

DESIGUALDADES SOCIAIS E TERRITORIAIS NO DIAGNÓSTICO OPORTUNO DO AUTISMO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS: REVISÃO SISTEMÁTICA

SOCIAL AND TERRITORIAL INEQUALITIES IN TIMELY AUTISM DIAGNOSIS AMONG BRAZILIAN CHILDREN AND ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Denise Ana Augusta dos Santos Oliveira², Maria Eduarda de Souza Evangelista¹, Fábio Júnior Henriques Lira¹

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Afya UNIGRANRIO; fabiojrhl@gmail.com

2. Professor do PPGECS da Faculdade Afya UNIGRANRIO;

Eixo Temático: Saúde

RESUMO

Introdução: O diagnóstico oportuno do transtorno do espectro autista (TEA) amplia a possibilidade de acesso precoce ao cuidado, porém pode ser condicionado pelo território, pela posição social e pela organização da rede. **Objetivo:** Sintetizar as evidências sobre desigualdades sociais, territoriais e assistenciais na oportunidade diagnóstica do TEA entre crianças e adolescentes brasileiros. **Método:** Revisão sistemática registrada no PROSPERO, com buscas em PubMed/MEDLINE, Embase, SciELO e LILACS/BVS até agosto de 2026, sem restrição de data ou idioma. Foram elegíveis estudos observacionais quantitativos com participantes de 0 a 19 anos e desfechos de idade, precocidade, intervalo ou conclusão diagnóstica. A heterogeneidade inviabilizou metanálise; a síntese seguiu o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) e a diretriz Synthesis Without Meta-analysis (SWiM). **Resultados:** Sete estudos compuseram a síntese preliminar. Em base nacional do Sistema Único de Saúde, apenas 30,4% dos diagnósticos ocorreram antes dos quatro anos; residir no mesmo município do serviço e o encaminhamento pela atenção primária associaram-se a maior diagnóstico precoce. Estudos com cuidadores mostraram preocupações iniciais por volta de 20-24 meses e confirmação entre 47-60 meses. No Rio de Janeiro, a idade mediana foi de cinco anos em Magé e oito nos demais municípios. Registros escolares aumentaram de 8,23 para 134,49 por 10 mil matrículas entre 2014 e 2023, com concentração espacial crescente. A incompletude de raça/cor limitou a avaliação de iniquidades. **Conclusão:** Os contrastes sugerem que o atraso diagnóstico não decorre apenas de fatores individuais, mas expressa vulnerabilidade programática e desigual distribuição territorial da rede. Fortalecer atenção primária, regionalização, continuidade e informação é essencial para produzir cuidado mais equitativo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Diagnóstico Precoce. Disparidades em Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Criança.

ABSTRACT

Introduction: Timely diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) increases the possibility of early access to care, but it may be conditioned by territory, social position, and health-care network organization. **Objective:** To synthesize evidence on social, territorial, and health-care inequalities in the timeliness of ASD diagnosis among Brazilian children and adolescents. **Method:** A systematic review registered in PROSPERO, with searches in PubMed/MEDLINE, Embase, SciELO, and LILACS/BVS through August 2026, without date or language restrictions. Eligible studies were quantitative observational investigations including participants aged 0-19 years and outcomes related to age, early diagnosis, diagnostic interval, or diagnostic completion. Heterogeneity precluded meta-analysis; synthesis followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) and the Synthesis Without Meta-analysis (SWiM) guideline. **Results:** Seven studies comprised the preliminary synthesis. In a national Brazilian Unified Health System database, only 30.4% of diagnoses occurred before four years of age;

living in the same municipality as the service and referral from primary care were associated with a higher likelihood of early diagnosis. Caregiver studies showed initial concerns at approximately 20-24 months and confirmation at 47-60 months. In Rio de Janeiro, median diagnostic age was five years in Magé and eight years in other municipalities. School records increased from 8.23 to 134.49 per 10,000 enrollments between 2014 and 2023, with increasing spatial concentration. Incomplete race/skin-colour data limited the assessment of inequities. **Conclusion:** The contrasts suggest that diagnostic delay does not result solely from individual factors, but reflects programmatic vulnerability and unequal territorial distribution of the care network. Strengthening primary care, regionalization, continuity, and information is essential to produce more equitable care.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Early Diagnosis. Healthcare Disparities. Health Services Accessibility. Child.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico formal do transtorno do espectro autista constitui uma etapa decisiva para o acesso ao cuidado, ao acompanhamento do desenvolvimento e aos suportes educacionais. Entretanto, estudos com famílias demonstram que as primeiras preocupações surgem ainda nos primeiros anos de vida, enquanto a confirmação diagnóstica ocorre muito mais tarde. ¹ Em investigação latino-americana, a idade diagnóstica também variou conforme características clínicas e condições de acesso, incluindo o tipo de cobertura assistencial. ²

No Brasil, a existência de um sistema universal não elimina diferenças na disponibilidade de serviços, nos fluxos de encaminhamento e na proximidade territorial. Em registros nacionais dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, cerca de três em cada dez crianças receberam diagnóstico antes dos quatro anos, com diferenças por região, município de residência e porta de entrada na rede. ³ Estudos municipais e espaciais recentes acrescentam contrastes na idade ao diagnóstico, na continuidade do atendimento, na qualidade do registro de raça/cor e na concentração territorial de diagnósticos informados. ^{4,5}

A análise foi orientada pelo referencial de vulnerabilidade de Ayres e colaboradores, que articula dimensões individual, social e programática e permite deslocar a interpretação do atraso diagnóstico da responsabilização familiar para as condições concretas de reconhecimento, encaminhamento e resposta institucional. ⁶ Nessa perspectiva, diferenças sistemáticas na oportunidade de diagnóstico não representam apenas variação assistencial: quando socialmente produzidas, evitáveis e associadas a posições desiguais, configuram iniquidades em saúde. ⁹

O território, por sua vez, é compreendido como território usado, constituído por redes, fluxos, objetos técnicos e possibilidades desiguais de circulação, e não como simples localização geográfica. ^{7,8} Essa leitura aproxima os contrastes regionais e municipais da organização concreta da oferta. Também distingue entrada formal no serviço de acesso efetivo: a utilização e os resultados do cuidado dependem da disponibilidade, da adequação e da continuidade da atenção. ¹⁰

Embora esses achados indiquem que a oportunidade diagnóstica é socialmente produzida, permanecem dispersos entre fontes, escalas e denominadores distintos. Esta revisão teve como objetivo sintetizar as evidências sobre desigualdades sociais, territoriais e relacionadas à organização da rede na obtenção e no tempo do diagnóstico do autismo entre crianças e adolescentes no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de revisão sistemática de estudos observacionais, registrada no PROSPERO e estruturada pela estratégia PECO: crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes no Brasil; exposições sociais, territoriais ou de organização e acesso à rede; comparadores definidos em cada estudo; e desfechos de idade, precocidade, intervalo ou conclusão diagnóstica. Foram pesquisadas PubMed/MEDLINE, Embase, SciELO e LILACS/BVS desde o início da indexação até agosto de 2026, sem restrição de data ou idioma. A seleção considera estudos quantitativos ou componentes quantitativos de métodos mistos e exclui pesquisas exclusivamente genéticas, biológicas, de validação de instrumentos ou de efetividade terapêutica sem desfecho de acesso ou oportunidade diagnóstica. O relato segue o PRISMA 2020.¹¹

A seleção e a extração são conduzidas por dois revisores, com resolução de discordâncias por consenso. Os estudos são agrupados por quatro domínios: diagnóstico precoce e organização territorial; intervalo entre a primeira preocupação e a confirmação; conclusão diagnóstica entre crianças encaminhadas; e distribuição espacial dos diagnósticos registrados. Em razão da heterogeneidade de populações, medidas e fontes de dados, não foi realizada metanálise. A síntese narrativa foi estruturada conforme a diretriz SWiM, preservando os estimadores e denominadores originais.¹²

RESULTADOS

A síntese preliminar reuniu sete estudos publicados entre 2017 e 2026. Predominaram delineamentos transversais ou retrospectivos, além de um estudo ecológico de série temporal e análise espacial. Os cenários incluíram Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Centro Especializado em Reabilitação, ambulatório público de neurologia pediátrica, inquérito com cuidadores e bases administrativas nacionais. A diversidade metodológica permitiu examinar dimensões complementares, mas impediu o tratamento dos estudos como estimativas intercambiáveis.

No domínio da oportunidade diagnóstica e da organização da rede, o estudo nacional com 22.483 crianças identificou 6.835 diagnósticos precoces (30,4%). Residir no mesmo município do serviço aumentou a probabilidade de diagnóstico antes dos quatro anos em 31% (RR=1,31; IC95% 1,10-1,55), enquanto o encaminhamento pela atenção primária a elevou em 51% (RR=1,51; IC95% 1,37-1,68); a proporção foi menor na região Norte.³ Em contraste municipal no estado do Rio de Janeiro, a idade mediana ao diagnóstico foi de cinco anos em Magé e oito anos nos demais municípios ($p<0,001$). No município, 22,8% não apresentaram atendimento subsequente e a variável raça/cor foi ignorada em todos os registros.⁴

Os estudos do intervalo entre preocupação e confirmação apresentaram direção convergente. Em amostra brasileira, as primeiras preocupações ocorreram em média aos 23,6 meses, enquanto o diagnóstico foi estabelecido aos 59,6 meses.¹ Na subamostra brasileira de inquérito latino-americano, esses marcos ocorreram aos 20,3 e 47,3 meses, respectivamente; na análise multinacional agrupada, a cobertura pública associou-se a diagnóstico mais tardio.² Outro estudo em ambulatório público especializado corroborou atraso expressivo entre os primeiros sintomas e a confirmação, embora sem comparador social ou territorial direto.¹³

Entre 685 prontuários de crianças encaminhadas a um Centro Especializado em Reabilitação, 30,1% tiveram o transtorno do espectro autista confirmado, com idade média de 5,47 anos na amostra avaliada.¹⁴ Em escala ecológica, os registros de diagnóstico no Censo

Escolar cresceram de 8,23 para 134,49 por 10 mil matrículas entre 2014 e 2023. O índice de Moran aumentou de 0,1235 para 0,3233 ($p=0,001$), indicando maior concentração espacial, com agrupamentos persistentes no Sul e Sudeste e emergentes no Nordeste. ⁵ Esse crescimento descreve diagnósticos informados na matrícula e não deve ser interpretado isoladamente como aumento da prevalência biológica.

À luz de Ayres e colaboradores, a distância entre a percepção familiar dos primeiros sinais e a confirmação diagnóstica expressa a sobreposição de vulnerabilidades. A dimensão individual envolve a possibilidade de reconhecer e comunicar alterações do desenvolvimento; a social inclui recursos, escolaridade, redes de apoio e capacidade de deslocamento; e a programática aparece na distribuição de profissionais, nos fluxos de referência, no acolhimento das preocupações familiares e na capacidade de produzir diagnóstico e seguimento em tempo oportuno. ⁶ Assim, o atraso não pode ser reduzido a desconhecimento dos cuidadores ou gravidade clínica, pois é também produzido pela resposta institucional disponível.

Os contrastes entre regiões, municípios e tipos de cobertura reforçam que o território atua como mediador do cuidado. Na concepção de território usado, as diferenças não decorrem somente da distância física, mas da concentração de equipamentos, especialistas, informação e conexões entre níveis assistenciais. ^{7,8} O maior diagnóstico precoce entre residentes no mesmo município do serviço e entre encaminhados pela atenção primária sugere que proximidade e coordenação da rede podem reduzir barreiras. Inversamente, a idade de cinco anos em Magé e oito nos demais municípios mostra que crianças com necessidades semelhantes percorrem tempos assistenciais distintos conforme o lugar que ocupam na rede.

Essas diferenças tornam-se iniquidades quando são sistemáticas, socialmente produzidas e potencialmente evitáveis. ⁹ A ausência de raça/cor nos registros é particularmente relevante: além de impedir a mensuração de desigualdades étnico-raciais, limita a capacidade do sistema de reconhecer grupos subidentificados e planejar respostas proporcionais às necessidades. Do mesmo modo, os 22,8% sem atendimento subsequente evidenciam que acesso não se esgota na entrada ou na emissão do diagnóstico. Conforme Travassos e Martins, sua avaliação precisa alcançar utilização, adequação e resultados do cuidado; por isso, diagnóstico sem continuidade representa acesso incompleto. ¹⁰

CONCLUSÃO

As evidências disponíveis sugerem que a oportunidade diagnóstica do autismo entre crianças e adolescentes brasileiros é influenciada pela proximidade ao serviço, pela porta de entrada, pelo tipo de cobertura e pela distribuição territorial da rede. A convergência entre estudos nacionais, municipais e familiares aponta atraso persistente entre a primeira preocupação e a confirmação, ao mesmo tempo que revela forte heterogeneidade na produção e no registro do diagnóstico.

Para o Sistema Único de Saúde, os achados sustentam o fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado, a ampliação regionalizada da capacidade diagnóstica e a qualificação dos sistemas de informação, especialmente quanto a raça/cor e continuidade assistencial. A predominância de estudos transversais e descritivos limita inferências causais; pesquisas futuras devem empregar medidas padronizadas, comparadores sociais explícitos e desenhos longitudinais capazes de acompanhar toda a trajetória diagnóstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro SH, de Paula CS, Bordini D, Mari JJ, Caetano SC. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2017;39(4):352-354. doi:10.1590/1516-4446-2016-2141.
2. Montiel-Nava C, Montenegro MC, Ramirez AC, Valdez D, Rosoli A, Garcia R, et al. Age of autism diagnosis in Latin American and Caribbean countries. *Autism*. 2024;28(1):58-72. doi:10.1177/13623613221147345.
3. Girianelli VR, Tomazelli J, Silva CMFP, Fernandes CS. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013-2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57:21. doi:10.11606/s1518-8787.2023057004710.
4. Silva DS, Tomazelli J, D'Almeida KPM, Girianelli VR. Características das crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista no município de Magé. *Psicol USP*. 2025;36:e240110. doi:10.1590/0103-6564e240110.
5. Fontenele LGS, Amorim GSB, Santos Junior PB, Martins RC, Ribeiro VEA, Almeida MHF, et al. Temporal trends and spatial analysis of self-reported autism spectrum disorder in Brazil: a decade of school census insights (2014-2023). *Braz J Psychiatry*. 2026;48:e20254242. doi:10.47626/1516-4446-2025-4242.
6. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
7. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record; 2001. 471 p.
8. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):898-906. doi:10.1590/S0102-311X2005000300024.
9. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 120 p. doi:10.7476/9788575413913.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S190-S198. doi:10.1590/S0102-311X2004000800014.
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
12. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ*. 2020;368:l6890. doi:10.1136/bmj.l6890.
13. Augusto JAO, Caravieri CK, Arduini RG, Brunoni D, Ciasca SM, Teixeira MCTV. Delayed diagnosis in children with autism spectrum disorder or intellectual disability. *Dement Neuropsychol*. 2025;19:e20240279. doi:10.1590/1980-5764-DN-2024-0279.
14. Rocha CC, Souza SMV, Costa AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis*. 2019;29(4):e290412. doi:10.1590/S0103-73312019290412.