



ACESSO ABERTO

## Autoria

Ana Paula Ribeiro Hirakawa<sup>1\*</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5257-5023>Karla Dias Tomazella<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5635-9656>Suzi Mary Simões<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7974-9027>\*Correspondente: [paula.hirakawa@usp.br](mailto:paula.hirakawa@usp.br)

## Instituição

<sup>1</sup>Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV M'Boi Mirim, São Paulo, SP, Brasil.Como citar este artigo • Direitos autorais<sup>©</sup>Hirakawa APR, Tomazella KD, Simões SM. Atendimento às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista na Reabilitação: protocolo e estratégias terapêuticas. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650052. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650052>.

## Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

## Submetido

22-08-2025

## Aceito

17-03-2026

## Artigo Original

## Atendimento às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista na Reabilitação: protocolo e estratégias terapêuticas

Care for People with Autism Spectrum Disorder in Rehabilitation: protocol and therapeutic strategies

Atención a las Personas con Trastorno del Espectro Autista en la Rehabilitación: protocolo y estrategias terapéuticas

## Resumo

**Objetivo:** Descrever o modelo de atendimento interdisciplinar oferecido a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Centro Especializado em Reabilitação (CER), enfatizando os protocolos assistenciais e estratégias terapêuticas adotadas. **Método:** Estudo descritivo baseado na análise documental do Protocolo de Atendimento à Pessoa com TEA do CER. Foram examinadas diretrizes institucionais, critérios de inclusão, estrutura dos atendimentos individuais e em grupo, participação da família e articulação com a rede de atenção à saúde. **Resultados:** O protocolo estabelece um fluxo estruturado para avaliação e reabilitação, incluindo intervenção precoce para crianças com risco psíquico, atendimentos em grupo organizados por faixa etária e suporte contínuo às famílias. A abordagem interdisciplinar permite um acompanhamento integral, articulando diferentes especialidades para favorecer a inclusão e o desenvolvimento funcional dos usuários. **Conclusão:** O modelo adotado pelo CER contribui para a reabilitação de pessoas com TEA, reforçando a importância da assistência interdisciplinar. A padronização dos fluxos e a articulação com a rede de atenção ampliam as possibilidades de inclusão social e promoção da autonomia dos usuários.

**Descritores:** Transtorno do Espectro Autista; Reabilitação; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Inclusão Social; Saúde Pública.

## Abstract

**Objective:** To describe the interdisciplinary care model provided to individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) at the Specialized Rehabilitation Center (SRC), with an emphasis on the care protocols and therapeutic strategies adopted. **Method:** A descriptive study based on a document analysis of the SRC's Care Protocol for Individuals with ASD. Institutional guidelines, inclusion criteria, the structure of individual and group care, family involvement, and coordination with the healthcare network were examined. **Results:** The protocol establishes a structured workflow for assessment and rehabilitation, including early intervention for children at psychological risk, group sessions organized by age group, and ongoing support for families. The interdisciplinary approach allows for comprehensive care, coordinating different specialties to promote the inclusion and functional development of service users. **Conclusion:** The model adopted by SRC contributes to the rehabilitation of individuals with ASD, reinforcing the importance of interdisciplinary care. The standardization of care pathways and coordination with the healthcare network expand the possibilities for social inclusion and the promotion of service users' autonomy.

**Descriptors:** Autism Spectrum Disorder; Rehabilitation; Patient Care Team; Social Inclusion; Public Health.

## Resumen

**Objetivos:** Describir el modelo de atención interdisciplinaria que se ofrece a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el Centro Especializado en Rehabilitación (CER), haciendo hincapié en los protocolos de atención y las estrategias terapéuticas adoptadas. **Método:** Estudio cualitativo de campo, realizado con profesionales de la salud de la UCI para Estudio descriptivo basado en el análisis documental del Protocolo de Atención a Personas con TEA del CER. Se examinaron las directrices institucionales, los criterios de inclusión, la estructura de las atenciones individuales y grupales, la participación de la familia y la articulación con la red de atención de salud. **Resultados:** El protocolo establece un flujo estructurado para la evaluación y la rehabilitación, incluyendo la intervención temprana para niños con riesgo psíquico, atenciones grupales organizadas por grupo de edad y apoyo continuo a las familias. El enfoque interdisciplinario permite un seguimiento integral, articulando diferentes especialidades para favorecer la inclusión y el desarrollo funcional de los usuarios. **Conclusión:** El modelo adoptado por el CER contribuye a la rehabilitación de personas con TEA, reforzando la importancia de la asistencia interdisciplinaria. La estandarización de los flujos y la articulación con la red de atención amplían las posibilidades de inclusión social y promoción de la autonomía de los usuarios.

**Descritores:** Trastorno del Espectro Autista; Rehabilitación; Grupo de Atención al Paciente; Inclusión Social; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição caracterizada por desafios na comunicação, interação social e pela presença de padrões de comportamento repetitivos<sup>(1-2)</sup>. Segundo estimativas da Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), que acompanha sistematicamente a prevalência do TEA, aproximadamente uma em cada 36 crianças foi identificada com o transtorno. Os dados indicam que a prevalência global mais do que dobrou em 12 anos<sup>(3)</sup>.

O TEA tem causado grandes impactos na vida dos indivíduos afetados e suas famílias, com um aumento significativo no número de diagnósticos nos últimos anos. Esse crescimento está relacionado à ampliação dos critérios diagnósticos, maior conscientização e diagnóstico precoce. A abordagem multiprofissional, incluindo terapias comportamentais e farmacológicas, é fundamental no tratamento. Contudo, desafios no diagnóstico precoce e falta de informações adequadas ainda são obstáculos para uma intervenção eficaz, sendo necessário um envolvimento contínuo da comunidade científica e dos profissionais de saúde para promover a inclusão e o bem-estar das pessoas com TEA<sup>(4)</sup>.

O Brasil ainda carece de informações detalhadas sobre a quantidade de pessoas autistas e sua distribuição no território nacional. Embora se estime que haja cerca de dois milhões de indivíduos com TEA, esse número não é oficialmente reconhecido. Para suprir essa lacuna, a Lei 13.861, sancionada em 2019, determinou que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística incluísse o TEA no censo populacional. O levantamento, inicialmente previsto para 2020, foi adiado para 2022 devido à pandemia de COVID-19. Pela primeira vez, o censo considerou a população autista em suas estatísticas, abrangendo tanto aqueles com diagnóstico formal quanto pessoas que apresentam sinais do transtorno, mas ainda não receberam uma avaliação conclusiva<sup>(5)</sup>.

No contexto das políticas públicas, um avanço significativo ocorreu com a Lei nº 12.764, de 2012, que reconheceu o TEA como uma deficiência. Esse marco legal redefiniu a abordagem dos serviços de saúde e reabilitação, ampliando a inclusão e a oferta de suporte especializado. Com isso, o Sistema Único de Saúde passou a enfrentar novos desafios, como a necessidade de qualificar profissionais para atender essa população de maneira mais adequada e acessível<sup>(6)</sup>.

No Brasil, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) desempenham um papel fundamental na avaliação e reabilitação de pessoas com deficiência, incluindo aquelas com suspeita de TEA. Um estudo realizado em um CER do Sul do país analisou 685 prontuários de crianças de zero a 12 anos avaliadas entre 2014 e 2017. Os resultados mostraram que a média de idade das crianças era de 5,47 anos, sendo 83,8% do sexo masculino. Os principais motivos de encaminhamento foram déficits de linguagem (58,8%) e comportamentos externalizantes (56,9%). Apenas 30,1% das crianças tiveram o diagnóstico de TEA confirmado, e o instrumento mais utilizado nas avaliações foi o Autism Behavior Checklist (ABC), aplicado em 70,5% dos casos<sup>(7)</sup>.

Um estudo em centros de referência de João Pessoa (PB) analisou crianças diagnosticadas após os 36 meses e revelou que o diagnóstico tardio está ligado a dificuldades na socialização, alfabetização e fala, além de prejuízos na atenção e concentração, o estudo aponta que a falta de suspeita precoce por profissionais de saúde destaca a necessidade de maior capacitação e reforça a importância do diagnóstico precoce e das intervenções terapêuticas para reduzir impactos no desenvolvimento infantil<sup>(8)</sup>.

Diante disso, este estudo tem como objetivo descrever o protocolo de atendimento interdisciplinar implementado em um CER para a pessoa com TEA, enfatizando as práticas de intervenção precoce e a participação ativa das famílias no processo terapêutico.

## MÉTODO

### Desenho e Cenário

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, baseado na análise documental do protocolo institucional de atendimento a pessoas com TEA no CER. O CER é unidade de referência em reabilitação multiprofissional, inserida na rede pública de saúde paulistana.

O estudo foi subsidiado pela observação participante das autoras a respeito do escopo de atendimento aos usuários com diagnóstico ou suspeita de TEA, e pelos profissionais de saúde que participam diretamente do atendimento e acompanhamento desses usuários. A observação envolveu os participantes que estiveram em atendimento no período de coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão definidos para atendimento do TEA, como idade compatível com os serviços de reabilitação ofertados e presença de registro ativo no sistema do CER.

### Coleta de Dados

A análise documental abrangeu o protocolo institucional vigente, incluindo sua estrutura organizacional, fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade para atendimento, modalidades terapêuticas disponíveis e articulação intersetorial com outros serviços da rede de atenção à saúde.

### Análise dos Dados

Os dados foram sistematizados e organizados em categorias temáticas, permitindo a descrição da estrutura do atendimento, da dinâmica das intervenções terapêuticas e dos desafios e potencialidades do modelo assistencial adotado.

## RESULTADOS

### Estrutura do Atendimento

O protocolo do CER estabelece um fluxo estruturado para a assistência à pessoa com TEA, contemplando os seguintes eixos:

- 1. Processo Diagnóstico:** Avaliação interdisciplinar com profissionais de diversas áreas, incluindo neurologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia.
- 2. Intervenção Precoce:** Atendimento especializado para crianças de 0 a 3 anos com risco psíquico, visando minimizar impactos no desenvolvimento.
- 3. Reabilitação:** Organização de atendimentos em grupo conforme a faixa etária, promovendo interação social e ampliação do repertório de habilidades.
- 4. Suporte Familiar:** Realização de encontros periódicos com familiares para orientação e apoio no manejo do TEA no contexto social.
- 5. Articulação em Rede:** Encaminhamento dos usuários para outros serviços da rede de saúde, educação e assistência social, garantindo continuidade do cuidado.

## Processo de Avaliação Inicial

A realização da avaliação inicial, seja por encaminhamento externo ou interno, tem como objetivo levantar a queixa pela equipe multiprofissional, por meio da aplicação de um roteiro de avaliação estruturado. A partir das demandas e queixas relatadas, e considerando o contexto do paciente e sua família, a equipe realiza o direcionamento dentro do serviço, podendo seguir um dos três eixos:

- Processo diagnóstico;
- Intervenção precoce para risco psíquico;
- Reabilitação.

## Processo Diagnóstico

O processo diagnóstico de pacientes com suspeita de TEA ou que necessitem de diagnóstico diferencial envolve o acompanhamento por, no mínimo, três categorias profissionais. A avaliação multiprofissional ocorre em grupo e/ou individualmente, com um mínimo de quatro sessões. Além disso, é realizada a solicitação ou o agendamento de relatório escolar e matriciamento, geralmente em uma sessão.

A avaliação neuropediátrica inclui duas consultas, enquanto encaminhamentos para investigação, como oftalmologia, saúde auditiva e exames complementares, são solicitados conforme a necessidade. Após a realização desses procedimentos, há uma discussão de caso para a produção do laudo multiprofissional, etapa que exige ao menos uma sessão.

Vale ressaltar que pacientes com suspeita de TEA podem ser inseridos na reabilitação antes do fechamento do diagnóstico, sendo posteriormente reencaminhados para a rede conforme necessário.

## Intervenção Precoce

A intervenção precoce em bebês de 0 a 3 anos com sinais de risco psíquico é essencial para a saúde mental na primeira infância. A identificação de dificuldades no desenvolvimento psíquico e relacional demanda uma abordagem interdisciplinar, com participação mínima de duas categorias profissionais, incluindo a psicologia.

O processo inicia-se com a discussão do caso em equipe, permitindo uma visão ampliada. Em seguida, realiza-se uma avaliação familiar para compreender a dinâmica relacional e fatores influentes no desenvolvimento infantil. Com base nisso, elaboram-se Plano Terapêutico Singular (PTS), que pode incluir atendimentos individuais ou em grupo, com duração variável e reavaliações periódicas.

O acompanhamento envolve discussões regulares sobre a evolução do bebê, podendo resultar em ajustes na estratégia, manutenção do tratamento ou alta. A família tem papel central, participando de devolutivas estruturadas em momentos-chave. Esse modelo busca minimizar impactos no desenvolvimento infantil e fortalecer o vínculo familiar, promovendo um ambiente favorável ao crescimento emocional e social.

## Reabilitação da Pessoa com TEA

O processo de reabilitação para pessoas com TEA no Centro Especializado em Reabilitação é estruturado, prioritariamente, em atendimentos em grupo, que podem contar com até cinco pacientes. No entanto, quando há dificuldades comportamentais significativas que inviabilizem a participação inicial no atendimento compartilhado, o paciente pode ser inserido temporariamente no atendimento individual. Esse formato tem como um dos principais objetivos promover, posteriormente, a inclusão do paciente em grupo.

O PTS orienta tanto os atendimentos individuais quanto os atendimentos compartilhados em grupo. Desde o início do processo, são estabelecidas previsões de alta, definidas em conjunto com o paciente e sua família. A cada 12 sessões, os objetivos terapêuticos são reavaliados. Esse protocolo segue as Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2022), que orienta que neste ponto de atenção (CER) a intervenção deve ter duração determinada conforme alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos e revisados no PTS.

O protocolo de atendimento ao TEA no CER estrutura-se a partir de um modelo interprofissional e compartilhado, garantindo um olhar ampliado para a singularidade de cada sujeito. A organização dos atendimentos em faixas etárias permite a construção de estratégias terapêuticas voltadas para o desenvolvimento das funcionalidades e potencialidades individuais. Esse modelo, além de integrar diversas áreas do conhecimento, possibilita um espaço terapêutico que favorece a interação social, a autonomia e a comunicação, aspectos fundamentais na reabilitação de pessoas com TEA. Eles estão descritos a seguir:

**PUPA (2 a 5 anos):** Foco na comunicação, interação social e autonomia inicial, por meio do brincar simbólico e funcional. Atividades: música, brincar, seletividade alimentar e jogos corporais.

**LAGARTA (6 a 9 anos):** Desenvolvimento de habilidades sociais e manuais, resolução de problemas e independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Atividades: culinária infantil, horta e funcionalidade.

**CASULO (10 a 13 anos):** Ênfase na percepção corporal, habilidades sociais e emocionais, além da autonomia nas tarefas diárias. Atividades: culinária, grupo de pré-adolescentes e artesanato.

**METAMORFOSE (14 a 17 anos):** Desenvolvimento da identidade, autonomia e relações sociais, com foco na resolução de problemas complexos. Atividades: grupos de adolescentes e oficina culinária.

**BORBOLETA (18 a 30 anos):** Preparação para a inserção no mercado de trabalho, fortalecimento da autonomia e empoderamento pessoal.

## Ferramenta de Avaliação

O monitoramento da evolução dos pacientes durante o processo de reabilitação é realizado por meio do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), instrumento oficial adotado pelo Governo Brasileiro para avaliação da deficiência. Reconhecido pela Resolução nº 01, de 05 de março de 2020, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o IFBr-M é fundamentado no modelo psicossocial da deficiência, que compreende a funcionalidade como resultado da interação entre as condições de saúde do indivíduo e os fatores ambientais e sociais que o cercam.

Diferente de modelos puramente biomédicos, que se concentram apenas nas limitações físicas ou cognitivas, o IFBr-M amplia a avaliação ao considerar funções corporais, nível de independência para a realização de atividades, grau de participação na sociedade e as barreiras enfrentadas no dia a dia. Esse enfoque possibilita um olhar mais abrangente sobre as necessidades do paciente, permitindo que o PTS seja ajustado de forma mais precisa e eficaz ao longo do processo de reabilitação. Além disso, o IFBr-M fornece parâmetros objetivos para a equipe

multiprofissional, auxiliando na tomada de decisões sobre intervenções, adaptações necessárias no ambiente e estratégias para promoção da autonomia.

### Acompanhamento da Família

A participação familiar é essencial no diagnóstico e reabilitação de bebês e crianças com risco psíquico ou TEA. Desde o início, a família é envolvida por meio de escuta ativa, considerando suas percepções e angústias, o que permite uma compreensão ampliada do contexto.

Durante a reabilitação, os cuidadores recebem acompanhamento para entender o impacto do diagnóstico e desenvolver estratégias para favorecer o desenvolvimento infantil e a inclusão social. Reuniões bimestrais com a equipe multiprofissional possibilitam trocas entre famílias, ajustes no PTS e alinhamento de estratégias conforme a evolução da criança. Essa abordagem fortalece o papel da família como parceira ativa no processo, garantindo que os avanços terapêuticos se sustentem no cotidiano da criança.

### Atuação em Rede

O atendimento da pessoa com TEA não se limita às terapias no serviço de reabilitação, mas deve estar articulado a outros pontos da rede, envolvendo saúde, educação, cultura, lazer e esporte. Dessa forma, o protocolo reforça que a reabilitação não deve restringir o sujeito a um espaço clínico, mas sim possibilitar sua circulação e participação social em diferentes contextos.

Portanto, além do encaminhamento e orientação para equipamentos da rede, são oferecidas orientações e atuações para que o sujeito com TEA e a família ampliem suas práticas para espaços da comunidade, onde a reabilitação auxilia promovendo atividades externas como passeios, visitas a parques, centros culturais, espaços esportivos e outros ambientes públicos. Essas ações permitem que tanto o paciente quanto sua família conheçam o território, se apropriem dos recursos disponíveis e compreendam que a deficiência não deve ser um fator de exclusão social, mas sim um aspecto a ser considerado na construção de uma vida ativa e participativa.

Essa abordagem favorece o desenvolvimento da autonomia, amplia as possibilidades de socialização e fortalece a construção de uma rede de suporte que vai além do serviço de saúde, garantindo uma inserção mais ampla da pessoa com TEA na sociedade.

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram a estruturação do atendimento ao TEA no CER, evidenciando um modelo interprofissional e compartilhado, com foco na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes. A organização do protocolo de atendimento, desde a fase diagnóstica até a reabilitação e a transição para a vida adulta, reflete uma abordagem que integra diferentes dimensões do cuidado, indo além de uma perspectiva meramente clínica. Esse modelo alinha-se a autores e documentos internacionais, como o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” da OMS<sup>(9)</sup>, ressaltam que a prática colaborativa em saúde fortalece a eficácia dos serviços, pois envolve profissionais que, ao trabalharem juntos, complementam seus saberes e ampliam os resultados terapêuticos.

De acordo com Beauchemin et al. (2019)<sup>(10)</sup>, a implementação de diretrizes clínicas na prática assistencial é um processo complexo que requer a integração entre evidências científicas, contexto institucional e engajamento dos profissionais. A literatura destaca que, mesmo diante da ampla disponibilidade de protocolos baseados em evidências, os resultados esperados em qualidade assistencial nem sempre são alcançados, devido a barreiras como resistência à mudança, falta de treinamento e limitações estruturais nos serviços de saúde.

Chacarolli et al. (2023)<sup>(11)</sup>, ressaltam que a produção de diretrizes resumidas representa uma importante estratégia de tradução do conhecimento, permitindo que protocolos clínicos sejam efetivamente incorporados à rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem tem contribuído para a disseminação de boas práticas e para o fortalecimento da atenção integral às pessoas com TEA, especialmente em situações que envolvem comportamentos agressivos, comunicação e socialização.

A intervenção precoce é amplamente reconhecida como um fator determinante para minimizar os impactos do TEA no desenvolvimento infantil. Estudos demonstram que abordagens iniciadas na primeira infância, como o Early Start Denver Model, resultam em melhorias significativas na comunicação e nas habilidades adaptativas das crianças com TEA<sup>(12)</sup>. Ademais, dados do CDC<sup>(3)</sup> ressaltam que o diagnóstico e a intervenção precoces possibilitam maior integração social e redução das barreiras funcionais na vida adulta. No Brasil, a inclusão da família no processo terapêutico é destacada como uma necessidade de integração entre os setores da saúde e da educação para garantir uma abordagem mais ampla e inclusiva<sup>(13)</sup>.

O atendimento interdisciplinar é outro pilar essencial do modelo de reabilitação adotado pelo CER. A literatura internacional enfatiza a importância da colaboração entre diferentes especialidades para otimizar os resultados terapêuticos, ao qual discutem a relevância de padrões para a colaboração interprofissional no tratamento do TEA, reforçando que a integração de psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos melhora significativamente os desfechos dos pacientes<sup>(14)</sup>. No contexto nacional, autores demonstram que a prática colaborativa na saúde fortalece a eficácia dos serviços, pois permite que diferentes profissionais complementem seus saberes, resultando em diagnósticos mais precisos e terapias mais eficazes<sup>(15)</sup>.

A articulação em rede é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e promover a inclusão social. No estudo sobre a organização do trabalho nos CERs da cidade de São Paulo<sup>(16)</sup>, observa-se que, apesar das diretrizes municipais e nacionais, cada unidade estrutura seus serviços de maneira singular, refletindo os desafios da integração entre os profissionais, as demandas locais e a rede de atenção à saúde. A ausência de espaços formais para discussão de casos e planejamento de ações compromete a efetividade do cuidado interprofissional. Isso reforça a importância de iniciativas como as reuniões bimestrais com familiares no CER, que possibilitam uma melhor compreensão do processo terapêutico e promovem o engajamento da família na reabilitação.

A utilização do IFBr-M no acompanhamento dos pacientes representa um avanço na avaliação da reabilitação, pois permite considerar não apenas aspectos clínicos, mas também barreiras sociais e ambientais. Esse modelo de avaliação está alinhado a abordagens internacionais que buscam integrar a funcionalidade do indivíduo ao contexto social, ampliando a compreensão dos desafios enfrentados por pessoas com TEA e possibilitando ajustes mais eficazes no PTS.

A reabilitação antes da conclusão diagnóstica reforça a intervenção precoce, minimizando impactos no desenvolvimento infantil e promovendo acompanhamento interprofissional desde os primeiros anos. O envolvimento das famílias é essencial para melhores resultados terapêuticos, com o PTS sendo ajustado conforme a evolução do paciente. O atendimento em grupo favorece a interação social e o desenvolvimento de habilidades, enquanto a estrutura por faixas etárias permite uma abordagem progressiva, respeitando as necessidades de cada fase, da infância à vida adulta<sup>(17)</sup>.

Além disso, os grupos terapêuticos oferecem um ambiente seguro e estruturado para que crianças com autismo pratiquem comportamentos sociais, o que contribui para a redução de comportamentos desafiadores e o fortalecimento da autoestima<sup>(18)</sup>. Essas intervenções não só possibilitam a prática e o reforço de competências individuais, mas também fomentam a troca de experiências entre os participantes, criando uma rede de apoio que pode potencializar a autonomia e a integração social dos pacientes.

A permanência na reabilitação segue diretrizes baseadas na revisão periódica dos objetivos terapêuticos, garantindo que o atendimento seja focado nas necessidades reais do paciente e evitando a dependência prolongada de serviços especializados. Esse aspecto está em consonância com princípios de reabilitação baseados na funcionalidade e na inclusão social, priorizando a transição para atividades e serviços comunitários.

Dessa forma, observa-se que o processo de implementação de protocolos clínicos no atendimento ao TEA no CER vai além da simples adesão a recomendações técnicas. Ele requer **capacitação contínua da equipe, suporte institucional, acompanhamento dos resultados e revisão periódica das práticas adotadas**, em consonância com os princípios da atenção baseada em evidências. A articulação entre políticas públicas e práticas clínicas favorece o cuidado integral, humanizado e centrado nas necessidades da pessoa com TEA e sua família.

## CONCLUSÃO

O protocolo de atendimento interdisciplinar do CER tem se consolidado como uma estratégia fundamental para a assistência qualificada a pessoas com TEA, possibilitando intervenções terapêuticas estruturadas e um suporte contínuo às famílias. A articulação entre diferentes especialidades permite um olhar ampliado sobre o desenvolvimento dos usuários, garantindo abordagens mais integradas e eficazes. Além disso, a padronização dos fluxos assistenciais e o fortalecimento da rede de atenção ampliam as oportunidades de inclusão social, promovendo maior autonomia e qualidade de vida para os pacientes.

Os resultados obtidos demonstram a importância da continuidade e do aprimoramento das estratégias institucionais, com investimentos em capacitação profissional, ampliação do acesso e fortalecimento da rede de suporte às famílias. Dessa forma, assegura-se não apenas a manutenção da qualidade do atendimento, mas também a expansão do impacto positivo desse modelo de cuidado, favorecendo a construção de um sistema de reabilitação mais eficiente e humanizado.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

<b>Conceitualização</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa
<b>Curadoria de dados</b>	Não aplicável
<b>Análise formal</b>	Não aplicável
<b>Aquisição de financiamento</b>	Não aplicável
<b>Investigação</b>	Não aplicável
<b>Metodologia</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa
<b>Administração do projeto</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa; Karla Dias Tomazella
<b>Recursos</b>	Não aplicável
<b>Software</b>	Não aplicável
<b>Supervisão</b>	Não aplicável
<b>Validação</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa; Karla Dias Tomazella; Suzi Mary Simões
<b>Visualização</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa; Karla Dias Tomazella
<b>Escrita - esboço original</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa
<b>Escrita - revisão e edição</b>	Ana Paula Ribeiro Hirakawa; Karla Dias Tomazella; Suzi Mary Simões

## DECLARAÇÕES

<b>Conflitos de interesse</b>	Não aplicável
<b>Financiamento</b>	Não aplicável
<b>Aprovação ética</b>	Não aplicável
<b>Agradecimentos</b>	Não aplicável
<b>Preprint</b>	Não aplicável
<b>Inteligência Artificial</b>	Não aplicável

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Giriani VR, Tomazelli J, Silva CMFP da, Fernandes CS. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013–2019. Rev. saúde pública [Internet]. 30º de março de 2023 [citado 18 de março de 2025];57(1): 21. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/210325>.
- Centers for disease control and prevention (CDC) [Internet]. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder (ASD). Atlanta (EUA); 2024 [revisado em 16 de março de 2024; citado em 18 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Medeiros de Carvalho WM et al. Os Transtorno do Espectro Autista: Desafios Diagnósticos, Fatores Etiológicos e Estratégias Terapêuticas. Braz. J. Implantol. Health Sci. 2025; 7 (2): 1247-6. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p1247-1267>.
- Silva AB. Censo também vai levantar informações sobre autismo [Internet]. São Paulo: Portal Lunetas; 2022 [revisado em 1 de fevereiro de 2022; citado em 18 de março de 2025]. Disponível em: <https://telessaude.fiocruz.br/2022/02/01/censo-tambem-vai-levantar-informacoes-sobre-autismo/>.
- Silveira LS, Rodrigues LAF. O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. Fractal, Rev. Psicol. [Internet]. 30º de julho de 2019 [citado 17 de março de 2025];31(2):119-2. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5635>.
- Rocha CC, Souza SMV, Costa AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. Physis [Internet]. 2019; [citado 17 de março de 2025]; 29(4):e290412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290412>.
- Abrantes EE, Silva AKA da, Ramalho MA de O, Guedes TAL. Impactos do diagnóstico tardio no desenvolvimento cognitivo e psicossocial em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2025 [revisado em 14 de Janeiro de 2025; citado em 6 de março de 2025];8(1):e76776. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76776>.

9. OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: 2010.
10. Beauchemin M, Cohn E, Shelton RC. Implementation of clinical practice guidelines in the healthcare setting: A concept analysis. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(4):307-24.
11. Chacarolli CFT, et al. Implementação de protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas no Brasil: diretrizes resumidas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
12. Dawson G, Rogers S, Munson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010;125(1):e17-e23. DOI: 10.1542/peds.2009-0958.
13. Santos M, Pereira L. Abordagem interdisciplinar no atendimento às pessoas com transtorno do espectro autista: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Especial*. 2020;26(3):345-359. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/fGBkVn4HXkWCpXpJFS4pGzD/abstract/?lang=pt>.
14. Bowman MJ, et al. Standards for Interprofessional Collaboration in the Treatment of Autism Spectrum Disorder. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8586309/>.
15. Peduzzi M, Agreli, HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2018; 22 (supl 2): 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
16. Nunes D, Schmidt C, Nunes Sobrinho FP. Transtorno do Espectro Autista: Proposições das políticas públicas às práticas baseadas em evidências. *Arq Analíticos de Pol Educativas*. 2021;29 (77). DOI: 10.14507/epaa.29.5993.
17. Bea Gates, JA, Kang, E, Lerner, MD. Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017; (52): 164-181. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.006>.
18. Kasari, C, Gulsrud, A, Freeman, S, Paparella, T, Helleman, G. (2012). Longitudinal follow-up of children with autism receiving targeted interventions on joint attention and play. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(5): 487-495. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.019>.