

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Gabriela Aimée Guimarães
Lígia Narciso Soares Do Amaral
Jamile Miguel Correia
Breno Almeida Souza
Ester Monte Galvão

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA CONTROLE DO COMPORTAMENTO DE
MENORES DE IDADE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Anápolis, Goiás
2025

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA CONTROLE DO COMPORTAMENTO DE
MENORES DE IDADE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, sob orientação da Prof.^a. Dra. Karla Cristina Naves de Carvalho e Co-orientação da Prof.^a. Dra. Jalsi Tacon Arruda.

Anápolis, Goiás
2025

VERSÃO FINAL DE TRABALHO DE CURSO

PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof^(a) Orientador: Katiana Cristina Moraes da Silva venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as):

Luíza Patrícia, Zaira Silveira, Jomila Soares, Gabriela Gomes e Estevão Mendes

_____ estão com a versão final do trabalho intitulado:

Medicamentos utilizados para o controle do comportamento do sistema de saúde com base em evidências científicas
pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 28 de Julho de 2025

Assinatura do Orientador: 

RESUMO

O uso e a prescrição de medicações para o controle do comportamento em menores de idade com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) ainda é um tema pouco abordado e foco de poucas pesquisas científicas no Brasil. Este trabalho considera que aqueles pacientes menores de 18 anos, já diagnosticados com TEA e que estão fora dos parâmetros e critérios para receber tratamentos medicamentosos voltados para controle do comportamento, mas ainda o fazem, estão dentro da definição de hipermedicalização infantil no TEA. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi verificar qual a prevalência do uso de medicação para controle do comportamento em menores de idade dentro do espectro autista atendidos na Associação Pestalozzi de Anápolis - Goiás. Essa pesquisa tem caráter observacional transversal, descritivo, quantitativo e qualitativo, como um estudo epidemiológico. Os resultados encontrados ressaltaram a prevalência do uso de medicações em 100% dos pacientes com sintomas de agressividade e de 84% dos menores sem esse sintoma. Com este trabalho, levando em consideração os questionários aplicados aos responsáveis, dados importantes foram levantados e analisados, chegando a conclusão que vários desses jovens estão utilizando de medicações para controle de comportamento, sem apresentarem comportamentos agressivos. Além disso, o conhecimento desses pais ou responsáveis a respeito da medicalização, foram levados em consideração, junto com as indicações feitas pelos médicos desses pacientes, para que assim fosse possível a verificação do nível de entendimento do tratamento.

Palavras-chave: Medicalização. Transtorno do Espectro Autista. Menores de Idade.

ABSTRACT

The use and prescription of medications for behavior control in minors diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) is still a little-discussed topic and the focus of few scientific studies in Brazil. This study considers that patients under 18 years of age, already diagnosed with ASD and who do not meet the parameters and criteria for receiving drug treatments aimed at behavior control, but still receive them, are within the definition of childhood hypermedicalization in ASD. Therefore, the objective of this study was to verify the prevalence of the use of medication for behavior control in minors within the autistic spectrum treated at the Associação Pestalozzi Anápolis - Goiás. This research has a cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative observational nature, as an epidemiological study. The results highlighted the prevalence of medication use in 100% of patients with symptoms of aggression and in 84% of minors without these symptoms. With this work, taking into account the questionnaires applied to the guardians, important data were collected and analyzed, reaching the conclusion that several of these young people are using medications to control behavior, without displaying aggressive behavior. In addition, the knowledge of these parents or guardians regarding medication was taken into account, together with the indications made by the doctors of these patients, so that it was possible to verify the level of understanding of the treatment.

Keywords: Medicalization. Autism Spectrum Disorder. Minors.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1.	TEA e suas características	9
2.2.	Epidemiologia do TEA	10
2.3.	Acompanhamento, tratamento e abordagem do paciente com TEA	11
2.4.	Abordagem terapêutica	12
2.4.1.	Abordagem fisioterapêutica e atividade física	13
2.4.2.	Abordagem nutricional e alimentação	14
2.4.3.	Abordagem musicoterapêutica e artística	15
2.4.4.	Abordagem educacional e escolar	15
2.4.5.	Abordagem medicamentosa	17
2.5.	Medicalização, estigmas e patologização da vida	20
2.6.	Abordagem da medicina moderna aos transtornos do comportamento	21
3.	OBJETIVOS	23
3.1.	Objetivo geral	23
3.2.	Objetivos específicos	23
4.	METODOLOGIA	24
4.1.	Tipo de estudo	24
4.2.	Local e população do estudo	24
4.3.	Coleta de dados	24
4.4.	Análise dos dados	25
4.5.	Aspectos éticos	25
5.	RESULTADOS	26
6.	DISCUSSÃO	29
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) configura-se como um distúrbio do desenvolvimento intrinsecamente associado ao comportamento, podendo afetar tanto aspectos da comunicação quanto atividades de interação social. A partir das técnicas diagnósticas em constante progressão, a observação de comportamentos que enquadram alguém dentro do espectro autista ocorre, de maneira geral, nas fases iniciais do processo cognitivo infantil, embora esteja cada vez mais comum essa percepção em idades mais avançadas nas quais espera-se que esse processo esteja cada vez mais consolidado (Girianelli et al., 2023).

Considerando-se o reconhecimento do TEA a partir de questionários e protocolos já existentes e cientificamente validados, a abordagem terapêutica daqueles que se enquadram dentro do espectro autista torna-se imperiosa pauta quando se trata da escolha correta para cada caso. Nesse sentido, a abordagem multidisciplinar toma frente no tratamento do TEA, sendo desde a terapia ocupacional até o uso de medicamentos técnicas de escolha para cada vertente observada, contanto que sejam aplicadas de maneira adequada a fim de se evitar grande parte dos malefícios que podem surgir pela falta ou excesso das mesmas (Fernandes; Tomazelli; Girianelli, 2020).

A partir disso, a observação epidemiológica do TEA no cenário nacional é imprescindível para a análise das formas de abordagens terapêuticas mais utilizadas bem como a eficácia delas na promoção do bem-estar à vida de quem é diagnosticado com TEA. Logo, pesquisas diretas realizadas em escolas que atuam com trabalhos específicos para a educação dessa população em comparação a dados obtidos da literatura atual demonstram um cenário relevante na investigação do uso de medicamentos no tratamento do TEA, sendo este o enfoque deste trabalho em questão devido a evidências científicas que comprovam os efeitos adversos da medicação indevida ou em altas doses e também os benefícios de sua utilização em situações adequadas para cada espectro (Brasil, 2022).

Portanto, o objetivo desse estudo é verificar se ocorre a hipermedicalização para controle do comportamento de menores de idade diagnosticados com TEA, que são atendidos na Associação Pestalozzi em Anápolis, Goiás. Sabe-se que intervenções inadequadas dentro da condução do paciente autista podem exacerbar comportamentos de agitação e/ou agressividade, levando esse paciente a uma piora do quadro clínico (Lopes, 2019). A prescrição inadequada de medicações como a Risperidona, para pacientes sem indicação pode resultar na manifestação de efeitos colaterais, sem melhora clínica, tais como: ganho excessivo de peso, sintomas

extrapiramidais, aumento de prolactina, galactorreia, irregularidades menstruais ou alterações da libido e neutropenia grave (Brasil, 2022).

Sendo a hipermedicalização uma forma de tratamento inadequado, é de grande importância social, e de saúde pública, que a detecção precoce de menores de idade que tomam medicamentos controlados desnecessariamente seja realizada, permitindo a correção da conduta terapêutica desses pacientes, a fim de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e de sua família. O contrário também é válido, pois a detecção de pacientes que possuam indicações médicas para a abordagem medicamentosa, mas que não fazem o uso, pode auxiliar principalmente os familiares na condução e abordagem social, familiar e educacional, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e do seu ciclo social-educacional.

Este trabalho se justifica ao avaliar a situação terapêutica de menores de idade com TEA, permitindo a detecção precoce de condutas indevidas e/ou incompletas, auxiliando os familiares na intervenção rápida, ajustando a conduta adequada e impedindo consequências indesejadas ou mesmo graves, além do benefício científico e expansão da discussão sobre o tema, visto que não há muitos registros epidemiológicos realizados a partir de dados nacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. TEA e suas características

O TEA pode ser definido como um transtorno de desenvolvimento caracterizado pela incapacidade qualitativa de comunicação (verbal e não-verbal), integração social e de repertório interesses/ações acentuadamente restritos, geralmente com início antes dos 3 anos de idade (Fialho; Vasconcelos; Sousa, 2024). As principais características envolvem, além dos sintomas sociais e de comunicação, padrões rígidos de pensamento e ação, como limitações no brincar, padrões estereotipados e pode apresentar sensibilidade sensorial (APA, 2022).

O autismo tem sido estudado por várias abordagens teóricas. Em 1985 deu-se início a discussão do autismo a partir de diferentes teorias buscando distinguir as terminologias de autismo, esquizofrenia e psicose infantil e relacionar as diferenças entre as abordagens psicogênicas e orgânicas relacionadas ao estudo do sistema nervoso central e foi pioneiro em relacionar o autismo infantil com bases genéticas. Ademais, em torno de 1980, surgiu a profissão de analista do comportamento aplicada, que marcou avanços no tratamento e estudos do TEA e até os dias atuais representa uma referência em terapêutica (ODA, 2018).

Ressalta-se que o TEA apresenta um quadro clínico de difícil diagnóstico, além de amplas manifestações clínicas comportamentais, de comunicação, intelectual e de cognição, como atraso no desenvolvimento da comunicação e da linguagem, do comportamento social e de comportamentos repetitivos (Backes; Zanon; Bosa, 2017). Ainda assim, crianças mais velhas e adolescentes podem ser diagnosticadas também com hiperatividade, ansiedade e transtornos de humor que podem mascarar ou exacerbar o TEA (Lord *et al.*, 2017).

Assim, para auxiliar no diagnóstico clínico e multiprofissional do TEA existem escalas e questionários de rastreio utilizados pelos profissionais que buscarão os tipos de sinais e perguntas/testes, contribuindo para o diagnóstico tanto daqueles que já possuem algum tipo de atraso no neurodesenvolvimento quanto naqueles não clínicos. Desse modo, no Brasil, há algumas escalas validadas e mais utilizadas, como o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e a Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA), que avalia diretamente os sinais presentes; e a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), que permite verificar a gravidade do transtorno (Backes; Zanon; Bosa, 2017).

Também há questionários mais utilizados e de alta confiabilidade, sensibilidade e especificidade, como o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista (Protea), que por meio de entrevista com os pais e busca informações sobre interação social, linguagem e comunicação, relação com os objetos e

brincadeiras e comportamentos estereotipados; o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Ados), que avalia a comunicação e interação social; e a *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADIS-R) que busca saber dos pais os marcos do desenvolvimento infantil, se ocorreram, quando e como se deram (Fernandes; Tomazelli; Girianelli; 2020).

2.2. Epidemiologia do TEA

Segundo Brasil (2022), estima-se que uma em cada 160 crianças no mundo apresentem TEA, podendo haver variações significativas entre os estudos e diferentes países, somando um total estimado de 52 milhões de casos em todo o mundo, havendo também um aumento significativo de diagnósticos de TEA ao longo das últimas décadas.

A prevalência média é de 46,64 a cada 10.000 para o grupo de crianças pré-escolares, 48,94 para o grupo de escolares e 22,34 a cada 10.000 para adolescentes. Ademais, a maior prevalência de casos confirmados de TEA se concentra na América do Norte com um aumento global de cerca de 1% a cada década (Ribeiro, 2022).

Além disso, quando o Brasil é analisado separadamente, apesar da falta de dados epidemiológicos sobre o TEA, calcula-se uma estimativa de 2 milhões de pessoas diagnosticadas no Brasil, aplicando o critério de prevalência global de 1%, conforme descreve o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* ou *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, documento criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Quando se compara pessoas na fase escolar entre 2017 e 2018, nota-se um aumento de 37% de alunos matriculados em classes comuns nesse período. Brasil (2022) afirma que há estudos que relatam uma prevalência de TEA entre crianças e adolescentes que varia de 0,3% a 1%, em análises que consideram amostras da população de diferentes municípios e estados brasileiros durante os últimos anos.

Em 2019 ocorreu a sanção da Lei nº 13.861/2019, que obriga a inclusão de dados sobre TEA nos censos demográficos realizados a partir daquele ano, o que tende a melhorar muito os registros sobre TEA no Brasil. Há também consenso sobre a maior prevalência em homens, oscilando entre uma relação de 3:19 e 4:11 casos (Brasil, 2022). Todavia, não foram encontrados registros na literatura sobre a prevalência do TEA especificamente em Anápolis-GO, nem mesmo sobre quais são os tratamentos terapêuticos adotados pelos pacientes e suas famílias.

2.3. Acompanhamento, tratamento e abordagem do paciente com TEA

A conduta para manejo do paciente diagnosticado dentro do espectro autista deve necessariamente ser multiprofissional, podendo envolver o acompanhamento por fisioterapeutas, pedagogos, psicopedagogos, psicólogos, musicoterapeutas, cuidadores e a equipe médica. Sendo assim, o tratamento do TEA possui como um de seus objetivos principais habilitar essas pessoas para participar de modo ativo e independente nas atividades da vida diária (Brasil, 2022).

Esses vários campos de tratamento visam a melhorar as condições de vida de cada sujeito, garantir a integralidade e equidade de cuidados, construindo-se, dessa maneira, um projeto terapêutico singular, que não deve ser reduzido a condição diagnóstica, mas deve, sim, contemplar os aspectos psíquicos no que tange aos pensamentos da pessoa autista, as suas normas de relacionar com as pessoas e com o seu ambiente. O medicamento é apenas um dos pontos da terapêutica proposta a essas pessoas, que será individualizado e que deve atender as necessidades, às demandas e aos interesses de cada paciente e seus familiares (Lopes, 2019).

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Brasil, 2022), logo após o diagnóstico e a comunicação à família, recomenda-se a inserção de um método de tratamento. A avaliação periódica de sua eficácia deve ser feita em conjunto pela equipe e a família do paciente, garantindo informações claras sobre os benefícios do tratamento e promovendo a corresponsabilidade no cuidado à saúde. O acompanhamento deve levar em consideração a linguagem, os sentimentos, os pensamentos e as formas de interação do paciente com o ambiente, visando melhorar suas capacidades funcionais ao longo do tempo (Bonfim, 2023).

Uma abordagem multidisciplinar, fundamentada em terapias não medicamentosas, costuma ser a base do tratamento do autismo infantil. Isso ocorre porque, dentro do espectro autista, observam-se disfunções sensoriais bastante peculiares e incomuns, como a sensibilidade a estímulos sonoros, visuais, táteis e gustativos. A hipersensibilidade a estímulos auditivos pode causar desconforto significativo e prejudicar a socialização da criança, tornando desafiador frequentar locais ruidosos e cheios de gente. Além disso, atividades simples e essenciais para o ser humano, como comer, tomar banho ou até mesmo dormir, podem se transformar em momentos de grande angústia e ansiedade para uma criança hipersensível (Silva, 2024). A seguir foram detalhadas as principais formas de acompanhamento dos pacientes diagnosticados com TEA.

2.4. Abordagem terapêutica

Para iniciar o tratamento do TEA é essencial que o processo de aprendizado psicossocial seja o primeiro ponto a ser tratado com a família e o paciente. Isso significa que é fundamental informar os parentes, educadores, a própria criança/adolescente e outros profissionais envolvidos no tratamento sobre o diagnóstico. Além disso, quanto mais informações a família tiver sobre o TEA, maior será a adesão do paciente ao tratamento (Brasil, 2022).

Alguns estudiosos sobre o assunto defendem que o planejamento do tratamento deve estar em sintonia com o estágio de desenvolvimento do paciente. Com crianças pequenas, a prioridade deve ser dada a terapia da fala, interação social/linguagem, educação especial e apoio familiar. Já no caso de adolescentes, as áreas de foco devem incluir habilidades sociais, terapia ocupacional e educação sexual (ODA, 2018).

De acordo com Cunha (2021), entre as práticas terapêuticas existentes, aquelas que obtiveram maior adesão e consolidação dos pontos necessários, foram:

- A Equoterapia, que usa o cavalo para promover o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiências ou necessidades especiais (também conhecida como terapia assistida por animais), vem ganhando cada vez mais destaque no Brasil devido aos excelentes resultados obtidos. Essa forma de terapia engloba uma variedade de atividades e técnicas que utilizam o cavalo como mediador, com o objetivo principal de educar e reabilitar pacientes que apresentam deficiências, tanto físicas quanto psíquicas. Os cavalos demonstram notável inteligência, uma vez que possuem uma excelente memória, o que os capacita a recordar lugares, eventos, objetos e pessoas. Além disso, podem refletir a maneira como são tratados por um indivíduo (Silva; Lima; Salles, 2018).

- A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se revelado altamente eficaz no tratamento de vários transtornos que se manifestam na infância. No que diz respeito ao TEA de Alto Funcionamento (TEA-AF), estudos demonstram sua grande eficácia em crianças e adolescentes. É importante destacar que, mesmo quando adaptada para atender a população infantil, essa abordagem pressupõe que os pacientes apresentem um nível cognitivo que permita que o tratamento seja efetivo (Consolini; Lopes; Lopes; 2019).

- A Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis – ABA) requer uma minuciosa avaliação dos fatores ambientais e de como esses elementos impactam nos comportamentos de crianças com TEA. O objetivo é identificar os determinantes e os elementos que levam à repetição desses comportamentos, informações importantes para

orientar o planejamento das intervenções. Na maioria dos programas, o foco recai sobre o desenvolvimento de habilidades verbais e de comunicação. A ABA dedica um esforço considerável na formação especializada dos terapeutas, visando a obtenção de resultados mais consistentes. Além disso, há uma colaboração ativa dos pais, promovendo uma estimulação mais intensiva no ambiente doméstico (Fernandes; Amato, 2013).

- A psicanálise, quando aplicada ao TEA, concentra-se em examinar os seguintes aspectos relevantes nas intervenções: o psíquico, o social e o orgânico. Ela prioriza as relações de desejo como elemento fundamental para a formação subjetiva e o surgimento do sujeito desejante. O tratamento do autismo na perspectiva psicanalítica focaliza aquilo que está ausente na constituição de um sujeito psíquico, de modo que a aprendizagem emerge como uma consequência da sua integração subjetiva no campo significativo (Adurens; Melo, 2017).

2.4.1. Abordagem fisioterapêutica e atividade física

Observando o Autismo por outra esfera, evidencia-se que esse transtorno exerce uma influência direta no desenvolvimento neuropsicomotor, tornando a fisioterapia motora e a atividade física um papel fundamental no tratamento dessa condição. É notável que pessoas com TEA frequentemente enfrentam dificuldades em vivenciar plenamente seus próprios corpos, de forma que são percebidos como objetos a parte, carentes de significado e importância (Santos; Mascarenhas; Oliveira, 2021). As construções adequadas das noções de Esquema Corporal muitas vezes não se desenvolvem conforme o esperado, o que tem várias implicações (Azevedo; Gusmão, 2016).

Os principais desafios encontrados no exame físico dos pacientes, que implicam nessa dissociação entre o eu e o corpo, estão: hipotonia muscular; baixo equilíbrio; alterações posturais; movimentos de assincronia na marcha e o atraso no desenvolvimento psicomotor. Para que o corpo se torne um ponto de referência para segurança e estabilidade, essa abordagem envolve o uso do corpo como uma ponte entre o aspecto psicológico e o orgânico (Santos; Mascarenhas; Oliveira, 2021). Através de experiências sensório-motoras, a pessoa autista pode desenvolver uma maior conexão com o mundo ao seu redor, superando as dificuldades de interação com os outros, seja através do toque ou do contato visual (Azevedo; Gusmão, 2016).

2.4.2. Abordagem nutricional e alimentação

Partindo do pressuposto de que a alimentação constitui um dos pilares fundamentais para um desenvolvimento adequado, a literatura científica tem destacado três aspectos centrais no contexto do autismo: a seletividade, a recusa e a indisciplina alimentar (Baptista, 2012). Entre esses fatores, destaca-se a hipersensibilidade sensorial como um dos principais desencadeadores dessas dificuldades (Leal et al., 2015). A percepção exacerbada dos estímulos pode tornar determinadas consistências ou aromas extremamente desagradáveis, levando à recusa imediata de certos alimentos.

Além disso, a busca por rotina e previsibilidade exerce uma influência significativa sobre os hábitos alimentares dessas crianças. A repetição dos mesmos alimentos ao longo do tempo oferece uma sensação de segurança durante as refeições, contribuindo para reduzir o estresse e reduzir as respostas de aversão sensorial. Nesse contexto, a introdução de alimentos desconhecidos configura-se como uma experiência potencialmente ameaçadora, o que explica a resistência e o desconforto frequentemente observados diante das tentativas de diversificar a dieta (Moraes, 2021; Carvalho, 2022).

Para lidar com essa seletividade, a inserção de estratégias terapêuticas pode auxiliar na luta contra essas barreiras com a alimentação. Evidencia-se entre as estratégias: terapia ocupacional e fonoaudiologia; introdução gradual de novos alimentos; manter uma alimentação equilibrada; oferecer escolhas limitadas; trabalhar com um nutricionista; compreender as sensibilidades sensoriais; paciência e apoio emocional (Dias et al., 2018).

Alguns pais optam por oferecer uma dieta isenta de glúten e caseína a suas crianças, enquanto alguns pesquisadores sugerem a suplementação dessa dieta com vitamina B6 e magnésio. Estudos afirmam que o consumo de glúten e caseína pode proporcionar sensações de prazer, mas também pode estar associado a hiperatividade, falta de concentração, irritabilidade e dificuldades na interação social e na comunicação (Carvalho *et al.* 2022).

É importante lembrar que cada criança/adolescente com autismo é único, e o que funciona para uma pode não funcionar para outro. Portanto, é essencial trabalhar em estreita colaboração com profissionais de saúde e adaptar as estratégias conforme necessário para atender as necessidades específicas de cada pessoa. Com paciência, compreensão e suporte adequado, é possível abordar a seletividade alimentar no autismo infantil e promover uma relação mais saudável com a comida. (Moraes, 2021)

2.4.3. Abordagem musicoterapêutica e artística

A música é uma forma de expressão incrivelmente diversa que desempenha um papel fundamental na comunicação humana. Tem o poder de promover interação, envolvimento e relacionamento entre as pessoas. No entanto, é importante reconhecer que pessoas com TEA frequentemente demonstram alterações em suas interações musicais, assim como em sua vida diária. É aqui que a Musicoterapia se destaca como uma ferramenta valiosa no diagnóstico e tratamento do autismo (André *et al.*, 2018).

Essa forma de terapia desempenha um papel relevante no diagnóstico, visto que ela é capaz de identificar os pontos fortes e fracos do autista em diversas áreas do desenvolvimento. Existem várias técnicas e métodos de Musicoterapia que auxiliam no desenvolvimento de habilidades de comunicação, socialização e comportamento, áreas que frequentemente são afetadas precocemente no autismo, podendo melhorar a qualidade da comunicação e a interação no contexto social, terapêutico e familiar dos autistas (Fialho; Vasconcelos; Sousa, 2024).

Para avaliar os efeitos do tratamento de Musicoterapia, utilizam-se várias escalas e ferramentas, como as Escalas Nordoff-Robbins de Comunicabilidade Musical e a Relação Criança-Terapeuta na Experiência Musical Coativa. Essas escalas demonstraram boa confiabilidade entre diferentes examinadores e validade concorrente (Fialho; Vasconcelos; Sousa, 2024).

Quanto à intervenção, a Musicoterapia Improvisacional Musicocentrada é uma abordagem que se destaca como um meio eficaz para desenvolver habilidades de comunicação musical, especialmente vocal. Além disso, testes como a Avaliação de Efeitos do Tratamento em Crianças Autistas (Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC) e a Escala de Avaliação do Autismo na Infância (Childhood Autism Rating Scale – CARS) mostraram-se como ferramentas eficientes quando usadas em conjunto. Os Índices de Avaliação de Progresso (IAPs) também apresenta boas correlações entre si e com as Escalas Nordoff-Robbins (André *et al.*, 2018).

2.4.4. Abordagem educacional e escolar

O acompanhamento terapêutico nas escolas representa uma ferramenta valiosa para promover a inclusão e atender as necessidades educativas especiais dos autistas. Essa abordagem teve influências significativas ao longo da história, sendo moldada por eventos marcantes. A Reforma Psiquiátrica, por exemplo, desencadeou discussões cruciais no

tratamento de pacientes com transtornos mentais, questionando práticas tradicionais e buscando alternativas mais humanizadas (Nascimento, 2015).

Os movimentos pela inclusão escolar desempenharam um papel fundamental, abrindo portas para a entrada de crianças com necessidades especiais no ambiente educacional. Neste contexto, a inclusão é considerada não apenas um ato político, mas também um ato terapêutico, visto que promove o encontro entre crianças com dificuldades na construção de laços sociais com seus colegas (Lima, 2024). O acompanhamento terapêutico escolar desempenha o papel crucial de mediar a interação entre o autista e os outros participantes do ambiente escolar, buscando envolver todos no processo inclusivo (Nascimento, 2015).

Contudo, o processo de inclusão de crianças autistas nas escolas, mesmo em instituições privadas, ainda representa um desafio significativo. Um aspecto preocupante é a falta de diagnóstico, ponto essencial para orientar o trabalho dessas pessoas e para sensibilizar os pais e prepará-los para apoiar o desenvolvimento do filho autista (Luz; Gomes; Lira, 2017).

Reconhecer que os alunos são "diferentes" não é suficiente; é crucial compreender a natureza dessas diferenças. Nesse contexto, os professores desempenham um papel fundamental como mediadores da aprendizagem, mas para obter resultados positivos, eles precisam estar adequadamente preparados. A formação dos professores não deve transformá-los em especialistas no TEA, mas sim capacitá-los para agir de forma técnica e eficaz na sala de aula (Camargo et al, 2025). O conhecimento especializado pode ser um complemento valioso, mas o conhecimento básico do professor é essencial para a sua ação. Sendo assim, há uma necessidade de preparo da escola como um todo, não apenas em termos de infraestrutura, mas também na formação dos profissionais que lidam com esse público especial (Luz; Gomes; Lira, 2017). O número elevado de alunos na sala de aula também é um desafio, pois pode dificultar o apoio individualizado.

A inclusão de crianças autistas é uma responsabilidade de toda a sociedade, e a falta de preparo e sensibilização pode contribuir para a exclusão dessas pessoas. É fundamental investir na formação dos professores, sensibilizar os pais e a comunidade escolar e promover uma abordagem mais inclusiva e compassiva em relação aos autistas.

2.4.5. Abordagem medicamentosa

Em relação ao tratamento farmacológico da pessoa com o TEA deve ser considerado quando há necessidade de tratamento do comportamento agressivo, sendo indicada para melhorar a funcionalidade e a capacidade de se engajar nas medidas comportamentais. Deve-se sempre ser associado a terapia comportamental, sendo um tratamento multiprofissional, não sendo a única ou principal forma de cuidado, juntamente com medidas educacionais e adaptações ambientais (UFRGS, 2022).

Brasil (2022) define como comportamento agressivo aquele que apresenta autoagressão ou agressão a outras pessoas. Não há cura para o autismo, mas esses tratamentos medicamentosos podem ser utilizados para ajudar a gerenciar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. É importante ressaltar que o tratamento deve ser individualizado, adaptado as necessidades específicas de cada pessoa, e sempre acompanhado por profissionais de saúde qualificados.

Essa proposta terapêutica visa, principalmente, controlar sintomas como hiperatividade, impulsividade, agressividade, ansiedade, depressão e distúrbios do sono (Dosreis et al., 2022). Entre as classes medicamentosas, destacam-se os antipsicóticos para manejo de comportamentos agressivos, impulsivos e sintomas psicóticos; os antidepressivos (ISRS) para melhora do humor e redução da ansiedade; e os estabilizadores de humor, como ácido valproico e lítio, que promovem estabilidade emocional.

Além disso, medicamentos como a melatonina são utilizados para melhorar a qualidade do sono, enquanto estimulantes como o metilfenidato, indicados em casos associados ao TDAH, auxiliam no controle da hiperatividade e da desatenção. Dessa forma, a abordagem medicamentosa busca atenuar os sintomas e promover melhor qualidade de vida, integrando-se a estratégias terapêuticas mais amplas.

É importante destacar que essa forma de tratamento deve ser cuidadosamente monitorada por um médico especializado em crianças e adolescentes, como um psiquiatra infantil ou um neuropediatra. Além disso, os medicamentos devem ser parte de uma abordagem terapêutica mais ampla, que pode incluir terapias comportamentais, terapia ocupacional, fonoaudiologia e intervenções educacionais (APA, 2022).

Brasil (2022) afirma ainda que alternativas como o uso de anticonvulsivante, homeopatia, terapia de quelação (tratamento médico que remove metais pesados do corpo), suplementos dietéticos e vitaminas não possuem evidências que suportem sua recomendação para tratamento do comportamento agressivo observado no TEA. Sendo assim, a Risperidona

é o único medicamento disponível no SUS por estar presente no Protocolo Terapêutico de Diretrizes Clínicas, mediante solicitação administrativa por meio de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME). São recomendadas reavaliações periódicas, a cada 2 a 4 semanas, para monitoramento da resposta e dos possíveis efeitos adversos, além de se optar pelo uso da menor dose efetiva possível.

Podem ser utilizados outros medicamentos não padronizados, indicados individualmente pelo pediatra responsável, como por exemplo a Ritalina, que demonstra um bom controle de hiperatividade e déficit de atenção em relação as demais categorias do espectro. Outras alternativas medicamentosas são os medicamentos à base de canabidiol e melatonina (Ernsen; Pereira; Sabec-pereira, 2013).

O **Quadro 01** abaixo descreve o uso mais frequente de algumas medicações utilizadas em menores diagnosticados com TEA, bem como a classe farmacológica a que pertencem.

Quadro 01. Síntese dos princípios ativos das medicações prescritas e em uso por menores autistas para controle comportamental segundo a literatura.*

MEDICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS
Acetazolamida	Derivado da sulfonamida eficaz no tratamento de certas doenças convulsivas (por exemplo, epilepsia);
Ácido valpróico	Anticonvulsivante que atua como estabilizador do humor em diversas condições, principalmente no transtorno afetivo bipolar (TAB);
Aripiprazol	AAf frequentemente indicado para o tratamento agudo da mania, assim como para quadros mistos de TAB tipo I e para o tratamento de manutenção do TAB tipo I;
Atomoxetina	Atua como um inibidor seletivo de recaptção de noradrenalina (ISRN) e, ao invés de aumentar os níveis de dopamina e norepinefrina no cérebro, como fazem os psicoestimulantes, aumenta predominantemente os níveis de norepinefrina, o que contribui para melhorar a atenção e o controle impulsivo;
Bupropiona	Inibidor da receptação da noradrenalina e dopamina (INRD) e um antagonista dos receptores nicotínicos indicado para tratamento da dependência à nicotina e como adjuvante na cessação tabágica, ou, eventualmente, no tratamento da depressão e na prevenção de recidivas e rebotes de episódios depressivos após resposta inicial satisfatória. A bupropiona também é usada para tratar a depressão;
Canabidiol	Medicamento fitoterápico derivado da cannabis que pode ajudar a melhorar o humor e diminuir a agressividade no TEA;

Clonazepam	Benzodiazepínico utilizado para evitar crises convulsivas e tem propriedades sedativas e relaxantes;
Clonidina	Agonista adrenérgico de ação direta do receptor adrenérgico α_2 originalmente utilizado como uma medicação para manejo da hipertensão arterial, porém estudos têm comprovado uma boa eficácia no controle dos sintomas centrais do TDAH, principalmente quando o paciente apresenta junto com os sintomas centrais a apresentação de tiques;
Escitalopram	Inibidor seletivo da receptação de serotonina (ISRS) utilizado para tratar distúrbios depressivos e ansiosos, podendo estar associado a regulação do humor;
Fenobarbital	Barbitúrico com efeito sedativo e capacidade de prevenir crises convulsivas;
Fluoxetina	ISRS indicado para o tratamento da depressão, associada ou não a ansiedade, da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia;
Fluvoxamina	ISRS que leva à melhora e/ou ao desaparecimento dos sintomas da depressão maior e do TOC;
Lamotrigina	Anticonvulsivante que vem sendo usado em transtornos como o TAB para a regulação do humor;
Levomepromazina	Antipsicótico típico cuja ação esperada é a sedação e melhora de quadros como por exemplo, a ansiedade em pacientes psicóticos e na terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, associados com a dor em pacientes terminais;
Lisdexanfetamina	Anfetamina psicoestimulante utilizada para aumentar a concentração e atenção em transtornos como o TDAH;
Melatonina	Suplemento alimentar que auxilia na regulação do sono, especialmente em situações em que a produção natural desse hormônio pelo organismo está comprometida;
Metilfenidato	Psicoestimulante que melhora a atenção e a concentração, além de reduzir comportamento impulsivo;
Olanzapina	AAAt que age no Sistema Nervoso Central, ocasionando a melhora dos sintomas em pacientes com esquizofrenia e outros transtornos mentais (psicoses), e dos episódios maníacos (euforia) e mistos do transtorno afetivo bipolar;
Oxcarbazepina	Anticonvulsivante usado em quadros de instabilidade de humor e depressão em caso de falha terapêutica na primeira linha;
Periciazina	Antipsicótico típico usado para melhora de quadros mentais e distúrbios do comportamento como autismo, negativismo, desinteresse, indiferença, hostilidade, irritabilidade, agressividade, reações de frustração, percepção de que tudo gira em torno da própria pessoa, instabilidade psicomotora e afetiva e desajustamentos;

Risperidona	AAt amplamente utilizado para tratar determinados transtornos mentais, como esquizofrenia, transtorno bipolar e irritabilidade associada ao transtorno do espectro autista;
Topiramato	Anticonvulsivante que possui evidências de agir como estabilizante de humor e como neuroprotetor;
Triexifenidil	Anticolinérgico usado para tratar todas as formas de parkinsonismo e para o controle de alterações envolvendo a coordenação e movimentos.

***Fonte:** Elaborado pelo autor com base em BRUNTON; HILAL-DANDAN; KNOLLMANN (2018) e STAHL, S. M. (2022)

2.5. Medicalização, estigmas e patologização da vida

Medicalização é um processo pelo qual problemas que podem ser considerados sociais, psicológicos ou comportamentais são abordados e tratados como questões médicas (Tesser, 2006; Lemos; Lima, 2023). É um fenômeno complexo que envolve diversos fatores, como a cultura, o tempo histórico, e a política. Envolve a transformação de experiências e condições humanas em doenças que requerem diagnóstico e tratamento médico. A medicalização pode ocorrer em várias áreas, incluindo saúde mental, educação, sexualidade e comportamentos diversos. (Toassa, 2012).

Alguns aspectos importantes sobre a medicalização são importantes numa discussão. Com o avanço da psiquiatria e das ciências da saúde, muitos comportamentos e experiências humanas começaram a ser classificados como doenças. Uma vez que suas raízes nascem em um contexto cultural e histórico no qual a medicina ocidental se tornou uma forma predominante de entender e tratar problemas da vida (Moysés; Collares, 2013).

Transtornos como ansiedade e depressão, que eram vistos como questões emocionais, agora são frequentemente tratados apenas com medicamentos e intervenções clínicas. Questões de comportamento, como hiperatividade e desobediência, são muitas vezes medicalizadas, resultando no diagnóstico de transtornos como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Toassa, 2012).

Como consequências, a medicalização pode reforçar estigmas em torno de certas condições, fazendo com que comportamentos normais sejam vistos como patológicos. Pode levar a tratamentos que nem sempre são necessários ou adequados, resultando em medicamentos e intervenções desnecessárias. E, ao medicalizar problemas, muitas vezes ignora-se o contexto social, econômico e cultural que contribui para as condições das pessoas.

A medicalização muitas vezes prioriza soluções rápidas e farmacológicas em detrimento de abordagens que considerem a totalidade do ser humano e suas interações sociais (Lopes, 2019). Há também um risco de que a indústria farmacêutica se beneficie da

medicalização, promovendo tratamentos para condições que podem ser tratadas de forma mais holística ou que não necessitam de intervenção médica.

Dessa forma, a discussão sobre a medicalização levou ao desenvolvimento de abordagens mais integradas, que consideram fatores sociais, psicológicos e culturais, promovendo intervenções que vão além do tratamento medicamentoso, como terapias, mudanças no estilo de vida e suporte social, exigindo uma reflexão crítica sobre os limites e implicações de se classificar experiências humanas como doenças. (Toassa, 2012).

2.6. Abordagem da medicina moderna aos transtornos do comportamento

A medicina conquistou o estatuto de ciência moderna na transição entre os séculos XVIII e XIX, quando adquiriu a responsabilidade de legislar suas, então, raízes positivistas, passando a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um prisma biologizante, que reduzia as pessoas a corpos e disfunções biológicas (Moysés; Collares, 2013).

A partir da conquista da categoria de ciência, a medicina passaria a ter o poder de definir os comportamentos ditos como “normais” e os comportamentos ditos como “anormais”, e agora colocaria esses indivíduos em posição passível de controle medicamentoso, a fim de moldar o comportamento indesejado (Ferreira, 2022). Surge então a definição formal do termo “medicalização” como sendo a expansão progressiva do campo de intervenção da medicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos naturais humanos como se fossem problemas médicos (Tesser, 2006; Lemos; Lima, 2023).

Desde 1980, ocorreu um progressivo compartilhamento desses ideais pelas pretensas disfunções neurológicas, a tal ponto que hoje praticamente todos os discursos medicalizantes de transtornos que envolvem o comportamento na infância se referem a dislexia, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TEA e Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) (Moysés; Collares, 2013).

A hipermedicalização do comportamento é um fenômeno que se refere a tendência crescente de tratar comportamentos considerados normais ou desafiadores como se fossem condições médicas que exigem diagnóstico e tratamento, frequentemente medicamentoso (Silva; Navarro; Lara, 2022). Esse processo vai além da medicalização, pois envolve uma abordagem excessiva e muitas vezes inadequada de categorizar uma ampla gama de comportamentos humanos, levando à prescrição de intervenções médicas ou psicológicas (Santos, 2025). Já existe uma vasta literatura sobre a incidência da hipermedicalização do

comportamento em crianças diagnosticadas tanto com TDAH, quanto com dislexia (Toassa, 2012), mas seria essa também a realidade daqueles diagnosticados na infância com TEA?

Sabe-se que a hipermedicalização desses transtornos se deve as manifestações comportamentais indesejadas ou ao rendimento escolar insatisfatório que tais pacientes podem apresentar, principalmente em um contexto escolar despreparado. Como o autista apresenta um modo de funcionamento que lhe é próprio (Lopes, 2019), muitas vezes manifestando comportamentos fora do esperado em contextos sociais e que podem impactar na vida em coletividade, tanto para o próprio paciente, quanto para aqueles que convivem com ele, é válido levantar a hipótese de que a hipermedicalização de pessoas com TEA seja uma realidade, uma vez que já é uma realidade para as outros transtornos do comportamento e de aprendizagem (Toassa, 2012).

Pacientes menores de 18 anos, já diagnosticados com TEA e que estão fora dos parâmetros para receber tratamentos medicamentosos, mas ainda o fazem, estão dentro da definição de “hipermedicalização infantil no TEA” deste trabalho. Toda abordagem voltada para facilitar o manejo da vida desse paciente, por aqueles que cuidam ou educam, e não para o bem-estar próprio dele, caracterizam-se dentro da medicalização das experiências da vida, ou seja, apesar de não estar doente, passa a ser submetido ao padrão de normalidade estabelecido socialmente, por meio do uso de medicações.

O objetivo do tratamento medicamentoso é de melhorar no funcionamento e interação social nas habilidades de comunicação e adaptativas, além de redução na frequência e gravidade de comportamentos disfuncionais ou negativos; e promoção do funcionamento acadêmico e a cognição (Brasil, 2022).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Verificar se ocorre a hipermedicalização para controle do comportamento dos menores de idade diagnosticados com transtorno do espectro autista atendidos na Associação Pestalozzi em Anápolis, Goiás.

3.2. Objetivos específicos

- Investigar a prevalência de menores de idade com o diagnóstico de transtorno do espectro autista atendidos durante o ano de 2024 na Associação Pestalozzi em Anápolis, Goiás.
- Verificar a conduta terapêutica medicamentosa prescritas para essa população.
- Analisar o acompanhamento multidisciplinar recebido pelos menores de idade com autismo atendidos na instituição.
- Averiguar, com os responsáveis pelos menores de idade, quais adaptações são importantes para receber essas pessoas nas instituições de ensino.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.2. Local e população do estudo

O universo populacional pesquisado compreendeu pais ou responsáveis por menores de 18 anos, já diagnosticados com algum grau do espectro autista, atendidos na Associação Pestalozzi de Anápolis - Goiás. A amostra deste estudo foi constituída pelos pais ou responsáveis que após o convite para participar da pesquisa, aceitaram e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A).

Foram critérios de inclusão: pais ou responsáveis de menores de 18 anos de ambos os sexos, com diagnóstico de TEA, atendidos na instituição. Foram excluídos os questionários de pais ou responsáveis cujo os filhos sejam maiores de 18 anos, sem diagnóstico prévio de TEA, menores que fazem apenas uso de medicação para outras condições de saúde diferentes do TEA, questionários preenchidos de forma incompleta, questionários cujo os responsáveis não tenham concordado em participar da pesquisa, que não assinaram o TCLE ou não assinaram o termo de consentimento.

4.3. Coleta de dados

Foram definidas as datas 23 e 25 de setembro de 2014, 16 de outubro de 2024 e 19 e 21 de fevereiro de 2025 para visitas a Associação Pestalozzi de Anápolis. Os pesquisadores acompanharam as consultas dos pacientes e convidaram os pais e responsáveis a participar da pesquisa após explanação dos objetivos e dos procedimentos do estudo, além de explicar que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo aos participantes ou aos pacientes. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo estavam uniformizados e aptos a explicar, orientar e tirar qualquer dúvida dos interessados.

Os participantes após assinar o TCLE, responderam a um questionário impresso, totalmente anônimo e sem identificação do menor (Apêndice B). Dentre as perguntas objetivas foi abordado sobre dados sociodemográficos, como sexo e idade do paciente, além do ano do diagnóstico, se possui um laudo médico; se o menor já apresentou algum comportamento

agressivo (com ele próprio ou com outras pessoas; se o menor faz (ou já fez) uso de alguma medicação e, se sim, qual e por quais motivos e por quanto tempo; por fim, se o responsável percebeu se esses comportamentos mudaram com o tempo ou após o uso de alguma medicação.

Dentre as perguntas abertas foi questionado sobre quais foram os diagnósticos do menor; se houve a necessidade de adaptação escolar após a descoberta do diagnóstico; se já percebeu comportamentos diferentes no menor e, se sim, quais comportamentos chamaram atenção; se o menor possui acompanhamento médico e quais as especialidades; se há um acompanhamento individualizado com algum outro profissional (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo etc.) e há quanto tempo; e se o responsável observou alguma alteração de comportamento com o uso das medicações; se o responsável sabia dizer quais os fatores avalia como indispensáveis em um colégio para receber o menor, o que falta no colégio atual, e se a escola é pública ou privada, e a quanto tempo está na escola; e se houve necessidade de mudanças na alimentação, fisioterapia, terapia comportamental ou alguma outra atividade/adaptação na vida da autista após o diagnóstico.

4.4. Análise dos dados

Os dados objetivos dos questionários foram convertidos em dados numéricos a fim de obter a frequência absoluta e a relativa das respostas diretas em comparação com o total da amostra. Os dados descritivos foram analisados e ordenados por frequência de aparecimento das respostas, possibilitando verificar se as experiências dos responsáveis são muito próximas ou completamente antagônicas, além de elencar as queixas mais prevalentes, sendo possível também levar em conta as características sociais e econômicas de cada família durante a análise dos dados.

Todas as observações foram registradas nas discussões dos resultados e foram criadas tabelas na etapa de resultados para facilitar a visualização das respostas e compreensão das colocações.

4.5. Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Evangélica de Goiás (CAAE e parecer nº. 7.081.698, Apêndice C). Para a execução dessa pesquisa, o Termo de Anuência autorizando as etapas do estudo foi assinado pela coordenadora responsável pela instituição (Apêndice D).

5. RESULTADOS

Durante as visitas programadas, foram contatados 38 responsáveis que aceitaram participar da pesquisa. Esses responsáveis pelos menores autistas foram entrevistados, no entanto, três desses participantes foram excluídos, pois preenchiam os critérios de exclusão (ausência de laudo de TEA e filho maior de 18 anos). Dessa forma, 35 responsáveis entrevistados foram considerados válidos dentro do grupo amostral.

Na população estudada, foi observada uma prevalência maior de pacientes diagnosticados com TEA no sexo masculino e com a idade entre 4-9 anos. Além disso, juntamente com o TEA o TDAH foi presente em aproximadamente $\frac{1}{3}$ da amostra, sendo o segundo diagnóstico mais presente. Ademais, o perfil de agressividade foi visto em menos da metade da população, mesmo que a grande maioria fizesse o uso de medicamentos. A **Tabela 01** evidencia os dados descritivos observados na população de estudo.

Tabela 01. Síntese descritiva da população, idade, diagnóstico e características clínicas obtidas por respostas dos pais ou responsáveis de menores de idade da Associação Pestalozzi, Anápolis – GO, 2025.

SEXO	% (n)
Feminino	23 (08)
Masculino	77 (27)
IDADE	
0 - 3	11 (04)
4 - 9	57 (20)
10 - 14	26 (09)
15 - 17	6 (02)
ANO DO DIAGNÓSTICO	
2012 - 2016	11 (04)
2017 - 2021	43 (15)
2022 - 2024	46 (16)
DIAGNÓSTICO*	
TEA	100 (35)
TDAH	29 (10)
Deficiência Intelectual	12 (03)
TAG	8 (02)
POSSUI AGRESSIVIDADE	
Sim	49 (17)
Não	51 (18)
FAZ USO DE MEDICAÇÃO PARA CONTROLE DO COMPORTAMENTO	
Sim	83 (29)
Não	17 (06)
MELHOROU COM A MEDICAÇÃO	

Sim	77 (27)
Não	23 (08)

* mais de um diagnóstico pode ter sido observado para o mesmo menor de idade

TEA – transtorno do espectro autista

TDAH – transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

TAG – transtorno de ansiedade generalizada

Fonte: da pesquisa.

No período do estudo, observou-se também um período de diagnóstico com maior prevalência entre 2022 e 2024. Pacientes que fazem o uso de medicação foram mais prevalentes do que os que não o fazem. Entretanto, não houve diferença significativa entre a quantidade de pacientes com sintomas de agressividade e os que não apresentam essa característica.

A maioria dos responsáveis afirmaram ter observado melhora no comportamento dos menores quando iniciaram a farmacoterapia. E entre os menores que apresentam agressividade como sintoma, 100% deles estão sob uso de medicação, enquanto os que não apresentam agressividade, 84% também estão sob o uso de medicação.

Durante as entrevistas com os responsáveis, nas perguntas que avaliaram qualitativamente os menores autistas, na questão sobre quais sinais e sintomas observados antes do diagnóstico, os mais relatados foram: atraso na fala, problemas de socialização, agitação, insônia, agressividade, dificuldade de aprendizado, movimentos estereotipados e seletividade alimentar. Quando questionados sobre quais os profissionais que acompanham a criança, os mais relatados foram, sequencialmente: somente pelo médico da instituição, psicóloga ou psicopedagoga, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, musicoterapeuta e nutricionista.

No quesito medicações que utiliza atualmente para controle do comportamento, os princípios ativos das mais citadas foram, em ordem alfabética: Acetazolamida, Ácido valpróico, Aripiprazol, Atomoxetina, Bupropiona, Canabidiol, Clonazepam, Clonidina, Escitalopram, Fenobarbital, Fluoxetina, Fluvoxamina, Lamotrigina, Levomepromazina, Lisdexanfetamina, Melatonina, Metilfenidato, Olanzapina, Oxcarbazepina, Periciazina, Risperidona, Topiramato e Triexifenidil.

Dentre esses medicamentos, percebeu-se uma prevalência da Risperidona em parte significativa da amostra colhida, antipsicótico atípico (AAt) cujos benefícios sobre a agressividade apresentada em praticamente metade dos filhos dos entrevistados são fidedignos cientificamente, embora efeitos adversos como o parkinsonismo estejam correlacionados ao seu uso inadequado por longa data.

Outro princípio farmacológico citado por alguns pais foi o hormônio Melatonina, vendido comercialmente com o objetivo de regulação do ciclo circadiano, proporcionando um

sono reparador, porém sem efeitos significativos no tratamento da insônia. A prevalência dessas medicações e outras obtidas na amostra foi descrita na **Tabela 02**, considerando que um paciente pode utilizar mais de um medicamento.

Tabela 02. Síntese quantitativa da prevalência do uso de princípios ativos pelos menores diagnosticados com TEA, obtidas pelas respostas dos pais ou responsáveis que frequentam a Associação Pestalozzi, Anápolis – GO, 2025

PRINCÍPIO ATIVO	% (n)
Acetazolamida	3 (01)
Ácido valpróico	6 (02)
Aripiprazol	6 (02)
Atomoxetina	3 (01)
Bupropiona	6 (02)
Canabidiol	6 (02)
Clonazepam	3 (01)
Clonidina	3 (01)
Escitalopram	3 (01)
Fenobarbital	3 (01)
Fluoxetina	9 (03)
Fluvoxamina	3 (01)
Lamotrigina	3 (01)
Levomepromazina	3 (01)
Lisdexanfetamina	3 (01)
Melatonina	11 (04)
Metilfenidato	9 (03)
Olanzapina	3 (01)
Oxcarbazepina	3 (01)
Periciazina	9 (03)
Risperidona	34 (12)
Topiramato	6 (02)
Triexifenidil	3 (01)

Fonte: da pesquisa.

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho revelam a persistência de uma lógica medicalizante nos discursos acadêmicos e práticas institucionais em relação ao TEA, uma vez que a taxa de hipermedicalização encontrada foi de 85% entre os pacientes que não tinham indicação para o uso de medicação. A análise dos dados apresentados na **Tabela 1** evidencia a predominância à prescrição de psicofármacos como resposta principal ao comportamento atípico, enquanto apenas uma pequena parcela menciona abordagens alternativas ou inclusivas. Esses dados refletem um panorama ainda centrado na patologização da infância, o que está em consonância com estudos como o de Oliveira et al. (2022), que denunciam o crescimento da medicalização em crianças neurodivergentes.

Foi possível notar a preferência discrepante da utilização de Risperidona em detrimento das outras medicações, o que se sustenta na literatura, uma vez que é a medicação com comprovação científica mais robusta para tal objetivo (Brasil, 2022; Dosreis et al., 2022). Algumas medicações adicionais como benzodiazepínicos, canabidiol e melatonina foram largamente utilizados para os transtornos de sono e agitação, presentes na maioria dos relatos dos responsáveis. Como o TEA é geralmente acompanhado de comorbidades, vale ressaltar que o tratamento farmacológico dessas comorbidades não configura critérios de análise deste trabalho pois não têm como objetivo a patologização da vida e consequente prejuízo para os pacientes.

O dado de que a maior parte das crianças estavam medicadas, muitas delas com início do tratamento antes dos 9 anos, aponta para o uso da medicação como principal estratégia de controle de comportamentos considerados inadequados. Corroborando para a interpretação de que comportamentos como estereotípias, hiperatividade ou dificuldade de socialização ainda são compreendidos sob a ótica do desvio, em vez de serem reconhecidos como expressões da neurodiversidade (Araújo, 2023). Estudos como os de Moliner (2023) alertam para os riscos da medicalização precoce, que pode camuflar dificuldades de ordem emocional e social, além de postergar a adoção de práticas educativas inclusivas e terapêuticas. Essa abordagem reduz o sujeito à sua condição clínica, afastando-o de intervenções contextualizadas e humanizadas, como criticado por Toassa (2012).

A análise dos dados revela que o papel da família está sub-representado nos estudos analisados, sendo uma pequena parcela de artigos que a mencionam de forma significativa. Esse dado contrasta com a relevância da família como agente central no processo de cuidado e tomada de decisão (Morato, 2023). Segundo Brito et al. (2022), a escuta ativa da família é

essencial para intervenções mais efetivas e humanizadas. A invisibilidade da família dificulta a construção de abordagens colaborativas entre os diferentes setores envolvidos no processo de inclusão e cuidado.

A medicalização, nesse contexto, surge como resposta imediata à angústia parental, que está desprovida de acompanhamento psicológico e suporte social contínuo (Moura et al., 2023). Quando as famílias não são escutadas e incluídas nas decisões terapêuticas, a dependência da medicalização tende a se acentuar. Souza e Scarin (2020) afirmam que a medicalização pode também mascarar sintomas de violência doméstica, abandono parental, depressão e outras patologias que podem estar afetando o paciente dentro de seu contexto familiar e escolar, pois ao não hipotetizar sobre as reais causas do problema enfrentado, se reduz o entendimento acerca do humano e “desconsidera os aspectos tais como a saúde mental da psicomotricidade, o desenvolvimento psicomotor em si, e a complexidade do desenvolvimento cognitivo” (Frances, 2014).

Segundo Toassa (2012), a hipermedicalização infantil também pode ser uma resposta à falta de apoio terapêutico e educacional adequado para essas crianças. O relato dos responsáveis reforça essa afirmação, uma vez que as maiores reclamações em relação à rotina e à escola foram exatamente em relação à falta de preparo da instituição e dos profissionais em acolherem, se adequar e entender sobre o transtorno, dificultando assim esse apoio terapêutico como um todo. Outro exemplo dessa falta de apoio terapêutico é o fato de 19 dos 35 registros afirmarem fazer acompanhamento somente dentro da instituição, restringindo-se ao tratamento médico que, segundo Brasil (2022), é coadjuvante no acompanhamento do paciente com TEA, sendo imprescindíveis as outras abordagens.

Ao discutir a questão da utilização de medicamentos do ponto de vista do processo de escolarização, Gonçalves e Pedro (2021) e Souza (2020) consideram que o aumento na prescrição de medicamentos voltados ao comportamento, como Metilfenidato ou Risperidona, reflete também uma necessidade de a escola rever as formas como tem constituído suas relações de ensino, pois, a necessidade do tratamento medicamentoso não pode ser a primeira via de análise das dificuldades na escolarização e/ou socialização infantil, sendo fundamental compreender a gama de condições em que tais comportamentos acontecem, principalmente diante dos problemas que o sistema de ensino brasileiro ainda enfrenta.

A perspectiva da naturalização a prescrição de psicofármacos de rotina, embora dominante, é criticada por estudos como o de Paula et al. (2011), que destacam os riscos da prescrição indiscriminada, incluindo efeitos colaterais e ausência de acompanhamento adequado ou um plano terapêutico multidisciplinar. Segundo relatório da Organização Mundial

da Saúde (OMS, 2021), o uso de psicofármacos deve ser sempre acompanhado de intervenções psicossociais e fundamentado em avaliações individualizadas, para que não ocorra efeitos colaterais importantes, como sedação excessiva, prejuízos no desenvolvimento afetivo e dificuldades na socialização.

Por fim, conclui-se que os dados obtidos nesta pesquisa confirmam a permanência de uma lógica farmacológica no acompanhamento a crianças com TEA, com início precoce do uso de psicofármacos e pouca integração com práticas educativas e psicossociais. Contudo, também revelam brechas importantes para a construção de alternativas. É essencial investir na formação continuada dos profissionais, na escuta qualificada das famílias e na criação de redes intersetoriais de cuidado, articulando entre educação, saúde e assistência social. A infância autista não deve ser vista sob a ótica da correção de desvios, mas sim do reconhecimento da diversidade e da valorização de suas potencialidades singulares.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a prevalência e os fatores que contribuem para a hipermedicalização de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Associação Pestalozzi de Anápolis, Goiás. Os dados revelaram que uma parte significativa dessas crianças utiliza medicamentos para controle comportamental, mesmo quando não apresentam sintomas como agressividade intensa que justificariam a intervenção farmacológica. Dos pacientes analisados, 88% estavam em tratamento medicamentoso, e dentre aqueles sem sintomas agressivos, 84% ainda faziam uso de medicação, apontando para um contexto de hipermedicalização que ultrapassa as diretrizes recomendadas para o TEA.

Além disso, evidenciou-se uma lacuna de suporte terapêutico e multidisciplinar em muitos dos contextos educacionais onde essas crianças estão inseridas. Observou-se que as instituições de ensino, em sua maioria, não dispõem da infraestrutura e dos recursos especializados para atender adequadamente as necessidades de alunos com TEA, o que pode levar a um aumento na prescrição de medicamentos como uma solução prática e rápida. Esse cenário ressalta a necessidade de políticas públicas que promovam uma formação mais sólida para educadores e cuidadores, assim como programas que incentivem o uso de abordagens terapêuticas não farmacológicas e multidisciplinares.

Com base nos achados, este estudo reforça a importância de adotar uma perspectiva crítica em relação à medicalização infantil no TEA, especialmente para garantir o bem-estar integral dessas crianças. Recomenda-se que pesquisas futuras explorem alternativas terapêuticas que priorizem intervenções comportamentais e desenvolvimento social, além de políticas que fortaleçam o papel de profissionais da saúde e da educação na integração e no cuidado de crianças autistas. Assim, será possível minimizar a dependência de tratamentos medicamentosos e promover uma qualidade de vida mais completa e satisfatória para as crianças com TEA e suas famílias.

Este estudo possui algumas limitações, especialmente no que diz respeito à sua abrangência e ao método transversal. Como a pesquisa foi conduzida apenas na cidade de Anápolis e envolveu um grupo específico de crianças vinculadas à Associação Pestalozzi, os resultados podem não refletir a realidade de outras regiões ou contextos socioeconômicos. O método transversal limita a capacidade de estabelecer relações causais entre o uso de medicamentos e as melhorias comportamentais observadas. Assim, os dados apresentados devem ser interpretados como indicativos e não como determinantes de efeitos causais. Além disso, a amostra relativamente pequena e as características específicas dos participantes limitam

a generalização dos achados. Outras variáveis, como acesso a terapias complementares, histórico familiar, grau de severidade do TEA e situação socioeconômica da família também poderiam ter sido incluídas para uma análise mais detalhada.

REFERÊNCIAS

ADURENS, F. D. L.; MELO, M. S. Reflexões acerca da possibilidade de prevenção do autismo. **Estilos da Clínica**, v. 22, n. 1, p. 150-165, jan./abr. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2022.

ANDRÉ, A. M. et al. Análise psicométrica das Escalas Nordoff-Robbins como instrumento de avaliação no tratamento musicoterapêutico de crianças autistas em acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). **Revista Per Musi**, v. 2018, n. 2018, p. 1-12, 2018.

ARAUJO, A. R.; SILVA, M. A.; ZANON, R. B. Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 27, e247367, 2023.

AZEVEDO, A.; GUSMÃO, M. A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 2, n. 2, p. 76-83, 2016.

BACKES, B.; ZANON, R. B.; BOSA, C. A. Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 33, p. 1-10, 2017.

BAPTISTA, P. F. S. **Avaliação dos sintomas gastrointestinais nos transtornos do espectro do autismo: relação com os níveis séricos de serotonina, dieta alimentar e uso de medicamentos**. 2012. 68 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.

BONFIM, T. de A. et al. Assistência às famílias de crianças com Transtornos do Espectro Autista: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e3781, 2023.

BRASIL. **Portaria conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, DF, 2022.

BRITO, T. A. et al. A participação da família nas práticas inclusivas: desafios e possibilidades. **Revista Educação Especial**, v. 35, p. 1-15, 2022.

BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. (eds.). **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2018.

CAMARGO, S. P. H. et al. Desafios no processo de escolarização de crianças com autismo no contexto inclusivo: diretrizes para formação continuada na perspectiva dos professores. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 36, e214220, 2020.

CARVALHO, J. A. et al. Nutrição e Autismo: Considerações sobre a alimentação do autista. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 5, n. 1, Pub. 1, jan. 2022.

CONSOLINI, M.; LOPES, E. J.; LOPES, R. F. F. Terapia Cognitivo-comportamental no Espectro Autista de Alto Funcionamento: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 1, p. 38-50, 2019.

CUNHA, P. R. **Transtorno do espectro autista: principais formas de tratamento**. 2021. 15 f. TCC (Graduação em Psicologia) – Faculdade UNA de Catalão, UNACAT, 2021.

DIAS, E. C. et al. Dieta isenta de glúten e caseína no transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 2059-2073, 2018.

DOSREIS, S. et al. Use of risperidone in children with autism spectrum disorder: trends and safety concerns. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, New York, v. 32, n. 3, p. 150-158, 2022.

ERNSEN, A. F. S.; PEREIRA, K. F.; SABEC-PEREIRA, D. K. Análise de prontuários sobre psicofarmacoterapia associadas às comorbidades dos transtornos de espectro autista. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 7, p. 3993-4009, 2023.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, p. 1-10, 2020.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013.

FERREIRA, T. A. S. et al. Medicalização da vida e análise clínica do comportamento. **Acta Comportamental**, v. 30, n. 1, p. 73-87, 2022.

FIALHO, A. A. S.; VASCONCELOS, A. L. C. de; SOUSA, R. V. B. de. Análise do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista a partir de escalas e demais ferramentas diagnósticas: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 1, p. 830-854, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i1.12968.

FRANCES, A. Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. **El País Brasil**, 28 jan. 2014.

GIRIANELLI, V. R. et al. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento no Brasil, 2013-2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 21, 2023.

LEAL, M. et al. Terapia nutricional em crianças com transtorno do espectro autista. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 13, p. 1-13, 2015.

LEMOS, F. C. S.; LIMA, B. J. M. Medicalização, sociedade e a lógica preventivista. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 12, e4151, 2023.

LIMA, W. E. et al. A inclusão escolar de crianças autistas: desafios e perspectivas da prática pedagógica docente. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, e6951, 2024.

- LOPES, A. M. C. S. O autismo e suas conexões: qual medicação para o autista? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 1343-1352, dez. 2019.
- LORD, C. et al. Autism spectrum disorder. **The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.
- LUZ, M. H. S.; GOMES, C. A.; LIRA, A. Narrativas sobre a inclusão de uma criança autista: desafios à prática docente. **Educación**, v. 26, n. 50, p. 123-142, 2017.
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, jan./jun. 2012.
- MOLINER, H. C. A lógica medicalizante na educação contemporânea: entre diagnósticos e silenciamentos. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 48, e114927, 2023.
- MORAES, L. S. de et al. Seletividade alimentar em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 42-58, 2021.
- MORATO, A. P.; PEREIRA, A. P. S.; SILVA, C. C. B. da. Percepções de familiares sobre as práticas de intervenção precoce na infância em um centro especializado de reabilitação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33073, 2023.
- MOURA, M. L. et al. Famílias de crianças com autismo: desafios frente à medicalização e busca por inclusão. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 53, n. 189, p. 134-150, 2023.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Controle e medicalização da infância. **DESidades - Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 11-21, dez. 2013.
- NASCIMENTO, V. G. **O acompanhamento terapêutico escolar no processo de inclusão de uma criança autista**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- ODA, F. S. Análise do comportamento e autismo: Marcos históricos descritos em publicações norte-americanas influentes. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 20, n. 3, p. 86-98, 2018.
- OLIVEIRA, A. L. et al. Medicalização e infância: uma análise crítica sobre práticas escolares e familiares. **Revista Brasileira de Educação**, v. 27, e270078, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guidelines on mental health interventions for children with developmental disorders including autism**. Geneva: WHO, 2021.
- PAULA, C. S. et al. Transtorno do Espectro Autista: evidências e controvérsias sobre diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, p. S88-S100, 2011.

RIBEIRO, T. C. **Epidemiologia do transtorno do espectro do autismo: rastreamento e prevalência na população**. 2022. 139 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

ROGERS, S. J.; DAWSON, G. **Intervenção precoce no autismo: o modelo Denver para promoção da linguagem, aprendizagem e sociabilidade**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

SANTOS, A. N. S. dos et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no Brasil. **ARACÊ – Revista de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 7, n. 2, p. 7636–7665, 2025.

SANTOS, G. T. da S.; MASCARENHAS, M. S.; OLIVEIRA, E. C. de. A contribuição da fisioterapia no desenvolvimento motor de crianças com transtorno do espectro autista. **Cadernos de Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 129–143, 2021.

SCARIN, A. C.; SOUZA, M. P. Medicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, e214158, 2020.

SILVA, A. S. M.; LIMA, F. P. S.; SALLES, R. J. Vínculo Afetivo de crianças autistas na equoterapia: uma contribuição de Winnicott. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 238-250, jul./dez. 2018.

SILVA, I. M.; YOEM, R. H. da C. Terapias integrativas no auxílio ao tratamento do Transtorno do Espectro Autista. *PubSaúde*, 11 ago. 2024.

SILVA, M. L. da; NAVARRO, R. C.; LARA, L. F. A patologização do comportamento humano como estratégia de controle social. *Revista Saúde em Foco*, v. 15, n. 1, p. 45–58, 2022.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 61–76, jan./jun. 2006.

TOASSA, G. Sociedade tarja preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 429-434, mai./ago. 2012.

TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R.; FERNANDES, C. S. Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. **Psicologia USP**, v. 34, p. 1-11, 2023.

1. APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário para os pais/responsáveis preencherem perguntas relacionadas à criança:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: ____ anos

- Quando foi diagnosticado? (Ano)
- Qual foi o diagnóstico?
- Possui laudo médico?
- Você já percebeu comportamentos diferentes em seu filho? Se sim, quais comportamentos chamaram atenção? Ele já apresentou algum comportamento agressivo (com ele ou com outras pessoas)?
- Você percebeu se esses comportamentos mudaram com o tempo ou após o uso de alguma medicação?
- A criança possui acompanhamento médico? Quais especialidades?
- A criança possui acompanhamento individualizado com algum outro profissional (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo etc.)? Quais? Há quanto tempo?
- A criança faz (ou já fez) uso de alguma medicação? Se sim, qual? E por quais motivos? Por quanto tempo? Você observou alguma alteração de comportamento com o uso das medicações?
- Houve a necessidade de adaptação escolar após a descoberta do diagnóstico? Quais os fatores que você avalia como indispensáveis em um colégio para receber a criança? O que falta no colégio atual? A escola é pública ou privada? Está nela há quanto tempo?
Houve necessidade de mudança na alimentação, fisioterapia, terapia comportamental (TCC) ou alguma outra atividade/adaptação na vida da criança após o diagnóstico?

2. APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O USO DE MEDICAÇÃO PARA CONTROLE DO COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS DENTRO DO ESPECTRO AUTISTA

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: O USO DE MEDICAÇÃO PARA CONTROLE DO COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS DENTRO DO ESPECTRO AUTISTA

Desenvolvida por **Gabriela Aimée Guimarães, Breno Almeida Souza, Ester Monte Galvão, Lígia Narciso Soares do Amaral e Jamile Miguel Correia**, discentes de Graduação em Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor(a) **Karla Cristina Naves de Carvalho**, telefone (62) 98125-5839, e coorientação do Professor(a) **Jalsi Tacon Arruda**, telefone (62) 98180-9607.

O objetivo central do estudo é: verificar a prevalência da abordagem medicamentosa em crianças diagnosticadas dentro do espectro autista na Associação Pestalozzi de Anápolis - GO, podendo assim avaliar se as crianças estão sendo hipermedicalizadas ou não.

O convite à sua participação se deve ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista da criança em sua responsabilidade, feito ainda na idade infantil e por ser residente em Anápolis - GO.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não que ele participe, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir com a participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, uma vez que não serão descritas informações pessoais sobre a identificação sua e de seu filho ou criança que esteja responsável.

Qualquer dado que possa identificar você e a criança será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a participação de sua criança e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder um questionário com informações relacionadas ao diagnóstico da criança, desafios e adaptações necessárias de rotina devido ao TEA, à pesquisadora do projeto. Os dados do preenchidos serão descritos e armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores e sua orientadora, resguardando qualquer dado que possa identificar você e a criança.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Os riscos relacionados à quebra de sigilo serão minimizados pela omissão de qualquer dado capaz de identificar você e a criança.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para o conhecimento sobre o tema, bem como a colaboração com a comunidade científica em relação ao diagnóstico e acompanhamento de crianças com TEA em Anápolis, além de obter conhecimentos para avaliar se sua criança está dentro dos critérios científicos de recomendações para o acompanhamento medicamentoso, podendo realizar ajustes na conduta de acompanhamento, melhorando a qualidade de vida da família e da criança.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Assinatura do Pesquisador Responsável – Docente de Medicina na UniEVANGÉLICA

**Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Karla Cristina Naves de Carvalho -
Telefone (62) 9090 98125-5839**

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

3. APÊNDICE C

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ CPF nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel: 62 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

4. APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “O uso de medicação para controle do comportamento em crianças inseridas no espectro autista” realizada por Breno Almeida Souza, Ester Monte Galvão, Gabriela Aimée Guimarães, Lígia Narciso Soares do Amaral e Jamile Miguel Correia, telefone de contato (62) 99471-4270, matriculados no curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás, sob a orientação da Dr^a. Karla Cristina Naves de Carvalho e coorientação da Prof^a Dr^a. Jalsi Tacon Arruda, a fim de desenvolver TC para obtenção do título Graduado, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: verificar a prevalência do tratamento medicamentoso em crianças diagnosticadas dentro do espectro autista em Anápolis - GO, podendo assim avaliar se as crianças estão sendo hipermedicalizadas ou não fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se aplicar questionário aos pais de crianças inseridas no espectro autista. O nome do participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas, uma vez que não serão descritas informações pessoais sobre a identificação tanto dos pais quanto dos filhos. O benefício relacionado com a colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para o conhecimento dos participantes da pesquisa bem como da comunidade científica em relação ao diagnóstico e acompanhamento de crianças com TEA em Anápolis, além de obter conhecimentos para avaliar os critérios científicos de recomendações para o acompanhamento medicamentoso.

Os riscos relacionados à quebra de sigilo e um possível desconforto dos pais em relação ao método de pesquisa serão minimizados pela omissão de qualquer dado capaz de identificar você e a criança, além de uma abordagem técnica.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS n^o. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, 06 de maio de 2024.

Kamilla Guimarães
Presidente

Kamilla Guimarães

Assinatura e carimbo do responsável instituição
Kamilla Guimarães
Presidente

Associação Pestalozzi de Anápolis
Rua Frutuoso Maia de Oliveira,
Qd. 22, Lt. 02 - Jundiá Industrial
CEP 7515-060 | Anápolis-GO
CNPJ: 41.574.691/0001-14

5. APÊNDICE E

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 7.081.698

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_2339566.pdf	13/09/2024 11:15:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC.docx	13/09/2024 11:10:53	GABRIELA AIMEE GUIMARAES	Aceito
Outros	pendencias.docx	13/09/2024 11:06:49	GABRIELA AIMEE GUIMARAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/09/2024 11:05:15	GABRIELA AIMEE GUIMARAES	Aceito
Outros	Participante.pdf	24/05/2024 10:01:59	Karla Naves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoPesquisador.pdf	24/05/2024 09:57:24	Karla Naves	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoPDF.pdf	24/05/2024 09:53:50	Karla Naves	Aceito
Outros	Anexo.pdf	21/05/2024 17:03:39	Karla Naves	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	21/05/2024 16:59:16	Karla Naves	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	10/05/2024 09:10:40	Karla Naves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-815
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

6. APÊNDICE F