerido que essa questão desencadearia respostas desproporcionais dos cuidadores, o que pode ser responsável pelo risco maior que essa população apresenta de experimentar maus-tratos, inclusive abuso físico (Wallander & Noojin, 1995; citado por Hellström, 2019). Outra questão a ser considerada são as despesas econômicas, cerca de 3 a 5 dólares/dia maiores do que com crianças que não apresentam transtornos de desenvolvimento, o que seria um fator estressor adicional e limitante na busca por cuidado em saúde para os próprios cuidadores (Nik Adib et al., 2019) Nesse contexto, são destacadas as experiências positivas relatadas por cuidadores quando também há grupos direcionados para eles, visto que são ambientes que proporcionam o compartilhamento de vivências, dúvidas e angústias, sendo responsável por gerar uma rede de apoio secundária e auxiliar na compreensão da importância da família com relação à terapêutica da criança e do adolescente com TEA (Nik Adib et al., 2019). Ainda, um ponto apontado por Nik Adib et al. (2019) seria que nas consultas fossem abordadas não somente o que concerne às crianças e adolescentes, mas também os responsáveis e os fatores estressores relatados.

Em paralelo, é relatada a importância de estender essa avaliação para os demais campos de convivência daquele indivíduo, como escola e comunidade. Além do diálogo com os responsáveis, foram apontadas estratégias como o envio de um relatório para a escola - cuja fidedignidade depende do preenchimento conjunto ou individual entre os professores - e a solicitação à própria instituição de dados relativos à disciplina, sociabilidade e rendimento.

Por fim, a própria criança refere suas percepções seja através da conversa, seja através de formas lúdicas, conforme destacado a seguir:

"Com a brincadeira elas soltam tudo, sabe? E a gente tem que ter esse cuidado de como que a gente vai avaliar para ver e ter um olhar clínico assim para pegar essa coisa (...). Aí por exemplo, uma vez eu tava construindo uma torre com um paciente e aí a gente estava só brincando; aí eu falei assim "vamos ver qual é a torre maior", aí ele falou "não" e ele ficou muito agressivo de uma hora para outra. "Eu não quero ver qual que é a torre maior" e eu fiz "mas por que?" E assim, numa brincadeira, eu descobri, por exemplo, que ele tem dificuldade de lidar com a perda" (Orquídea).

"(...) em algumas consultas a gente retira o responsável e fica sozinho com o paciente, pergunta questões assim mais íntimas, mais sigilosas, "como é o relacionamento seu com seu pai, com sua mãe? Eles brigam com você? Tem alguma coisa neles que lhe desagrada?" Ou questões relacionadas à sexualidade (...)" (Mandacaru).

Entretanto, o acompanhamento apresenta desafios como a rotatividade de atendimentos individuais que ocorrem no CAPS infantil para pacientes com TEA, uma vez que o centro de uma das cidades que fez parte da pesquisa não oferece os demais cuidados demandados pelo transtorno, como a psicoterapia e a fonoaudiologia. Esses pacientes costumam ser posteriormente encaminhados para a Atenção Primária à Saúde (APS) ou para a Policlínica, conforme relatado em uma das entrevistas. Destarte, o CAPS para essa população trata-se de um importante ponto na linha de cuidado às pessoas que já possuem transtornos associados tais quais ansiedade e depressão. Portanto, observa-se as lacunas no próprio serviço especializado. Outra questão apresentada por um dos profissionais refere-se à imprevisibilidade dos atendimentos, o que dificulta o planejamento da abordagem de cada situação, já que os serviços pesquisados atendem uma ampla faixa etária de diferentes transtornos. Samambaia resume, a seguir, o seu ponto de vista sobre a problemática das redes de saúde pública e privada:

A rede privada de saúde, ela é muito limitada; por que eu quero dizer limitada? As pessoas não conseguem ter acesso a certos procedimentos em virtude dos custos. Por que a rede de saúde

pública é ineficiente? Porque você consegue entrar passar pela porta, mas você não consegue resolver o problema porque os especialistas não são muitas vezes adequados.

Nessa questão também é tangenciada a demanda de associações de familiares de pessoas com TEA, as quais reivindicam serviços exclusivos para essa população ao alegarem a limitação da rede pública mencionada por Samambaia. Todavia, conforme alguns profissionais de saúde, isso fere os princípios do SUS ao reduzi-las somente aquele quadrante delimitado pelo seu diagnóstico psiquiátrico, além do risco de um maior isolamento – social e no contexto de saúde – como consequência desta fragmentação do cuidado (Rios & Camargo Júnior, 2019).

Aqui se torna nítido que nenhum dos modelos de saúde presentes hoje abrange as necessidades das crianças e adolescentes com TEA, porque além da escassez de profissionais capacitados, grande parte dos cuidadores dos portadores do transtorno não possui uma rede de apoio e/ou conhecimento para lidar de maneira adequada com a situação (Malik-Soni et al., 2022) Isso impacta no prognóstico, visto que o período inicial da vida de qualquer criança é determinante para sua capacidade de aprender e sua sociabilidade – pontos fundamentais na habilitação/reabilitação de crianças e adolescentes com TEA.

O TRIPÉ DO RISCO DE SUICÍDIO: PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E PROTETORES E AVALIAÇÃO

Essa categoria abrange os dados colhidos acerca da prevalência do risco de suicídio e quais fatores são mais comumente identificados com relação a esse risco, bem como se dá a avaliação dele.

Durante a coleta de dados, os participantes foram inicialmente questionados acerca dos sinais de depressão em crianças e adolescentes (10 a 18 anos) com TEA. O isolamento (e a piora deste) e o conteúdo do discurso (de tristeza, ou ideias suicidas) foram os mais frequentemente apontados como sinais, sendo o primeiro apontado por Mandacaru como consequência do próprio TEA devido à dificuldade de interação social. Outros fatores envolvidos seriam o bullying escolar, que por si só está relacionado ao suicídio (Ohalloran, Coey, & Wilson, 2022), a perda de prazer por alguma atividade antes almejada, irritabilidade, prejuízo do sono, choro frequente, relacionamento com os pais, resistência na aproximação e automutilação. Sobre esses aspectos, as falas a seguir são ilustrativas:

“Tem uma criança que - ela já é mais velha, né - na 1ª consulta que ela chegou (ela tem o diagnóstico de TEA) e aí ela ficava assim “tia, por que você não gosta de brincar... não tá gostando de brincar comigo?” E aí eu fiquei sem entender. “Será que eu fiz alguma coisa que deixou ela desconfortável?” Era assim meu primeiro contato com ela e aí quando eu fui conversar com a mãe para entender, ela falou que assim, ele tá vendo esse comportamento em vários momentos, em vários episódios. Então ele acha que ele não é bem-visto, que ele não é querido,

que ninguém gosta dele; e o pai dele tá passando por um processo depressivo (...) Porque provavelmente essa criança vai ter um ambiente que é muito carregado também, já que ela tá com esse pai que tá nesse processo, inclusive, que passa muito tempo acamado por exemplo, né?" (Orquídea).

"Sim, algumas frases do tipo "eu não queria existir", "não era para você ter feito eu nascer", conversando com a mãe, né?; "eu queria ir para um lugar que ninguém me visse"" (Mandacaru).

Coral pondera, com base na sua experiência, que a depressão é rara nessa população, e, no entendimento dele, esses sinais de automutilação funcionariam como uma forma de "manutenção de poder" do paciente frente às pessoas próximas. Destaca ainda que a internet tem exercido um o papel significativo na difusão destes comportamentos:

"Então tem isso, inclusive, a ameaça. Hoje, com a questão da tecnologia, de celular, de internet, as coisas se proliferam muito mais, muito rápido, (...) e aí as pessoas sabem, por exemplo, o fato de se cortar, né, da automutilação, eles também pegam pela internet, mas negam (...) e a gente nota essa questão de chamar atenção do mundo sobre si. Então o que é que ocorre? Eu quero que eu esteja em evidência, então é lógico que eu sei que preocupa a minha mãe eu dizer que tô triste né? Lógico que o adolescente quer atenção. (...) então ele fala que é melhor não viver. Porque essa informação e a demonstração de que o pai e uma mãe estão preocupados, desesperados, eles colocam isso na frente do paciente, da criança ou do adolescente. O que acontece com isso? A criança pega isso como trunfo. Então ele sabe quando preocupar mais. Então a primeira raiva, a primeira contrariedade que ele tiver, ele aplica essa questão que é para preocupar mais os pais, entendeu?" (Coral).

Há dados controversos sobre a influência negativa e positiva da internet nesses comportamentos em pessoas jovens, contudo, foi identificado que o maior uso de internet gera uma exposição maior a materiais de automutilação e pode estar associado a maior risco de depressão e ideação suicida (John et al., 2018). Ressalta-se, porém, que o diagnóstico de depressão deve ser realizado de maneira cautelosa em crianças, visto que a transformação de questões inerentes aos seres humanos em patologias psiquiátricas pode resultar em hipermedicalização e sobrediagnósticos (Caponi, 2022).

Ao adentrar no tema específico do risco de suicídio, no entanto, houve maior discrepância dos relatos. Dois dos cinco profissionais afirmaram a atipicidade dessa questão e que não acreditavam haver divergência com relação aos índices do restante da população, ao passo que outros dois afirmaram que esse risco teria

maior porcentagem em crianças e adolescentes com TEA; desses, um foi capaz de dar dados estimados de que dentre seus atendimentos, 12,5% está/esteve sob risco de suicídio. A outra profissional alegou falta de conhecimento o suficiente acerca do tema. Kirby et al. (2019), em pesquisa realizada nos EUA para determinar a incidência de suicídio entre indivíduos com TEA durante um período de 20 anos, identificou que jovens autistas são duas vezes mais propensos a morrer por suicídio do que a população geral. Concomitantemente, é importante ressaltar o baixo índice de autistas jovens que procuram cuidados psiquiátricos após as tentativas e ideações (Demirkaya, Tutkunkardaş, & Mukaddes, 2016).

Ao passo que Ohalloran et al. (2022) trazem como fatores de risco na população com TEA questões de saúde mental, no presente trabalho, foram citados o ambiente em que o indivíduo está inserido, a habilidade de comunicação, o nível de vulnerabilidade social, preconceito e rejeição, menção do próprio risco, Setembro Amarelo (devido à divulgação sem o seguimento de protocolos) e uso de substâncias psicoativas, sendo este último também um fator de risco para o cyberbullying (Dorol--Beauroy-Eustache, & Mishara, 2021). Dentre esses pontos, menor poder socioeconômico foi apontado por Ohalloran et al. (2022) como um dos fatores para esse desfecho, assim como histórico familiar de tentativas e suicídios por Demirkaya et al. (2016).

“Porque de 10 a 18 anos a gente já espera que a criança tenha conseguido... o adolescente tenha conseguido encontrar uma maneira de se comunicar. Só que tem autistas que são não oralizados. Então, a depender se a família conseguiu e a equipe conseguiu constituir um mecanismo de comunicação seja aumentada, por imagem ou coisas do tipo, mas aí se essa criança ainda não consegue se comunicar de forma eficaz eu acho que isso é um fator de risco para ela, né?” “O nível de pobreza, o acesso que essa criança tem às condições básicas de alimentação, moradia, educação” (Orquídea).

“O risco é muito alto porque eles são muito mal compreendidos e o acesso também à psicoterapia para eles é bem precário. Como eles são muito mal compreendidos, né, muitas pessoas acabam se afastando deles; não querem um autista adolescente no grupo porque é o diferente, ainda existe muito preconceito os adolescentes não tentam incluir muito o outro adolescente que é TEA no grupo não, então esse risco de suicídio é alto por conta de preconceito, exclusão e acesso à psicoterapia é precário.” (Mandacaru).

“Então é por isso que eu chamo os pais, familiares para ter uma conduta diferente, tá? Que não enaltecer em termos mesmo

negativos, não é... de evidenciar essa questão. Olhe, eu vi isso isso, isso, isso, só quer se matar, só fala nisso" isso aí uma coisa, é um estímulo muito grande, entendeu? Então, eu oriento a realmente ficar vigilante, mas não transparecer isso, entendeu? Mudar de assunto (...)" (Coral).

Como exemplos de fatores de proteção foram abordados família e comunidade, por meio da criação de vínculo, acesso a uma escola inclusiva, participação de grupos, socialização e tratamento adequado com uma equipe multiprofissional.

Referente à avaliação desse risco, Ohalloran et al. (2022) recomendam que essa busca seja feita ativamente, visto que nem sempre isso será reportado espontaneamente.

Contudo, nas entrevistas foram identificadas diferentes abordagens. Entre os psiquiatras, as respostas divergiram com relação à pesquisa rotineira pelo risco e convergiram no quesito da busca pela intencionalidade, conforme mostrado abaixo:

"Alguns chamam de automutilações, a gente sempre procura saber se aquilo foi com a intenção de aliviar um sofrimento, aliviar uma raiva, aliviar uma tristeza ou se aquilo foi com a intenção de morrer" (Mandacaru).

"Bom, ali, olhe, ali também o modus operandi, como diz, como é que ele faz? É que tipo de ameaça? Quando ele faz isso? Quando negado alguma coisa, quando contrariado, entendeu? Ou então quando tá tudo bem, aí surge dizendo que não tá bem, que a vida não vale a pena, então tá chamando atenção" (Coral).

Xique Xique também afirmou que realiza rotineiramente essa busca, enfatizou a importância do vínculo profissional-paciente e estimou que em cerca de 30% de seus atendimentos foram relatados pensamentos suicidas.

"Mas aí à medida que vou criando vínculo... No começo alguns dizem que não, né? Aí quando... em outro encontro eu pergunto novamente, aí já "não, uma vez eu já pensei, já cheguei a pensar" (...) respondem que sim."

Quando questionados se possuíam conhecimento de alguma criança ou adolescente (10 a 18 anos) com TEA que havia cometido suicídio, todos os participantes negaram. Conforme Ohalloran et al. (2022), essa prevalência seria de menos de 1%.

Observou-se uma maior divergência entre os resultados, o que pode guardar relação com falta de abordagem do tema nos espaços de formação profissional. Isso porque há uma ampla variação entre os tempos de atuação dos entrevistados,

o que abre espaço para uma interpretação pessoal de um tema ainda não bem consolidado na literatura. Quando questionados se já haviam lidado com essa especificidade em algum ambiente acadêmico, somente um profissional apresentou uma resposta positiva, tendo sido, ainda assim, algo transversal em sua formação.

Nessa categoria, se torna nítido que a sociedade está circundada de fatores ansiogênicos e depressivos, o que envolve também questões de gênero, raça, economia e inclusão. Diante disso, observa-se que muitas vezes os próprios profissionais envolvidos no cuidado carregam essas questões e podem interferir de maneira negativa na condução dos casos. Apesar de o suicídio ser um desfecho incomum para o grupo estudado tanto na literatura, quanto na pesquisa, é importante repensar a qualidade de vida dos jovens com TEA que apresentam simultaneamente algum transtorno depressivo, bem como a bagagem teórica e prática dos profissionais responsáveis pela condução do cuidado psíquico destes.

A CONDUÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO E AS PEDRAS NO SEU CAMINHO

Nessa categoria se enquadram as respostas referentes ao que foi feito ou o que seria feito no caso da identificação de um paciente sob risco de suicídio.

Mandacaru afirmou que a condução de seus pacientes, quando presente essa intercorrência, se dá através de um encurtamento nos intervalos das consultas e de orientações para a família a fim de manter a administração adequada dos medicamentos comumente utilizados e antidepressivos associados a antipsicóticos e estabilizadores de humor, quando necessários. O tratamento medicamentoso costuma ser mantido por cerca de um ano. A definição da necessidade pela adição de medicações está associada ao grau de funcionalidade que foi perdido com a depressão, segundo Mandacaru:

“Se forem sintomas leves, que não estão prejudicando a funcionalidade desse adolescente, geralmente não é preciso medicação não, mas se for alguma coisa que já haja um prejuízo na funcionalidade, “ah, ajudava em casa, não ajuda mais”, tinha um bom rendimento escolar, não tem mais, então se a funcionalidade dessa criança vai se declinando isso já é grave ou se o pensamento dela já passa a ter pensamentos de morte ideação suicida... isso também já não é mais considerado leve, não dá para esperar, já tem começar medicamento.”

No entanto, uma problemática referente a essas prescrições seria a limitação das medicações oferecidas pelo SUS, as quais podem não ser as mais recomendadas dependendo de condições individuais de cada paciente, o que pode trazer prejuízos nessa condução. É importante salientar, contudo, que não há um fármaco para o “tratamento do autismo”, mas sim para o escopo de manifestações que o acompanham, com impactos na cognição e no humor, por exemplo (Lopes, 2019). Os medicamentos podem ser vetores de cuidado a partir do momento em que os sintomas afetam as atividades de vida diárias. No entanto, deve-se ter cautela com

sua prescrição, considerando os aspectos de risco-benefício e sem objetivar a normatização dos sujeitos (Lopes, 2019).

Simultaneamente, há a ativação de auxílio psicológico de dentro do próprio serviço, que conforme informado por Xique Xique, consiste em atendimentos de urgência dependendo do grau de sofrimento do indivíduo ou sua inserção nos grupos terapêuticos da instituição, como arteterapia, musicoterapia. Xique Xique abordou ainda um caso que atendeu, no qual encaminhou o paciente para outro serviço especializado, que lidava com jovens que fazem uso de substâncias psicoativas, já que o indivíduo se englobava nesse espectro. Nesse centro, há atendimentos com psicólogos, pedagogos e redutores de danos, mas o serviço especializado segue sendo uma referência para que o jovem possa participar dos grupos. Aqui é válido destacar que não existe consenso na literatura de qual seria a melhor abordagem psicoterapêutica para o acompanhamento de crianças com autismo. No entanto, atualmente, a terapia comportamental pode reduzir os sintomas depressivos na população autista; ela pode ser útil na modificação dos mecanismos com que os indivíduos lidam com certas situações, na reestruturação de pensamentos negativos e na modificação da inflexibilidade cognitiva (Chandrasekar & Sikich, 2015). Outras ferramentas que podem ajudar, conforme Chandrasekhar e Sikich (2015), são a terapia baseada em *mindfulness* e programas sociais e vocacionais - estes últimos também em adolescentes.

Paralelamente, Coral afirma seguir uma sistemática semelhante à de Mandacaru, e ressalta a importância da vigilância e da internação, quando preciso.

Contudo, é importante considerar que o próprio conceito de depressão infantil foi difundido após o desenvolvimento de um fármaco que poderia ser utilizado por essa população (Caponi, 2022). Ainda, o tratamento dessa condição com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), a depender da faixa etária, apresenta eficácia controversa e pouco conhecimento acerca de seu funcionamento para o TEA, com evidências de possível aumento do risco de suicídio consequente a seu uso, bem como relação com mais reações adversas (Caponi, 2022; Hervás, 2023). Há que se considerar, portanto, os possíveis malefícios da prescrição de certos medicamentos para o público infantil.

Relativo à efetividade dessa condução, Mandacaru afirmou fazer um comparativo entre a anamnese na qual foi identificado o risco e a posterior ao tratamento para avaliar o grau de modificação das respostas.

Transversalmente, foram discutidas as formas de prevenção de outras comorbidades e do suicídio, nas quais foram propostas as seguintes reflexões:

“Porque o que eu iria comentar é que se essas crianças tivessem tido acesso a terapias multiprofissionais nos primeiros anos de vida, né, elas estariam bem evoluídas assim, digamos, do ponto de vista clínico e o risco para depressão e outras patologias na adolescência seria bem menor. (...) Se esses pacientes já tivessem o acesso à equipe multiprofissional na primeira infância,

provavelmente o risco de associação com outros transtornos seria bem menor. E como muitos agora que não tem esse acesso, estão lá no CAPS aguardando serem chamados para o ambulatório de fono, de TO, de psicólogo. Estão há mais de um ano em fila de espera e com certeza muitos deles serão futuros autistas com outros transtornos associados porque não tem uma prevenção muito boa na primeira infância de outros transtornos mentais” (Mandacaru).

Como eu falei, já estudei bastante na questão da residência sobre o suicídio. É importante, na minha opinião, em vez de setembro amarelo a divulgação que fazem, ter avaliações e capacitações dos serviços de saúde. O que acontece no serviço de saúde em geral, nas emergências? Desdém, desdém do paciente que entra com suas necessidades, que entra... então o paciente é execrado, sabe, levado sem levar em consideração, é o chamado pití, entendeu?” (Coral).

Reflete-se, então, qual a base para os tratamentos – e diagnósticos – atualmente aplicados para crianças e adolescentes com TEA. Deve-se levar em consideração as esferas da hipermedicalização influenciada pela indústria terapêutica, do contexto social da população e dos princípios da beneficência e da não maleficência presentes na medicina ao se conduzir o risco de suicídio.

CONCLUSÃO

Conclui-se, então, que apesar de a literatura indicar um risco mais elevado de suicídio que o da população em geral em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista, nem sempre os profissionais possuem essa percepção nos cenários práticos. Esses resultados podem estar associados a um baixo índice desse risco nas cidades estudadas, o que é difícil de afirmar devido à ausência de dados epidemiológicos, ou devido à falta de abordagem sobre como identificar e conduzir essa situação no âmbito acadêmico.

Outrossim, é notório que mesmo o serviço especializado possui déficits para arcar com o atendimento dessas populações. Nas questões cotidianas ou de saúde mental, os serviços não oferecem reabilitação nem terapias específicas necessárias, além de serem constantes encaminhamentos para profissionais fora do serviço.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de mais estudos sobre a temática, sobretudo relacionados a um perfil epidemiológico que apresente esses dados a nível nacional. Faz-se necessária também uma complementação com a perspectiva dos sujeitos estudados, a fim de que se compreendam todas as nuances da temática.

Ainda, é escassa a literatura referente à condução de risco de suicídio na população estudada, sendo ela mais referente a estimativas de risco e os fatores que o envolvem. Salienta-se também como limitação o baixo número de participantes envolvidos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 40, e180896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- Caponi, S. N. (2022). Considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância: O caso da depressão infantil. *Estudos De Sociologia*, 27(esp.2), e022019. <https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.16775>
- Chandrasekhar, T. & Sikich, L. (2015) Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues Clin Neurosci*. 17(2), 219-27. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/tchandrasekhar>
- Demirkaya, S. K., Tutkunkardaş, M. D., & Mukaddes, N. M. (2016) Assessment of suicidality in children and adolescents with diagnosis of high functioning autism spectrum disorder in a Turkish clinical sample. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 12, 2921-2926. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s118304>
- Dorol-Beauroy-Eustache, O. & Mishara, Brian L. (2021) Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Preventive Medicine*, 152, 106684. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106684>
- Fernandes, C. S., Tomazelli, J., & Giranelli, V. R. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 31(Psicol. USP, 2020 31). <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>
- Hellström. (2019). A Systematic Review of Polyvictimization among Children with Attention Deficit Hyperactivity or Autism Spectrum Disorder. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(13), 2280. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132280>
- Hervás (2023) A. Autismo y depresión: presentación clínica, evaluación y tratamiento. *Medicina (B Aires)*, 83(Suppl 2), 37-42.
- John, A., Glendenning, A.C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., ... Hawton, K. (2018) Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Reseach*, 20(4), e129. <https://doi.org/10.2196/jmir.9044>
- Jokiranta-Olkonieni, E., Gyllenberg, D., Sucksdorff, D., Suominen, A., Kronström, K., Chudal, R., & Sourander, A. (2021). Risk for premature mortality and intentional self-harm in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(9), 3098–3108. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04768-x>
- Jucá, V. (2019). As políticas de saúde mental infanto juvenil no Brasil: a construção de uma rede de atenção psicossocial sensível às especificidades da infância e da adolescência. *Embornal*, 10(19), 85-100. Recuperado de <https://revistas.uece.br/index.php/embornal/article/view/3238>

- Kirby, A.V., Bakian, A.V., Zhang, Y., Bilder, D.A., Keeshin, B.R. & Coon, H. (2019) A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Research*, 12(4), 658-666. <https://doi.org/10.1002/aur.2076>
- Lopes, Ana Maria Costa da Silva. (2019). O autismo e suas conexões: qual medicação para o autista?. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1343-1352. <https://dx.doi.org/10.5752/P.1677-1168.2019v25n3p1343-1352>
- Malik-Soni, N., Shaker, A., Luck, H., Mullin, A. E., Wiley, R. E., Lewis, M. E. S., Fuentes, J., & Frazier, T. W. (2022). Tackling healthcare access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood. *Pediatric research*, 91(5), 1028–1035. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01465-y>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.* – Brasília: Ministério da Saúde.
- Mutluer, T., Genç, H. A., Morey, A. O., Eser, H. Y., Ertenmaz, B., Can, M. & Munir, K. (2022) Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 13, 856208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856208>
- Nik Adib, N. A., Ibrahim, M. I., Ab Rahman, A., Bakar, R. S., Yahaya, N. A., Hussin, S., & Wan Mansor, W. N. A. (2019). Perceived Stress among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: A State-Wide Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(8), 1468. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081468>
- Ohalloran, L., Coey, P. & Wilson, C. (2022). Suicidality in autistic youth: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102144. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102144>
- Oliveira, B.D.C. de., Feldman, C., Couto, M. C. V. & Lima, R. C. (2017) Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 707-726. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>
- Rios, C. & Camargo, K. R. (2019). Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 1111-1120. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07862017>

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, pelos ensinamentos, compreensão e apoio ao longo dessa jornada.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

SOBRE OS AUTORES

Lais Queiroz Gouveia é estudante de medicina da Universidade Federal do Vale de São Francisco - *campus* Paulo Afonso, Bahia. E-mail: laisqgouveia@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-1072-4139>

Anacely Guimarães Costa é docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. E-mail: anacely.g.costa@unesp.br.

 <https://orcid.org/0000-0002-6917-1049>

Maria Augusta Vasconcelos Palácio é docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale de São Francisco - *campus* Paulo Afonso, Bahia. E-mail: augusta.palacio@univasf.edu.br.

 <https://orcid.org/0000-0002-2780-125X>