



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
CAMPUS LARANJEIRAS-SE**

FABIANA COUTO ERNESTO

**CENTRO DE REFERÊNCIA INFANTIL PARA CRIANÇAS COM TEA E TDAH:
PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM ESPAÇO COMUNITÁRIO DE APOIO
EDUCACIONAL, TERAPÊUTICO E FAMILIAR EM ARACAJU – SE**

Laranjeiras/SE

2026

FABIANA COUTO ERNESTO

**CENTRO DE REFERÊNCIA INFANTIL PARA CRIANÇAS COM TEA E TDAH:
PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM ESPAÇO COMUNITÁRIO DE APOIO
EDUCACIONAL, TERAPÊUTICO E FAMILIAR EM ARACAJU – SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Sergipe, como requisito
para a obtenção do título de bacharel em
Arquitetura e Urbanismo.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Carolina Marques
Chaves Galvão

Laranjeiras/SE

2026

FABIANA COUTO ERNESTO

**CENTRO DE REFERÊNCIA INFANTIL PARA CRIANÇAS COM TEA E TDAH:
PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM ESPAÇO COMUNITÁRIO DE APOIO
EDUCACIONAL, TERAPÊUTICO E FAMILIAR EM ARACAJU – SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Sergipe, como requisito
para a obtenção do título de bacharel em
Arquitetura e Urbanismo.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Carolina Marques Chaves Galvão
(Orientadora)

Prof.^a Dra. Maria Cecília Pereira Tavares
(Examinador Interno)

Pedrianne Dantas Fraga
(Examinador Externo)

Laranjeiras/SE

2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela minha vida, e pela oportunidade de lutar todos os dias pelos meus sonhos.

À minha mãe e à minha vó, que são o meu alicerce, agradeço profundamente pelo amor, dedicação, apoio incondicional e por serem meu exemplo de perseverança.

A toda a minha família e amigos, sou grata pelo apoio, compreensão e motivação ao longo desta jornada.

A meus filhos de quatro patas, Milly e Nino, pelo companheirismo, e por tornarem meus dias mais leves e alegres.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Carolina Marques Chaves Galvão, agradeço pela paciência, orientação e incentivo, minha sincera admiração e reconhecimento.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, minha eterna gratidão.

"bem aventurados os que me amam como
sou tão somente como sou, e não como eles
gostariam que eu fosse."
(Autor desconhecido)

RESUMO

A presente pesquisa refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso e tem como finalidade a fundamentação do arcabouço teórico para o desenvolvimento, em nível de proposta arquitetônica, de um Centro de Referência Infantil, a ser localizado na região metropolitana de Aracaju, em Sergipe, destinado a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH). O objetivo principal consistiu em fundamentar teoricamente e caracterizar a área de intervenção, tendo em vista orientar a concepção do projeto a ser desenvolvido neste trabalho. Para tanto, adotou-se uma abordagem qualitativa e exploratória, baseada na revisão bibliográfica acerca do tema e em análises de referências projetuais, com o intuito de adquirir repertório para embasar a proposta. Portando, o projeto do Centro de Referência Infantil configura-se como uma resposta às demandas identificadas, buscando contribuir para a promoção de espaços mais inclusivos, sensíveis e adequados ao desenvolvimento infantil, além de ampliar as discussões sobre o papel da arquitetura no processo de inclusão e cuidado na infância.

Palavras-chave: Neurodiversidade. TEA. TDAH. Arquitetura Inclusiva. Espaço Público.

ABSTRACT

This research refers to the Course Completion Project and aims to provide the theoretical framework for the development, at the architectural proposal level, of a Children's Reference Center, to be located in the metropolitan region of Aracaju, in Sergipe, intended for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The main objective was to theoretically ground and characterize the intervention area, in order to guide the conception of the project to be developed in this work. To this end, a qualitative and exploratory approach was adopted, based on a literature review on the subject and on analyses of design references, in order to acquire repertoire to support the proposal. Therefore, the Children's Reference Center project is configured as a response to the identified demands, seeking to contribute to the promotion of more inclusive, sensitive and adequate spaces for child development, in addition to expanding discussions on the role of architecture in the process of inclusion and care in childhood.

Keywords: Neurodiversity. ASD. ADHD. Inclusive Architecture. Public Space.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Percentual de pessoas residentes com diagnóstico de autismo, segundo as Unidades da Federação (%) – 2022	14
Figura 2 – Símbolo do Transtorno do Espectro Autista (TEA) - 2025	22
Figura 3 – Gráfico do percentual distribuição por Sexo - Pessoas com TEA em Sergipe (%) - 2025	26
Figura 4 – Símbolo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - 2025	28
Figura 5 – Esquema de montagem de parede de drywall com isolamento acústico.	34
Figura 6 – Thompson Center for Autism & Neurodevelopment.	38
Figura 7 – Esquema de fluxos - Thompson Center	40
Figura 8 – Térreo - Thompson Center	41
Figura 9 – Pavimento Superior - Thompson Center	42
Figura 10 – Imagens do Thompson Center.	43
Figura 11 – Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)	44
Figura 12 – Implantação - CATAM	45
Figura 13 – Planta baixa - CATAM	46
Figura 14 – Imagens do CATAM	47
Figura 15 – Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIAA)	48
Figura 16 – Diagrama - CRIAA	49
Figura 17 – Planta Baixa - CRIAA	50
Figura 18 – Cortes - CRIAA	51
Figura 19 – Imagens do CRIAA	52
Figura 20 – Mapa Geral - Caracterização da área de estudo (Ilustrativo sem escala).	56
Figura 21 – Caracterização dos terrenos 1,2 e 3 (Ilustrativo sem escala).	57
Figura 22 – Mapa de cheios e vazios.	61

Figura 23 – Mapa de uso e ocupação do solo.	62
Figura 24 – Mapa de gabarito de altura	63
Figura 25 – Mapa de vegetação	64
Figura 26 – Mapa de estrutura urbana e equipamentos	66
Figura 27 – Imagens do terreno	67
Figura 28 – Primeira espacialização (Setorização)	79
Figura 29 – Segunda espacialização (Setorização)	80
Figura 30 – Estudo Volumétrico	82
Figura 31 – Implantação	82
Figura 32 – Zoneamento da edificação	84
Figura 33 – Principais fluxos da edificação	85
Figura 34 – Fluxograma	86
Figura 35 – Exemplo de painel sensorial	87
Figura 36 – Corte da edificação: diagrama de ventilação cruzada e iluminação zenital	89

TABELAS

Tabela 1 – Percentual de pessoas com diagnóstico de autismo, por sexo e grupos de idade (%) – Brasil – 2022	8
--	---

QUADROS

Quadro 1 – Principais condições que podem se assemelhar a sintomas de TDAH - 2022	13
Quadro 2 – As principais características do Transtorno do Espectro Autista (TEA), 2025	21
Quadro 3 – Níveis de suporte do Transtorno do Espectro Autista (TEA), 2025 ..	22
Quadro 4 – Características do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 2025	26
Quadro 5 – Níveis de gravidade do Transtorno de Déficit de Atenção e	

Hiperatividade (TDAH), 2025	27
Quadro 6 – Recomendações de prática para crianças e adultos com TDAH e TEA comórbidos: identificação e avaliação	29
Quadro 7 – Recomendações de prática para crianças e adolescentes com TDAH e TEA comórbidos: intervenções clínicas não farmacológicas	30
Quadro 8 – Comparativo sensorial TDAH e TEA comórbidos	33
Quadro 9 – Ficha Técnica - Thompson Center	37
Quadro 10 – Ficha Técnica - Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)	42
Quadro 11 – Ficha Técnica - CRIAA	46
Quadro 12 – Quadro síntese de análise das referências projetuais.	52
Quadro 13 – Tabela síntese comparativa das três áreas.	56
Quadro 14 – Diagrama síntese das condicionantes	66
Quadro 15 – Programa de Necessidades.	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CATAM	Centro de Autismo Tamaulipas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CRIAA	Centro Regional Integral para la Atención del Autismo
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCD	Pessoas com Deficiência
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticos
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UKAP	United Kingdom Adhd Partnership
WHO	World Health Organization / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Problematização	15
1.2 Justificativa	16
1.3 Objetivo Geral	17
1.4 Objetivos Específicos	17
1.5 Procedimentos Metodológicos	18
1.6 Estrutura do Trabalho	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Contextualização do TEA e TDAH	20
2.2 A relação entre o espaço e a percepção sensorial de crianças Neurodivergentes	32
2.3 Legislação e diretrizes para a inclusão de crianças com TEA e TDAH	35
3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS	37
3.1 Thompson Center for Autism e Neurodevelopment (University of Missouri) ..	37
3.2 Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)	43
3.3 Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIAA)	47
4. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	54
4.1 Definição do Local	54
4.2 Análise do entorno	59
4.3 Condicionantes legais e ambientais	66
5. A PROPOSTA: O CENTRO DE REFERÊNCIA INFANTIL	68
5.1 Diretrizes Projetuais	68
5.2 Programa de necessidades	70
5.3 Concepção Projetual	77
5.4 Zoneamento e fluxos	82
5.5 Soluções Projetuais	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

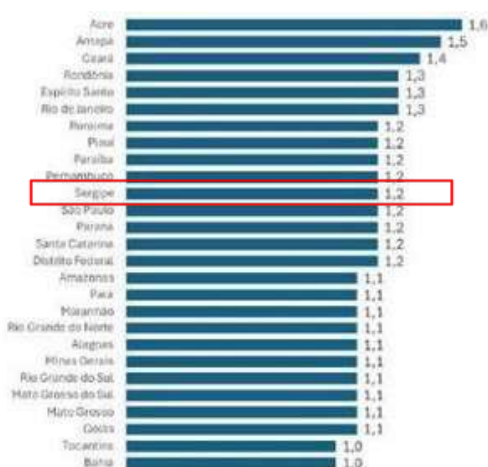
1.INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aumento nos diagnósticos de transtornos neurológicos, tem gerado grandes discussões acerca da inclusão e acessibilidade. Diante desse contexto, surgiu o conceito de neurodiversidade, introduzido por Judy Singer (1998). Segundo a socióloga australiana, “neurodiversidade é o conceito de que diferenças neurológicas devem ser reconhecidas e respeitadas como uma variante social e humana, assim como as diferenças étnicas, de gênero, orientação sexual e cultura”. Neste trabalho serão abordados: o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

O Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ocorrido em 2022, identificou que cerca de 2,4 milhões de pessoas possuem o diagnóstico de TEA, o que representa cerca de 1,2% da população brasileira. Desse total, mais de um milhão são crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos (IBGE,2022). Esse transtorno é caracterizado pela presença de sintomas como dificuldade de interação social, comportamentos motores repetitivos e atrasos na linguagem verbal e não verbal.

A figura 1 representa o percentual de pessoas com diagnóstico de autismo em cada estado brasileiro, o estado de Sergipe apresenta cerca de 1,2% dessa população. Já a tabela 1 mostra o percentual por faixa etária e sexo.

Figura 1 – Percentual de pessoas residentes com diagnóstico de autismo, segundo as Unidades da Federação (%) – 2022



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022.

Tabela 1 – Percentual de pessoas com diagnóstico de autismo, por sexo e grupos de idade (%) – Brasil – 2022

Grupos de idade	Percentual de pessoas com diagnóstico de autismo por sexo (%)		
	Total	Sexo	
		Homens	Mulheres
Total	1,2	1,5	0,9
0 a 4 anos	2,1	2,9	1,2
5 a 9 anos	2,6	3,6	1,3
10 a 14 anos	1,9	2,7	1,0
15 a 19 anos	1,3	1,8	0,9
20 a 24 anos	1,0	1,2	0,8
25 a 29 anos	0,9	1,0	0,8
30 a 34 anos	0,9	0,9	0,8
35 a 39 anos	0,9	0,9	0,8
40 a 44 anos	0,8	0,9	0,8
45 a 49 anos	0,9	0,9	0,9
50 a 54 anos	0,9	0,8	0,9
55 a 59 anos	0,9	0,9	0,9
60 a 64 anos	0,9	0,9	1,0
65 a 69 anos	1,0	0,9	1,0
70 anos ou mais de idade	1,0	1,0	1,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022.

No Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) características como desatenção, hiperatividade e impulsividade fazem parte da vida cotidiana dos indivíduos. O quadro 1, apresenta um comparativo de condições que ajudam a identificar e diagnosticar estes sintomas.

Ademais, segundo o Ministério da saúde (MS), em relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). “A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade no Brasil acompanha os índices mundiais, afetando aproximadamente 7,6% das crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, 5,2% dos adultos entre 18 e 44 anos e 6,1% dos maiores de 44 anos” (MS, 2022).

Quadro 1 – Principais condições que podem se assemelhar a sintomas de TDAH - 2022

Condição	Sinais e sintomas <u>não</u> característicos de TDAH
<i>Desordens psiquiátricas</i>	
Transtorno de ansiedade generalizada	Preocupação incontrolável por seis ou mais meses ; falta de energia; humor ansioso e sintomas de ansiedade somática.
Transtorno obsessivo-compulsivo	Presença de obsessões ou compulsões que interferem no nível de funcionamento.
Transtorno bipolar I ou II (episódio maníaco ou hipomaniaco)	Sintomas psicóticos; discurso sob pressão de grandiosidade.
Transtorno do espectro do autismo	Comprometimento qualitativo nas interações sociais, comunicação ou comportamentos excêntricos.
Transtorno opositivo-desafiador	Perda da paciência; irritabilidade.
Transtorno de tique/síndrome de Tourette (TS)	Presença de tiques vocais ou motores
<i>Relacionado a medicamentos</i>	
Medicamento com efeito colateral de entorpecimento cognitivo (como o uso de estabilizadores de humor)	
Medicamento com ativação psicomotora (por exemplo, descongestionantes, beta-agonista)	
<i>Condições médicas gerais</i>	
Disfunção tireoidiana	Os níveis de TSH indicam hipotireoidismo ou hipertireoidismo
<i>Condição</i>	
<i>Sinais e sintomas <u>não</u> característicos de TDAH</i>	
Hipoglicemia	Níveis anormalmente baixos de glicose no sangue confirmam o diagnóstico
Distúrbios do sono	A avaliação do laboratório do sono confirma o diagnóstico

Fonte: Ministério da Saúde - CONITEC 2022.

Diante desse cenário, faz-se necessário a urgência em criar espaços públicos que atendam de forma digna e eficaz às demandas da população neurodivergente, sobretudo voltado às crianças que, no período da infância, passam por intenso desenvolvimento sensorial, cognitivo e emocional.

A arquitetura, enquanto agente transformador de espaços, desempenha um papel importante nesse processo de inclusão. Em contrapartida, o espaço urbano atual frequentemente ignora essa diversidade, e elementos como ruídos, iluminação inadequada e excesso de estímulos visuais podem gerar sobrecarga sensorial, comprometendo a autonomia e aprendizado das crianças com TEA e TDAH.

Portanto, a região central de Aracaju, em Sergipe, foi escolhida como objeto principal deste estudo, visto que por ser uma área mais centralizada, possa atender

também os municípios circunvizinhos – São Cristóvão, Barra dos Coqueiros e

Nossa Senhora do Socorro, denominados como região metropolitana de Aracaju.

Além disso, a região apresenta altos índices de vulnerabilidade, além da escassez de equipamentos e espaços públicos especializados em neurodivergentes. Ademais, busca-se compreender como a localidade se configura diante da crescente demanda por ambientes sensíveis à neurodiversidade infantil, além de salientar a importância de se pensar na acessibilidade e no planejamento urbano da cidade.

1.1 Problemática

Nos bairros da área central, é notória a insuficiência – ou até mesmo a inexistência – de centros de referência comunitários que integrem apoio educacional, terapêutico e familiar. Os poucos espaços existentes não são suficientes, pois não contemplam a todos que necessitam. Além disso, as estruturas existentes são, muitas vezes, adaptadas de maneira equivocada, pois não conseguem contemplar de forma eficiente as particularidades do público neurodiverso. Este fator limita o desenvolvimento integral dessas crianças e dificulta a inclusão social.

O desenvolvimento de um espaço público especializado em neurodivergentes no centro de referência que atenda de forma eficaz e inclusiva às demandas específicas da população da Região Metropolitana de Aracaju –SE.

1.2 Justificativa

Considerando a importância da arquitetura no processo de inclusão das crianças neurodivergentes e o déficit de espaços adequados que sejam capazes de suprir plenamente as necessidades de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), este trabalho se faz necessário ao propor o desenvolvimento de uma proposta arquitetônica pensado desde sua concepção projetual inicial, para esta finalidade.

A pesquisa abordará esses dois transtornos, pois são os que mais prevalecem durante a infância – período de desenvolvimento que será o foco deste estudo. Além disso, ambas as condições compartilham muitas características e necessidades sensoriais semelhantes, o que justifica a análise associada. Outro fator a ser considerado é a sobreposição dos diagnósticos, muitas crianças identificadas com o TEA também apresentam o TDAH. Quando esse aspecto não é considerado, pode comprometer o diagnóstico e, conseqüentemente, a condução pedagógica, terapêutica e espacial adequadas.

Apesar de atualmente as crianças neuroatípicas estarem incluídas no grupo de pessoas com deficiência (PCD), hoje no Brasil, ainda não existem políticas públicas direcionadas especificamente para esse público. Como consequência disso, essas pessoas permanecem limitadas em diversos aspectos da vida social, sem conseguir exercer plenamente seus direitos de cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como local de suporte à saúde mental. No entanto, não há registros de que esses centros mantenham um tratamento especializado e adequado para crianças com TEA e TDAH, especialmente na Região Metropolitana De Aracaju –SE, onde se verifica uma maior carência de equipamentos públicos especializados. Diante disso, a proposta deste projeto, de cunho comunitário, busca garantir que a população mais carente tenha acesso a um melhor acompanhamento multidisciplinar que é fundamental para o desenvolvimento dessas crianças e orientação das famílias.

A escolha do tema, foi proposta para abordar a neurociência na arquitetura, com foco na influência dos estímulos espaciais no comportamento infantil sob a perspectiva da neurodivergência. O objetivo é conceber ambientes mais humanos e sensíveis, que contribuam para o desenvolvimento emocional, cognitivo e sensorial .

Além de minimizar os desafios diários e tornar o cotidiano dessas crianças mais acessível, confortável e funcional.

Portanto, este trabalho tem os seguintes objetivos:

1.3 Objetivo Geral

Desenvolver uma proposta arquitetônica de um Centro de Referência Infantil para crianças com Autismo e TDAH, com foco em apoio educacional, terapêutico e familiar, localizado na Região Metropolitana De Aracaju –SE

1.4 Objetivos Específicos

- Revisar a literatura especializada sobre TEA, TDAH e ambientes inclusivos para embasar teoricamente o projeto;
- Realizar o diagnóstico urbano e social da Região Metropolitana de Aracaju, identificando a demanda de crianças neurodivergentes (TEA e TDAH);
 - Pesquisar referências arquitetônicas e ambientais de centros similares, identificando parâmetros de inclusão e conforto para crianças neurodivergentes;
- Definir área de intervenção, considerando suas características físicas, ambientais e urbanísticas, além de sua localização estratégica na centralidade de Aracaju;
- Analisar os equipamentos públicos no entorno que possam dar suporte ao Centro de Referência;
- Elaborar o programa de necessidades e o projeto, abrangendo as áreas educacionais, terapêuticas e de apoio familiar.

1.5 Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa adotará uma abordagem **qualitativa**, pois tem como finalidade uma compreensão mais específica e aprofundada das necessidades do público neurodivergente, considerando os fatores sociais e espaciais nos quais estão inseridos e **exploratória**, por visar à identificação de referências e diretrizes que embasam o desenvolvimento do projeto.

Sendo assim, estão previstas quatro etapas metodológicas. Primeiramente a realização de revisões bibliográficas, nas quais constam como objetos de análise artigos que tratam do tema, a fim de uma melhor compreensão do assunto, além da análise documental e da coleta de dados juntamente aos órgãos públicos. Em seguida, serão analisados trabalhos correlatos com o intuito de identificar soluções arquitetônicas já aplicadas e compreender as funcionalidades e dinâmicas de cada ambiente proposto. A terceira metodologia será o diagnóstico social e demográfico, com foco na área de interesse, a Região Metropolitana De Aracaju –SE, identificando as demandas e especificidades do local. Por fim, o desenvolvimento da proposta arquitetônica.

1.6 Estrutura do Trabalho

A pesquisa se estrutura desde a fundamentação teórica até a apresentação da proposta projetual, de acordo com as seções descritas a seguir:

- **Seção 1 - Introdução** : Nesta seção, serão definidos os objetivos gerais e específicos, além da problematização e justificativa do objeto de estudo e a relevância social e acadêmica da pesquisa. Além disso, descreve-se a metodologia adotada que inclui a revisão bibliográfica, análise de referências projetuais, diagnóstico da área de estudo, estudo do terreno e desenvolvimento do projeto.
- **Seção 2 - Referencial Teórico** : Esta seção diz respeito a todo o estudo que embasa a compreensão do conceito de neurodiversidade, com ênfase TEA e no TDAH. Nele serão discutidas as características principais e as particularidades desses transtornos, além de ressaltar a importância da

arquitetura neuroinclusiva na criação de espaços que considerem a percepção sensorial e espacial, assim como a relação entre o ambiente físico e o comportamento. Por fim, o objetivo é proporcionar espaços mais inclusivos, acessíveis e adequados às necessidades específicas desse público.

- **Seção 3 - Análise de Referências projetuais** : A seção apresentará três trabalhos que serão analisados com o objetivo de identificar as estratégias arquitetônicas aplicadas nos espaços construídos, as soluções projetuais adotadas, assim como o programa de necessidades desenvolvido. A análise dessas referências servirá de embasamento para as futuras decisões no desenvolvimento do projeto.

- **Seção 4 - Caracterização da área de estudo**: Esta seção identifica os aspectos urbanos, ambientais, sociais e econômicos significativos. Localiza as UBS, escolas, creches e terminais de integração, bem como as características do entorno que influenciam na escolha do terreno. Serão avaliados fatores como acessibilidade, proximidade de serviços, nível de ruído e integração urbana, a partir dessa análise, será selecionado o terreno com maior potencial, para implantação do projeto. Além disso, abordará a análise do terreno, com o levantamento das condicionantes físicas e ambientais, como topografia, insolação, ventilação e vegetação, além dos índices urbanísticos, do zoneamento urbano e da legislação vigente. Também serão apontadas as potencialidades e fragilidades do terreno. Esta etapa será fundamental para viabilizar e direcionar as decisões de implantação, garantindo um aproveitamento adequado do solo.

- **Seção 5 - Aproposta: o centro de referência infantil** : Este será o resultado de toda a pesquisa desenvolvida e reunida nas seções anteriores, culminando na elaboração do projeto. Nesta, serão definidos o programa de necessidades, o pré-dimensionamento, o estudo de volumetria, os estudos preliminares, a concepção arquitetônica e a implantação. Serão desenvolvidos, ainda, as peças técnicas e o sistema construtivo adotado no projeto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização do TEA e TDAH

Nesta seção serão apresentados os conceitos fundamentais acerca do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além de destacar as principais características, os aspectos históricos e como estes termos evoluíram ao longo do tempo. A compreensão desses transtornos, que são considerados condições do neurodesenvolvimento, é fundamental para a elaboração de estratégias que favoreçam a inclusão e para o desenvolvimento de ambientes que atendam às necessidades individuais de cada criança neurodivergente. Além disso, serão abordadas as variações e níveis de manifestação, bem como os critérios de diagnóstico e etiologia, de modo a oferecer uma visão ampla e embasada sobre as especificidades de cada condição.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por uma condição do neurodesenvolvimento que compromete substancialmente as características de um indivíduo. “ Está relacionado à deficits de comunicação, presença de padrões estereotipados, de comportamentos repetitivos, interesse por atividades específicas e dificuldade nas interações sociais” (Bonfim, et al., 2020).

De acordo com o DSM-5-TR ¹, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2022), esses traços se apresentam nos primeiros períodos da infância e tornam-se mais evidentes ao longo do desenvolvimento humano. Além disso, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)², define o TEA como um conjunto de manifestações clínicas, entre os quais se destacam a dificuldade em estabelecer relações interpessoais e da adaptabilidade cognitiva, o que resulta na dificuldade de interação com o meio social.

Ao delinear um panorama histórico acerca do Transtorno do Espectro Autista (TEA), percebe-se que o termo “Autismo” foi inserido na literatura por Eugen Bleuler, em 1911, ao tratar de pacientes com esquizofrenia e identificar comportamentos

¹ ODSrgMa-n5iz-TaRçã (oM Manuunadli aDI idaag nSóasútidgeo (eO EMsSta) t-ís atigcêon dceia T ersapnesctoian

²

políticas de saúde internacional e promover o bem-estar global.

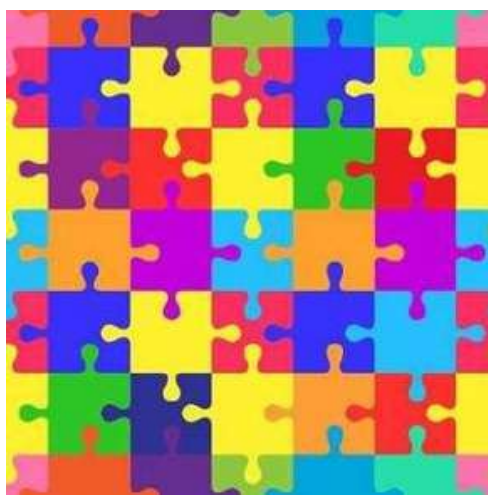
semelhantes. Posteriormente, em 1943, Leo Kenner conduziu uma pesquisa com crianças que apresentavam comorbidades similares às que conhecemos atualmente. No ano seguinte, em 1944, o psiquiatra Hans Asperger, acompanhando os avanços da ciência e tecnologia, fez contribuições significativas para a compreensão e consolidação desses comportamentos que, mais tarde, seriam denominados como síndrome de Asperger, expressão que foi incorporada ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 2013 (Asperger, 1944; Breuler, 1911; Kenner, 1943).

Em sua pesquisa Asperger (1944/1991) destacou que:

Em muitos casos, os problemas sociais são tão profundos que ofuscam todos os outros. [...] Eles cumprem seu papel muito bem, talvez melhor do que qualquer outra pessoa poderia, e estamos falando de indivíduos que, quando crianças, apresentavam grandes dificuldades e causavam imensas preocupações a seus cuidadores. O exemplo do autismo mostra especialmente bem como até personalidades consideradas anormais podem ser capazes de desenvolvimento e adaptação. (Asperger, 1944/1991, p. 85, tradução nossa).

Atualmente, essa classificação foi substituída pela definição de “espectro”, que abrange os subtipos anteriormente utilizados (como autismo infantil, síndrome de Asperger e transtorno desintegrativo infantil), consolidando-os pela diversidade de suas expressões. Além disso, o TEA é representado pelo símbolo do quebra-cabeça (figura 2), adotado internacionalmente, simbolizando essa complexidade e diversidade.

Figura 2 – Símbolo do Transtorno do Espectro Autista (TEA) - 2025



Fonte: site <https://socialmentes.net/simbolos-do-autismo-significados-e-exemplos/>, acesso em: 28/08/2025

Compreender as principais características associadas ao diagnóstico do TEA é essencial para promover um acolhimento mais afetivo e uma melhor adaptação, especialmente durante a infância, que é um período crucial no desenvolvimento humano. O quadro 2 apresenta uma síntese dos traços frequentemente observados em pessoas dentro do espectro. É importante destacar que essas características variam em intensidade e padrão em cada situação, existindo aspectos que são comuns a todos os indivíduos que apresentam a condição e outros que podem ou não ser encontrados no diagnóstico.

Quadro 2 – As principais características do Transtorno do Espectro Autista (TEA), 2025

CARACTERÍSTICAS DO TEA	
Interação social	Dificuldade em compreender expressões faciais e normas sociais, pouco ou nenhum interesse por interações sociais, contato visual reduzido.
Comportamentos repetitivos e restritivos	Ações repetitivas (como balançar o corpo ou bater as mãos), forte apego a rotinas, resistência a mudanças, hiperfoco em objetos ou temas específicos.
Sensorial	Hipo ou hipersensibilidade a estímulos (luz, som, toque, cheiro), reações exageradas a ou evitação de ruídos ou texturas, busca estímulos sensoriais.
Cognitivo e linguagem	Deficiência intelectual ou habilidades acima da média em áreas específicas como matemática ou memória (autismo de alto funcionamento).
Comunicação	Atraso ou ausência na fala, dificuldade em iniciar ou manter conversas, interpretação literal da linguagem, ecolalia (repetição de palavras ou frases).
Autonomia Funcional	Dificuldades em atividades do dia a dia, como vestir-se, alimentar-se ou higiene pessoal, em diferentes graus conforme o nível de suporte.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Considerando a ampla variabilidade de manifestações do TEA, a DM5 classificou e apresentou três níveis de suporte, essa subdivisão permite a compreensão das necessidades específicas de apoio. Além de orientar a implementação de medidas adequadas e individualizadas, uma vez que cada um apresenta níveis distintos de dificuldade em seus comportamentos.

De acordo com publicação da DSM-5 na (APA, 2022) as pessoas com TEA são classificadas em três níveis: o primeiro nível, que necessita de apoio; o segundo nível, onde há necessidade de um apoio substancial; e o terceiro nível, que demanda de um suporte bastante substancial (APA, 2014 apud Barcelos et al., 2020). Em seguida, o quadro 3 apresenta uma descrição detalhada dos três níveis correspondentes.

Quadro 3 – Níveis de suporte do Transtorno do Espectro Autista (TEA), 2025

NÍVEIS DE SUPORTE DO TEA	
Nível 1- Requer suporte	• Indivíduo pode se comunicar verbalmente, mas tem dificuldades com interações sociais. Comportamentos inflexíveis dificultam a • independência. Precisa de apoio em mudanças de rotina ou interações não-estruturadas. •
Nível 2- Requer suporte substancial	• Deficiências mais evidentes na comunicação verbal e não verbal. Dificuldade clara em iniciar ou manter interações sociais. Comportamentos • repetitivos mais frequentes e perceptíveis. Precisa de apoio frequente durante o dia. • • Pouca ou nenhuma comunicação funcional.
Nível 3- Requer suporte muito substancial	• e Comportamentos muito inflexíveis intensos. • Dificuldade significativa para lidar com mudanças ou lidar com situações novas. Depende de apoio constante em quase • todas as atividades.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O **diagnóstico** precoce é de fundamental importância para a implementação de intervenções eficazes e para a promoção de maior autonomia ao longo do desenvolvimento. A faixa etária média em que se faz o diagnóstico varia entre dois e quatro anos, contudo, é possível perceber os sinais alguns meses após o nascimento. Entre os principais sinais visíveis, destaca-se o pouco contato visual e a

ausência de balbúcio ou palavras simples até a idade apropriada. Essas observações, juntamente com avaliação multidisciplinar – que pode incluir a área pedagógica, psicológica, fonoaudiológica, neurológica entre outras – iniciada de forma precoce, podem melhorar o prognóstico.

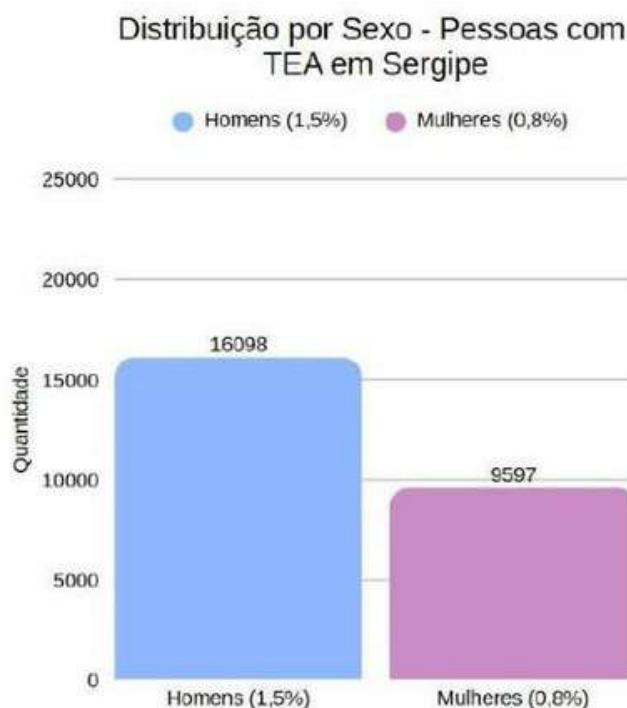
O TEA é considerado, quanto a sua **etiologia**³, como uma condição de natureza neurobiológica e com múltiplas causas. Apesar de não se conhecerem completamente as causas do transtorno, estudos apontam que sua origem resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais (APA, 2013; WHO, 2023). Essa é a hipótese mais aceita atualmente, afastando a ideia de que o TEA pode ser originado por aspectos emocionais ou criação parental. Em relação aos fatores genéticos, destaca-se a presença de alterações genéticas herdadas ou mutações espontâneas, assim como a identificação genética em gêmeos monozigóticos e alterações nos cromossomos 2,7,15 X. No que diz respeito aos fatores ambientais, acredita-se que a exposição a certos medicamentos durante a gestação, além de infecções virais, poluição e complicações durante o parto podem ser causas determinantes.

O estado de Sergipe, situado na região nordeste do Brasil, possui uma população de 2.210.004 habitantes, conforme o levantamento do IBGE de 2022. Foi observado um aumento nos casos diagnosticados de TEA. Segundo o mesmo censo, aproximadamente 25.096 indivíduos desta população total recebem o diagnóstico, o que corresponde 1,2% da população sergipana.

A divisão por sexo (figura 3) aponta uma maior prevalência entre os homens, com 16.098 (1,5%) em relação às mulheres 9.597 (0,8%), com diagnóstico confirmado em todo o estado. A faixa etária que apresenta maior número de diagnósticos é de 5 a 9 anos (3%), com 4669 crianças identificadas.

³Etiologia - Segundo o *DSM-5*, “etiologia refere-se ao conjunto de causas, fatores ou origens que contribuem para o desenvolvimento de um transtorno” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Figura 3 – Gráfico do percentual distribuição por Sexo - Pessoas com TEA em Sergipe (%) - 2025



Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Censo Demográfico (IBGE-2022).

Na capital Aracaju, com 602.757 habitantes, segundo o censo de 2022 do IBGE, estima-se que aproximadamente 19.419 pessoas estejam dentro do espectro autista. Cerca de 1 a cada 38 crianças. Esses indivíduos têm uma grande prevalência de crianças em idade escolar.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, conhecido pela sigla TDAH ou ADHD em inglês, trata-se de uma condição do neurodesenvolvimento. Entre seus principais traços destacam-se a desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade. Essa condição interfere diretamente no padrão comportamental, no desenvolvimento e no funcionamento da criança. De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2022), é possível identificar os sinais do TDAH antes dos 12 anos. Além do mais, para uma maior exatidão do diagnóstico, deve-se levar em consideração, os critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua 5ª edição (DSM-5).

O diagnóstico do TDAH é clínico e baseia-se em avaliações médicas, do desenvolvimento, educacionais e psicológicas abrangentes... Os critérios diagnósticos do DSM-5-TR incluem 9 sintomas... exigem mais de 6 sintomas... presentes antes dos 12 anos de idade... que interfiram no funcionamento. (Wolraich et al., 2019, tradução nossa)

Historicamente, as primeiras menções a sintomas que se assemelham ao TDAH remontam ao século dezoito. De acordo com Crichton (1798) , nesse período já se notava o comportamento inquieto e a falta de atenção nas crianças. Em 1902, o médico pediatra George Still, por sua vez, documentou 43 casos de crianças que exibiam um padrão comportamental que atualmente reconhecemos como relacionado ao TDAH.

No decorrer do século XX, o distúrbio foi identificado por várias terminologias, como “Síndrome da Disfunção Cerebral Mínima” e “Reação Hipercinética da Infância”. Somente a partir dos anos 1980, o termo TDAH (ADHD, em inglês) começou a ser utilizado, quando foi lançada a terceira edição do DSM.

“A noção moderna do TDAH como um transtorno neurobiológico com base genética ganhou força a partir da década de 1990, com avanços na neuroimagem e na genética comportamental” (Barkley, 2006, p. 14).

Nos dias atuais, o TDAH é visto como uma condição multifatorial, que envolve alterações neurobiológicas, genéticas e ambientais. O transtorno afeta áreas do cérebro relacionadas ao controle inibitório, autorregulação emocional e planejamento executivo.

cerca de 5% da população mundial, adolescentes são diagnosticadas em todo o mundo, sendo

mais comum no sexo masculino. É importante ressaltar que “O TDAH não deve ser considerado uma falha de caráter ou de disciplina, mas sim uma alteração no desenvolvimento do cérebro, que exige compreensão e tratamento adequado” (WHO, 2023, p. 41).

No Brasil, os profissionais da saúde seguem os critérios determinados pelo DSM-5 quanto à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-11, publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023). Ao identificar as manifestações clínicas do TDAH, que podem variar conforme o subtipo predominante. Em geral, crianças com a condição apresentam dificuldades no desempenho escolar, nas interações sociais e na regulação emocional, o que pode comprometer significativamente sua qualidade de vida. O DSM-5 define três características principais:

Quadro 4 – Características do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 2025

CARACTERÍSTICAS DO TDAH	
Predominantemente desatento	Dificuldade em manter a atenção, desorganização, esquecimentos frequentes, dificuldade em seguir instruções.
Predominantemente hiperativo/impulsivo	Inquietação motora, excessiva, impulsividade, dificuldade em esperar a vez.
Combinado	Presença significativa de sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O TDAH é reconhecido como uma condição heterogênea, com diferentes graus de impacto sobre a vida do indivíduo. Sua simbologia é representada pelo laço laranja (figura 4) que compreende a energia, criatividade, o apoio e a visibilidade.

Figura 4 – Símbolo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - 2025



Fonte: site

<https://dogtagclan.com.br/blog/simbolo-do-tdah-descubra-o-significado-do-laco-laranja-e-como-usar-na-identificacao-de-criancas-com-tdah-e-tod/>, acesso em: 28/08/2025

Para fins diagnósticos e terapêuticos, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 estabelece três níveis de gravidade: leve, moderado e grave (quadro 5). Essa subdivisão compreende a intensidade dos sintomas, o comprometimento com as atividades do cotidiano, como as atividades escolares e ocupacionais, e os tratamentos. Portanto, definir o nível de suporte é essencial para garantir um tratamento individualizado e que seja eficaz a longo prazo.

Os níveis de gravidade não implicam apenas uma quantificação dos sintomas, mas sim uma análise qualitativa de como tais manifestações interferem na funcionalidade diária do indivíduo. A identificação precisa do nível de gravidade é

especialmente relevante na infância, período em que o transtorno pode comprometer o desempenho acadêmico e as relações interpessoais de maneira significativa.

Quadro 5 – Níveis de gravidade do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 2025

NÍVEIS DE GRAVIDADE DO TDAH	
Nível 1- Leve	Sintomas presentes, mas com impacto limitado. Prejuízos mais evidentes em pelo menos dois
Nível 2- Moderado	ambientes (casa e escola). Sintomas intensos e persistentes com prejuízos
Nível 3 - Grave	significativos no funcionamento social, escolar e familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Os critérios **diagnósticos** para TDAH são baseados nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo DSM-5 e ICD-11. É essencial que as manifestações sintomáticas persistam por um período mínimo de seis meses, ocorram em vários contextos e levem a um considerável comprometimento funcional. O processo de avaliação deve ser executado por uma equipe interdisciplinar, abrangendo especialistas médicos, psicológicos e educacionais. **A etiologia** do TDAH é complexa e multifatorial. Estudos apontam que o fator hereditário chega a 70% juntamente com os fatores ambientais, tais como: o uso de substâncias químicas, estresse, prematuridade ou baixo peso. Além de disfunções no sistema dopaminérgico.

Em relação ao TDAH no contexto municipal de Aracaju, existe uma notável ausência de estatísticas oficiais ou estudos epidemiológicos dedicados. Esse vazio destaca deficiências nas estruturas locais de coleta e monitoramento de dados, restringindo assim a compreensão do cenário epidemiológico municipal. Diante disso, serão considerados os dados em nível nacional e internacional, já mencionados anteriormente, de modo a oferecer um panorama mais amplo do problema em questão.

A relação do TEA e TDAH é complexa e multifacetada ⁴, ambas as condições podem apresentar características e demandas sensoriais semelhantes, tornando o

⁴ Multifacetada - refere-se a relação entre TEA e TDAH que envolve múltiplos aspectos no comportamento e funcionamento dos indivíduos diagnosticados

tratamento ainda mais desafiador. A sobreposição diagnóstica é significativa: estudos clínicos apontam que entre **53% e 78%** dos indivíduos com TEA apresentam o TDAH como comorbidade (Young et al. 2020).

Até 2013, os transtornos eram tratados de maneira distinta. Somente com a publicação do DSM-5 e diante das dificuldades e demandas observadas nas avaliações clínicas, houve o reconhecimento do diagnóstico concomitante, o que representou um avanço significativo para avaliações mais precisas e tratamentos mais assertivos. Entre os principais desafios está a dificuldade de diferenciar os sintomas visto que são sobrepostos e intensificados, soma-se a isso a escassez de profissionais capacitados para atender à crescente demanda de variações, o que implica dos riscos de diagnósticos imprecisos.

Dessa forma, faz-se necessário uma compreensão clara de como os sintomas se apresentam nesses casos. As características já conhecidas de ambas as condições continuam presentes de modo a coexistirem de forma mais intensa, e frequentemente estão associadas a outras comorbidades psiquiátricas podem ser desenvolvidas, como ansiedade, depressão, transtornos de humor, transtornos do desenvolvimento (Zablotsky; Bramlett; Blumberg, 2020).

Portanto, realizar intervenções combinadas nos âmbitos da saúde, da educação, do convívio social e do ambiente familiar é imprescindível, além de propor planos terapêuticos individualizados que considerem a ocorrência entre TEA e TDAH. Esse suporte deve ser contínuo ao longo de todo o desenvolvimento do indivíduo. Nesse sentido, recomendações elaboradas por profissionais de múltiplos setores do United Kingdom Adhd Partnership (UKAP)⁵, orientam quanto à identificação, avaliação e intervenções práticas para crianças e adolescentes com TDAH e TEA, dispostas nos quadros 6 e 7.

⁵ United Kingdom Adhd Partnership (UKAP) - organização do Reino Unido que fornece diretrizes, informações e apoio sobre TDAH.

Quadro 6 – Recomendações de prática para crianças e adultos com TDAH e TEA comórbidos:
identificação e avaliação

1. Profissionais Qualificados : Avaliações devem ser conduzidas por profissionais com treinamento específico.
2. Avaliação Abrangente : Considerar desenvolvimento e funcionamento em diferentes contextos ao longo do tempo; sintomas podem variar.
3. Entrevistas Clínicas : Utilizar entrevistas semiestruturadas baseadas em critérios diagnósticos; preparar informações prévias de registros de saúde, fotos e relatórios escolares.
4. Abordagem Parcimoniosa : Evitar contabilizar duas vezes sintomas que se sobrepõem entre TEA e TDAH.
5. Funcionamento Adaptativo : Avaliar adequação à idade e impacto das dificuldades no dia a dia em casa, escola ou trabalho.
6. Diferenças de Gênero : Mulheres podem apresentar menos problemas comportamentais disruptivos; capacidade intelectual pode variar.
7. Fatores Culturais : Considerar impacto cultural em comportamentos, como contato visual e brincadeiras.
8. Informantes Múltiplos : Obter informações de pais, professores e observações independentes; considerar possíveis diagnósticos não detectados nos familiares.
9. Mascaramento de Sintomas : Estratégias compensatórias podem ocultar déficits, exigindo atenção do avaliador.
10. Comorbidades : Avaliar transtornos psiquiátricos coexistentes e monitorar desenvolvimento de TDAH em crianças inicialmente diagnosticadas com TEA.
11. Avaliação de Risco e Estratégias Disfuncionais : Identificar riscos como uso de substâncias, ansiedade ou mau humor.
12. Avaliação de Capacidade : Necessária em adultos com TEA e deficiências graves.
13. Escalas de Avaliação : São ferramentas auxiliares, não diagnósticas; pontuações limítrofes não devem excluir avaliação clínica completa.
14. Limitações de Normas : Muitos instrumentos são baseados predominantemente em amostras masculinas; cuidado na interpretação para mulheres.
15. Ferramentas Visuais : Escalas visuais ajudam na comunicação de pensamentos, sentimentos e sensações.
16. Avaliações Observacionais e
Neuropsicológicas : Complementam o diagnóstico, fornecendo informações sobre o funcionamento, sem substituir avaliação clínica.
17. Avaliação Intelectual e Adaptativa : Identificar pontos fortes e fracos cognitivos, direcionando intervenções educacionais e metas de tratamento.
18. Perfis Cognitivos Desiguais : Comuns em habilidades verbais, desempenho, memória de trabalho e velocidade de processamento.
19. Formulação Diagnóstica e Etiológica : Deve incluir fatores de proteção, predisposição, precipitantes e perpetuadores, e orientar um plano de cuidados abrangente.
20. Plano de Apoio Comportamental Positivo : Garantir consistência entre cuidadores e compartilhamento com instituições de ensino ou outros contextos relevantes, respeitando consentimento.

Fonte: Adaptado pelo autor, com base na tabela 2 de YOUNG et al., 2020.

Quadro 7 – Recomendações de prática para crianças e adolescentes com TDAH e TEA comórbidos: intervenções clínicas não farmacológicas

1. Psicoeducação Contínua : Oferecer informações ao jovem e aos pais/cuidadores ao longo da vida, com sessões de acompanhamento e atenção aos momentos de transição.
2. Expectativas Realistas : Garantir que pais/cuidadores compreendam as habilidades da criança e os limites das intervenções médicas e não médicas.
3. Programas Diferenciados : Adaptar programas psicoeducacionais para crianças e adolescentes; para estes, incluir transição, sexualidade e risco.
4. Apoio a Pais/Cuidadores : Proporcionar espaços acolhedores para troca de experiências; foco nos cuidadores, beneficiando indiretamente a criança.
5. Gestão do Estresse Familiar : Incluir conteúdos que ajudem pais/cuidadores a lidar com isolamento, estresse, ansiedade e depressão relacionados ao cuidado diário.
6. Intervenções Mediadas por Pais/Cuidadores : Ensinar estratégias comportamentais e ambientais; os cuidadores são agentes da mudança, a criança é beneficiária direta.
7. Análise Comportamental Funcional : Técnica observacional para mapear antecedentes, comportamentos e consequências, identificando gatilhos e mantendo fatores comportamentais, orientando tratamento.
8. Abordagens Cognitivas e Comportamentais : Terapias cognitivas (TRC e TCC) mais adequadas para adolescentes; equilibrar com intervenções comportamentais em crianças com TEA e TDAH coexistentes.
9. Adaptações das Sessões : Sessões podem ser mais longas, curtas ou com intervalos; usar agenda estruturada e adaptar o ambiente para reduzir desconforto sensorial e distrações.
10. Envolvimento de Pais/Cuidadores e Professores : Auxiliar na aplicação das técnicas aprendidas em diferentes contextos.
11. Planejamento da Transição : Iniciar pelo menos 1 ano antes da passagem para serviços adultos, envolvendo todos no círculo de apoio, para garantir continuidade e adequação dos apoios.
12. Plano de Cuidados Integrado : Integrar todas as abordagens em um plano abrangente, incluindo Apoio Comportamental Positivo, garantindo consistência entre cuidadores, funcionários e serviços, com consentimento compartilhado.

Fonte: Adaptado pelo autor, com base na tabela 4 de YOUNG et al., 2020.

Por fim, visto que a coexistência entre estes transtornos se caracteriza pela complexidade clínica e pelas grandes possibilidades de associação de outras comorbidades ⁶, o diagnóstico precoce é fundamental na busca por minimizar impactos no desenvolvimento. Além disso, a adoção de uma abordagem **multidisciplinar, intersetorial e contínua**, é indispensável na promoção da inclusão e qualidade de vida.

⁶ comorbidades - refere-se a condições clínicas, psiquiátricas ou do desenvolvimento que podem coexistir com TEA e TDAH.

2.2 A relação entre o espaço e a percepção sensorial Neurodivergentes

de crianças

A percepção do espaço é um aspecto determinante no desenvolvimento de um indivíduo, sobretudo nos primeiros anos da infância. Quando esta percepção é associada à questão da neurodiversidade, ela influencia, de maneira significativa, a relação da criança com os elementos espaciais que constituem o ambiente, e ainda, influenciam diretamente no comportamento, na interação social, na aprendizagem e no bem-estar emocional.

Nesta seção, serão discutidas as percepções de crianças neurodivergentes, especialmente aquelas que apresentam TEA e TDAH, levando em conta suas necessidades sensoriais em relação a elementos como cores, iluminação, texturas, acústica e a disposição/organização do espaço.

As **cores** exercem um papel relevante na forma como a criança percebe o mundo. Estudos apontam que cores muito vibrantes, como vermelho e laranja, podem gerar agitação e desconforto sensorial, enquanto tonalidades suaves como azul, verde claro e bege proporcionam sensação de calma e segurança (Montgomery, 2020) ⁷. A escolha das cores de cada ambiente deve ser pensada de acordo com suas funções: o uso de cores mais frias e neutras em ambientes que exigem concentração, como sala de leitura e de terapias, enquanto espaços de transição e recreação podem utilizar uma paleta mais colorida.

A **iluminação natural** deve ser priorizada, pois exerce efeito positivo sobre o bem-estar. Indivíduos com TEA e TDAH apresentam sensibilidade aumentada à intensidade, ao brilho e à cintilação da luz. Contrastes fortes, sombras abruptas e superfícies refletivas podem impactar negativamente a atenção, o foco e o humor. Recomenda-se que a luz natural penetre no ambiente de maneira difusa e indireta, evitando a incidência intensa que possa gerar desconforto visual.

No que se refere à **iluminação artificial**, sugere-se dar preferência ao uso de lâmpadas e luminárias que permitam o ajuste da intensidade e da temperatura de cor, permitindo assim, um maior controle sobre a iluminação do espaço.

⁷ MONTGOMERY, Douglas C. Design and analysis of experiments. 10. ed. Hoboken: Wiley, 2020.

O controle **acústico** é um dos fatores mais relevantes no planejamento de ambientes destinados a crianças atípicas. Uma vez que, entre as principais características observadas nesse público, destaca-se a hipersensibilidade auditiva, que faz com que sons cotidianos sejam percebidos como invasivos ou até dolorosos, podendo intensificar comportamentos de agitação ou desencadear crises de ansiedade.

Recomenda-se que os níveis de ruído não ultrapassem 35 decibéis, além da utilização de materiais com propriedades de absorção sonora, como painéis acústicos, forros com tratamento fônico, paredes em drywall (figura 5) e outros tratamentos adequados de superfícies como paredes, tetos e pisos. É essencial, ainda, empregar materiais com elevado coeficiente de redução de ruído (NRC) ⁸.

Outro recurso importante é a criação de salas de descompressão, que possibilitam ao indivíduo afastar-se momentaneamente do ambiente coletivo, afim de promover a auto regulação emocional e sensorial.

Figura 5 – Esquema de montagem de parede de drywall com isolamento acústico.



Fonte: site <https://www.speeddry.com.br/isolamento-acustico-drywall>, acesso em: 17/08/2025

As **texturas** são importantes mediadoras sensoriais no espaço físico, especialmente para crianças que apresentam hipersensibilidade tátil. Superfícies muito ásperas, frias ou instáveis podem gerar desconforto, para isso, faz-se

⁸ Coeficiente de Redução de Ruído (NRC – Noise Reduction Coefficient) é um índice acústico usado para indicar a capacidade de absorção sonora de um material.

necessária a utilização de materiais naturais na composição do ambiente, que sejam suaves ao toque e superfícies com acabamentos acetinados. Desse modo, espaços que estimulam o tato de forma controlada, como aparelhos com texturas agradáveis ou pisos com variação sutil contribuem para o desenvolvimento sensorial equilibrado. Além do mais, ao pensar na concepção e **forma** dos espaços, é fundamental elaborar uma organização espacial simples, que ajude às crianças a transitar pelos ambientes de forma independente e de maneira facilitada. Idealizar diferentes opções de entrada contribui para reduzir os ruídos e evitar a movimentação intensa e aglomerada. Além disso, propõe-se agrupar atividades de acordo com o zoneamento sensorial, em vez do zoneamento funcional convencional: atividades de alto estímulo, como música, arte, terapia psicomotora, devem ser separadas de atividades de baixo estímulo que exigem um maior nível de foco como as algumas terapias.

Nos tópicos acima, foram apresentadas as percepções do público neurodivergente em relação ao espaço físico, assim como recomendações voltadas à criação de ambientes mais inclusivos. É importante destacar que, embora esse público compartilhe algumas características sensoriais semelhantes, existem diferenças significativas no modo como cada grupo processa os estímulos do ambiente. Para tornar essa distinção mais clara, o quadro a seguir apresenta um comparativo entre as especificidades sensoriais do TEA e do TDAH:

Quadro 8 – Comparativo sensorial TDAH e TEA comórbidos

ASPECTO	TEA	TDAH
Cores	Preferência por tons neutros/suaves; cores vibrantes podem gerar sobrecarga.	Cores vibrantes podem estimular, mas também gerar distração.
Iluminação	Hipersensibilidade à luz; desconforto com cintilação.	Iluminação dinâmica pode regular atenção; excesso de brilho distrai.
Texturas	Rejeição a texturas ásperas ou estímulos repetitivos.	Estímulos táteis podem distrair, mas servem de autorregulação.
Acústica	Ruídos imprevisíveis sobrecarregam; necessidade de controle acústico. Necessidade de ambientes claros,	Ruídos externos reduzem o foco; ruído branco pode ajudar. Layouts simples e pouco
Forma/Organização	previsíveis, compartimentados.	fragmentação do espaço com a

Fonte: Adaptado pelo autor em 2025.

2.3 Legislação e diretrizes para a inclusão de crianças com TEA e TDAH

A inclusão de crianças diagnosticadas com TEA e TDAH, tem sido um tema bastante discutido na sociedade, evidenciando a necessidade de definir diretrizes e políticas públicas que assegurem o acesso a serviços essenciais, principalmente nos âmbitos da saúde, educação e apoio terapêutico.

Diante desse contexto, esta seção evidencia a importância do respaldo legal como um instrumento que proporciona uma assistência efetiva para essas crianças.

Ademais, busca-se nortear a concepção do projeto de um centro de referência que promova esta inclusão de forma assertiva alinhada com as diretrizes de acessibilidade. A Organização Das Nações Unidas afirma que, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948, Art. 1º).

No Brasil, esse conjunto de normas têm como base a Constituição Federal de 1988. Destacam-se: a **Lei Brasileira de Inclusão (Lei n.º 13.146/2015)**, estabelece que: “É assegurada a inclusão da pessoa com deficiência em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da lei, sendo vedada qualquer forma de discriminação” (Brasil, 2015, Art. 4º); **APolítica Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA (Lei n.º 12.764/2012)**, conhecida como **Lei Berenice Piana**, esta prevê a garantia à vida com dignidade, preservando a integridade física e moral, além do suporte social e à previdência (Brasil, 2012).

Em relação ao TDAH, embora não seja regulamentado por uma legislação específica, existem parâmetros terapêuticos como o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticos (PCDT)**⁹, aprovado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Conjunta nº 14, de 2022. O PCDT têm como diretriz principal a **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**¹⁰, que engloba o acompanhamento de diversos profissionais como: médicos, psicólogos, pedagogos e demais profissionais de saúde. Entretanto, mesmo com a recomendação, da TCC, o protocolo ainda não

⁹ PCT - estabelecem recomendações baseadas em evidências para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições de saúde específicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁰ Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) - é uma abordagem psicoterapêutica que visa identificar e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais para promover mudanças emocionais e comportamentais.

contempla a inclusão de medicamentos importantes como o metilfenidato (MS, 2022). A implementação dessas diretrizes tem o objetivo de garantir um atendimento que seja padronizado, eficaz e fundamentado em evidências, promovendo um acesso equitativo aos serviços de saúde. **O Sistema Único de Saúde (SUS)** desempenha papel fundamental na organização do

atendimento às crianças que apresentam os transtornos do neurodesenvolvimento, por meio dos protocolos que orientam as práticas multiprofissionais. Primeiramente, as famílias devem procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim que percebem os comportamentos atípicos. É através das primeiras consultas com o clínico geral ou médico da família que as crianças são encaminhadas para os devidos acompanhamentos.

O SUS articula seu atendimento por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) ¹¹, que envolve os Centros Especializados em Reabilitação (CER); Centro de Terapias Integradas (Ipesaúde); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes centros oferecem diagnóstico, intervenção precoce, terapias ocupacionais, fonoaudiologia, apoio psicossocial e acompanhamento familiar, configurando um modelo de atenção integral.

No entanto, mesmo com esses equipamentos, observa-se uma lacuna na assistência voltada ao público infantil com TEA e TDAH. O CER e o CAPS, embora desempenhem um papel relevante, abrangem de forma geral as pessoas com deficiência, não é específico para público neurodiverso. Ademais, o Centro do Ipesaúde é destinado exclusivamente para aqueles que possuem o plano institucional.

Diante disso, a proposta de um centro de referência infantil para crianças com TEA e TDAH, refletirá num espaço que atenda de forma plena a esse público. Através do acolhimento familiar e na concepção de espaços sensorialmente adequados, acessíveis e acolhedores.

R1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - organiza serviços e ações intersetoriais para garantir atenção integral, promoção da saúde e inclusão social das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

Foram analisadas três referências projetuais, com o intuito de identificar as estratégias aplicadas na concepção dos projetos, bem como a integração entre os aspectos funcionais e estéticos, servindo como base para a proposta do centro de referência proposto. Esta análise permitiu a compreensão das diferentes abordagens, quanto a organização espacial, ao controle sensorial e ,principalmente, a integração com o entorno. Ademais, evidencia como a concepção projetual faz-se necessária como ferramenta de inclusão e acessibilidade, além de garantir segurança e conforto para as crianças e suas famílias.

Por fim, a seguir serão apresentadas as três referências projetuais selecionadas:

oThompson Center Autism eNeurodevelopment ,o Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM) eoCentro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIA)A ,sendoque,aofinal,serárealizadaumaanálisecomparativa em tabela dos três projetos.

3.1 Thompson Center for Autism e Neurodevelopment (University of Missouri)

Figura 6 – Thompson Center for Autism & Neurodevelopment.



Fonte: site - <https://thompsonfoundation.org/campaign/>, acesso em: 20/08/2025

Quadro 9 – Ficha Técnica - Thompson Center

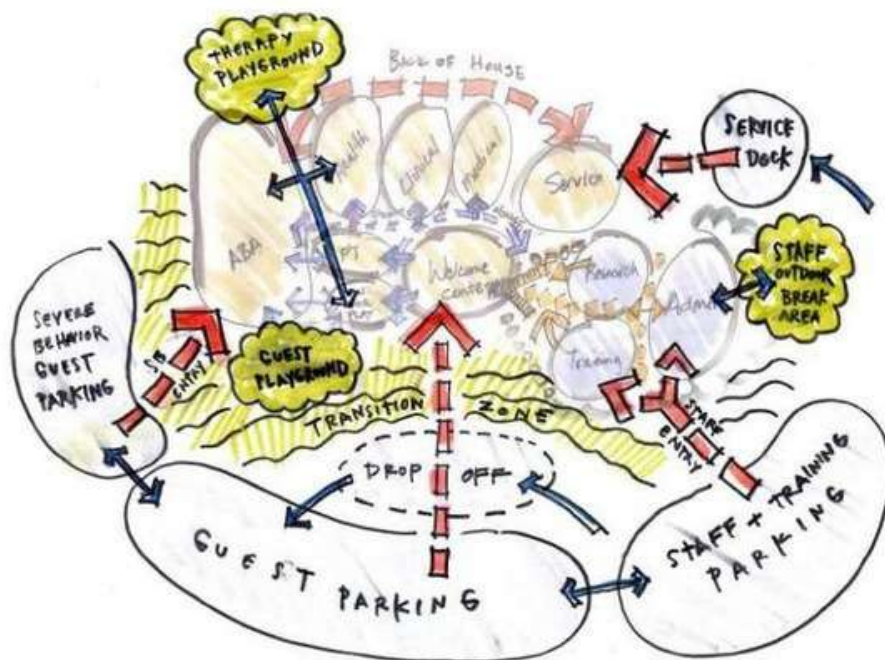
FICHA TÉCNICA	
RESPONSÁVEIS PELO PROJETO	BSSAFSL iAfer cShtirtueccttuurrees Em construção (início: abril de
ANO:	2024 - Término: março de 2026) 6.870m ²
ÁREA	Columbia, Missouri, EUA
LOCALIZAÇÃO	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O Thompson Center foi projetado pelo escritório SFS Architecture em parceria com o BSA Life Structures, inicialmente criado e localizado dentro da Universidade de Missouri em 2005, tinha o objetivo de integrar clínica, pesquisa e ensino em um mesmo ambiente. Porém, com o aumento da demanda pelos atendimentos, houve a necessidade de ampliação de um novo edifício fora do campus. Esse novo edifício que está em construção atualmente e possuirá cerca de 6.870m². Mesmo sendo construído fora da Universidade ele continua sendo um espaço de assistência à comunidade e simultaneamente um laboratório de pesquisa e formação de profissionais. Além disso, no período entre julho de 2024 a junho de 2025, o centro registrou 17.689 visitas de pacientes.

O Esquema (figura 7) ilustra a lógica dos fluxos, acessos, zonas de uso e áreas externas do centro, evidenciando a maneira como usuários, equipe e serviços circulam pelo centro, garantindo segurança, funcionalidade e conforto sensorial (SFS Architecture, 2023).

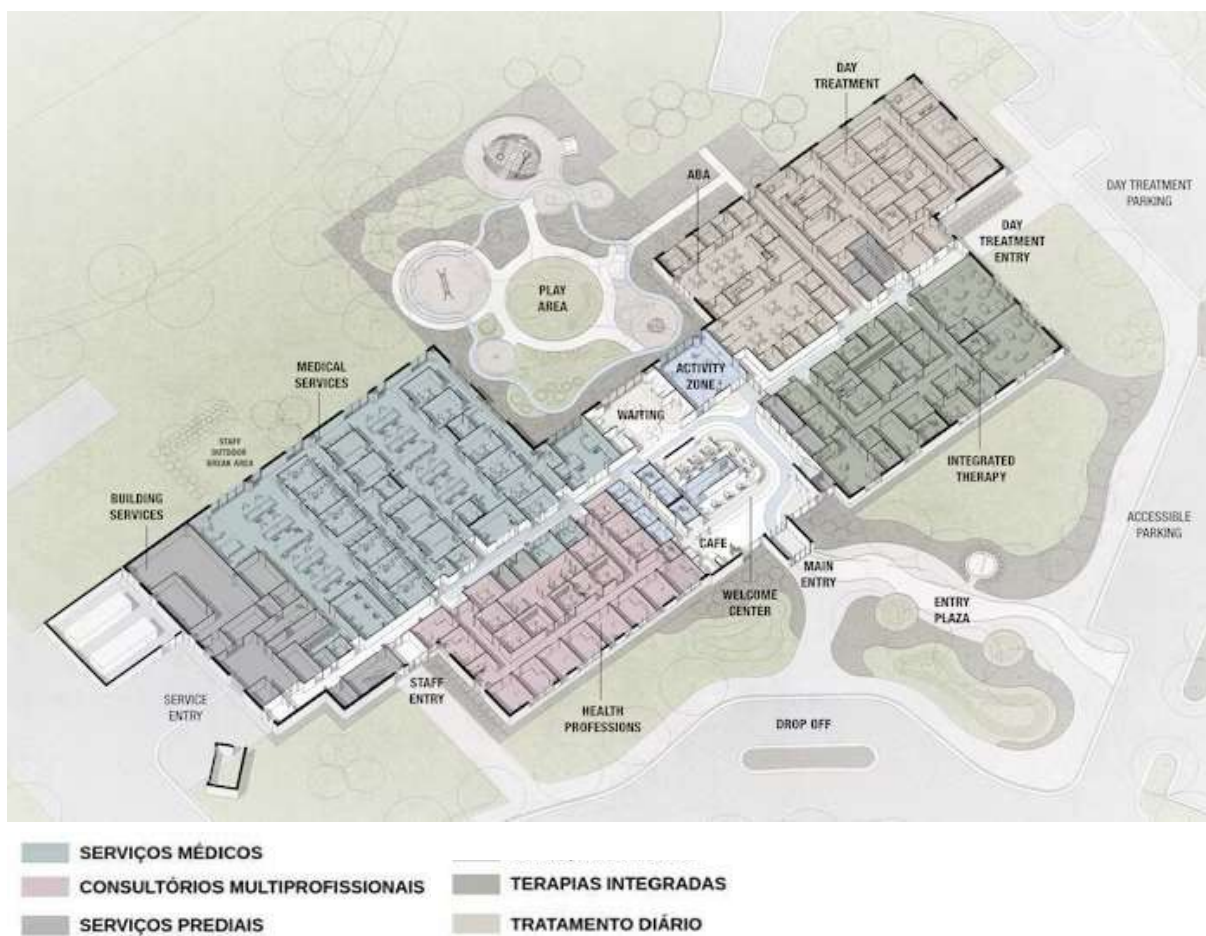
Figura 7 – Esquema de fluxos - Thompson Center



Fonte: site - <https://thompsonfoundation.org/campaign/>, acesso em: 20/08/2025

O partido arquitetônico adotado, tem como premissa a criação de um espaço funcional, inclusivo e sensorialmente equilibrado capaz de atender as necessidades específicas de pessoas com TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento. O edifício está organizado em dois pavimentos: O térreo (figura 8) onde está localizado os espaços de recepção, salas de atendimento clínico e apoio às famílias estão organizados em fluxos lineares que evitam sobreposições e reduzem estímulos excessivos. O pavimento superior (figura 9), por sua vez, abriga as áreas de pesquisa, ensino e administração, proporcionando a integração entre investigação científica e prática clínica, mas sem interferir diretamente nas rotinas dos pacientes (SFS Architecture, 2023).

Figura 8 – Térreo - Thompson Center



Fonte: site - <https://thompsonfoundation.org/campaign/>, acesso em: 20/08/2025

Figura 9 – Pavimento Superior - Thompson Center



Fonte: site - <https://thompsonfoundation.org/campaign/>, acesso em: 20/08/2025

A estrutura baseia-se em sistemas construtivos que combinam aço, concreto e fechamentos estruturais leves visando a capacidade de expansão futura. Os corredores são amplos, a iluminação natural é difusa e as paletas de cores são neutras, foram utilizados materiais de absorção acústica para criar ambientes calmos e, reduzindo a sobrecarga sensorial. Assim o Thompson Center está consolidado como um equipamento Acadêmico e comunitário de referência que integra suporte clínico terapêutico e também ensino e pesquisa, suprimindo as demandas de uma sociedade inclusiva. “Como designers, temos a responsabilidade de criar espaços bonitos, funcionais e inclusivos onde todos possam prosperar — isso inclui pessoas com diversas habilidades e maneiras de vivenciar o mundo ao seu redor” (SFS Architecture, 2023).

Figura 10 – Imagens do Thompson Center.



Fonte: site - <https://thompsonfoundation.org/campaign/>, acesso em: 20/08/2025

3.2 Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)

Figura 11 – Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)



Fonte: site

<https://www.arquimaster.com.ar/web/centro-de-autismo-tamaulipas-catam-guillermo-tirado-gonzalez-arquitectos/>, acesso em: 20/08/2025

Quadro 10 – Ficha Técnica - Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)

FICHA TÉCNICA	
RESPONSÁVEIS PELO PROJETO	AndGrueiall eÁrmlvaor eTzir,a Rdoo bGeortnoz Gáaelzv,án
ANO:	2020
ÁREA	2.300m²
LOCALIZAÇÃO	Ciudad Victoria, Tamaulipas,
	México

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM), localizado em Ciudad Victoria, Tamaulipas (México), é um equipamento público escolarizado dedicado ao atendimento integral de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O CATAM oferece ações educativas e terapêuticas, além de um espaço pensado na redução das barreiras sensoriais.

O projeto tem área construída superior a 2.300 m² e capacidade para atender 100 crianças, foi concebido para articular salas de aula, áreas de terapia, espaços de estimulação sensorial, oficinas e serviços auxiliares numa malha que privilegia a clareza de percursos, a identificação visual dos ambientes e a redução da sobrecarga sensorial. O programa espacial responde tanto às exigências funcionais do atendimento multidisciplinar quanto às necessidades sensoriais específicas de usuários com TEA — por exemplo, através de salas com isolamento acústico, diferentes tipologias de iluminação (natural, indireta e direta) e ambientes organizados por cores e temas para facilitar a orientação e autonomia das crianças (González *et al.* , 2020).

Figura 12 – Implantação - CATAM

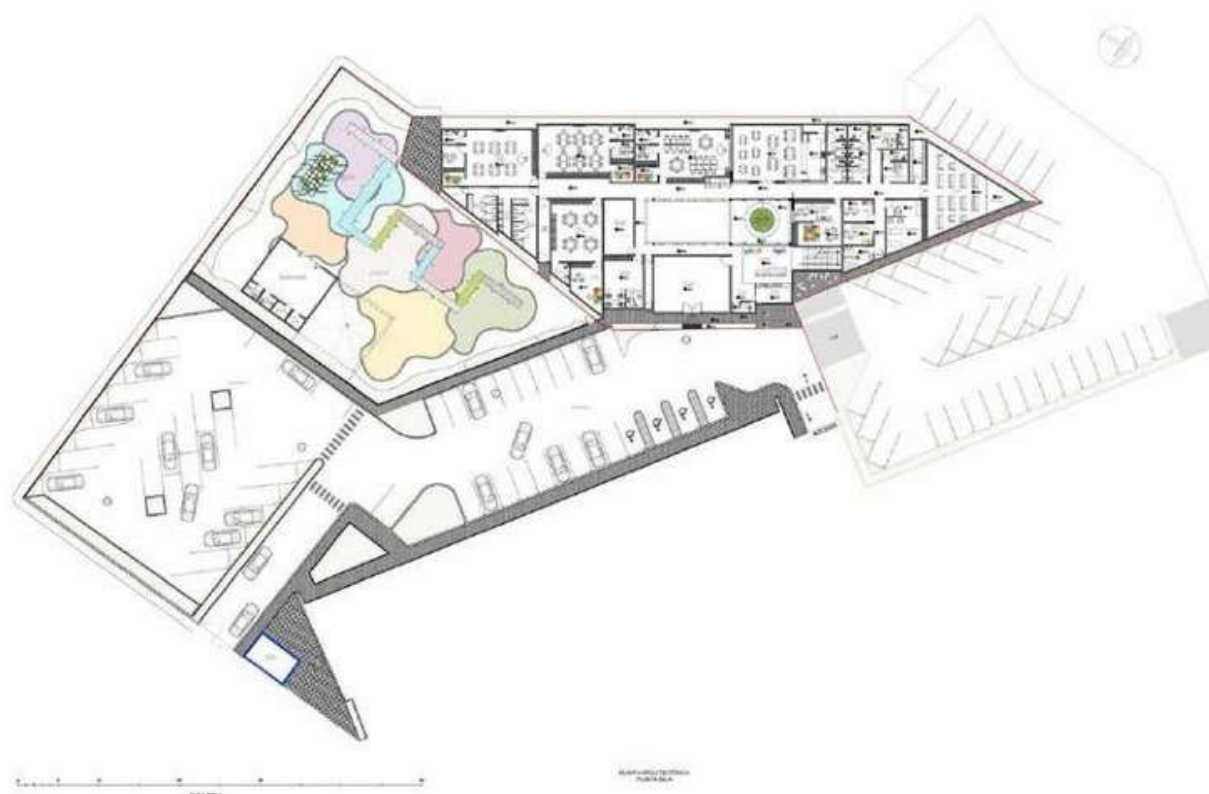


Fonte: site

<https://www.arquimaster.com.ar/web/centro-de-autismo-tamaulipas-catam-guillermo-tirado-gonzalez-architects/>, acesso em: 20/08/2025

O conceito do edifício é inspirado em um “jogo tipo lego”, a composição volumétrica é formada por blocos de diferentes alturas, formas e cores que se articulam como peças. De acordo com os autores do projeto, essa estratégia tem dois objetivos: criar uma leitura simples e reconhecível do edifício para os pequenos usuários, facilitando a orientação por meio de elementos cromáticos e formas; Fragmentar o programa em unidades menores e controláveis, além de contribuir na acústica e estímulos visuais dos espaços internos (González *et al.* , 2020).

Figura 13 – Planta baixa - CATAM

**1. Área Educativa e Terapêutica**

- Salas de aula / oficinas pedagógicas
- Salas de terapia individual e em grupo
- Espaços para fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional
- Pátio central com jardim interno (para atividades sensoriais e de socialização)

2. Área Administrativa

- Recepção e sala de espera
- Administração e coordenação
- Salas de professores e equipe técnica
- Sala de reuniões

3. Área de Apoio às Famílias

- Sala multiuso (reuniões com familiares, palestras)
- Espaços de convivência

4. Área de Serviços

- Sanitários (usuários, funcionários e acessíveis)
- Copa / apoio alimentar
- Área de manutenção e apoio técnico

5. Área Externa

- Estacionamento amplo (visitantes e funcionários)
- Playground / espaço lúdico externo com áreas de brincar coloridas e setorizadas
- Áreas verdes para atividades terapêuticas

Fonte: site

<https://www.arquimaster.com.ar/web/centro-de-autismo-tamaulipas-catam-guillermo-tirado-gonzalez-architects/>, acesso em: 20/08/2025

Figura 14 – Imagens do CATAM



Fonte: site

<https://www.arquimaster.com.ar/web/centro-de-autismo-tamaulipas-catam-guillermo-tirado-gonzalez-architects/>, acesso em:

3.3 Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIAA)

Figura 15 – Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIAA)



Fonte: site <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>, acesso em:

Quadro 11 – Ficha Técnica - CRIAA

FICHA TÉCNICA	
RESPONSÁVEIS PELO PROJETO	Oscar Chávez Acosta, Federico Campos Rubio, María Isabel González Peñalver, Paola Ivette Moreno Carreón, Oscar Ramiro Vidaña Torres
ANO:	2021
ÁREA	580m ²
LOCALIZAÇÃO	Cidade de Camargo, Estado de Chihuahua, México

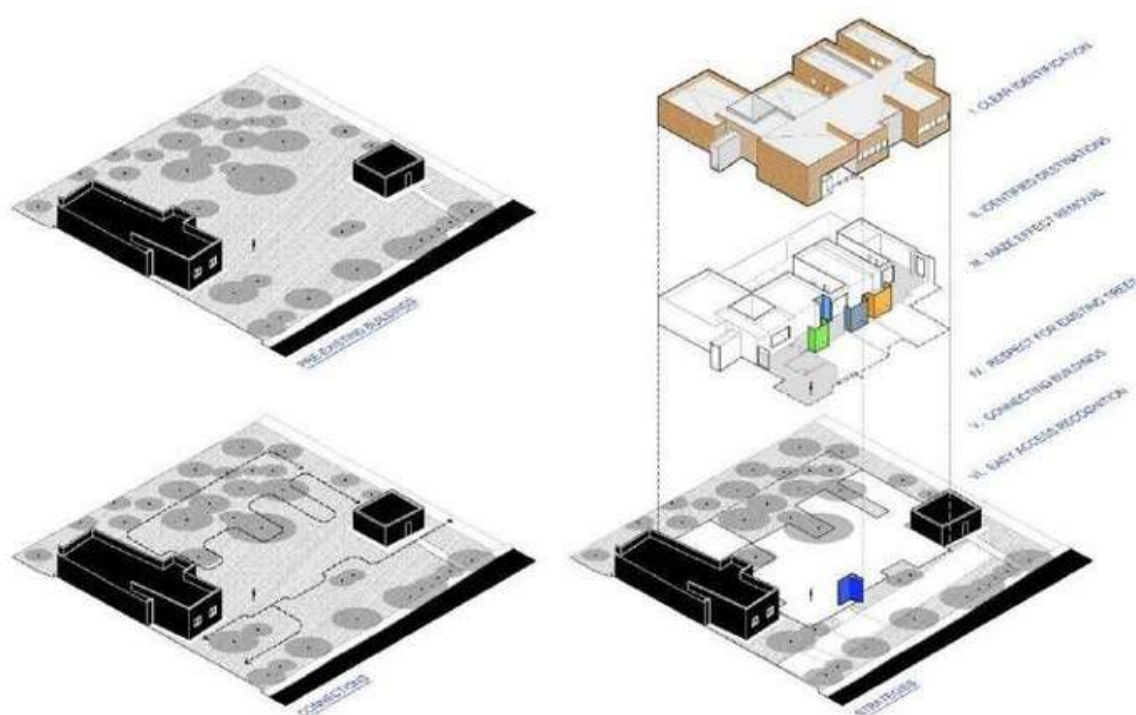
Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O Centro Regional Integrado para a Atenção ao Autismo (CRIAA) está localizado na cidade de Camargo, no estado de Chihuahua, México, e foi inaugurado em 2021. O centro foi concebido com o objetivo de oferecer atendimento especializado a crianças e jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a suas famílias, buscando suprir a necessidade de deslocamento até a capital do estado.

O conceito arquitetônico do CRIAA fundamenta-se na criação de um ambiente terapêutico que respeite o entorno e a cultura local, uma vez que o centro está inserido no Parque Infantil Arturo Armendáriz. O projeto preserva árvores com mais de 60 anos, integrando-as ao espaço e promovendo um ambiente tranquilo e

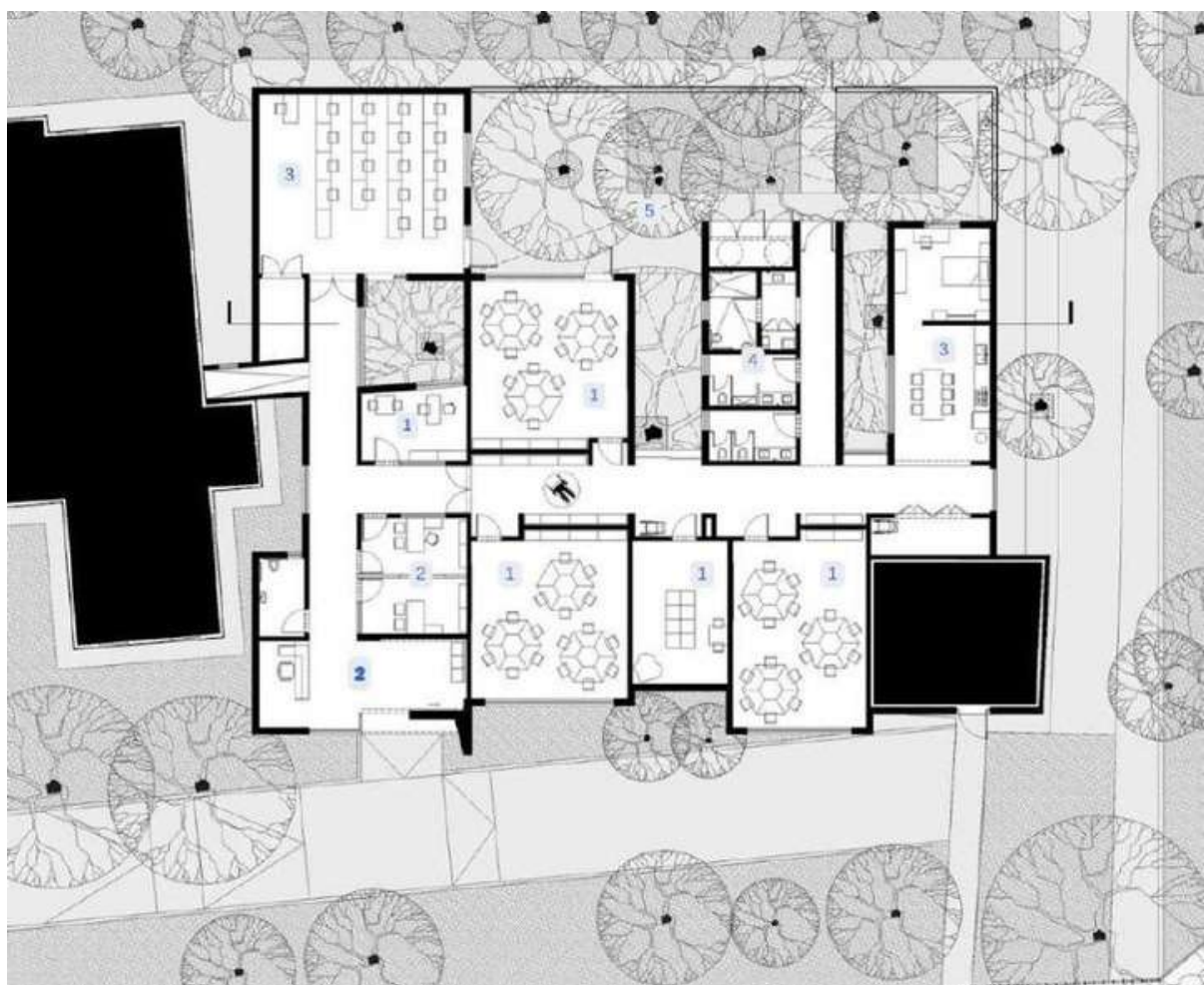
acolhedor. A implantação do edifício foi planejada de modo a não interferir na vegetação existente, resultando na criação de quatro pátios internos que favorecem a iluminação natural, a ventilação cruzada e a realização de atividades externas relacionadas às terapias e aos eventos do centro. Além disso, o edifício foi concebido em único pavimento, sendo posicionado de forma a não interferir nas duas edificações já existentes.

Figura 16 – Diagrama - CRIAA



Fonte: site <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>, acesso em: 20/08/2025

Figura 17 – Planta Baixa - CRIAA

**1. Área Educativa e Terapêutica**

- Salas de terapia em grupo (mesas hexagonais)

2. Área Administrativa

- Recepção e sala de espera
- Administração
- Sala de reuniões

3. Área de Apoio às Famílias

- Sala de uso coletivo
- Ambiente de convivência (com mesas)

4. Área de Serviços

- Sanitários (adultos, crianças e PCD)
- Áreas técnicas (depósitos, copa, serviços de apoio)

5. Área Externa

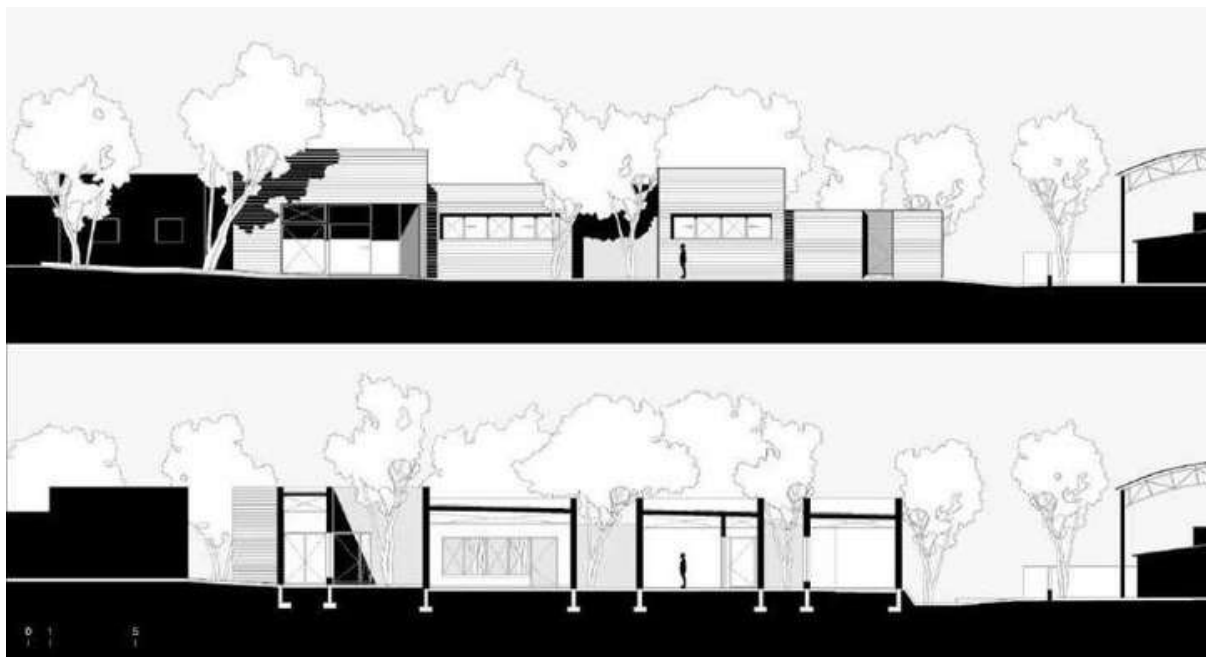
- Jardins/pátios internos integrados entre os blocos.
- Áreas arborizadas de permanência (espaço de regulação sensorial e convívio).

Fonte: site <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>, acesso em: 20/08/2025

Em termos de acessibilidade cognitiva, o CRIAA adota estratégias estabelecidas pelo Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle Madrid. Essas estratégias incluem a fácil identificação do edifício a partir do exterior, organização espacial clara e sequencial, uso de materiais e cores que minimizam estímulos excessivos e sinalização intuitiva para facilitar a navegação dos usuários.

Além disso, as janelas foram projetadas para proporcionar contato visual apenas com a vegetação, controlando os estímulos visuais exteriores e promovendo um ambiente calmo e seguro.

Figura 18 – Cortes - CRIAA



Fonte: site <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>, acesso em: 20/08/2025

O CRIAA é um edifício **térreo**, com circulação horizontal ampla, facilitando o acesso universal. Sua estrutura combina **concreto armado para pilares e vigas** com **tijolos cerâmicos maciços aparentes** nas paredes, garantindo resistência, durabilidade e isolamento térmico e acústico parcial. A estrutura do edifício é composta por elementos construtivos que respeitam as características do local e promovem a sustentabilidade. O uso de materiais locais e técnicas construtivas adequadas ao clima da região contribui para a eficiência energética e a integração harmoniosa com o entorno. A organização espacial interna é funcional e flexível, permitindo a adaptação às necessidades específicas dos usuários e às atividades realizadas no centro (Acosta et al., 2021).

Figura 19 – Imagens do CRIAA



Fonte: site <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>, acesso em: 20/08/2025

A partir da análise das três referências projetuais, foi possível identificar contribuições significativas que podem orientar o desenvolvimento do projeto. Além disso, elaborou-se um **quadro síntese** (quadro 12) que reúne de forma comparativa as principais características de cada exemplo.

No **Thompson Center for Autism eNeurodevelopment**, o ponto central do projeto é a integração entre clínica, pesquisa e ensino, tendo como foco principal a assistência à comunidade, simultaneamente a pesquisa e a formação de

profissionais. A separação dos dois pavimentos sendo o térreo para atendimento e o superior para pesquisa oferece um equilíbrio a essa integração, uma vez que evita estímulo desnecessários aos pacientes. Outro aspecto a ser considerado são os fluxos lineares que facilitam o deslocamento dos usuários. Para o presente trabalho, podem ser aproveitadas, além dos fluxos lineares, a setorização funcional, a integração da iluminação natural e das paletas de cores neutras.

O **Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)** tem como característica principal a volumetria inspirada no brinquedo “LEGO”, trazendo ludicidade para o edifício. O uso das cores se fez muito presente assim como os elementos geométricos no formato de hexágono tornaram o espaço bastante lúdico. Outro aspecto a ser considerado é a iluminação e ventilação natural, proporcionadas pelos pátios internos, que contribuem para o conforto ambiental. Esses pátios, além de qualificar o espaço, auxiliam na redução da sobrecarga sensorial.

Para o projeto, podem ser considerados a clara setorização dos ambientes, o uso dos pátios internos, a utilização de elementos lúdicos, seja na volumetria, nas cores ou nos elementos que compõem o edifício. Além do emprego das cores como meio de orientação.

Por fim, o **Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIA)** tem como principal foco a integração da arquitetura à natureza, preservando árvores centenárias e adotando estratégias de acessibilidade cognitiva que simplificam a navegação e reduzem estímulos visuais. O edifício térreo, articulado a quatro pátios internos, promove ventilação cruzada, iluminação natural e contato direto com o ambiente externo. Para este projeto, o CRIA inspira pela sua concepção de pavimento único, que garante acessibilidade universal, além da forte relação com a vegetação, que contribui para criar um espaço terapêutico e acolhedor.

Quadro 12 – Quadro síntese de análise das referências projetuais.

Projeto	Thompson Center Autism e Neurodevelopment	Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM)	Centro Regional Integral para la Atención del Autismo (CRIAA)
Localização	Columbia, Missouri, EUA	Ciudad Victoria, México	Camargo, Chihuahua, México
Ano	2026 (em construção)	2020	
Conceito	Integração de clínica, pesquisa e ensino	Ambiente terapêutico equilibrado	funcional e acessível
Plástica/Forma	Linear e setorizada, públulixcoos ed aisdtimtionsis ptraarçã o volumes articulados com	Bloços setorizados, pátios internos	Térreocompacto, volumesh horizontais integrados com pátios reo,
Concepção projetual	Dois pavimentos: térreo para clínica, superior para pesquisa e administração; fluxos claros e seguros	Dois pavimentos, setorização clara de áreas terapêuticas e sociais; integração de pátios	circulação sequencial, quatro pátios internos, preservação da vegetação Estrutura em concreto armado com tijolos
Concepção estrutural	Estrutura em aço e concreto, fechamentos leves; capacidade de expansão futura	Estrutura mista em concreto e elementos leves; prioriza iluminação natural e ventilação	cerâmicos aparentes; isolamento térmico e acústico parcial Iluminação natural
Estratégias de conforto	Iluminienuatçrãaos ,d aifbussoar,ç cãoor es Controle d e iluminação, controlada,ventilação	coresn eutras,v entilação natural, pátios internos	acessibilidade cognitiva Fluxosclaros,ambientes calmos,integraçãocom
Relação com o público neurodiversidade	Espaços sensorialmente equilibrados, segurança e funcionalidade	Áreasdeinteração socialeterapias, estímulos reduzidos	natureza,n aivceersssailo ilidade
Pontos Positivos	Integração ensino-pesquisa-clínica, capacidade de expansão, conforto sensorial	Setorização funcional, pátiosinternos, ambientes inclusivos	Integração natureza e terapia, pavimento único, acessibilidade cognitiva, conforto sensorial
características a serem aproveitadas no projeto	Fluxos lineares, organização funcional, conforto acústico	Uso de pátios internos, setorização clara, integração social	Integração com vegetação, pavimento térreo, acessibilidade cognitiva, controle sensorial

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

4. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

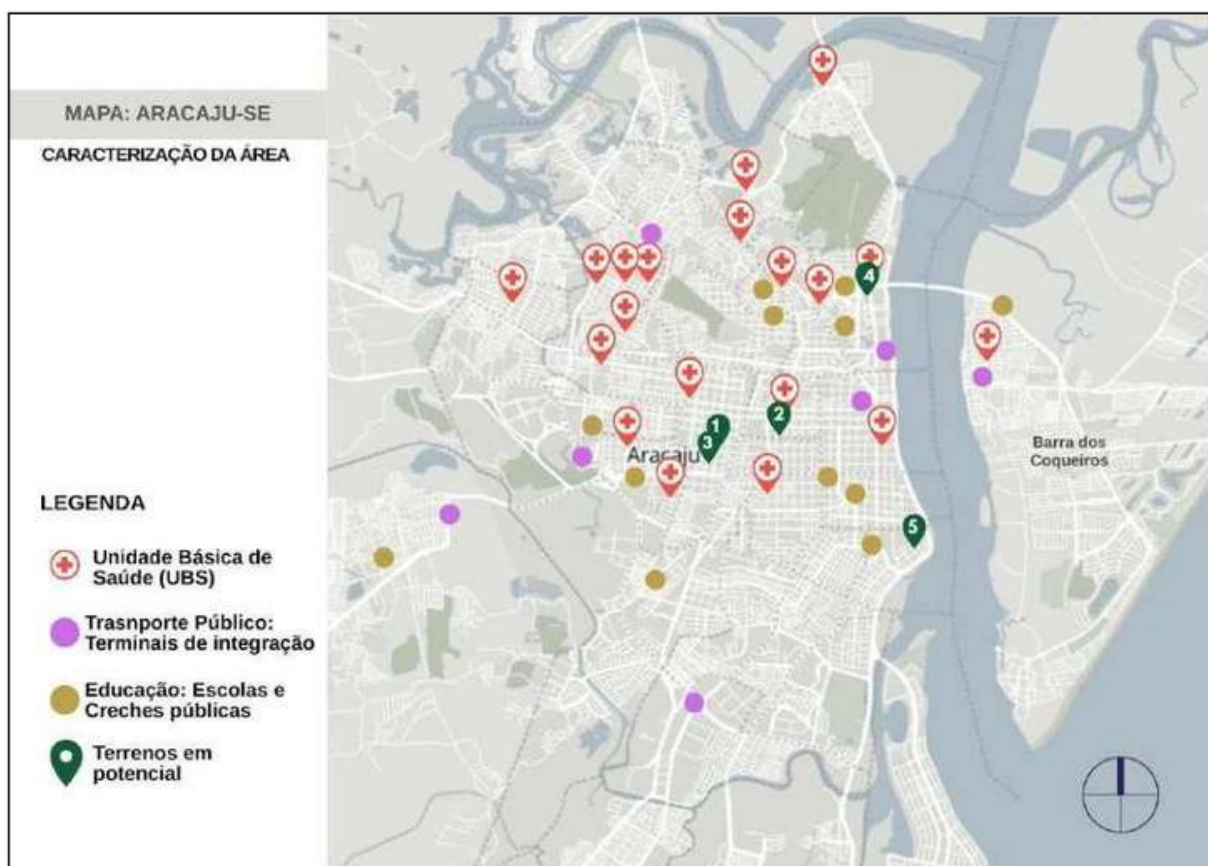
4.1 Definição do Local

A escolha do terreno constitui uma etapa fundamental para a implantação do centro de referência voltada ao atendimento do público TEA e TDAH. A proposta será desenvolvida na região central de Aracaju por ser um local estratégico que possibilita melhor acesso à população e maior integração com os equipamentos urbanos existentes. Com isso, a definição do terreno levará em consideração os seguintes critérios: Proximidade com transporte público; Proximidade com Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais; Ambientes mais tranquilos (baixo nível de ruído externo) e proximidade com escolas e creches.

O ponto de partida consistiu na localização, no mapa geral (figura 20), das UBS em Aracaju, considerando que é o começo do processo de diagnóstico das crianças, no qual se realiza a triagem e o encaminhamento para os futuros tratamentos. Além disso, constatou-se que essas unidades estão concentradas em um mesmo raio de abrangência. Em seguida foram identificados os terminais de integração que proporcionam a mobilidade das famílias atendidas e, por último, a localização das escolas e creches próximas.

A partir dessa análise, foram selecionados cinco terrenos: três mais centralizados, um na zona norte e outro na zona sul. O Terreno 4, localizado no bairro industrial, embora esteja inserido em vias de baixo fluxo, encontra-se próximo à ponte Aracaju - Barra, o que gera altos níveis de ruído na região, por esse motivo foi descartado. Já o Terreno 5, localizado no bairro 13 de julho, está mais distante das UBS e situa-se em um bairro de elevado custo de aquisição e construção, o que também inviabiliza a sua escolha.

Figura 20 – Mapa Geral - Caracterização da área de estudo (Ilustrativo sem escala).



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Os terrenos 1, 2 e 3 foram analisados e comparados com a finalidade de identificar qual deles apresenta maior potencial para implantação do Centro de Referência Infantil, considerando os critérios previamente estabelecidos. A análise contemplou aspectos como localização estratégica, acessibilidade por transporte público, proximidade com UBS, escolas e creches, além da avaliação do nível de tranquilidade do entorno. Assim, a representação (figura 21) a seguir ilustra a inserção de cada terreno no tecido urbano, permitindo uma leitura espacial das suas características e evidenciando a relação com os equipamentos urbanos existentes.

Figura 21 – Caracterização dos terrenos 1,2 e 3 (Ilustrativo sem escala).





Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Com base na avaliação individual realizada, foi feita a elaboração de uma tabela comparativa (quadro 13), cuja finalidade é reunir de forma objetiva os principais dados referentes a cada terreno. Assim, possibilita uma visualização clara das diferenças e semelhanças entre as áreas, permitindo identificar com maior precisão as condições que favorecem ou dificultam a implantação do Centro de Referência Infantil.

Quadro 13 – Tabela síntese comparativa das três áreas.

	Terreno 1	Terreno 2	Terreno 3
Localização	Rua Bahia - Rua Porto Alegre	Rua Porto da Folha - Rua dos Estudantes	Rua Sergipe - Travessa Amapá
Bairro	Siqueira Campos	Getúlio Vargas	Siqueira Campos
Área	3.250,73 m²	2.257 m² (com edificação existente de 281 m²)	4.978 m² (com edificação DESO de 466 m²)
Zoneamento	ZAP 2	ZAP 2	ZAP 2
Classificação de vias	Vias locais, arterial e coletora	Vias locais, arteriais	Vias locais, arterial e coletora
Entorno	Entorno misto com a predominância de serviços e hospitalar	Entorno misto com a presença moderada de serviços	Entorno misto com uma maior densidade comercial

Equipamentos	UBS próxima, escolas e creches	UBS próxima, escolas e creches	UBS próxima, escolas e instituições, comércio diversificado
Transporte	pontos de ônibus próximos	pontos de ônibus próximos	pontos de ônibus próximos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A partir da análise comparativa dos três terrenos, percebe-se que estes possuem potencialidades e fragilidades. O **Terreno 1** destaca-se pela boa localização, estando inserido em um contexto de vias locais mais tranquilas. Seu entorno é diversificado, com a presença de equipamentos hospitalares que favorecem o atendimento ao público-alvo. Além disso, por se tratar de um terreno de esquina, apresenta duas fachadas livres e outras duas voltadas para edificações residenciais e comerciais.

No entanto, sua fragilidade está relacionada ao intenso fluxo urbano gerado pela concentração de serviços, o que pode comprometer a tranquilidade e demandar maior cuidado no tratamento acústico e no planejamento do acesso ao equipamento.

O **Terreno 2** destaca-se por ser um lote de esquina e por apresentar três fachadas livres, o que amplia as possibilidades de acesso e ventilação. Está inserido em uma área de entorno com concentração moderada de serviços e localizado em vias locais, o que garante um fluxo viário mais tranquilo. No entanto, apresenta fragilidades importantes: a ausência de calçadas e a existência de uma edificação em seu interior. Essa condição pode exigir a aquisição do imóvel já existente ou a adequação do projeto para integrá-lo. Além disso, trata-se do terreno com a menor área entre os analisados, o que pode limitar o desenvolvimento das propostas de implantação do centro.

Por fim o **Terreno 3** apresenta a maior área entre os analisados e está inserido em um entorno com diversidade de usos, localizado próximo a uma via arterial, o que proporciona boa centralidade e acesso ao transporte público, com diversos pontos de ônibus nas proximidades. Possui duas fachadas livres, é um lote de esquina e conta com calçada ampla em uma das faces, favorecendo circulação e acessibilidade. Entre suas fragilidades, destaca-se a presença de um canal na lateral, na Rua Amapá, que exige cuidados específicos quanto ao tratamento ambiental, drenagem e salubridade. Além disso, o terreno apresenta alto fluxo de pessoas e veículos devido à proximidade com vias arteriais e coletoras e à

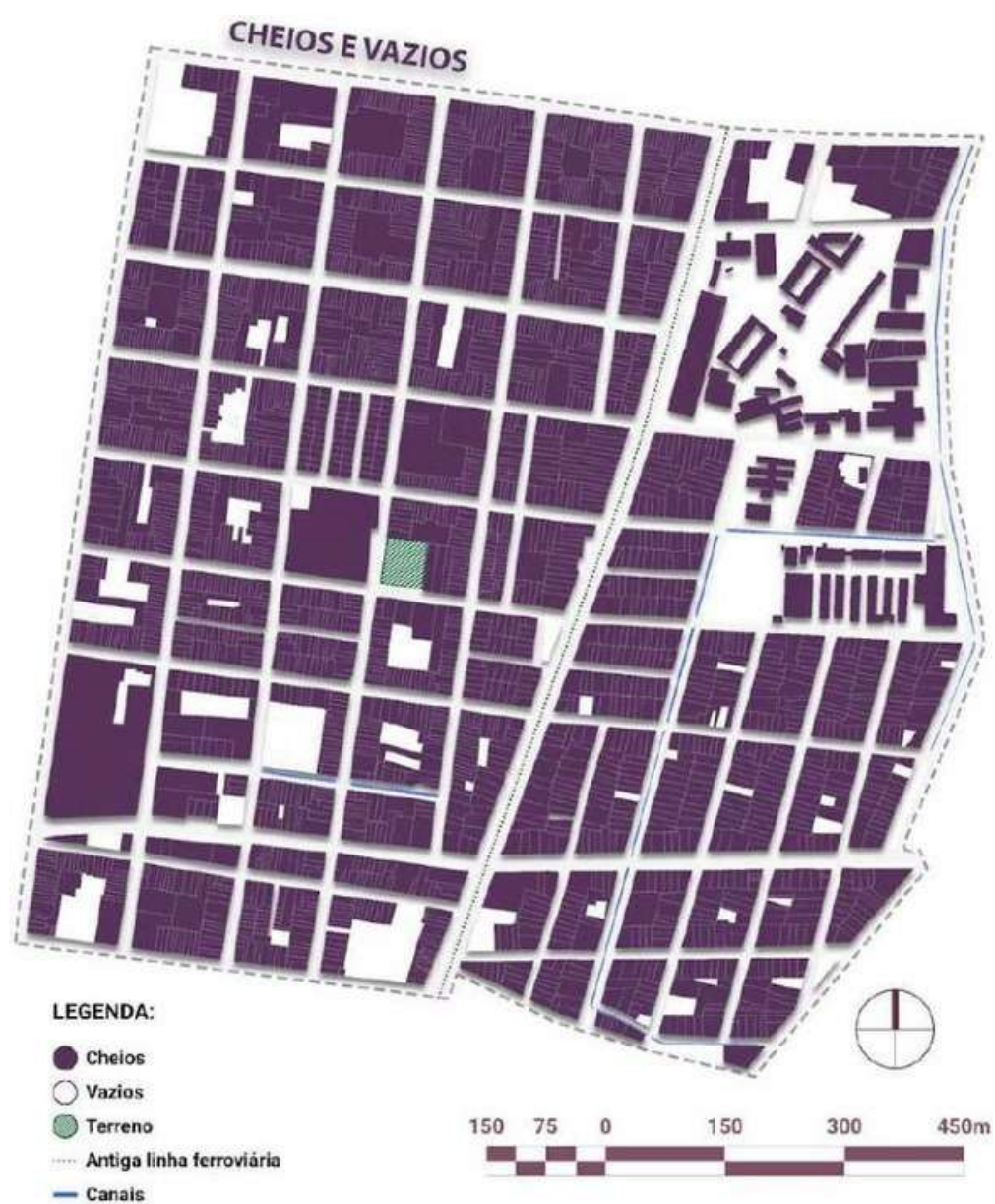
concentração de comércio. Outro fator de atenção é a presença de um terreno da DESO ao lado, o que pode implicar em limitações para a expansão ou utilização plena da área. Com base nos critérios preestabelecidos, **oterreno 1** foi escolhido devido à sua boa localização, está inserido em vias locais tranquilas com tráfego de baixa intensidade. Além disso seu entorno é caracterizado pela presença de diversos equipamentos, como clínicas e hospitais, bem como escolas e creches. Por fim, é um terreno de esquina com 3.250,73m², que tem muito potencial para se tornar o centro de referência.

4.2 Análise do entorno

Esta seção se dedica à análise do entorno imediato do terreno escolhido, com objetivo de compreender os fatores que implicam na implantação do centro de referência infantil neste local. Através do estudo e elaboração de mapas, foram observados os aspectos referentes à ocupação do solo, sistema viário, mobilidade urbana, a presença de equipamentos públicos, áreas verdes e espaços livres entre outras características que possam ser relevantes na construção do projeto.

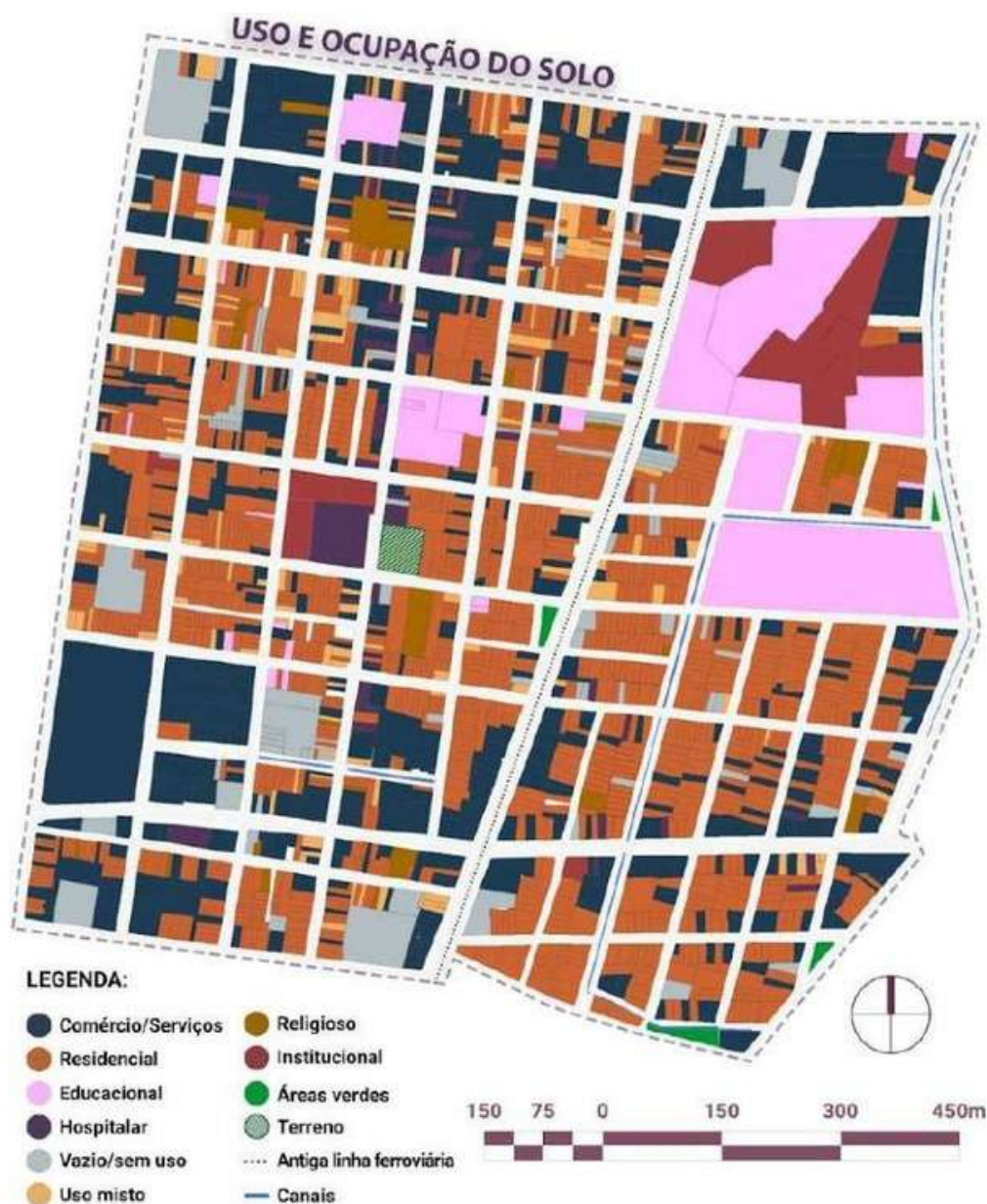
O mapa de cheios e vazios (figura 22) evidencia o elevado grau de adensamento construtivo da região, resultando em um tecido urbano compacto, com a presença de poucos espaços vazios que funcionem como respiro visual ou áreas de convivência. O que reforça a necessidade de incorporar esses espaços externos no projeto. O entorno apresenta uma predominância de uso residencial e também há uma presença significativa de comércios e serviços (figura 23). Além disso, a Rua Bahia, localizada à frente do lote, configura como um dos principais eixos de atendimento especializado a serviços de saúde. Podendo considerar a integração com esses serviços já existentes.

Figura 22 – Mapa de cheios e vazios.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Figura 23 – Mapa de uso e ocupação do solo.

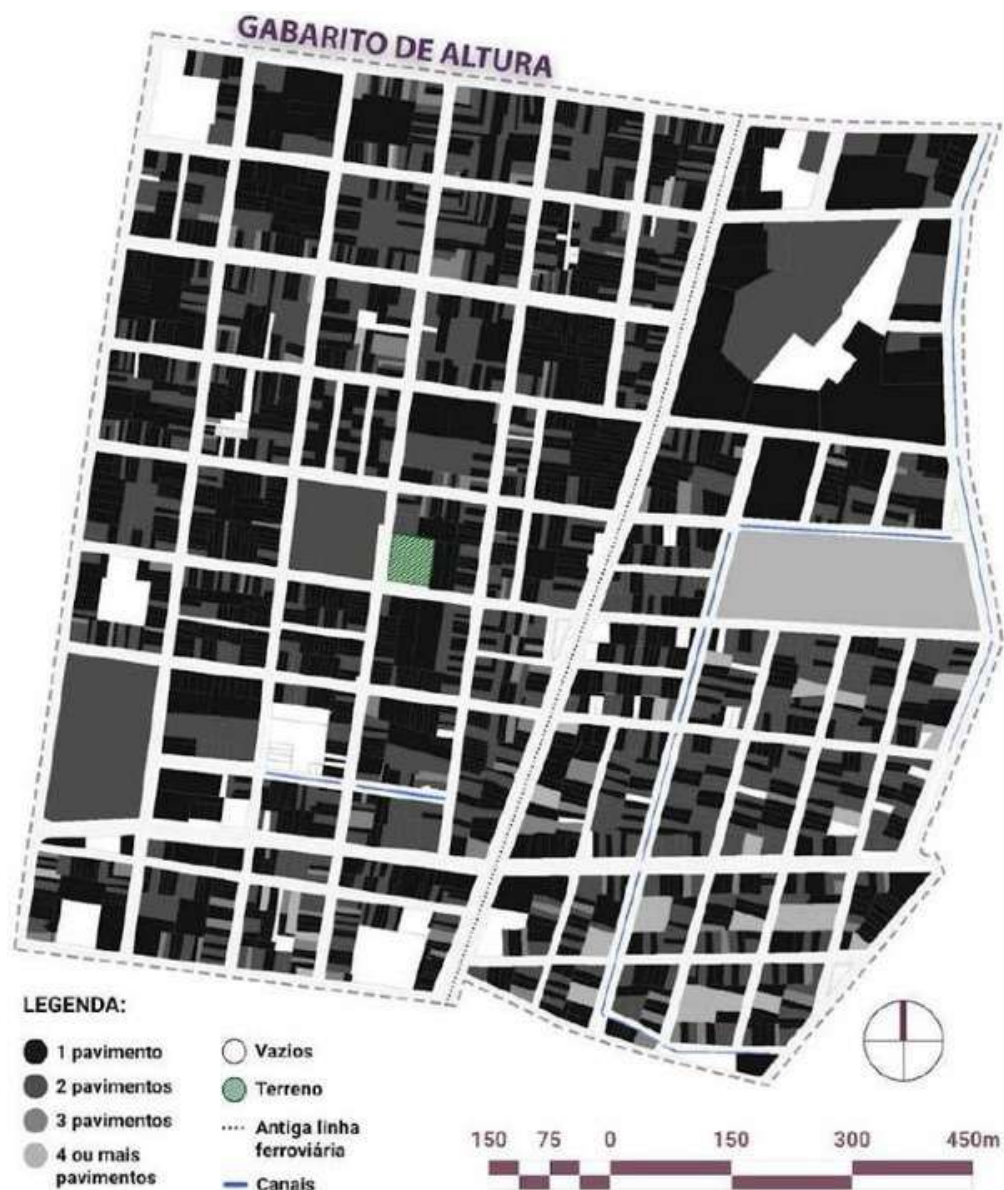


Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Observa-se que a região é caracterizada por uma paisagem urbana horizontalizada, constituída majoritariamente por construções de um a dois pavimentos destinadas aos setores de comércio, serviços, uso residencial e uso misto (figura 24). Apenas em pontos específicos identificam-se edificações com três pavimentos ou mais, geralmente associadas a usos, institucionais ou de serviços e residenciais de maior porte. Nesse contexto, a configuração do centro infantil deverá manter compatibilidade com a morfologia local, considerando a possibilidade de adotar dois pavimentos em sua concepção.

Dessa forma, a predominância de edificações de baixa altura favorece também o aproveitamento da ventilação e iluminação naturais, aspectos relevantes para o conforto ambiental do futuro equipamento.

Figura 24 – Mapa de gabarito de altura



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O mapa de vegetação (figura 25) buscou identificar as áreas verdes públicas, os espaços permeáveis e arborizados do entorno. É notória a deficiência de praças estruturadas, bem como a ausência de parques de maior porte próximos ao terreno, o que evidencia um déficit de espaços de convivência ao ar livre e de áreas destinadas a lazer infantil no bairro. A vegetação existente é extremamente escassa,

não cumpre função de sombreamento que favoreça a caminhabilidade, conforto térmico ou bem-estar da população. Do ponto de vista do projeto, essa leitura reforça ainda mais a necessidade de criar e valorizar áreas externas e espaços verdes no equipamento.

Figura 25 – Mapa de vegetação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O mapa de Estrutura Urbana e Mobilidade (figura 26) apresenta a hierarquia viária e os principais pontos de transporte coletivo, o acesso facilitado por transporte público beneficia famílias e profissionais. Ainda a presença da ciclofaixa na Avenida Augusto Franco, bem como a localização de equipamentos públicos e serviços. O terreno está inserido em vias locais, entretanto, em função da concentração de equipamentos de saúde nas proximidades, associados ao uso residencial e comercial, essas vias assumem um fluxo intermediário, com maior intensidade nos horários de pico. Vale ressaltar que o fluxo elevado de veículos nas vias arteriais pode gerar ruídos e estímulos sensoriais acentuados, aspecto que será trabalhado como condicionante no processo de concepção projetual.

Figura 26 – Mapa de estrutura urbana e equipamentos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

4.3 Condicionantes legais e ambientais

Localizado na esquina entre as ruas Bahia e Porto Alegre (figura 27), o terreno apresenta uma geometria regular e uma topografia praticamente plana. Dispõe de boa acessibilidade e está inserido em um contexto urbano consolidado, favorecido pela presença de comércio e serviços.

Figura 27 – Imagens do terreno



Fonte: Adaptado de Google Earth, 2025.

As condições físicas e urbanas observadas in loco permitiram visualizar as **potencialidades** mais significativas como a localização de esquina que oferece duas fachadas amplas; a presença de calçada plana permitindo a caminhabilidade; A predominância de edificações de baixo a médio porte no entorno, facilitando o aproveitamento de iluminação e ventilação naturais; Acessibilidade facilitada pelas vias de sentido duplo. Também foram identificadas **fragilidades** como ruído e fluxos acentuados nas principais vias e na esquina, podendo gerar conflitos de acessos; fachada da via principal voltada para o poente, demandando melhores estratégias no partido projetual.

No estudo inicial das condicionantes ambientais, ainda sem considerar a volumetria, elaborou-se o croqui (quadro 14), no qual foram analisados aspectos como ventilação, incidência solar, sentido das vias, além dos ruídos no entorno. A trajetória solar indica uma exposição mais intensa na fachada oeste, voltada para a Rua Bahia, que também possui um maior fluxo no eixo viário e, conseqüentemente, apresenta níveis mais elevados de ruído.

Quadro 14 – Diagrama síntese das condicionantes



Em relação à acústica, as fachadas voltadas para as vias apresentam maior ruído, enquanto às orientadas para os lotes vizinhos, por se tratar de usos residenciais em sua maioria, possui uma maior tranquilidade nessas porções do lote. Quanto à ventilação, observou-se que os ventos predominantes são provenientes da porção leste e sudeste do lote.

O terreno está inserido na zona de adensamento preferencial (ZAP 2), conforme indicado no quadro 14, que apresenta os índices urbanísticos que caracterizam a área. A taxa de ocupação (TO) de 90%, corresponde a 2.925,657m² da área total do lote, isso evidencia uma elevada permissividade de ocupação em nível térreo, favorecendo a implantação do programa sem a necessidade imediata de verticalização.

A taxa de permeabilidade (TP) de 5%, indica a obrigatoriedade de incorporar áreas verdes e superfícies drenantes. E considerando que a região possui uma deficiência de espaços arborizados e áreas permeáveis esse parâmetro torna-se ainda mais necessário. Por fim, o lote apresenta um potencial construtivo de 9.752,19m², com base no coeficiente de aproveitamento (CO) vigente, o que corresponde à área máxima que pode ser edificável.

5. A PROPOSTA: O CENTRO DE REFERÊNCIA INFANTIL

Esta seção apresenta o desenvolvimento do projeto arquitetônico do Centro de Referência Infantil para crianças com TEA e TDAH. Este é o resultado da síntese e aplicação prática de todo o embasamento teórico construído ao longo do trabalho.

5.1 Diretrizes Projetuais

O Centro de referência infantil fundamenta-se na concepção de um espaço integrador, orientado pela inclusão sensorial e tendo como principal objetivo proporcionar ambientes acolhedores e que estimulam de maneira equilibrada crianças com TEA e TDAH. O **conceito** parte da ideia da integração entre educação, terapias e apoio familiar, estruturados através de espaços que promovam segurança, previsibilidade, autonomia e bem-estar. Dessa forma, o equipamento configura-se como um espaço de cuidado integral, no qual a arquitetura atua como

mediadora das experiências sensoriais, cognitivas e sociais, orientando-se pelas seguintes diretrizes projetuais:

- **Acústica:** Controlar os ruídos provenientes do entorno através da setorização do terreno, da criação de barreiras verdes, bem como de soluções da própria volumetria; adotar materiais com propriedades de absorção e tratamento acústico na estrutura; inserir zonas de transição entre áreas de maior e menor ruído.
- **Iluminação e ventilação:** Priorizar a iluminação natural difusa e evitar ofuscamento; ventilação cruzada para garantir o conforto térmico dos ambientes; evitar superfícies refletivas.
- **Materiais e texturas:** Adotar cores suaves e paletas com baixa saturação; utilizar pisos antiderrapantes e direcionais que auxiliem na orientação espacial; evitar estampas e desenhos muito contrastantes.
- **Sinalização e acessibilidade:** Rotas acessíveis em toda a edificação, sinalização visual e tátil, piso direcional e espaços de transição visando a facilitação da autonomia da criança através dos caminhos previsíveis; assegurar setorização clara dos ambientes; utilizar sinalizações universais e de linguagem visual simplificada.
- **Áreas externas:** arborização que garanta sombreamento; a criação de jardins sensoriais e pátios internos que criem conexão com todo o edifício.

5.2 Programa de necessidades

Quadro 15 – Programa de Necessidades.

Programa de Necessidades - Centro de Referência Infantil (TEA / TDAH)					
Setorização	Ambiente	Área mínima (m²)	Funcionalidade	Capacidade (pessoas)	Equipamentos e mobiliários
Acolhimento e Recepção A= 246,84 m²	Recepção 1 / Balcão de triagem	18,23m²	Recepção, agendamento, triagem inicial, controle de fluxo; balcão com vão acessível	1 atendente	Balcão com altura acessível, computador, telefone, cadeiras baixa-alta, sinalização visual
	Recepção 2	24,26m²	Recepção, agendamento, triagem inicial, controle de fluxo; balcão com vão acessível	2 atendentes + 15 acompanhantes em espera	Balcão com altura acessível, computador, telefone, cadeiras baixa-alta, sinalização visual
	Sala de espera	63,72m²	Espaço de permanência temporária	10 acompanhantes + 8 crianças	Assentos acolchoados, puffs, divisórias, painel sensorial leve, área brinquedos controlada
	Zona Calma	86,04m²	Espera com áreas de auto-regulação	8 a 12 crianças	Puffs, poltronas sensoriais,
	Refúgio	7,43m²	Espaço individual de contenção emocional e reorganização sensorial.	1 criança por vez	Colchonete ou almofadões, iluminação suave, revestimento acústico, parede acolchoada.
	Triagem / Sala de observação curta	11,75m²	Avaliação rápida, acolhimento	1 criança + 1 profissional	Maca/colchão, cadeira, mesa pequena,

			inicial, espaço de contenção segura temporária		materiais de avaliação
	WC feminino	9,61m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, espelho
	WC masculino	9,61m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, espelho
	WC PCD	2,88m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	WC família	13,31m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível. Mesa grande,
Apoio Familiar A= 268,49m²	Sala de reuniões equipe e família	10,73m ²	Discussões de casos, planejamento terapêutico	6-8 pessoas	cadeiras, prateleiras, quadro branco, computador Macas/leitos,
	Enfermaria	23,77m ²	Atendimento básico, observação e primeiros socorros.	2 leitos	mesa de procedimento, armário de insumos, pia, cadeiras. sanitário, lavatório,
	WC Acessível Enfermaria	5,40m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	Auditório	135,48m ²	Reuniões, palestras, oficinas com familiares, capacitação	100 pessoas	poltronas, projetor, mesa som
	Apoio Técnico	16,12m ²	Suporte	1 funcionário	-

	auditório		operacional ao auditório, armazenamento de equipamentos		
	Foyer	23,91 m ²	Acolhimento, pequenas conversas, pausa	-	Sofás, mesa, armário para materiais, brinquedos calmos
	WC Acessível fem.	3,40m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	WC Acessível mas.	3,40m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	Cafeteria	46,28m ²	Apoio alimentar para usuários, acompanhantes e equipe.	12–16 pessoas	Mesas e cadeiras, balcão de atendimento, refrigerador, microondas, prateleiras, pia
Apoio Terapêutico A= 378,9 m²	Sala multissensorial (estimulação sensorial)	23,36m ²	Regulação sensorial, estimulação controlada (luzes, texturas, recursos táteis)	5–8 crianças	Painel sensorial, iluminação regulável, projetor/efeitos, colchões, redes seguras, armazenamento seguro tapetes
	Hidroterapia	74,08m ²	sessões terapêuticas na piscina	10–12 crianças	antiderrapantes, suportes para materiais flutuantes Colchões,
	Sala de Fisioterapia	28,45m ²	Atividades de psicomotricidade e fisioterapia	10–12 crianças	barras, trampolim pequeno, rampas, materiais de

					equilíbrio
	Sala de terapia Ocupacional	29,51m ²	Desenvolvimento de habilidades motoras e integração sensorial.	6–8 crianças	cadeiras ergonômicas, tatame, espaldar, bolas terapêuticas, materiais sensoriais
	Consultório de fonoaudiologia	26,97m ²	Avaliação e intervenção em linguagem	1 profissional+1 criança acompanhante	Mesa, cadeiras, materiais lúdicos, jogos pedagógicos
	Consultório de Psicologia	20,72m ²	Atendimento psicológico individual e orientação familiar	1 profissional+1 criança acompanhante	Mesa, cadeiras, materiais lúdicos, jogos pedagógicos
	Consultório de neurologia	19,51m ²	Avaliação neurológica, acompanhamento clínico	1 profissional+1 criança acompanhante	Mesa, cadeiras, materiais lúdicos, jogos pedagógicos
	Consultório de Pediatria	23,78m ²	Acompanhamento clínico geral, avaliação do desenvolvimento infantil.	1 profissional+1 criança acompanhante	Mesa, cadeiras, materiais lúdicos, jogos pedagógicos
	Cozinha	15,30m ²	Preparo de lanches e apoio alimentar às crianças e equipe.	2 funcionários	pia, fogão, geladeira, armários.
	Refeitório	19,79m ²	Espaço para alimentação e socialização.	12 a 16 crianças por turno (uso rotativo).	Mesas coletivas
	Área de transição	67,19 m ²	Espaço intermediário entre setores com diferentes níveis de estímulo	10–12 crianças	-
	Vestiário Acessível	5,41 m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira,

					chuveiro, espelho e barras de apoio quando acessível.
	Vestiário feminino	12,45 m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, chuveiro, espelho.
	Vestiário masculino	12,38 m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, chuveiro, espelho.
Apoio Educacional A= 262m²	Sala de aula / oficina pedagógica 1	31,77m ²	Apoio escolar, reforço, pequenas turmas	10–12 crianças	Mesas hexagonais/retas, prateleiras, quadro, computadores /tablet adaptados, materiais pedagógicos
	Sala de aula / oficina pedagógica 2	31,38m ²	Apoio escolar, reforço, pequenas turmas	10–12 crianças	Mesas hexagonais/retas, prateleiras, quadro, computadores /tablet adaptados, materiais pedagógicos
	Biblioteca / Espaço de leitura	48,07m ²	Atividades de leitura, estimulação cognitiva	8–10 crianças	Estantes baixas, tapetes, puffs, livros sensoriais
	Sala de informática	12,38m ²	Aulas e atividades digitais.	6–8 crianças	computadores, bancada contínua, 1 mesa de apoio, cadeiras ergonômicas.
	Sala de artes/pintura	17,93m ²	Atividades artísticas e sensoriais.	6–8 crianças	Mesas coletivas, cadeiras, bancada com pia, estantes para materiais,

					suportes para pintura.
	Sala de musicoterapia	23,91m ²	Terapia com recursos sonoros e rítmicos.	10–12 crianças	tapetes acústicos, puffs/cadeiras, instrumentos variados, armário.
	Sala de recursos	28m ²	Apoio pedagógico especializado e materiais adaptados.	10–12 crianças	Mesas individuais e coletivas, cadeiras, armário de materiais, prateleiras, computador de apoio.
	WC feminino	10,15m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, espelho
	WC masculino	9,64m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por cabine	sanitário, lavatório, lixeira, espelho
	WC PCD	2,75m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	Sala de descompressão	13,8 m ²	-	-	-
	Área de transição	40,48 m ²	Espaço intermediário entre setores com diferentes níveis de estímulo	10–12 crianças	-
Área Administrativa e Apoio Técnico A= 395,3m²	Escritório / Administração	22,8m ²	Coordenação, secretaria, arquivos	4-6 funcionários	Mesas, cadeiras, armários, impressora, arquivo
	Arquivo	15,93m ²	Armazenamento organizado de prontuários, documentos administrativos	1 funcionário	Estantes deslizantes ou metálicas

	Coordenação	17,33m ²	Gestão administrativa e pedagógica da instituição	1 coordenador + até 3 pessoas em atendimento	Mesa executiva, cadeiras, armário, computador
	Lavabo	3,70m ²	Apoio sanitário para a coordenação	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório
	Profissionais da saúde	17,93m ²	Espaço de apoio, descanso breve e organização de prontuários dos	4 a 8 profissionais simultaneamente	Mesa coletiva, cadeiras, armários individuais
	Recepção ADM	35,33m ²	Atendimento administrativo	1 funcionário	Balcão de atendimento
	Sala de reuniões	19,91m ²	Reuniões e planejamento interdisciplinar	12 a 14 pessoas	Mesa central, cadeiras, TV e projetor
	Sala de TI	12,38m ²	Suporte tecnológico Atendimento	1 a 2 técnicos.	-
	Serviço Social	13,70m ²	individual às famílias, orientação socioassistencial	1 assistente social + 1 família	Mesa, cadeiras, armário fechado, computador.
	Copa para lanches	23,91m ²	Preparo de lanche, higienização	2–4 pessoas	Pia, bancada, armários, microondas, geladeira, mesa
	Almoxarifado / Depósito	7,22m ²	Armazenamento de materiais	-	Prateleiras, armário trancável
	Sanitário funcionários feminino	10,15m ²	Banho / troca	2–4 pessoas	Vestiário, vaso, pia
	Sanitário funcionários masculino	9,64m ²	Banho / troca	2–4 pessoas	Vestiário, vaso, pia
	WC PCD	2,75m ²	Sanitários de uso geral	1 pessoa por vez	sanitário, lavatório, lixeira, espelho e barras de apoio quando acessível.
	Sala de segurança /	13,80 m ²	Monitoramento	1–2	cama/colchão, telefone

	controle				interno
	Terraço	168,82m ²	Espaço de convivência ao ar livre destinado	-	Pergolado e bancos
Área Externa e Paisagismo Terapêutico	Pátio	188,15 m ²	Brincadeiras estruturadas e estímulos motores seguros.	15–20 crianças simultâneas	Brinquedos acessíveis, piso emborrachado, escorregador, balanço adaptado, área sombreada
Estacionamento e Acessos	Estacionamento público / funcionários + Vagas PCD	16 vagas	Estacionamento com vagas acessíveis	16 vagas + 3 PCD	Vagas demarcadas, rampa de acesso, calçada rebaixada 150 crianças diariamente
Capacidade					16 vagas
Vagas de estacionamento					3 vagas
Vagas PCD mínimas (NBR 9050)					
ÍNDICES URBANÍSTICOS					
Área total do terreno				3.255,22 m ²	
Área total construída				2.347,77 m ²	
Taxa de ocupação				50,58% (1.646,49m ²)	
Coefficiente de Aproveitamento				0,72	
Taxa de permeabilidade				42,3%	

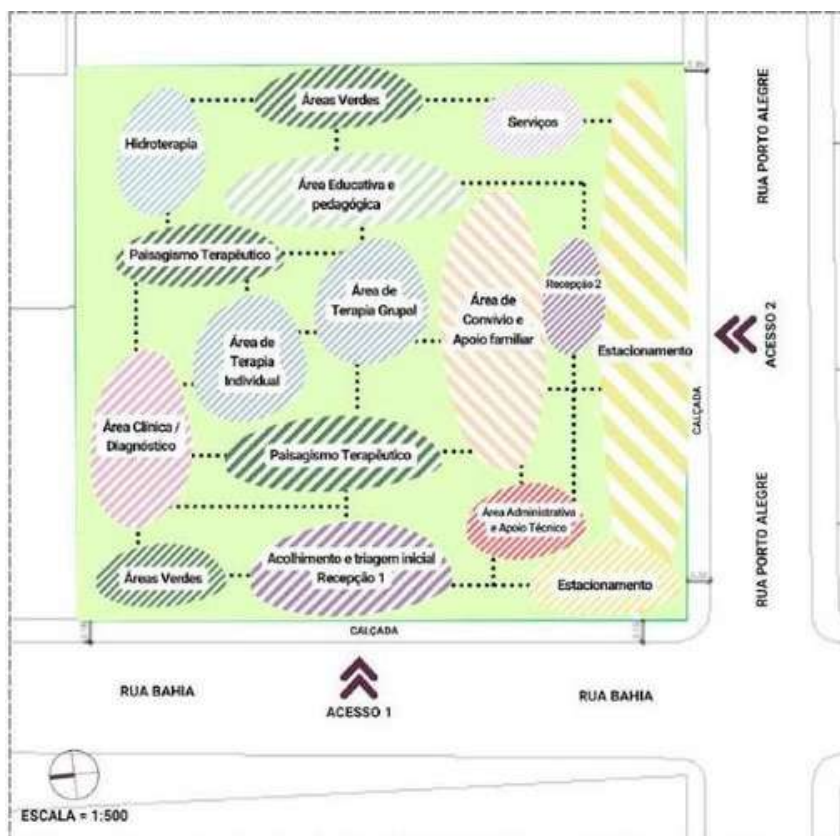
Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

5.3 Concepção Projetual

O processo de concepção do Centro de Referência (figura 28) evoluiu por meio de duas espacializações. Aprimeira foi concebida como um estudo inicial para compreender a distribuição geral dos setores e suas possíveis relações dentro do lote. Nesse momento, todo o programa foi implantado em um único pavimento térreo. Além disso, não foram considerados os recuos obrigatórios definidos pelo

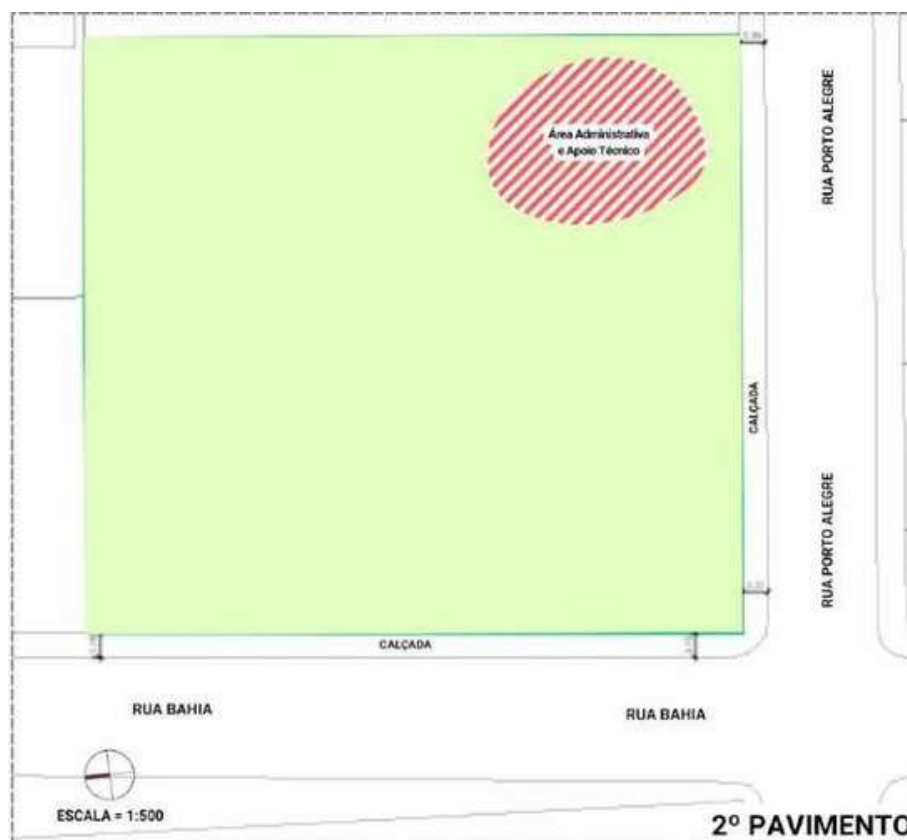
zoneamento, nem o dimensionamento correto de cada ambiente, tendo em vista que o objetivo principal era visualizar o comportamento do programa no terreno.

Figura 28 – Primeira espacialização (Setorização)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A segunda e atual espacialização (figura 29) foi distribuída em dois pavimentos de forma que todos os setores destinados às crianças ficassem no térreo e somente o administrativo estivesse no segundo pavimento. Nesta foram consideradas as áreas adequadas de cada ambiente, bem como os recuos obrigatórios, o que resultou em uma organização mais coerente e realista. Além disso, o estacionamento passou para a fachada oeste (poente), atuando como uma barreira e trazendo um maior afastamento da edificação do ruído da rua. Essa movimentação também abriu espaço para criar, na esquina entre a Rua Bahia e a Rua Porto Alegre, um empraçamento que além de ser uma barreira vegetal, funcionará como um espaço de acolhimento e direcionamento as entradas do edifício. Ainda, na Rua Porto Alegre, via com tráfego moderado, foram propostas barreiras vegetais com dupla função: reduzir o ruído urbano e favorecer a ventilação natural.



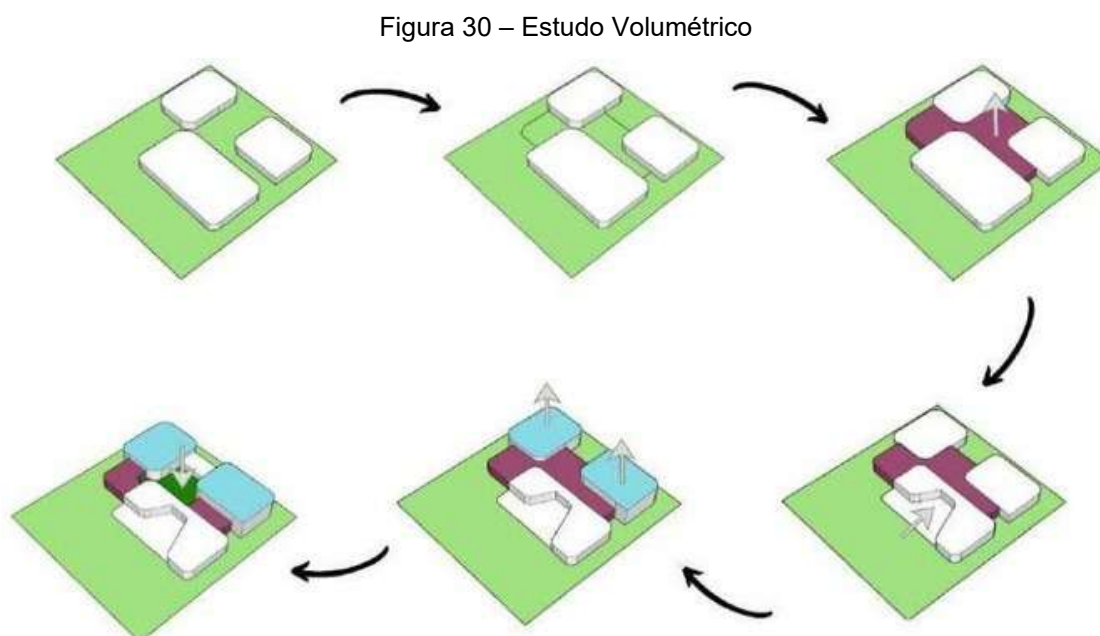
Fonte: Elaborado pelo autor, 2025 .

O **estudo volumétrico** (figura 30) iniciou-se com a disposição de três blocos independentes, representando os três pilares do programa: apoio educacional, apoio terapêutico e apoio familiar. Em seguida, estabeleceu-se uma conexão entre esses blocos, unificando fluxos essenciais. A partir dessa conexão, formou-se um volume central que consolida essa integração entre os setores e começa a definir um espaço mais coeso para os ambientes de uso comum.

No volume horizontal principal, foi criado um afastamento para marcar o acesso e gerar uma percepção clara de direcionamento e acolhimento na chegada. Esse recuo volumétrico destaca o ponto de entrada e facilita a orientação espacial do usuário. Na etapa seguinte, o volume destinado ao auditório recebeu pé-direito mais elevado, enquanto o outro bloco incorporou um segundo pavimento, destinado ao setor administrativo.

Por fim, foi inserido o jardim terapêutico como elemento estruturador da implantação. Esse espaço verde funciona como eixo central de respiro, estímulo sensorial e integração entre os blocos. A partir das definições estabelecidas no estudo volumétrico, foi possível obter como resultado final a **implantação** (figura

31). Nessa etapa, a disposição dos blocos no terreno consolida a setorização do programa e a integração entre os diferentes usos.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Figura 31 – Implantação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

5.4 Zoneamento e fluxos

O **zoneamento** (figura 32) foi pensado a partir da divisão do conjunto em blocos, cada um com função específica, separados entre si, mas que também se conectam.

O bloco terapêutico foi implantado mais ao fundo do terreno, garantindo maior privacidade e reduzindo a interferência de agentes externos. O bloco educacional também está mais afastado da via principal, junto a uma via de menor fluxo, sendo ainda protegida por vegetação e pelo passeio público. Já o bloco de recepção, acolhimento e apoio familiar, ocupa posição estratégica estando presente nas duas

fachadas do lote, promovendo a conexão entre os setores. O setor administrativo, acessado majoritariamente por funcionários, foi posicionado de forma mais reservada no pavimento superior. Eventualmente, esse setor pode ser acessado pelos pais, especialmente para atendimento na sala de assistência social, localizada nesse pavimento, ou para a realização de procedimentos administrativos pontuais.

Foram previstas duas recepções distintas: a recepção 1 destinada ao atendimento dos setores terapêutico e de apoio familiar, e a recepção 2, que atende diretamente ao apoio educacional. Essa distinção visa organizar e direcionar os fluxos, evitando a concentração excessiva de usuários em um único ambiente. Apesar da separação funcional, ambas as recepções se conectam por meio do foyer do auditório e da cafeteria, concebidos como elementos de integração entre os espaços de espera, com o objetivo de promover a troca e a interação entre os familiares.

Para concluir a setorização, o pátio, localizado no centro da edificação, é o elemento principal de conexão do conjunto. Esse espaço simboliza a integração entre os apoios terapêutico, familiar e educacional, reforçando a importância dessa articulação no desenvolvimento das crianças.

Figura 32 – Zoneamento da edificação

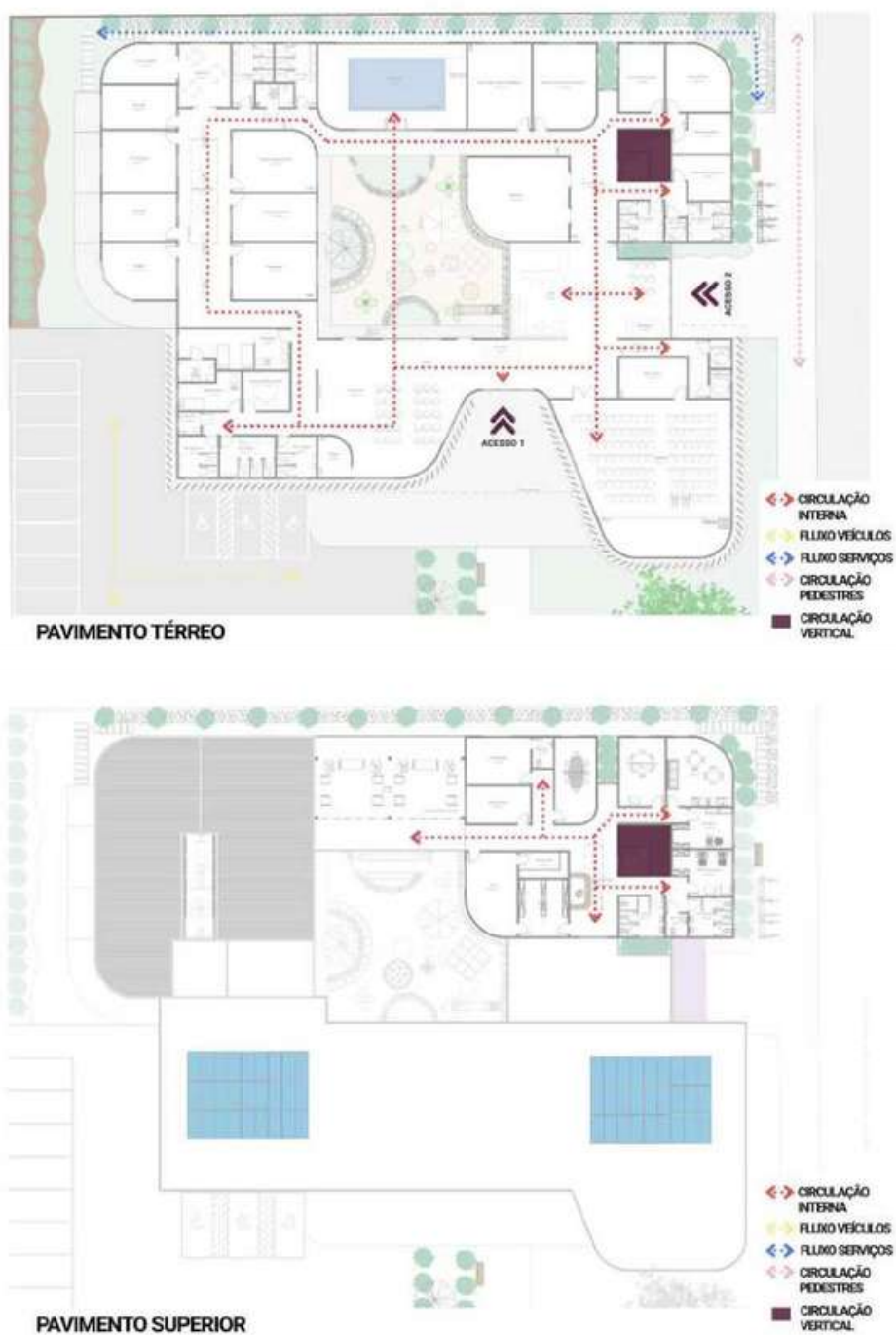


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Ao concentrar todo o atendimento do público infantil no pavimento térreo, foi possível organizar os **fluxos** (figura 33) de maneira funcional e estratégica. Reduzindo o deslocamento vertical das crianças, minimizando estímulos excessivos e facilitando a orientação espacial, aspectos fundamentais para usuários

neurodivergentes. A circulação interna no térreo ocorre de forma contínua, o que evita cruzamentos desnecessários entre os usuários, e também através de percursos bem definidos conectando os três blocos e sempre mediados por espaços de transição e espera.

Figura 33 – Principais fluxos da edificação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Figura 34 – Fluxograma

**PAVIMENTO SUPERIOR**

- ACOLHIMENTO E RECEPÇÃO
- APOIO FAMILIAR
- APOIO TERAPÊUTICO
- APOIO EDUCACIONAL
- ESTACIONAMENTO
- ADMINISTRATIVO

Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

5.5 Soluções Projetuais

As **soluções sensoriais** foram concebidas com o objetivo de promover o equilíbrio nos estímulos do ambiente e favorecer a autorregulação das crianças. Na recepção 1, foi implantada uma zona calma, posicionada logo após a área de espera, destinada às crianças enquanto os pais aguardam atendimento. Esse espaço funciona como ambiente de transição e permanência controlada, configurando-se como um respiro no percurso interno, onde as crianças podem caminhar com maior liberdade. O ambiente conta com pufes e painel sensorial (figura 35), ferramenta terapêutica voltada à estimulação dos sentidos e ao apoio à autorregulação emocional. Além disso, o recurso contribui para o desenvolvimento de habilidades motoras e para a exploração tátil por meio de diferentes texturas.

Figura 35 – Exemplo de painel sensorial



Fonte: site:<https://www.mkkidsinteriors.com/things-to-consider-when-designing-a-day-nursery/>

No setor de apoio educacional, foi criada uma sala de descompressão, destinada a pausas durante as atividades pedagógicas. Esse espaço permite que as crianças se afastem momentaneamente dos estímulos quando se sentirem sensorialmente sobrecarregadas, favorecendo o reequilíbrio emocional e o retorno gradual às atividades. No pátio central estão localizados o playground e o jardim sensorial, assim como os percursos com pisos de diferentes texturas e elementos naturais que ampliam as experiências sensoriais de forma controlada e integrada ao ambiente externo.

Foram previstos também, espaços de transição em dois setores: um no bloco terapêutico, entre as salas de atendimento, e outro no bloco educacional. Esses

ambientes funcionam como áreas neutras, contribuindo para a adaptação entre atividades e reduzindo possíveis sobrecargas sensoriais. A escolha dos **materiais** priorizou critérios de segurança, durabilidade e conforto sensorial. Foi especificado piso antiderrapante monolítico nas áreas de maior circulação, garantindo resistência, fácil manutenção e redução de riscos de escorregamento.

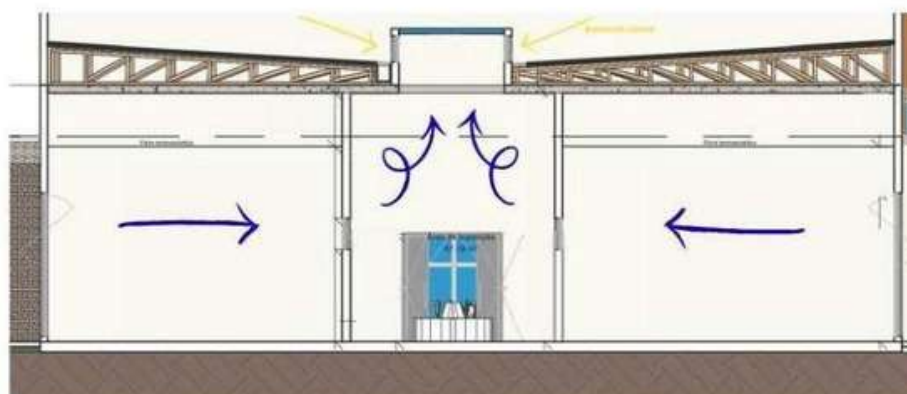
No Playground, adotou-se piso emborrachado, material que apresenta alta capacidade de absorção de impacto, contribuindo para a prevenção de lesões em casos de quedas, além de possuir superfície antiderrapante. As cores aplicadas nos brises da fachada e no piso emborrachado foram definidas em tons pastéis e neutros, com o objetivo de evitar estímulos visuais excessivos.

O projeto foi desenvolvido com foco na **acessibilidade** e na autonomia dos usuários. O terreno ser plano facilita a circulação que ocorre majoritariamente em plano horizontal, permitindo que as crianças se desloquem por todo o edifício com maior independência. Para a área de hidroterapia, foi prevista a instalação de uma plataforma de acesso à piscina, possibilitando o uso por cadeirantes e garantindo inclusão nas atividades terapêuticas.

No que se refere às **soluções de conforto**, foram adotados elementos arquitetônicos que favorecem a iluminação e a ventilação naturais em toda a edificação. Para isso, foram especificadas esquadrias verticais compostas por dois painéis: o painel inferior fixo, responsável por garantir a entrada de luz natural e contribuir com a redução de ruídos externos; e o painel superior do tipo basculante, que possibilita a ventilação controlada e favorece a circulação de ar.

No bloco terapêutico, espaço que exige maior controle e estratégias de conforto, a iluminação natural é complementada pela abertura zenital (figura 36), que auxilia para uma melhor distribuição da luz na área de transição entre as salas de terapia, reduzindo a necessidade de iluminação artificial durante o dia. Assim como a ventilação natural e cruzada que permite a renovação constante do ar e contribui para o conforto térmico dos usuários. Elementos como cobogós e brises verticais foram incorporados como dispositivos de proteção solar, especialmente nas fachadas oeste e sul, que apresentam maior incidência solar, auxiliando no controle térmico e na redução do ganho de calor para o interior da edificação.

Figura 36 – Corte da edificação: diagrama de ventilação cruzada e iluminação zenital



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

No desempenho acústico, adotou-se cobertura com telha termoacústica do tipo sanduíche, associada a forro acústico, com o objetivo de minimizar a propagação de ruídos e garantir maior conforto sonoro interno. Além disso, na laje de maior dimensão foi prevista a utilização de argila expandida que além de proporcionar isolamento térmico e acústico, atua como proteção da impermeabilização da laje.

Para a **estrutura** do Centro de referência foi utilizado o sistema construtivo misto, combinando elementos em concreto armado e estrutura metálica. Os pilares foram executados em concreto moldado in loco, garantindo maior robustez estrutural e adaptação às necessidades do projeto.

As vigas metálicas compõem o sistema de sustentação horizontal, trabalhando em conjunto com lajes do tipo steel deck, solução que proporciona maior agilidade construtiva, redução de peso próprio e bom desempenho estrutural.

A vedação foi especificada em alvenaria. A circulação vertical foi estruturada em bloco estrutural, garantindo estabilidade e rigidez ao conjunto.

A fundação foi dimensionada com sapatas de concreto, compatíveis com as cargas previstas e com as características do solo.

Na cobertura, adotou-se telha termoacústica do tipo sanduíche, apoiada sobre treliça metálica, solução que contribui para o conforto térmico e acústico da edificação, além de proporcionar leveza estrutural.

No que se refere às **instalações prediais**, após o cálculo do reservatório de água, constatou-se a necessidade de 20.000 litros para armazenamento. Optou-se por reservatório superior, com abastecimento direto pela rede pública, visto que a edificação não ultrapassa 9 metros de altura, conforme estabelecido em norma técnica. O consumo diário estimado é de 10.000 litros; entretanto, esse valor foi duplicado a fim de garantir autonomia mínima de 48 horas. Em razão da setorização em blocos, as áreas molhadas e os sanitários foram posicionados estrategicamente para melhor atender às funções específicas de cada setor, mantendo-se organizados de forma segregada. Como solução técnica, o reservatório foi dividido em dois pontos distintos: um localizado sobre o bloco de sanitários do setor administrativo, responsável por atender esses sanitários e os sanitários acessíveis próximos ao auditório; e outro implantado sobre a área de transição do bloco terapêutico, próximo à enfermaria, destinado ao atendimento do setor terapêutico e do bloco de sanitários da recepção 1.

Embora o edifício tenha sido concebido priorizando a ventilação natural, foram previstas três lajes técnicas, uma para cada bloco, destinadas à instalação das unidades condensadoras do sistema de climatização. Por fim, a laje impermeabilizada foi dimensionada de modo a possibilitar, futuramente, a instalação de placas fotovoltaicas, contribuindo para maior eficiência energética da edificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso permitiu consolidar um referencial teórico e metodológico que fundamentou o desenvolvimento da proposta projetual arquitetônica de um Centro de Referência Infantil voltado ao atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Ao longo do processo, foi possível evidenciar o papel da arquitetura inclusiva como ferramenta fundamental para o suporte ao desenvolvimento cognitivo, sensorial e social da infância neurodivergente, bem como para o acolhimento e apoio às famílias.

A partir da revisão bibliográfica, da análise de experiências projetuais correlatas e do estudo das condicionantes físicas, ambientais e urbanas da área de intervenção, foram estabelecidos critérios projetuais consistentes, capazes de orientar decisões espaciais, funcionais e técnicas. A análise do contexto urbano de Aracaju/SE evidenciou a carência de equipamentos públicos especializados voltados a esse público, reforçando a relevância social e a urgência da proposta desenvolvida. O projeto resultante apresenta uma organização espacial pautada na integração entre os setores educacional, terapêutico e de apoio familiar, aliada a estratégias de conforto ambiental, acessibilidade, controle sensorial e clareza dos fluxos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARCHINECT. Regional Center for Autism Care. Archinect, 2025. Disponível em: <https://archinect.com/urbanika/project/regional-center-for-autism-care>. Acesso em: 3 set. 2025.
- ARQUIMASTER. Centro de Autismo Tamaulipas (CATAM) – Guillermo Tirado González Architects. Arquimaster, 2025. Disponível em: <https://www.arquimaster.com.ar/web/centro-de-autismo-tamaulipas-catam-guillermo-tirado-gonzalez-architects/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- ASPERGER, H. Autistic Psychopathy in Childhood, in FRITH, U. (ed.) Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. Publicado originalmente como Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 76–136, 1944.
- BAKER, L. Designing for autism spectrum disorders. New York: Routledge, 2016.
- BARKLEY, R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 4. ed. New York: Guilford Press, 2018.
- BONFIM, T. A.; GIACON-ARRUDA, B. C. C.; HERMES-ULIANA, C.; GALERA, S. A. F.; MARCHETTI, M. A. Vivências familiares na descoberta do Transtorno do Espectro Autista: implicações para a enfermagem familiar. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, Supl. 6, e20190489, 2020. Disponível em PDF.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220311_relatorio_cp_03_pcdt_tdah.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

BREULER, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. Leipzig: Deuticke, 1911.

CASATI, B.; ALVES, M. S.; COSTA, N. L.; BARBUTO, P. C. P. Transtorno do espectro autista em crianças: uma revisão integrativa das manifestações clínicas e abordagens terapêuticas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 1-9, out. 2024.

DOGTAGCLAN. Símbolo do TDAH: descubra o significado do laço laranja e como usar na identificação de crianças com TDAH e TOD. DogTagClan, 2025. Disponível em: <https://dogtagclan.com.br/blog/simbolo-do-tdah-descubra-o-significado-do-laco-laranja-e-como-usar-na-identificacao-de-criancas-com-tdah-e-tod/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

GRANDIN, T. The autistic brain: helping different kinds of minds succeed. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2015.

HUMPHREYS, S. Architecture and autism: demystifying the design process. New York: Routledge, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, n. 3, p. 217–250, 1943.

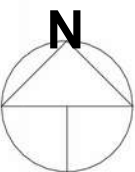
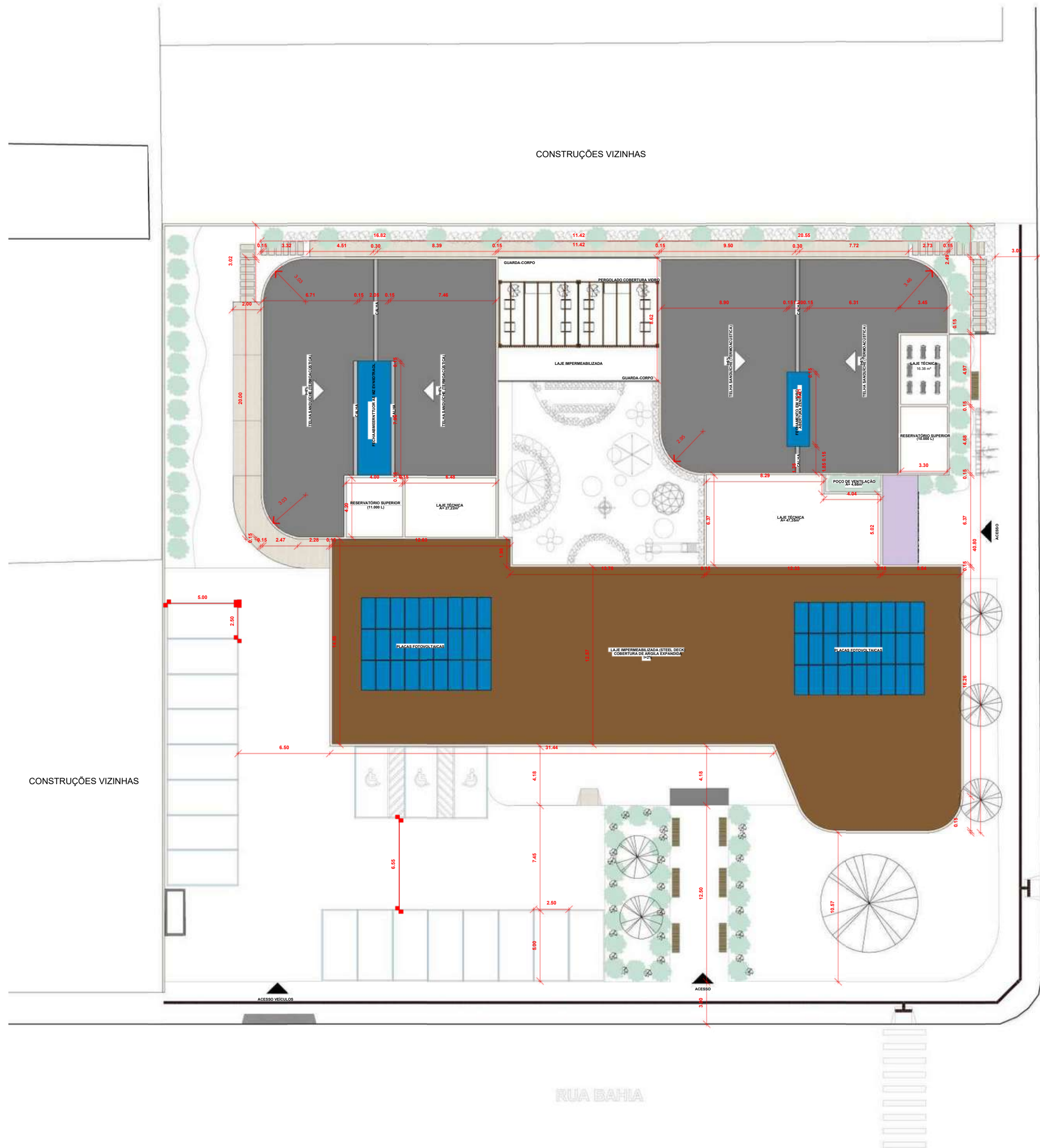
OLIVEIRA FILHO, E. G. de et al. Transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática da literatura. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 7, e7513745167, p. 1-10, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i7.45167>.

OLIVEIRA, C. W. de M. et al. Transtorno do espectro autista: uma revisão psiquiátrica sobre epidemiologia, etiopatogenia e intervenção. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 9, p. 1-27, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N9-016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/pt/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 28 ago. 2025.

- REIS, M. V. dos; PEREIRA-SILVA, N. L. Transtorno do espectro autista (TEA) e família: uma revisão de literatura. *Revista Educação Especial Santa Maria*, v. 38, p. 1-23, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X87407>.
- ROSÁRIO, E. L. O. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno do espectro autista em crianças. *Revista DELOS, Curitiba*, v. 17, n. 62, p. 1-21, 2024.
- SESSO, G. et al. Autism spectrum disorder and disruptive behavior disorders comorbidities delineate clinical phenotypes in attention-deficit hyperactivity disorder: novel insights from the assessment of psychopathological and neuropsychological profiles [Transtorno do espectro autista e comorbidades de transtornos de comportamento disruptivo delineiam fenótipos clínicos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: novas percepções a partir da avaliação de perfis psicopatológicos e neuropsicológicos]. *Journal of Clinical Medicine*, [s. l.], v. 9, n. 11, p. 1-15, 2020. MDPI. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9113737>.
- SINGER, J. *NeuroDiversity: The Birth of an Idea*. [S.l.]: [s.n.], 2016. Disponível em: <https://www.amazon.com/NeuroDiversity-Birth-Idea-Judy-Singer-ebook/dp/B01HY0QTEE/>. Acesso em: 30 jun. 2025.
- SOCIAL MENTES. Símbolos do autismo: significados e exemplos. Social Mentes, 2025. Disponível em: <https://socialmentes.net/simbolos-do-autismo-significados-e-exemplos/>. Acesso em: 28 ago. 2025.
- SPEED DRY. Isolamento acústico – Drywall. Speed Dry, 2025. Disponível em: <https://www.speeddry.com.br/isolamento-acustico-drywall>. Acesso em: 17 ago. 2025.
- SPIES, M. F.; GASPAROTTO, G. S.; SILVA, C. A. de S. Características do desenvolvimento motor em crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. *Revista Educação Especial Santa Maria*, v. 36, p. 1-27, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X71662>.
- THOMPSON FOUNDATION. Campaign. Thompson Foundation, 2025. Disponível em: <https://thompsonfoundation.org/campaign/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- TOCHETTO, A. P. G.; DELFINO, D. C. Desenvolvimento de crianças no espectro autista: uma visão a partir da intervenção na análise do comportamento aplicada. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 12, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N12-147.
- VOLKMAR, F. R.; PAULS, D. Autism. *The Lancet*, v. 362, n. 9390, p. 1133–1141, 2003.

WOLRAICH, M. L. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, v. 144, n. 4, e20192528, 2019. Disponível em: <https://ramp.luriechildrens.org/globalassets/ramp/reference/clinical-practice-guideline-adhd-pediatrics-2019.pdf>. Acesso em: 3 set. 2025. YOUNG, S. et al. Orientações para identificação e tratamento de indivíduos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno do espectro autista com base em consenso de especialistas. *BMC Medicine*, [s. l.], v. 18, n. 146, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y>. Acesso em: 16 ago. 2025. ZABLOTSKY, B.; BRAMLETT, M. D.; BLUMBERG, S. J. The co-occurrence of autism spectrum disorder in children with ADHD [A coocorrência do transtorno do espectro autista em crianças com TDAH]. *Journal of Attention Disorders*, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 94-103, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054717731638>.



QUADRO DE PERMEABILIDADE	
Área Total do Terreno	A= 3.255,22m²
Área Total Pavimentada	A= 1.875,92m²
Área Total Permeável	A= 1.379,3m²
grama	A= 653,18m²
argila expandida	A= 56,96m²
Piso drenante (estacionamento)	A= 669,16m²

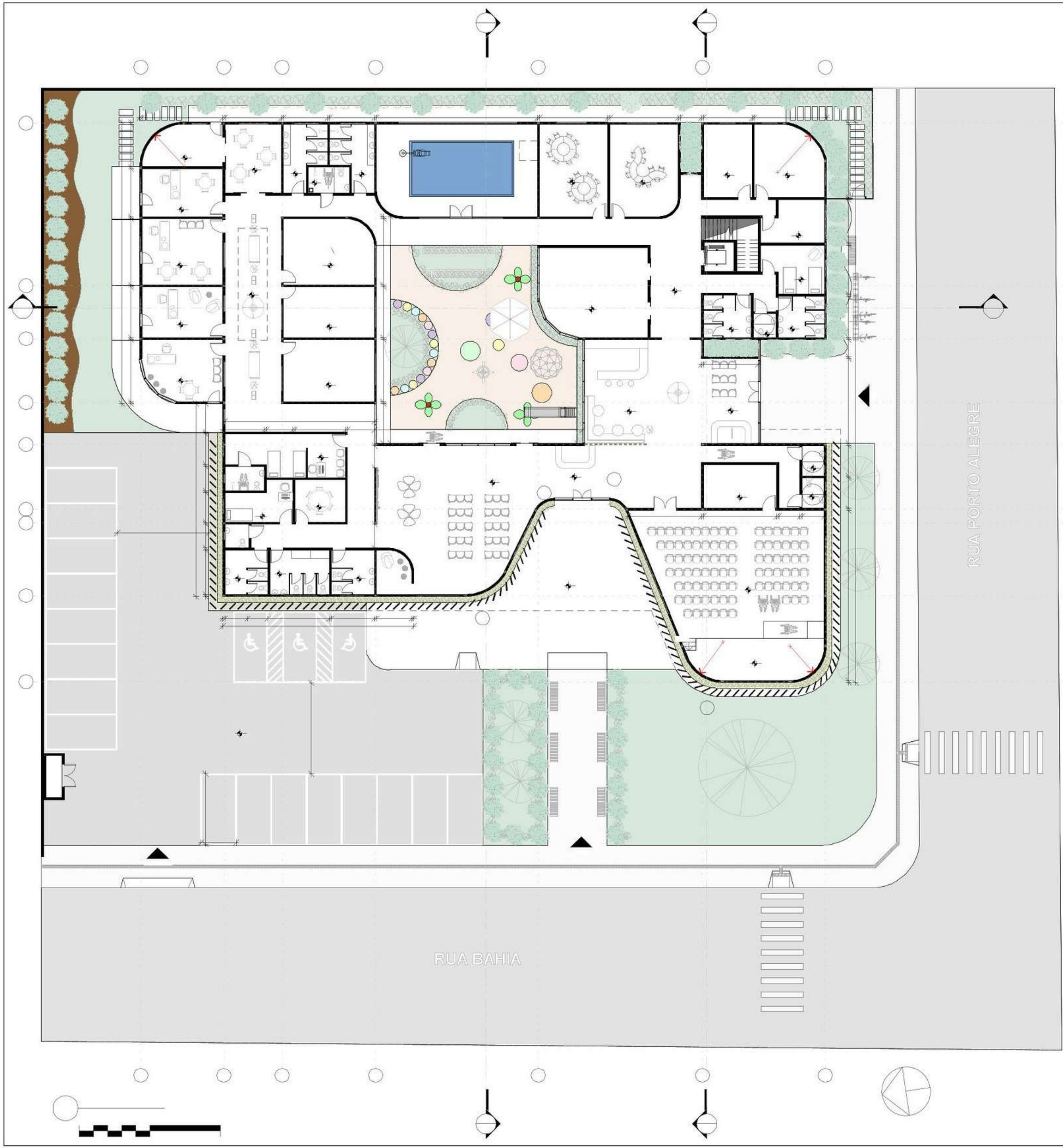
ÍNDICES URBANÍSTICOS		
Área Total do Terreno	A=3.255,22m²	
Taxa de ocupação	90% (2.925,657 m²)	50,58% (1.646,49 m²)
Coefficiente de Aproveitamento	3,0	0,72
Taxa de Permeabilidade	5%	42,37%
Área Total Construída	A=2.347,77 m²	

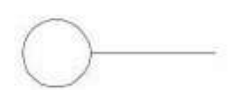
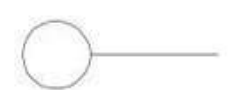


N



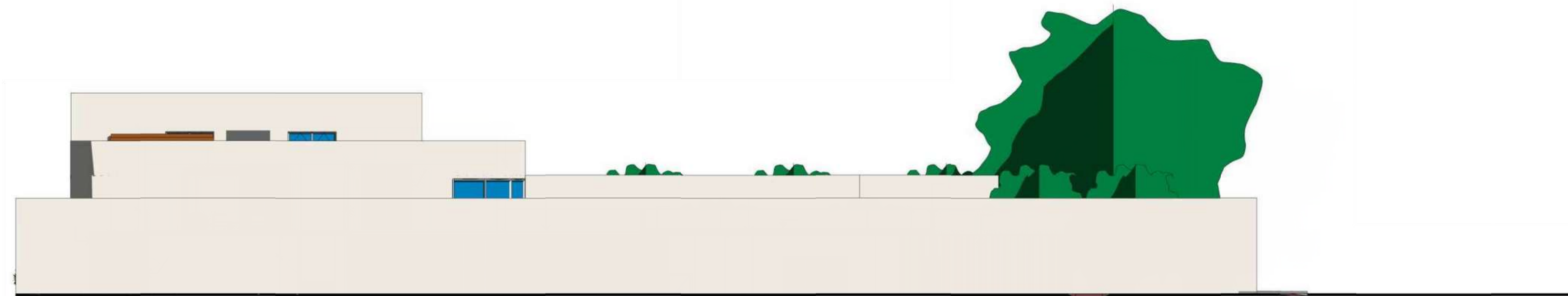
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2		
PROJETO:	Centro de referência infantil parac rianças comTEAeTDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE	
CONTEÚDO:	Planta de Implantação e Cobertura	
DISCENTE:	Fabiana Couto Ernesto Trabalho de conclusão de curso II	DATA: 02/2026
DISCIPLINA:		PRANCHAS: 1/10
DOCENTE:	Drª. Carolina Marques Chaves Galvão	ESCALA: Como indicado FOLHA: A2



[illegible]



Fachada Sul



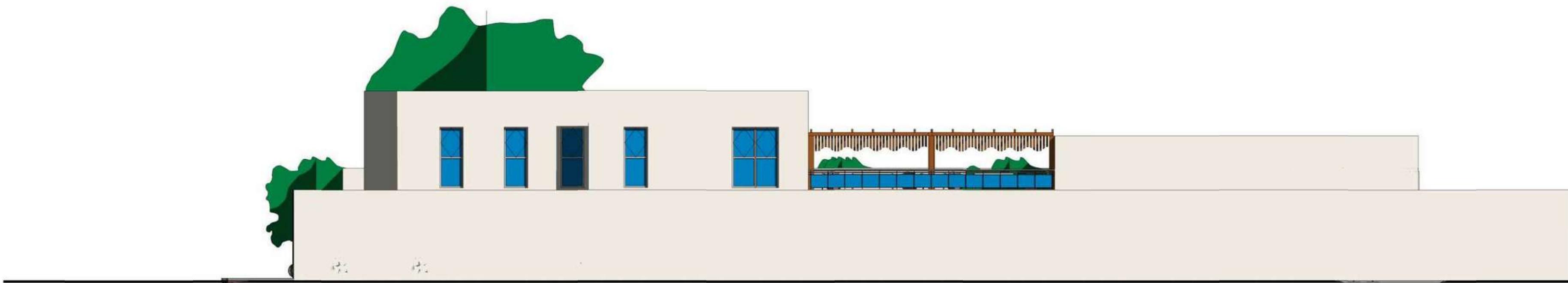
Fachada Norte



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE			
Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2			
PROJETO:	Centro de referência infantil paracrianças comTEAeTDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE		
CONTEÚDO:	Fachadas		
DISCENTE:	Fabiana Couto Ernesto		DATA: 02/2026
DISCIPLINA:	Trabalho de conclusão de curso II		PRANCHAS: 5/10
DOCENTE:	Drª. Carolina Marques Chaves Galvão		
	ESCALA: 1:100	FOLHA: A2	



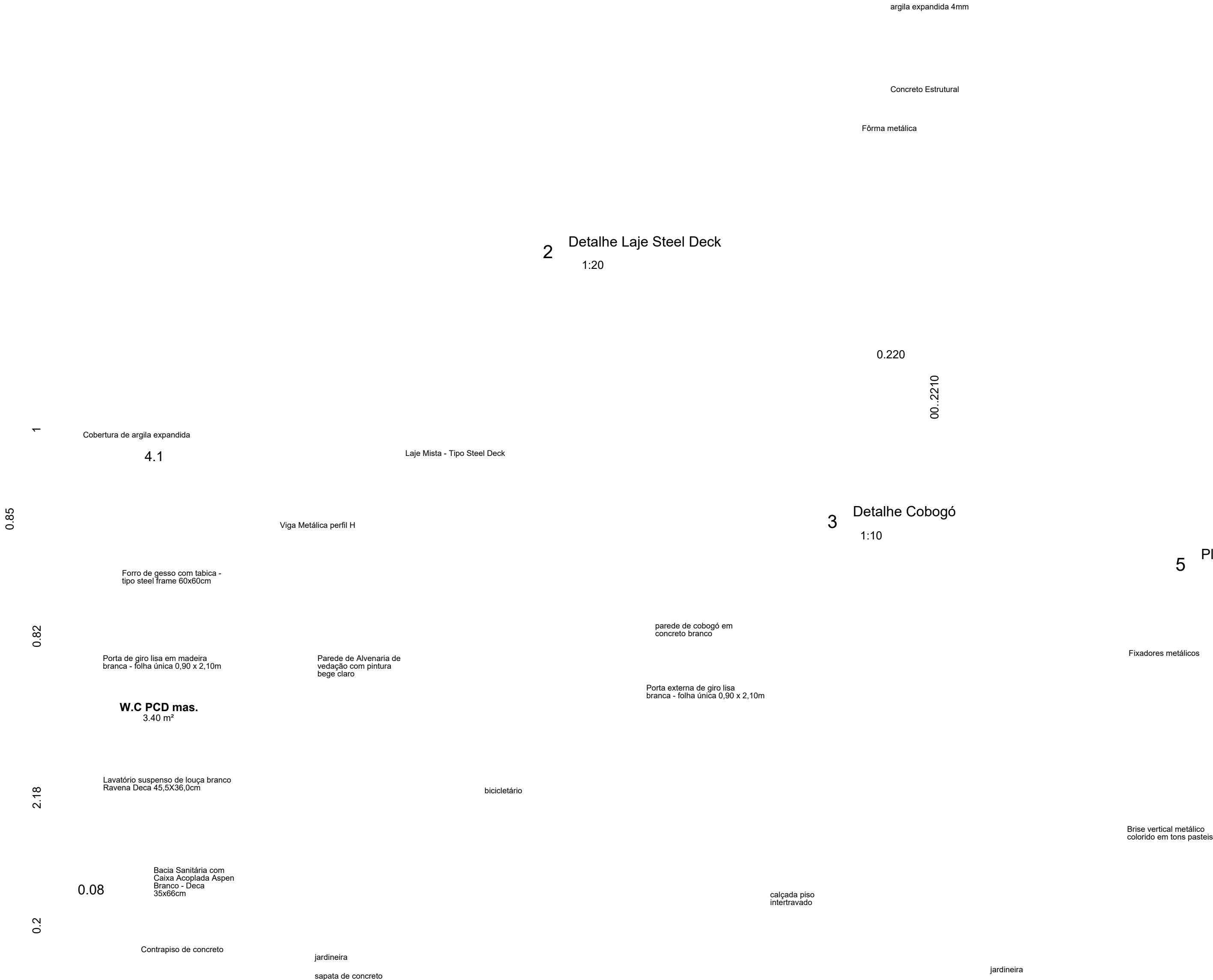
Fachada Oeste



Fachada Leste



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE			
Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2			
Centro de referência infantil paracrianças comTEAeTDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE			
Fachadas			
Fabiana Couto Ernesto			
Trabalho de conclusão de curso II			DATA: 02/2026
Dr ^a . Carolina Marques Chaves Galvão		ESCALA: FOLHA: 1/100	PRANCHAS:
		A2	6/10





Vista fachada oeste



Vista esquina



Vista estacionamento



Vista fachada sul

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2		
	PROJETO:	Centro de referência infantil para crianças com TEA e TDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE	
	CONTEÚDO:	Perspectivas Externas	
	DISCENTE:	Trabalho de conclusão de curso II	
	DISCIPLINA:	Dr.ª. Carolina Marques Chaves Galvão	ESCALA:
DOCENTE:		A2	FOLHA:
			8/10
			DATA: 02/2026
			PRANCHAS:



Sala de espera



Pátio Central



Biblioteca

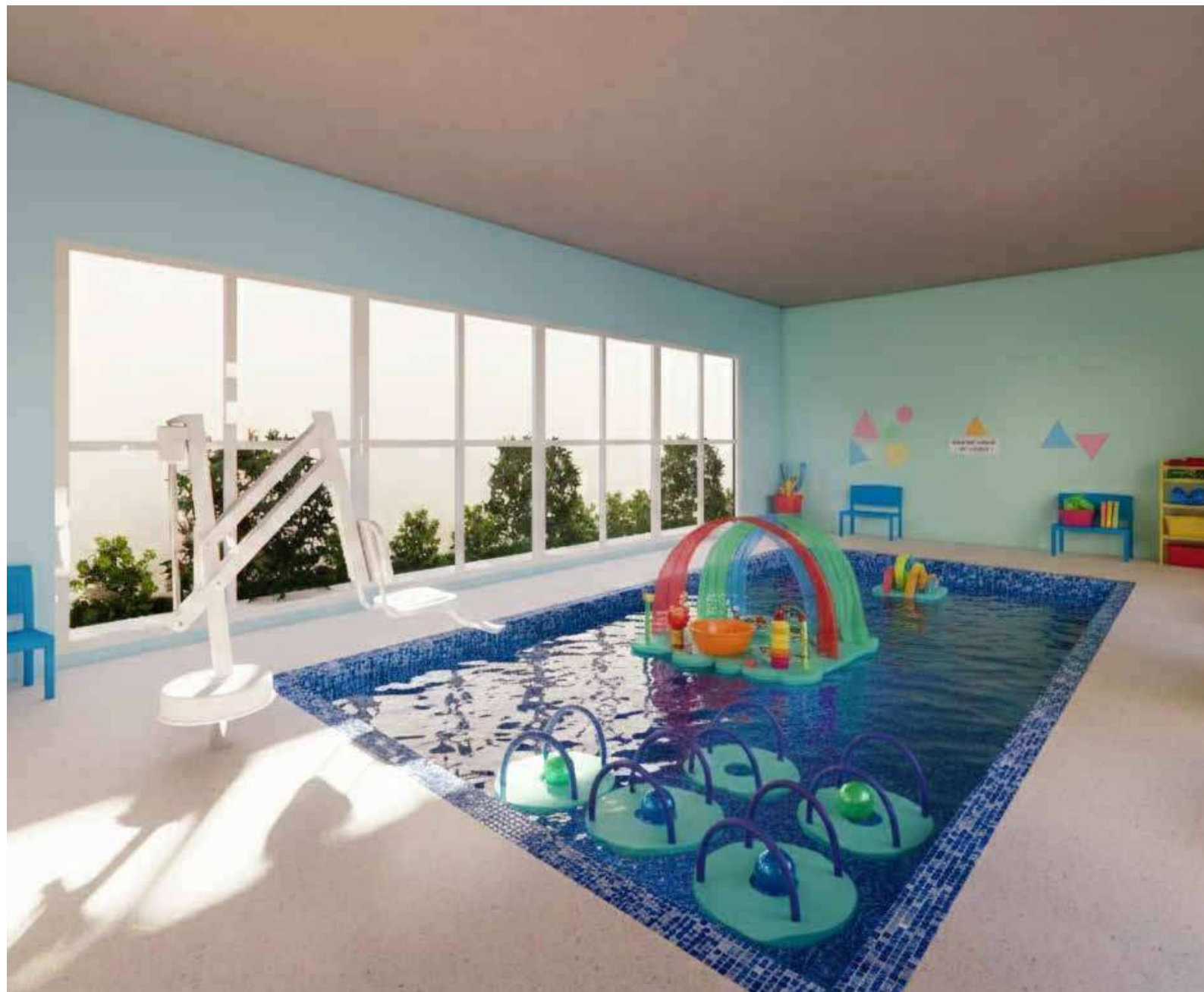


Pátio Central

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2		
	PROJETO:	Centro de referência infantil para crianças com TEA e TDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE	
	CONTEÚDO:	Perspectivas Internas	
	DISCENTE:	Trabalho de conclusão de curso II	DATA: 02/2026
	DISCIPLINA:	Dr.ª. Carolina Marques Chaves Galvão	ESCALA: FOLHA:
	DOCENTE:		A2 9/10



Sala de terapia ocupacional



Hidroterapia



Cafeteria

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE Departamento de Arquitetura e Urbanismo UFS 2025.2		
	PROJETO:	Centro de referência infantil para crianças com TEA e TDAH: Proposta arquitetônica de um espaço comunitário de apoio educacional, terapêutico e familiar em Aracaju-SE	
	CONTEÚDO:	Perspectivas Internas	
	DISCENTE:	Fabiana Couto Ernesto	
	DOCENTE:	Trabalho de conclusão de curso II	DATA: 02/2026
DISCIPLINA:		Dr.ª. Carolina Marques Chaves Galvão	ESCALA: FOLHA:
			10/10
		A2	