

## ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Carolina Kulcsar Caravieri (IC) e Maria Cristina Trigueiro Veloz Teixeira (Orientador)

**Apoio: PIBIC CNPq**

### RESUMO

O acesso aos serviços de saúde em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiência Intelectual (DI) devem ser especializados e focados em demandas comportamentais, educacionais e sociais. Devido a pandemia da COVID-19, o acesso às intervenções foi restrito para evitar o contágio da doença. O objetivo do estudo foi verificar o acesso a serviços de saúde mental de crianças/adolescentes com TEA e DI durante a pandemia da COVID-19. Realizou-se um estudo transversal com 50 cuidadores de crianças/adolescentes com TEA e DI, os quais responderam um questionário acerca dos serviços utilizados antes e durante a pandemia. Também foram extraídos dados dos prontuários no Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE). As crianças com DI tinham idade média de 9 anos e 7 meses (DP=1,66) e para TEA de 8 anos e 7 meses (DP=1,79) no momento diagnóstico. Os informantes eram principalmente mãe da criança, com idade média de 40 anos (DP=6,62) e renda familiar entre R\$ 2.000 e R\$ 2.999. Durante a pandemia 72% dos pais das crianças com DI e 31,3% dos TEA relataram ausência no contato de profissionais de saúde mental. 97% dos cuidadores de crianças com DI e 76,5% de TEA declararam falta de orientações escolares. Houve diferença marginalmente significativa relativo aos serviços de saúde mental e diferença com grande tamanho de efeito em relação ao contato escolar em função do tipo de transtorno, sendo que cuidadores de TEA receberam mais orientações do que de DI durante a pandemia.

**Palavras-chave:** Acesso a Serviços de Saúde. Transtornos do Neurodesenvolvimento. COVID-19.

### ABSTRACT

Access to health services when it comes to children on the Autism Spectrum Disorder (ASD) and Intellectual Disability (ID) must be specialized in behavioral, educational and social demands. Due to the COVID-19 pandemic, access to intervention was restricted to hinder the disease's spread. The goal of this paper was to verify access of mental health services when it comes to children/teens with ASD and ID during the aforementioned pandemic. A cross-sectional study with 50 caretakers of children/teens with ASD and ID was done, the former having answered a questionnaire about health service use before and after the pandemic.

Data was extractated from charts in Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtorno da Atenção (DISAPRE). Children with ID averaged on 9 years and 7 months old ( $SD= 1.66$ ) and those with ASD averaged on 8 years and 7 months old ( $SD= 1.79$ ) at the diagnostic moment. Those who gave information were mainly the mother of the child, avering on 40 years of age ( $SD= 6.62$ ) and family income between R\$ 2.000 e R\$ 2.999. During the pandemic, 72% of the parents of the children with ID and 31.3% parents of those with ASD reported absence of contact of mental health professionals. 97% of caretakers of children with ID and 76.5% of ASD reported lack of school orientation. There was a marginally significant difference related to mental health services and difference of great effect regarding school contact depending on the disorder, being that caretakers of ASD received more orientation than those of ID during the pandemic.

**Keywords:** Health Services Accessibility. Neurodevelopmental Disorders. COVID-19.

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiência Intelectual (DI) pertencem ao grupo classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como Transtornos do Neurodesenvolvimento. Esses transtornos se caracterizam por déficits que se manifestam desde o início do desenvolvimento em áreas como aprendizagem, funções cognitivas e habilidades sociais. O TEA é definido pela tríade de dificuldades na comunicação, interação social e no comportamento. Já a DI é qualificada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média e déficits relevantes no funcionamento adaptativo em variados níveis de gravidade que podem ser classificados como leve, moderado, grave ou profundo. Em ambos as limitações podem ser específicas ou globais, acarretando prejuízos no desenvolvimento pessoal, social, acadêmico ou profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION/APA, 2014).

A heterogeneidade e o caráter multifatorial dos transtornos do neurodesenvolvimento preconizam que essa população tenha acesso integral aos serviços de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Apesar do direito garantido à saúde, há fatores que dificultam o acesso, como falta de especialistas, despreparo dos profissionais de saúde para a comunicação acerca do diagnóstico e/ou comorbidades, falta de apoio às famílias, longo tempo de espera para acessar um serviço de saúde mental e a inexistência de atendimento mediante equipe multidisciplinar (CERQUEIRA; ALVES; AGUIAR, 2016; DOHERTY *et al.*, 2020). Evidências mostram que na Atenção Básica à Saúde, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), pais de crianças com TEA atendidas nesses equipamentos relatam sentir falta de um maior engajamento por parte dos profissionais da saúde mental e pouco conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, o que oportuniza sentimentos de isolamento e solidão nos cuidadores, além de relatarem peregrinação entre diversos serviços de saúde, demora no processo diagnóstico e de intervenção (ARAUJO, 2012; LIMA; COUTO, 2020).

Em agravamento a este cenário, com a pandemia da COVID-19 e as medidas de prevenção do contágio da doença, foram implantadas novas estratégias de acesso aos serviços de saúde, como os teleatendimentos, redução do fluxo de pessoas nos serviços e elaboração de novas configurações de funcionamento a fim de evitar a transmissão do vírus (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, 2020; MARTINS *et al.*, 2020). O suporte dessa população durante a pandemia é imprescindível, pois crianças e adolescentes diagnosticados com TEA e DI são mais propensos a desenvolverem comorbidades psiquiátricas e condições médicas que afetam o sistema imune (CROEN *et al.*, 2015; LAI *et al.*, 2014; VASA *et al.*, 2021). Evidências mostram que cerca de 30% de crianças com DI e 20% de TEA têm alguma comorbidade (BRASIL, 2014; COOPER *et al.*, 2007). Assim, o estresse causado pela

pandemia e a falta de assistência de profissionais capacitados oportunizou retrocessos de ganhos funcionais e exacerbação de indicadores de gravidade dos transtornos psiquiátricos das crianças e adolescentes com TEA e DI (ALHUZIMI, 2021; ALTHIABI, 2021; BRITO *et al.*, 2020; COURTENAY; PERERA, 2020; STEFANA *et al.*, 2020).

A partir do exposto, este estudo atendeu ao seguinte problema: como foi o acesso a serviços de saúde mental de um grupo de crianças e adolescentes com TEA e DI durante o período da pandemia? Assim, os objetivos do estudo foram: verificar indicadores de acesso a serviços de saúde mental de crianças e adolescentes com TEA e DI no período da pandemia da COVID-19 e verificar e comparar o acesso aos serviços de saúde mental antes e durante a pandemia em função do tipo de transtorno. Apresenta-se o referencial teórico.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A prevalência de crianças com TEA nos Estados Unidos é de 1:44 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/CDC, 2021). No Brasil, apesar do número restrito de dados epidemiológicos sobre TEA na população infantil, estudo composto por 1715 alunos da rede pública do Ensino Fundamental I de quatro regiões metropolitanas brasileiras, verificou prevalência de 1% de casos suspeitos de TEA (PARASMO; LOWENTHAL; PAULA, 2015). Com relação ao DI, estima-se que entre 1% e 3% das pessoas na população em geral tenham algum grau de DI (PATEL *et al.*, 2020). 0,8% da população tem DI no Brasil, de acordo com a última pesquisa nacional de saúde sobre prevalência autorreferida deste tipo de deficiência (MALTA *et al.*, 2016).

Os serviços de suporte para os transtornos do neurodesenvolvimento contemplam intervenções de reabilitação, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, terapia comportamental e/ou educação especial em hospitais ou clínicas (MISHRA; SIDDHARTH, 2018). As especificidades de cada transtorno requerem um projeto singular que deve ser desenhado junto a família, considerando a realidade e as demandas das crianças. No caso de TEA, as intervenções podem ser voltadas visando a diminuição de sinais e sintomas e promover ganhos funcionais. Já para DI podem ser incentivadas intervenções voltadas ao funcionamento adaptativo. Além disso, são consideradas as comorbidades psiquiátricas e condições médicas a fim de promover uma assistência integral à saúde da criança/adolescente com TEA ou DI (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). O cenário ideal é que o diagnóstico seja feito em idade pré-escolar, uma vez que estudos apontam que crianças com TEA ou DI quando inseridas em intervenção precoce podem apresentar melhoras no desenvolvimento global, funcionamento adaptativo e cognitivo, entre outros (ELDEVİK *et al.*, 2009).

Considerando que as crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento devem estar inseridas em intervenções específicas de saúde, com a pandemia da Covid-19 o acesso aos serviços foi modificado a fim de prevenir o contágio da doença. As restrições impostas exigiram novas modalidades de atendimento, como consultas online e serviços presenciais com medidas de proteção (MARTINS *et al.*, 2020). A implantação dos teleatendimentos exacerbou as vulnerabilidades existentes dessa população, uma vez que teve que enfrentar barreiras, como aceitação cultural, pobreza, acessibilidade e grande parte da população pertencer a zona rural (DHIMAN, *et al.*, 2021). Essa dificuldade preconizou uma fragilização das ações intersetoriais, com falta de diálogo entre os usuários e os profissionais decorrente da falta de atendimentos presenciais e horários reduzidos em diversos serviços (MAGRINI; HOMERCHER; VIEIRA, 2020).

Além da dificuldade de acesso à serviços de saúde, o isolamento social e o estresse causado pela pandemia impactaram na saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento e em seus respectivos cuidadores, visto que em torno de 59% das crianças com TEA experimentaram piora nos sintomas psiquiátricos ou desenvolveram novos sintomas dois meses após o isolamento social, sendo os principais irritabilidade, insônia, ansiedade e comportamentos disruptivos (VASA *et al.*, 2021; OLIVIA *et al.*, 2021). Por sua vez, os cuidadores tiveram que desempenhar papéis a fim de oferecer suporte às necessidades de crianças/adolescentes, resultando em sobrecarga de tarefas e aumento de ansiedades (AMORIM *et al.*, 2020; ASBURY *et al.*, 2021). Um estudo encontrou níveis de estresse e depressão em cuidadores de crianças/adolescentes com TEA significativamente maiores durante o isolamento do que no período pré-pandêmico (DHIMAN *et al.*, 2020). Eles também relataram sentimentos de abandono com o fechamento de diversos serviços e dificuldades em acessar serviços e suportes, mesmo aqueles que já estavam inseridos em intervenções no período anterior ao isolamento (PELLICANO *et al.*, 2021; ONWUMERE *et al.*, 2021).

Com este embasamento teórico, apresenta-se a metodologia do estudo.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal realizado no ambulatório de Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE), vinculado à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Na cidade de Campinas existem serviços da Rede de Atenção Psicossocial que são oferecidos a crianças e adolescentes com TEA ou DI, a saber: dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), doze Centros de Convivência, cinco Pronto-Atendimentos, 15 leitos de internação psiquiátrica em Hospital Geral (CHOV), Serviços

Residenciais Terapêuticos (SRT) e Equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

A amostragem seguiu critérios de conveniência. Dos 106 pais ou cuidadores e responsáveis por crianças e adolescentes com DI e TEA entre 6 e 16 anos que receberam diagnóstico de TEA ou de DI entre 2017 e 2019, a amostra do estudo foi composta por 50 crianças e adolescentes distribuídos em dois grupos: 33 pais ou cuidadores de crianças com diagnóstico de DI e 17 com diagnóstico de TEA.

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: a) diagnóstico no Ambulatório DISAPRE entre março de 2017 a março de 2019; b) cuidador ou pais de criança/adolescente exercer o cuidado por, pelo menos, seis horas diárias. Já os critérios de exclusão foram ter diagnóstico ou hipótese diagnóstica dos seguintes transtornos do neurodesenvolvimento na condição de comorbidades, a saber: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Específico de Aprendizagem. Este estudo foi desenvolvido associado a projeto guarda-chuva maior abrangendo uma dissertação de mestrado do Programa de Distúrbios do Desenvolvimento. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Processo: CAEE 4.632.789).

### 3.1 Instrumentos de coleta de dados:

a) Dados dos prontuários de atendimento: foram extraídos dados em relação a identificação dos pais ou cuidadores e da criança/adolescente, sexo e idade da criança/adolescente, data do diagnóstico de DI ou TEA, idade da criança/adolescente quando recebeu o diagnóstico e funcionamento cognitivo da criança/adolescente (escores do Quociente de Inteligência (QI), baseado nos resultados da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), instrumento utilizado no ambulatório para avaliar a inteligência). Neste estudo foram utilizados os dados relativos aos resultados dos quatro índices avaliados pelo teste, sendo Índice de Compreensão Verbal (ICV); Índice de Organização Perceptual (IOP); Índice de Memória Operacional (IMO); Índice de Velocidade de Processamento (IVP) e a soma dos índices, sendo o resultado do QI Total. A classificação é baseada nos escores padronizados, dos quais: muito superior (QI de 130 ou mais), superior (QI de 120 a 129), médio superior (QI de 110 a 119), médio (QI de 90 a 109), médio inferior (QI de 80 a 89), limítrofe (QI de 70 a 79) e extremamente baixo (QI abaixo de 69) 38 (WECHSLER, 2013).

b) Questionário sobre indicadores de acesso a serviços de saúde mental de crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista: o questionário foi desenvolvido baseado nos critérios do DSM-5, com perguntas abrangendo três áreas, a saber: dados sociodemográficos da família (idade do cuidador, relação de parentesco do cuidador com a criança, renda familiar); mapeamento das intervenções de saúde mental

recebidas (tipo de rede de atendimento, data de início das intervenções em saúde mental); mapeamento das melhoras (frequência de orientações oferecidas aos pais ou cuidadores pelos profissionais e número de contatos com a família durante o período de pandemia).

c) Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18): o CBCL/6-18 é um inventário composto por 138 itens, sendo 118 referentes à problemas de comportamento e 20 sobre competências nas áreas de atividades, social e escolar que foram respondidas pelos pais/cuidadores responsáveis das crianças baseado nos últimos 6 meses. Os itens correspondentes aos problemas comportamentais e emocionais são agrupados em escalas de síndromes (isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas com o pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo), escalas orientadas pelo DSM (problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de oposição e desafio, problemas de conduta), escala de problemas internalizantes (isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas), escala de problemas externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) e escala total de problemas comportamentais e emocionais. A classificação de faixas das escalas de competências nas áreas escolar, social e de realização de atividades adota: normal= escores T acima de 35; limítrofe= escores T entre 30 e 35 e clínico= escores T  $\leq$  29. A classificação dos escores T (escores padronizados) das escalas de problemas de comportamento adota o seguinte padrão de classificação: normal (escores abaixo de 65), limítrofe (escores entre 65 e 69) e clínico (escores  $\geq$  70) (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Bordin *et al.* (2013) traduziu e adaptou a escala para versão em português do Brasil com resultados baseados em análise de equivalência semântica, equivalência de critério e equivalência conceitual. Evidências de validade e precisão foram testadas para o CBCL por Rocha *et al.* (2013) com resultados satisfatórios. Houve uma perda amostral em relação aos dados do instrumento, sendo que das 17 crianças/adolescentes diagnosticados com TEA, apenas 15 tinham o CBCL/6-18 completos e das 33 crianças/adolescentes com DI, apenas 23. Dessa forma, forma foi utilizado uma subamostra para analisar os resultados das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e escala total de problemas comportamentais e emocionais.

### 3.2 Procedimento de coleta de dados:

Foram coletados dados secundários extraídos dos prontuários disponibilizados pelo DISAPRE para fins de pesquisa. Também foram coletados dados diretamente com os cuidadores ou responsáveis de forma *online* mediante ligação telefônica com vídeo ou sem vídeo para a aplicação dos instrumentos.

### 3.3 Procedimento de análise de dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados de modo descritivo apresentado em valores de médias e desvio padrão. Para análises inferenciais foram realizados testes estatísticos paramétricos de acordo com a normalidade e homogeneidade dos dados. Foi adotado o nível de significância de 5%. Valores de  $p \leq 0,5$  e  $p \leq 0,7$  foram considerados marginalmente significativos (DANCEY; REIDY, 2019).

O teste t para amostras independentes foi utilizado para verificar diferenças no funcionamento cognitivo e problemas comportamentais e emocionais entre os grupos. Para este teste também foi testada a magnitude de efeito mediante o teste d de Cohen (0.20-magnitude pequena, 0.50-magnitude média e 0.80-magnitude grande). Para comparar uso de serviços antes e durante a pandemia em função do tipo de transtorno e as orientações recebidas por meio do profissional de saúde mental e escolar foi utilizado o teste do qui quadrado.

#### 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram coletados os dados de 50 informantes dos quais 33 (66%) crianças/adolescentes tem o diagnóstico de DI e 17 (34%) diagnóstico de TEA.

A tabela 1 mostra que 94,1% da amostra de crianças com TEA são do sexo masculino, já para DI, a distribuição em relação em gênero é de 51,5% do sexo masculino e 48,5% feminino. A média de idade das crianças que passaram pelo DISAPRE e tiveram o diagnóstico de DI é de 9 anos e 7 meses (Desvio padrão = 1,66). Já para crianças com TEA a média de idade de diagnóstico foi de 8 anos e 7 meses (DP= 1,79). Em ambos os transtornos, a escolaridade das crianças/adolescentes diagnosticadas no ambulatório é predominantemente o Ensino Fundamental I.

Tabela 1 - Caracterização das crianças/adolescentes com TEA e DI. São Paulo, 2022.

| Sexo                  | TEA |       | DI |       |
|-----------------------|-----|-------|----|-------|
|                       | N   | %     | N  | %     |
| Feminino              | 1   | 5,9%  | 16 | 48,5% |
| Masculino             | 16  | 94,1% | 17 | 51,5% |
| Idade                 |     |       |    |       |
| 6 a 10 anos           | 14  | 82,4% | 22 | 66,7% |
| 11 a 16 anos          | 3   | 17,6% | 11 | 33,3% |
| Escolaridade          |     |       |    |       |
| Ensino Fundamental I  | 16  | 94,1% | 30 | 90,9% |
| Ensino Fundamental II | 1   | 5,9%  | 3  | 9,1%  |
| Total                 | 17  | 100%  | 33 | 100%  |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

O diagnóstico tardio dos transtornos do neurodesenvolvimento foi encontrado em estudos anteriores, sendo a idade média diagnóstica para TEA de 5 anos e 3 meses e para DI entre 7

e 8 anos de idade (ARAUJO, 2012; KARAM *et al.*, 2016). Além disso, estudo sobre a média do tempo transcorrido entre as primeiras preocupações parentais e a confirmação diagnóstica foi de 6,8 anos (DP= 2,2) para DI e 6,4 anos para TEA, o que pode indicar dificuldades de acesso aos serviços no período pré-pandemia (AUGUSTO, 2021). Essa prática contraria as recomendações das diretrizes de saúde, uma vez que é essencial a intervenção precoce para minimizar os impactos do comprometimento global ou específico da criança e prover de um melhor prognóstico do transtorno (BRASIL, 2014).

A tabela 2 mostra o parentesco dos informantes (92% são mães da criança, 6% pais e 2% outros). A idade média do cuidador é de 40 anos e 3 meses (DP=6,62), sendo 48% deles com Ensino médio. A escolaridade aponta para um nível alto quando comparado aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, na qual foi identificada que somente 27,4% da população brasileira tem ensino médio completo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2019). Assim, é possível supor que o nível de escolaridade não foi um fator determinante no acesso às intervenções.

Tabela 2 - Caracterização dos informantes. São Paulo, 2022.

| Grau de Parentesco           | N  | %    |
|------------------------------|----|------|
| Mãe                          | 46 | 92%  |
| Pai                          | 3  | 6%   |
| Outros                       | 1  | 2%   |
| Idade                        |    |      |
| 20 a 29 anos                 | 1  | 2%   |
| 30 a 39 anos                 | 20 | 40%  |
| 40 a 49 anos                 | 27 | 54%  |
| Acima de 50                  | 2  | 4%   |
| Escolaridade                 |    |      |
| Ensino Fundamental I         | 7  | 14%  |
| Ensino Fundamental II        | 12 | 24%  |
| Ensino Médio                 | 24 | 48%  |
| Ensino superior/Técnico      | 7  | 14%  |
| Renda familiar               |    |      |
| Até R\$ 999,00               | 6  | 12%  |
| De R\$ 1.000,00 até 1999,99  | 3  | 6%   |
| De R\$ 2.000,00 até 2.999,99 | 25 | 50%  |
| Acima de 3.000               | 16 | 32%  |
| Total                        | 50 | 100% |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

A maioria dos cuidadores (50%) apontaram possuir renda entre R\$ 2.000,00 a 2.999,99 reais e 56% dos entrevistados (n=28) não exerciam atividade remunerada. A amostra total (100%) relatou que a situação financeira interferiu na busca pelo tratamento do filho (Tabela 2). De acordo com a PNAD, a renda média da população em 2021 foi de R\$ 2.587, visto que a porcentagem encontrada de cuidadores com rendimento próximos aos dados

governamentais é possível pressupor que a situação socioeconômica pode ter influenciado no acesso às intervenções antes e durante o período pandêmico (IBGE, 2019).

Estudos apontam forte associação entre o nível socioeconômico e a idade do diagnóstico, uma vez que pertencer a classe social mais baixa influencia em obter um diagnóstico tardio, que pode ser o caso deste estudo (EMERSON; MORRELL; NEECE, 2016; FOUNTAIN; KING; BEARMAN, 2011). Além disso, a baixa renda e o nível de escolaridade dos pais são apontados como fatores de risco para sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia (OLIVIA *et al.*, 2021). Evidências apontam que cuidadores de crianças/adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento têm níveis de estresse e ansiedade significativamente mais altos do que pais de crianças típicas durante a pandemia (AMORIM *et al.*, 2020). Outro estudo encontrou presença de 62,5% de depressão, 36,4% de estresse e 20,5% de ansiedade em uma amostra de 264 cuidadores de crianças e adolescentes com TEA (DHIMAN *et al.*, 2020).

A tabela 3 apresenta os resultados da Escala Weschler de Inteligência retirado dos prontuários no ambulatório. Em todos os âmbitos investigados há diferença estatisticamente significativa e efeito de grande magnitude, considerando os resultados de crianças com DI com menor quociente de inteligência em comparação ao TEA. Esses resultados corroboram com o esperado pela literatura, uma vez que a DI é caracterizada pelo funcionamento cognitivo abaixo da média e déficits significativos no funcionamento adaptativo (APA, 2014).

Tabela 3 - Distribuição dos resultados do WISC-IV segundo o tipo de transtorno. São Paulo, 2022.

| WISC-IV | TEA   |       | DI    |      | t (p)  | D     |
|---------|-------|-------|-------|------|--------|-------|
| QI      | 90,23 | 18,44 | 60,55 | 5,53 | <0,001 | -2,48 |
| ICV     | 90,88 | 22,53 | 66,67 | 6,84 | <0,001 | -1,65 |
| IOP     | 99,41 | 17,1  | 66,58 | 8,53 | <0,001 | -2,63 |
| IMO     | 84,00 | 15,26 | 65,76 | 9,69 | <0,001 | -1,49 |
| IVP     | 90,41 | 13,92 | 65,30 | 9,60 | <0,001 | -2,16 |

Legenda: QI: índice de quociente de inteligência; ICV: índice de compressão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMO: índice de memória operacional; IVP: índice de velocidade de processamento. Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Em relação ao relato dos pais sobre dificuldades emocionais e comportamentais dos filhos na tabela 4 pode ser verificado que não houve diferença significativa nos escores T do inventário CBCL/6-18 em função do tipo de transtorno. Segundo a classificação de Achenbach & Rescorla (2001) as crianças com TEA obtiveram média de escores limítrofes para Problemas Internalizantes de comportamento, normal para Problemas Externalizantes, com os problemas comportamentais e emocionais limítrofes de acordo com os Problemas Totais. Já para DI, foi observado que os escores de Problemas Internalizantes e Externalizantes foi classificado como normal, com os Problemas Totais limítrofes. Destaca-se nessa tabela que

a média de escore T do grupo TEA para Problemas Internalizantes foi a maior revelando comprometimentos clínicos nesse tipo de problema de emocional, apesar de não ser encontrada diferença significativa.

Tabela 4 – Distribuição dos escores T do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18) segundo o tipo de transtorno. São Paulo, 2022.

| CBCL/6-18                                  | TEA  |       | DI   |       | t (p) | d     |
|--------------------------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                                            | M    | DP    | M    | DP    |       |       |
| Problemas Internalizantes de comportamento | 68,3 | 11,56 | 64,0 | 10,86 | 0,261 | -0,43 |
| Problemas Externalizantes de comportamento | 60,5 | 11,52 | 61,6 | 10,70 | 0,766 | 0,05  |
| Problemas Totais                           | 66,9 | 10,70 | 66,0 | 10,44 | 0,791 | -0,09 |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Ainda sobre o CBCL/6-18, na tabela 5 foi verificado que das 15 crianças com TEA com dados do instrumento disponibilizados nos prontuários, 11 (73,3%) obtiveram escores clínicos para Problemas Internalizantes de comportamento, 4 (26,7%) para Problemas Externalizantes e o 8 (53,3%) com Problemas Totais. Já das 23 crianças com DI que tiveram escores clínicos no instrumento, 11 (47,8%) com Problemas Internalizantes, 6 (26,1%) com Problemas Externalizantes e 13 (56,5%) com Problemas Totais. Esses resultados obtidos por meio dos relatos dos pais são importantes preditores para o diagnóstico precoce, considerando que há forte associação entre as preocupações parentais e a procura por serviços de saúde (LEADER *et al.*, 2022). Considerando que no presente estudo 33,4% de crianças com TEA e 39,2% de DI apontaram para escores normais de comportamentos totais, o que pode ter contribuído para o diagnóstico tardio. Como consequência, é visto que crianças com diagnóstico tardio podem apresentar mais problemas comportamentais e emocionais quando comparado com crianças que receberam diagnóstico precoce (MAY; BRIGNELL; WILLIAMS, 2021).

Tabela 5 - Distribuição dos resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18) segundo o tipo de transtorno. São Paulo, 2022.

| CBCL/6-18                 | TEA |       | DI |       |
|---------------------------|-----|-------|----|-------|
|                           | N   | %     | N  | %     |
| Problemas Internalizantes |     |       |    |       |
| Clínico                   | 11  | 73,3% | 11 | 47,8% |
| Limítrofe                 | 1   | 6,7%  | 3  | 13,0% |
| Normal                    | 3   | 20,0% | 9  | 39,2% |
| Problemas Externalizantes |     |       |    |       |
| Clínico                   | 4   | 26,7% | 6  | 26,1% |
| Limítrofe                 | 1   | 6,7%  | 5  | 21,7% |
| Normal                    | 10  | 66,6% | 12 | 52,2% |
| Problemas Totais          |     |       |    |       |
| Clínico                   | 8   | 53,3% | 13 | 56,5% |
| Limítrofe                 | 2   | 13,3% | 1  | 4,3%  |
| Normal                    | 5   | 33,4% | 9  | 39,2% |
| Total                     | 15  | 100%  | 23 | 100%  |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Na tabela 6 é apresentado o tipo de acesso aos serviços de saúde. Antes da pandemia, 41,2% das crianças com TEA eram atendidas pelo serviço público, 47% pelo serviço particular e apenas 5,9% (n=1) estavam sem atendimento. Durante a pandemia, a porcentagem de crianças com TEA atendidas pelo serviço público e particular reduziu a 35,3% e a quantidade de crianças sem atendimento aumentou para 23,5%.

Em relação a crianças com DI, de 48,5% de crianças atendidas no serviço público antes da pandemia, o percentual se reduziu a 33,3% durante o período pandêmico. No serviço particular, de 12,1% aumentou para 15,2%. Antes da pandemia, 24,2% das crianças com DI estavam sem atendimento e esse número passou para 39,4% durante março de 2020 a dezembro de 2021.

Tabela 6 - Uso de serviços de saúde mental antes e durante a pandemia da Covid-19 em função do tipo de transtorno. São Paulo, 2022.

| Modalidade de serviço de saúde | TEA |       | DI |       | Valor de p |
|--------------------------------|-----|-------|----|-------|------------|
| Antes da Pandemia              | N   | %     | N  | %     |            |
| Público                        | 7   | 41,2% | 16 | 48,5% | 0,334      |
| Particular                     | 8   | 47%   | 4  | 12,1% | 0,034      |
| Ambos                          | 1   | 5,9%  | 5  | 15,2% | 0,376      |
| Sem atendimento                | 1   | 5,9%  | 8  | 24,2% | 0,445      |
| Durante a Pandemia             |     |       |    |       |            |
| Público                        | 6   | 35,3% | 11 | 33,3% | 0,753      |
| Particular                     | 6   | 35,3% | 5  | 15,2% | 0,287      |
| Ambos                          | 1   | 5,9%  | 4  | 12,1% | 0,632      |
| Sem atendimento                | 4   | 23,5% | 13 | 39,4% | 0,626      |
| Total                          | 17  | 100%  | 33 | 100%  |            |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Foi observada diferença significativa entre o acesso a intervenções de serviços privados em função do tipo do transtorno, sendo crianças com TEA mais inseridas nessa modalidade de saúde. E, apesar da mudança do acesso aos serviços de saúde antes e durante a pandemia da Covid-19, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a redução de atendimentos em função do transtorno. Esse resultado pode ser explicado pela dificuldade de acesso a intervenções especializadas no período pré-pandemia, visto que estudo de de Camm-Crosbie *et al.* (2018) apontou sobre um aumento significativamente maior de necessidades de apoio não atendidas de crianças e adolescentes com TEA quando comparada a população geral, o que reforça a desassistência de serviços de saúde antes mesmo da pandemia da Covid-19.

Quando questionado aos cuidadores se houve contato de algum profissional de saúde mental durante o período de março de 2020 a dezembro de 2021, somente 29,4% dos pais de crianças com TEA e 21,2% com DI relataram ter recebido orientações para manejo, estimulação e apoio emocional por parte dos profissionais. Em relação a orientação escolar

durante o período pandêmico, os dados foram piores, pois somente 23,5% dos cuidadores de crianças com TEA e apenas 3% com DI afirmaram ter recebido apoio escolar (Tabela 7). Esses dados corroboram com o estudo de Jeste *et al.*, (2020), o qual apontou que 74% dos pais de indivíduos com DI (n=818) relataram a perda de, pelo menos, uma terapia ou serviço educacional.

Ademais, foi identificada uma diferença marginalmente significativa entre o contato de profissionais de saúde mental em função do tipo de transtorno, sendo os cuidadores de crianças/adolescentes com TEA receberam maior número de orientações/suportes durante a pandemia se comparados com os cuidadores de crianças/adolescentes com DI (Tabela 7). Em relação ao apoio escolar houve diferença estatisticamente significativa em função do tipo de diagnóstico, sendo que as crianças/adolescentes com DI receberam menos suporte educacional do que as crianças com autismo.

Tabela 7 - Orientações durante o período pandêmico em função do tipo de transtorno. São Paulo, 2022.

| Orientação durante a pandemia            | TEA |       | DI |       | Valor de p |
|------------------------------------------|-----|-------|----|-------|------------|
|                                          | N   | %     | N  | %     |            |
| Contato de profissionais de saúde mental |     |       |    |       |            |
| Sim                                      | 5   | 29,4% | 7  | 21,2% | 0,063      |
| Não                                      | 12  | 70,6% | 26 | 78,8% |            |
| Contado da escola                        |     |       |    |       |            |
| Sim                                      | 4   | 23,5% | 1  | 3%    | 0,022      |
| Não                                      | 13  | 76,5% | 32 | 97%   |            |
| Total                                    | 17  | 100%  | 33 | 100%  |            |

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Destaca-se que as crianças/adolescentes com DI durante a pandemia foram menos assistidas pela escola se comparadas com crianças com TEA. Embora tenhamos um número amostral pequeno, esse dado não difere de estudos conduzidos durante a pandemia que mostram as dificuldades de acesso a esse tipo de suporte. Por exemplo, Sturm, Williams & Kasari (2021) compararam a locação desse tipo de serviço entre alunos com TEA e alunos com outras necessidades educacionais especiais (NEE), como a DI, utilizando uma amostra de 76.428 alunos (18.151 com TEA e 4.276 com DI) com idades entre 2 e 18 anos. Os resultados mostraram que os alunos autistas receberam, em média, mais serviços do que os alunos com outras NEE, incluindo a DI. Os serviços recebidos pelos alunos com autismo foram mais congruentes com as áreas de necessidade (por exemplo, linguagem, terapia ocupacional) em relação aos alunos atendidos com DI (STURM; WILLIAMS; KASARI, 2021). Provavelmente, no Brasil, os serviços educacionais apresentam melhor organização para atender alunos com TEA que para DI. Esse último transtorno tem diferentes fatores etiológicos

associados que configuram fenótipos cognitivos e comportamentais que pode dificultar a preparação de currículos adaptados ou sobrepostos no contexto escolar.

Por fim, a precarização dos serviços provavelmente impactou negativamente no desenvolvimento destas crianças e adolescentes oportunizando o agravamento dos sintomas e problemas de comportamento, além do aumento no estresse familiar (NEECE; MCLNTRYE; FENNING, 2020). Pesquisa sobre a mudança comportamental de crianças com TEA durante a pandemia apontou que 55% das crianças ficaram mais agressivas, 26% aumentaram os tiques ou surgiram novos, 29% pioraram as habilidades de comunicação e 44% tiveram alterações no sono (MUTLHER; DOENYAR; ASLAN GENC, 2020). Outra investigação apontou que as consultas psiquiátricas urgentes para pessoas com DI aumentaram em 14,5% durante o *lockdown* devido a piora na saúde mental, aumentando significativamente o uso de medicamentos para controle de ansiedades e problemas de sono (RAUF *et al.*, 2021). Dessa forma, a pandemia junto a dificuldade de acesso aos serviços especializados colaborou com a intensificação de sinais e sintomas dos transtornos do neurodesenvolvimento, bem como o aumento de estresse nos cuidadores (ASBURY *et al.*, 2021; COURTENAY; PERERA, 2020; OAKLEY *et al.*, 2021).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou o acesso aos serviços de saúde de crianças e adolescentes com TEA e DI durante a pandemia da COVID-19. A média de idade que a criança com diagnóstico de DI passou pelo ambulatório foi de 9 anos e 7 meses (DP=1,66) e para TEA de 8 anos e 7 meses (DP=1,79). Esse resultado indica a presença de diagnóstico tardio, uma vez que os sinais e sintomas podem ser apresentados desde o início do desenvolvimento. Pode-se considerar que a renda familiar impactou no acesso aos serviços de saúde antes da pandemia.

Ainda, durante a pandemia, a manutenção das intervenções foi impactada negativamente, além da redução e suspensão dos acompanhamentos profissionais, as famílias tiveram que lidar com a ausência de orientações sobre manejo, estimulação, apoio emocional e educacional por parte dos profissionais da saúde e da escola. A falta de suporte profissional e educacional nesse período pode ter contribuído para o aumento de problemas comportamentais, de sintomas de TEA e DI, dificuldades de aprendizagem e estresse familiar.

Na comparação entre o contato de profissionais de saúde mental durante a pandemia, foi averiguado uma diferença marginalmente significativa entre os transtornos, sendo as crianças com DI menos orientadas. Já em relação a escola, foi possível verificar uma diferença significativa no contato escolar, sendo que 97% das crianças com DI não tiveram apoio escolar

durante a pandemia. Os resultados indicam que as famílias tiveram que lidar com a suspensão dos serviços de intervenção e poucas orientações profissionais e educacionais.

Considera-se que os objetivos do estudo foram atendidos, uma vez que foi possível avaliar que o número de crianças/adolescentes com TEA ou DI sem atendimento durante a pandemia aumentou em comparação ao período pré-pandêmico, apesar de não ter uma diferença significativa. Sobre as limitações dos estudos, aponta-se o relato dos cuidadores como fonte de informação, sendo que em muitos casos estes podem ser inespecíficos, com ausência de informações sobre quais intervenções a criança recebia antes e durante a pandemia, bem como a frequência. Por fim, a partir do que foi investigado neste estudo, sugere-se que pesquisas futuras se atentem ao acesso aos serviços de saúde dessa população mais vulnerável e o impacto da falta de assistência a longo prazo, uma vez que as dificuldades de intervenção e diagnóstico já existentes foram exacerbadas com o contexto da pandemia. Há uma necessidade de atenção a crianças e adolescentes com TEA e DI a fim de desenvolver estratégias que atendam aos cuidados dessa população em um contexto de pandemia.

## 6. REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & Families, v. 1617, 2001.
- ALHUZIMI, T. Stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Res. Dev. Disabil*, v. 108, n. 103822, p. 1-12, jan. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33271447/>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ALTHIABI, Y. Attitude, anxiety and perceived mental health care needs among parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Saudi Arabia during COVID-19 pandemic. *Res. Dev. Disabil*, v. 111, n. 103873, p. 1-9, abr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33540358/>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-5)*, 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
- AMORIM, R et al. The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder. *Rev. Neurol.*, v. 71, n. 8, p. 285–291, 16 out. 2020. Disponível em: <https://neurologia.com/articulo/2020381>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- ARAUJO, R. R. *Estudo piloto para o mapeamento da trajetória em busca de diagnóstico e tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo no município de Barueri em São Paulo*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1581>. Acesso em: 18 abr. 2022.
- ASBURY, K. et al. How is COVID-19 affecting the mental health of children with special educational needs and disabilities and their families? *J. Autism Dev. Disord.*, v. 51, n. 5, p. 1772-1780, maio 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737668/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

AUGUSTO, J. A. O. *Perfil cognitivo, comportamental e o uso de serviços de saúde mental e educação de crianças com diagnóstico tardio de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista*. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2021.

BORDIN, I. A *et al.* Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. de Saúde Pública*, v. 29, p. 13-28, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mRj4hMKNXB7c9ygsWFFYRCN/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf). Acesso em: 9 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo em suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf). Acesso em: 9 out. 2021.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *Área de assistência à saúde mental*, Campinas: SP, jan. 2013. Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/saude\\_mental.htm](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/saude_mental.htm). Acesso em: 19 abr. 2021.

BRITO, A. R. *et al.* Autismo e os novos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, *Rev. Ped. SOPERJ*, Rio de Janeiro, p. 1–6, 2020. Disponível em: [http://revistadepediatricasoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1098](http://revistadepediatricasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1098). Acesso em: 15 fev. 2022.

CAMM-CROSBIE, L. *et al.* 'People like me don't get support': Autistic adults' experiences of support and treatment for mental health difficulties, self-injury and suicidality. *Autism*, v. 23, n. 6, p. 1431–1441, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30497279/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Coronavirus disease: people with developmental and behavioral disorders*. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/peoplewith-developmental-behavioral-disabilities.html>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CERQUEIRA, M. M. F.; ALVES, R. O.; AGUIAR, M. G. G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3223-3232, out. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003223&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003223&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2022.

COOPER, S. A. *et al.* Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br. J. Psychiatry*, v. 190, p. 27–35, jan. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197653/>. Acesso em: 24 jul. 2022.

COURTENAY, K.; PERERA, B. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Ir. J. Psychol. Med.*, v. 1, n. 21, p. 1-6, 14 maio 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287305/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CROEN, L. A. *et al.* The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, v. 19, n. 7, p. 814–823, out. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25911091/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DANCEY, C.; REIDY, J. *Estatística sem Matemática para Psicologia*. 7 ed. Porto Alegre: Penso, 2019.

DHIMAN, S. *et al.* Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Res. Dev. Disabil.*, v. 107, p. 1-15, dez. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091712/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

DOHERTY, A. J. *et al.* Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: an integrative review. *BJGP Open*, v. 4, n. 3, p. 1-10, 25 ago. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605913/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

ELDEVIK, S. *et al.* Meta-analysis of Early Intensive Behavioral Intervention for children with autism. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, v. 38, n. 3, p. 439-450, maio 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19437303/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

EMERSON, N. D.; MORRELL, H. E. R.; NEECE, C. Predictors of age of diagnosis for children with autism spectrum disorder: The role of a consistent source of medical care, race, and condition severity. *J. Autism and Developmental Disorders*, v. 46, n. 1, p. 127-138, 2016. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2015-38500-001>. Acesso em: 10 jul. 2022.

FOUNTAIN, C.; KING, M. D.; BEARMAN, P. S. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 65, n. 6, p. 503-510, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20974836/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais*. 2020. Disponível em: [http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cartilha\\_recomendacoes\\_gerais\\_06\\_04.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf). Acesso em: 10 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270pnadcontinua.html?edicao=28203&t=resultados>. Acesso em: 3 jul. 2022.

JESTE, S. *et al.* Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *J. Intellect. Disabil. Res.*, v. 64, n. 11, p. 825-833, 17 set. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32939917/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

KARAM, S. M. *et al.* Intellectual Disability in a birth cohort: Prevalence, etiology, and determinants at the age of 4 years. *Public health genomics*, v. 19, n. 5, p. 290–297, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27595410/>. Acesso em: 29 jul. 2022.

LAI, D. C. *et al.* Predictors of effectiveness of early intervention on children with intellectual disability: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr.*, v. 14, n. 170, p. 1-7, 2 jul. 2014. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-170>. Acesso em: 25 jul. 2022.

LEADER, G. *et al.* Age of Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Comorbidity in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Developmental neurorehabilitation*, v. 25, n. 1, p. 29-37, 2022. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17518423.2021.1917717?cookieSet=1>. Acesso em: 1 ago. 2022.

LIMA, R. C.; COUTO, M. C. V. Percepções sobre o autismo e experiências de sobrecarga no cuidado cotidiano: estudo com familiares de capsí da região metropolitana do rio de janeiro, *Cad. Brasileiro de saúde mental*. Florianópolis, v. 12, n. 31, p. 217-244. 17 maio. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69760/43296>. Acesso em: 3 mar. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3253-3264, out. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003253](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253). Acesso em: 18 mar. 2022.

MAGRINI, J.; HOMERCHER, B. M.; VIEIRA, M. V. O impacto da pandemia Covid- 19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil. EdUPUCRS, *Anais do V SERPINF e III SENPINF*, dez. 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinfsenpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/60.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2022.

MARTINS, D. S. *et al.* Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. *Edição Inaugural da revista HRJ (Health Residencies Journal)* v. 1, n. 1, p. 1-17, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/21/7>. Acesso em: 6 jul. 2022.

MAY, T.; BRIGNELL, A.; WILLIAMS, K. Parent-reported Autism Diagnostic Stability and trajectories in the longitudinal study of Australian children. *Autism Res.*, v. 14, n. 4, p. 773-786, abr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33442959/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

MISHRA, K.; SIDDHARTH, V. Utilization of institutional rehabilitation service in pediatric patients with disability in Southwest Rajasthan. *J. Family Med. Prim. Care*, v. 7, n. 4, p. 703-708, jul/ago. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30234041/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

MUTLUER, T.; DOENYAS, C.; ASLAN, GENEÇ. H. Behavioral Implications of the Covid-19 Process for Autism Spectrum Disorder, and Individuals' Comprehension of and Reactions to the Pandemic Conditions. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 1-10, 16 nov. 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.561882/full>. Acesso em: 10 jul. 2022.

NEECE, C.; MCLNTRYE, L.L.; FENNING, R. Examining the impact of COVID-19 in ethnically diverse families with young children with intellectual and developmental disabilities. *J. Intellect Disabil. Res.* v. 64, n. 10, p. 739-749, 18 ago. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-719386>. Acesso em: 2 mar. 2022.

OAKLEY, B. *et al.* COVID-19 health and social care access for autistic people and individuals with intellectual disability: A European policy review. *BMJ Open*, v. 11, n. 6, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e045341>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OLIVIA, S. *et al.* Risks and Protective Factors Associated With Mental Health Symptoms During COVID-19 Home Confinement in Italian Children and Adolescents: The #Understandingkids Study. *Front. Pediatr.*, v. 11, n. 9, p. 664-702, 11 jun. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34178884/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

ONWUMERE, J. *et al.* COVID-19 and UK family carers: policy implications. *Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 10, p. 929-936, out. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34537103/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PARASMO, B.; LOWENTHAL, R.; PAULA, C. Autism Spectrum Disorders: prevalence and service use in four Brazilian regions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 42, p. 3, 2015.

PATEL, D. R. *et al.* A clinical primer on intellectual disability. *Transl Pediatr*, v. 9, n. 1, p. 23-35, fev. 2020.

PELLICANO, E. *et al.* COVID-19, social isolation and the mental health of autistic people and their families: A qualitative study. *Autism*, v. 26, n.4, p. 914-927, maio, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/13623613211035936>. Acesso em: 27 jul. 2022.

RAUF, B. *et al.* COVID-19-related prescribing challenge in intellectual disability. *BJPsych Open*, v. 7, n. 2, p. 1-5, 19 mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736746/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

ROCHA, M.M, *et al.* Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, v. 22, n. 4, p. 329-338, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8367334/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

STEFANA, A. *et al.* The COVID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, v. 270, n. 6, p.785-786, 4 maio. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415510/>. Acesso em: 2 mar. 2022.

STURM, A.; WILLIAMS, J. KASARI, C. Who gains and who loses? Sociodemographic disparities in access to special education services among autistic students. *Autism Res.*, v. 14, n. 8, p. 1621-1632, ago. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33904253/>. Acesso em: 1 ago. 2022.

VASA, R. A. *et al.* Psychiatric problems during the COVID-19 pandemic in children with autism spectrum disorder. *Autism Res.*, v. 24, n. 10, p. 2113-2119, out. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231323/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

**Contatos:** carolinakaravieri@gmail.com e mariacristina.teixeira@mackenzie.br