UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SHEILLA PAIXÃO SAMPAIO SOUZA

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: ESTUDO MULTIMÉTODOS

SÃO CRISTÓVÃO
2026

SHEILLA PAIXÃO SAMPAIO SOUZA

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: ESTUDO MULTIMÉTODOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Costa Martins Gallotti.

Linha de Pesquisa: Modelos teóricos e as tecnologias de enfermagem para o cuidado do indivíduo e grupos sociais

Área de concentração: Cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente; Tecnologias para o ensino e cuidado em enfermagem; Metodologias ativas na formação; simulação clínica.

SÃO CRISTÓVÃO
2026

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Souza, Sheilla Paixão Sampaio
S729a Atendimento de enfermagem à criança e ao adolescente com TEA na emergência : estudo multimétodos / Sheilla Paixão Sampaio Souza ; orientadora Fernanda Costa Martins Gallotti. – São Cristóvão, SE, 2026.
114 f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Enfermagem. 2. Transtorno do espectro autista. 3. Pediatria. 4. Hospitais – Serviços de emergência. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Gallotti, Fernanda Costa Martins, orient. II. Título.

CDU 616.896-083.98

SHEILLA PAIXÃO SAMPAIO SOUZA

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: ESTUDO MULTIMÉTODOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/____/_____

Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Fernanda Costa Martins Gallotti.
Universidade Federal de Sergipe
Presidente da banca

_____

Profa. Dra. Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro
Universidade Federal de Sergipe
Avaliador interno do Programa

_____

Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual do Vale do Acaraú
Avaliador Externo

Dedico este trabalho aos profissionais de enfermagem, que, mesmo diante da complexidade e das limitações dos serviços de saúde, sustentam o cuidado com sensibilidade, compromisso e responsabilidade.

Dedico também às mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista que, com coragem, persistência e amor, atravessam desafios invisíveis e constroem, todos os dias, novas formas de cuidar e existir.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Sergipe, minha casa acadêmica desde a graduação. Nesta instituição iniciei minha formação como enfermeira e encontrei a oportunidade de ampliar meu olhar sobre a pesquisa, a ciência e o compromisso social da enfermagem.

À minha orientadora e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, agradeço pelos ensinamentos, pela confiança depositada neste trabalho e pela condução cuidadosa de um processo que me permitiu amadurecer como pesquisadora.

À Rede Primavera, onde iniciei minha carreira como enfermeira e onde encontrei oportunidades que moldaram grande parte da profissional que sigo me tornando.

Aos colegas de profissão, minha gratidão pela oportunidade diária de aprender com a prática do cuidado. Foi no encontro com as experiências, inquietações e potencialidades da nossa profissão que nasceu o desejo de trilhar o caminho da pesquisa. Este mestrado representa, para mim, mais uma forma de contribuir com a enfermagem, fortalecendo a produção de conhecimento científico comprometido com a qualificação da assistência e com a valorização da profissão.

Às mães de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, agradeço pela generosidade em compartilhar suas histórias, experiências e sentimentos. Ao longo desta pesquisa, encontrei mulheres que transformam desafios em possibilidades, que aprendem novas formas de cuidar a partir do amor, da persistência e da defesa incondicional de seus filhos. Suas vozes não apenas deram vida a este estudo, mas ampliaram minha compreensão sobre o cuidado, a escuta e a importância de reconhecer os saberes construídos na experiência cotidiana.

Alexandre, Pedro e Marina, meu porto seguro, minha maior fonte de alegria e a razão pela qual continuo acreditando no valor de aprender, crescer e recomeçar. Obrigada pela compreensão diante das ausências, pela paciência nos dias mais difíceis e pelo amor que sustentou esta caminhada.

À minha mãe e aos meus irmãos, pelo incentivo constante, a confiança silenciosa e a presença de vocês ao longo da minha caminhada. Esta conquista também carrega um pouco da história, dos valores e do amor que recebi da nossa família.

Aos amigos, agradeço a presença generosa ao longo desta jornada. Nos momentos de maior exigência, vocês foram leveza, acolhimento e lembranças de que nenhum caminho precisa ser percorrido sozinho.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

SOUZA, S. P. S. **Atendimento de Enfermagem à criança e adolescente com TEA na emergência: estudo multimétodos.** 2026. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2026.

Introdução: O atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em unidades de emergência constitui um desafio assistencial em razão das alterações na comunicação, processamento sensorial e respostas comportamentais, associadas a um ambiente caracterizado por imprevisibilidade, sobrecarga e tempo reduzido para tomada de decisão. **Objetivo:** Analisar as dificuldades e desafios enfrentados por profissionais de saúde e mães no atendimento a crianças com TEA em unidades de emergência. **Materiais e método:** Estudo multimétodos, desenvolvido em duas etapas complementares. A primeira consistiu em uma revisão de escopo, conduzida conforme o Joanna Briggs Institute, cadastro OSF DOI 10.17605/OSF.IO/ZDX3C. A busca foi realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Scopus e Web of Science, contemplando estudos publicados até maio de 2026 em português, inglês e espanhol. Foram identificados 1.130 registros, dos quais 20 estudos compuseram a amostra final. A segunda etapa foi um estudo qualitativo, com coleta de dados por meio de questionário aplicado a profissionais de enfermagem e realização de grupos focais com mães de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo segundo Bardin, com abordagem hermenêutico-dialética, submetidos à análise lexical por meio do software IraMuTeQ. O rigor metodológico foi assegurado pelas diretrizes do COREQ. **Resultados:** A revisão de escopo evidenciou heterogeneidade na organização do cuidado, com predomínio de práticas não padronizadas, limitações na capacitação profissional e escassez de protocolos específicos. As principais barreiras relacionaram-se às dificuldades de comunicação, sobrecarga sensorial e fragilidades organizacionais dos serviços. Entre as estratégias facilitadoras destacaram-se a participação da família, adaptações ambientais e treinamento das equipes. Na segunda etapa do estudo, a análise de conteúdo permitiu a organização dos achados em 4 grupos temáticos que evidenciaram: complexidade do cuidado clínico-comportamental na emergência, relacionados a desafios no manejo clínico e realização de procedimentos, desregulação comportamental e imprevisibilidade das respostas e barreiras comunicacionais e interação com a criança; fragilidades institucionais e formativas no atendimento, associadas à déficit de capacitação profissional, ausência de protocolos e diretrizes assistenciais; necessidade de adaptações estruturais e organizacionais no serviço, relacionados à adaptação ambiental e sensorial, reorganização do fluxo assistencial e estratégias facilitadoras do cuidado; e protagonismo e sobrecarga familiar no contexto da emergência, destacando a mediação familiar no cuidado, experiência familiar no percurso assistencial, impactos emocionais e desgaste parental. Esses achados convergem para inadequações na organização dos serviços e na condução do cuidado, impactando a qualidade e a segurança da assistência. **Conclusão:** O atendimento a crianças com TEA em unidades de emergência é complexo, articula dimensões formativas, organizacionais e assistenciais. A qualificação do cuidado demanda investimento em capacitação profissional, desenvolvimento de estratégias adaptadas e reorganização dos serviços, com enfoque centrado na criança e na família.

Descritores: Transtorno do Espectro Autista; Enfermagem; Serviço hospitalar de emergência; Pediatria; Acessibilidade aos serviços de saúde.

ABSTRACT

SOUZA, S. P. S**. Nursing Care for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder in Emergency Departments: A Multimethods Study. 2026**. Dissertation (Master's in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Sergipe, Sergipe, 2026.

Introduction: Providing care to children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in emergency departments presents a healthcare challenge due to differences in communication, sensory processing, and behavioral responses, combined with an environment characterized by unpredictability, sensory overload, and limited time for decision-making. **Objective:** To analyze the difficulties and challenges faced by healthcare professionals and mothers in providing care to children with ASD in emergency departments. **Materials and Methods**: A multimethods study conducted in two complementary stages. The first consisted of a scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology and registered with the Open Science Framework (OSF), DOI 10.17605/OSF.IO/ZDX3C. Searches were conducted in the Virtual Health Library, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Scopus, and Web of Science databases, covering studies published up to May 2026 in Portuguese, English, and Spanish. A total of 1,130 records were identified, of which 20 studies comprised the final sample. The second stage consisted of a qualitative study, with data collected through a questionnaire administered to nursing professionals and focus groups conducted with mothers of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. Data were analyzed using Bardin's content analysis, guided by a hermeneutic-dialectical approach, and subjected to lexical analysis using the IRaMuTeQ software. Methodological rigor was ensured through adherence to the COREQ guidelines. **Results:** The scoping review revealed heterogeneity in the organization of care, with a predominance of non-standardized practices, limitations in professional training, and a shortage of specific protocols. The main barriers were related to communication difficulties, sensory overload, and organizational weaknesses within healthcare services. Facilitating strategies included family involvement, environmental adaptations, and staff training. In the second stage of the study, content analysis enabled the findings to be organized into four thematic groups: (1) Complexity of clinical and behavioral care in emergency settings, encompassing challenges in clinical management and the performance of procedures, behavioral dysregulation, unpredictable responses, communication barriers, and interactions with the child; (2) Institutional and educational weaknesses in care delivery, associated with insufficient professional training and the absence of protocols and clinical care guidelines; (3) The need for structural and organizational adaptations within healthcare services, involving environmental and sensory adjustments, reorganization of care pathways, and strategies to facilitate care delivery; and (4) Family involvement and burden in the emergency care context, highlighting the family's role as a mediator in care, family experiences throughout the care pathway, emotional impacts, and parental strain. These findings point to inadequacies in service organization and care delivery, with implications for the quality and safety of healthcare. **Conclusion:** Providing care to children with ASD in emergency departments is complex and involves educational, organizational, and care-related dimensions. Improving the quality of care requires investment in professional training, the development of adapted strategies, and the reorganization of healthcare services, adopting a child- and family-centered approach.

Descriptors: Autism Spectrum Disorder; Nursing; Emergency Service, Hospital; Pediatrics; Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo, adaptado do PRISMA 2020. 29

Figura 2 – Estrutura analítica das categorias e subcategorias temáticas 56

Figura 3 – Organização das classes lexicais do corpus geral obtidas por meio da Classificação Hierárquica Descendente no software IraMuTeQ. 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre o cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência. Sergipe, Brasil, 2026 30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Nível de estrutura organizacional do cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência nos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026.. 32

Quadro 2 – Barreiras e estratégias no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026 33

Quadro 3 – Desfechos e lacunas do conhecimento no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026. 35

Quadro 4 – Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes do estudo. Sergipe, Brasil, 2026. 53

Quadro 5 – Caracterização das mães participantes e das crianças/adolescentes com TEA. Sergipe, Brasil, 2026 55

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
DeCS/MeSH	Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings
JBI	Joanna Briggs Institute
PCC	População, Conceito e Contexto
PRISMA-ScR	*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*
PubMed/MEDLINE	*PubMed/Medline (National Library of Medicine)*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 REVISÃO DE LITERATURA 16

2.1 Aspectos gerais do Transtorno do Espectro Autista e implicações para o cuidado em saúde 16

2.2 Desafios da hospitalização e perspectivas dos pais e responsáveis de crianças com TEA. 18

2.3 Atuação do profissional de enfermagem no atendimento a crianças com TEA na unidade de emergência 20

3 OBJETIVOS 22

3.1 Objetivo Geral 22

3.2 Objetivos Específicos 22

4 RESULTADOS 23

4.1 Capítulo 1: Práticas, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão de escopo 24

4.1.1 Materiais e Métodos 24

4.1.1.1 Delineamento do estudo e referencial metodológico 24

4.1.1.2 Definição do objetivo e pergunta de pesquisa 24

4.1.1.3 Critérios de elegibilidade 24

4.1.1.4 Estratégia de busca e fontes de informação 25

4.1.1.5 Busca das evidências e seleção dos estudos e extração dos dados 26

4.1.1.6 Extração de dados 26

4.1.1.7 Análise e síntese das evidências 27

4.1.2 Resultados 27

4.1.2.1 Seleção dos estudos 27

4.1.2.2 Caracterização dos estudos incluídos 28

4.1.2.3 Estrutura organizacional do cuidado em serviços de emergência 31

4.1.2.4 Barreiras e estratégias facilitadoras relacionadas ao cuidado 32

4.1.2.5 Desfechos relacionados ao cuidado e lacunas do conhecimento 34

4.1.3 Discussão 36

4.1.3.1 O cuidado à criança com tea como fenômeno complexo e multidimensional 36

4.1.3.2 Comunicação como elemento estruturante da assistência sem citação em vários parágrafos 37

4.1.3.3 Ambiente, acessibilidade e organização do serviço 37

4.1.3.4 Família como parceira e fonte de conhecimento para o cuidado 38

4.1.3.5 Capacitação profissional e transformação da prática assistencial 39
4.1.3.6 Lacunas do conhecimento e perspectivas para pesquisa futura 41
4.1.4 Implicações para a prática 42
4.1.5 Limitações da revisão 43
4.2 Capítulo 2: Desafios e práticas no cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência: um estudo com profissionais de enfermagem e mães 45
4.2.1 Delineamento metodológico 45
4.2.1.1 Equipe de pesquisa e reflexividade 45
4.2.1.2 Conceito dos estudos 46
4.2.1.3 Análise e resultados 49
4.2.2 Aspectos éticos 51
4.2.3 Discussão 52
4.2.3.1 Caracterização dos participantes 52
4.2.3.1.1 Profissionais de enfermagem 52
4.2.3.1.2 Mães das crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista 53
4.2.3.2 Categorias temáticas da análise de conteúdo 54
4.2.3.2.1 Complexidade do cuidado clínico-comportamental na emergência 58
4.2.3.2.2 Fragilidades institucionais e formativas no atendimento 61
4.2.3.2.3 Necessidade de adaptações estruturais e organizacionais no serviço 64
4.2.3.2.4 Protagonismo e sobrecarga familiar no contexto da emergência 69
4.2.4 Implicações para prática 73
4.2.5 Limitações do estudo 74
5 CONCLUSÃO 76
REFERÊNCIAS 78
ANEXO A - MODELO PRISMA-SCR CHECKLIST 83
ANEXO B - GUIA COREQ 86
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 89
APÊNDICE A – ESTRATÉGIA PARA COLETA EM BASE DE DADOS 99
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 100
APÊNDICE C - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE . 105
APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL – PAIS E RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS COM TEA 108
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL 113

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência não estão estruturados para atender às necessidades específicas de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente por esses serviços serem caracterizados por alta demanda, imprevisibilidade e necessidade de respostas rápidas, o que pode dificultar a implementação de estratégias adaptadas no cotidiano assistencial (Oliveira; Morais; Fronzoi, 2019; Araújo et al., 2024).

No contexto hospitalar, o atendimento a crianças com TEA constitui um desafio complexo para os serviços de saúde, em razão das especificidades do neurodesenvolvimento, alterações na comunicação, processamento sensorial atípico e respostas comportamentais ao estresse. Esses fatores exigem dos profissionais preparo técnico, sensibilidade e adaptação das práticas assistenciais, sobretudo em ambientes marcados por alta demanda, imprevisibilidade e tempo limitado para tomada de decisões clínicas (Sadatsafavi et al., 2023; Williams; Sokhela; Ngxongo, 2025).

Alterações no processamento sensorial, frequentemente presentes nessas crianças com TEA, podem intensificar respostas de estresse frente a estímulos comuns no ambiente hospitalar, como ruídos, luminosidade intensa e grande circulação de pessoas, o que favorece episódios de desregulação comportamental (Ben-Sasson et al., 2009; Muskat et al., 2016).

Soma-se a isso a maior prevalência de comorbidades clínicas e psiquiátricas nesse público, o que contribui para uma utilização mais frequente dos serviços de emergência e amplia a complexidade do atendimento, exigindo abordagens assistenciais mais individualizadas e sensíveis às necessidades específicas (Walsh et al., 2021, Machado et al., 2026).

Nesse contexto, a assistência de enfermagem a crianças e adolescente com TEA demanda mais do que conhecimento técnico, exigindo preparo específico para o manejo clínico, comunicacional e comportamental, além de sensibilidade e adaptação das rotinas assistenciais para garantir uma experiência mais segura, acolhedora e eficaz (Betacort-Avero, 2025).

Nesse cenário, torna-se fundamental investir em ações formativas contínuas que incorporem estratégias práticas e adaptativas, desenvolvimento de protocolos, diretrizes e ferramentas que subsidiem intervenções mais adequadas e efetivas. Entretanto, observa-se a escassez desses instrumentos, o que compromete a padronização das práticas assistenciais, impactando negativamente na qualidade e a segurança do cuidado, além de intensificar o sofrimento de crianças e familiares (Souza; Passos, 2022; Greenwood et al., 2024).

A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, define, em seu artigo 3º,

inciso III, como direito da pessoa autista o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo, dentre outros, o atendimento multiprofissional, destacando o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados e o estímulo à pesquisa científica, evidenciando o reconhecimento institucional da complexidade do cuidado às pessoas com TEA (Brasil, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias, publicada pelo Ministério da Saúde em 2015, representa um avanço importante na consolidação de políticas públicas, organizando a rede de atenção à saúde com base nos princípios da integralidade, continuidade e humanização do cuidado, além de enfatizar a importância da qualificação dos profissionais, da comunicação sensível, do acolhimento e das adaptações necessárias para a promoção de um cuidado centrado na pessoa com TEA e sua família (Brasil, 2015).

Nesse contexto, destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto de ações construídas a partir das necessidades da pessoa e de sua família, considerando seus contextos de vida, redes de apoio e projetos futuros, voltada à identificação das necessidades e potencialidades da família, reconhecendo-a não apenas como participante do cuidado, mas também como unidade que demanda suporte, orientação e fortalecimento diante das exigências impostas pelo processo de adoecimento e cuidado contínuo (Brasil, 2025).

Entretanto, apesar de estabelecer diretrizes gerais para atenção no SUS, a Linha de Cuidado não contempla protocolos operacionais ou manuais específicos direcionados ao atendimento de crianças com TEA no contexto das unidades de emergência. As orientações relativas à atenção hospitalar permanecem em nível macro, sem detalhar estratégias práticas que auxiliem os profissionais da saúde no manejo cotidiano de desafios, relacionados à comunicação, ao comportamento, ao acolhimento familiar e às adaptações ambientais (Brasil, 2015).

Este estudo justifica-se pela escassez de evidências que orientem a assistência à criança e ao adolescente com TEA em unidades de emergência, especialmente no que se refere a ações práticas aplicáveis a esse contexto. Sua relevância reside no potencial de subsidiar essas ações, contribuindo para um cuidado centrado nas vulnerabilidades e necessidades individuais e das famílias, muitas vezes sobrecarregadas na figura da mãe.

Assim, emerge a seguinte questão de pesquisa: quais são as dificuldades, os desafios e as estratégias envolvidos no atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência, na perspectiva de profissionais de saúde e familiares?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos gerais do Transtorno do Espectro Autista e implicações para o cuidado em saúde

O TEA é definido como transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado pela dificuldade na comunicação, na interação social e pelo comportamento restritivo ou repetitivo (Sociedade Brasileira De Pediatria, 2019). No contexto da atenção à saúde, essas características assumem papel central, uma vez que impactam diretamente a forma como a criança percebe, interage e responde ao ambiente e às intervenções assistenciais, especialmente em situações de maior complexidade, como as vivenciadas em unidades de emergência (Muskat et al., 2016; Al-Jabri et al., 2023).

Nessas unidades, a dificuldade de comunicação não se restringe à interação social, mas compromete a própria construção do raciocínio clínico, uma vez que limita a coleta de informações sobre sintomas, histórico e resposta à dor, exigindo dos profissionais o uso de estratégias indiretas e maior dependência de observação clínica e de mediadores familiares, podendo dificultar a avaliação e o manejo clínico (Pillai et al., 2023; Erdmann et al., 2026).

Além disso, o TEA pode se manifestar em diferentes níveis de suporte, definidos pelo grau de dependência e comprometimento da linguagem e da cognição, o que implica necessidades assistenciais distintas e demanda abordagens individualizadas. Essa variabilidade clínica reforça a necessidade de que os profissionais de saúde reconheçam as especificidades de cada criança, adaptando estratégias de comunicação, manejo comportamental e condução do cuidado (Gaiato; Zotesso; Silveira; Ferreira, 2024).

Mais do que adaptar a abordagem, essa heterogeneidade desafia a padronização de condutas em ambientes emergenciais, nos quais protocolos rígidos e decisões rápidas predominam, gerando tensão entre a necessidade de individualização do cuidado e a lógica operacional dos serviços (Jeglum et al., 2024).

A crescente prevalência do TEA amplia sua relevância no campo da saúde pública e impõe novos desafios aos serviços de saúde. Estimativas recentes indicam que 1 em cada 36 crianças apresenta o transtorno (CDC, 2023), com aumento significativo nas últimas décadas (Nadeem et al., 2020; Zeidan et al., 2022). Em termos globais, aproximadamente 61,8 milhões de pessoas estavam no espectro autista em 2021, com maior concentração nas faixas etárias mais jovens (Santomauro et al., 2025).

Crianças com TEA apresentam maior frequência de utilização de serviços de emergência e maior carga de comorbidades, o que contribui para a complexidade do

atendimento e para a recorrência de atendimentos agudos (Beverly; Giannochos; Callahghan, 2021; Lundholm; Stålberg, 2025). Esse aumento tensiona a capacidade de resposta dos serviços, que frequentemente não estão estruturados para lidar com as especificidades comunicacionais, sensoriais e comportamentais desse público, especialmente em situações agudas (Betancort-Avero et al., 2025; Klinepeter et al., 2026).

Estudos recentes apontam que o ambiente da emergência, marcado por imprevisibilidade, sobrecarga e múltiplos estímulos, pode intensificar o sofrimento da criança e dificultar a condução do cuidado, contribuindo para experiências negativas e, por vezes, para reinternações (Ben Natan et al., 2024; Pillai et al., 2023).

O papel das equipes multiprofissionais é essencial na identificação precoce, no diagnóstico, no tratamento e no suporte a crianças autistas e suas famílias (Gonçalves et al., 2024). No entanto, para além da atuação em contextos programados, torna-se fundamental compreender como essas necessidades se expressam em situações de urgência, nas quais o ambiente, o tempo e a dinâmica assistencial podem intensificar vulnerabilidades.

Nesses contextos, a presença dos familiares assume papel estratégico não apenas como suporte emocional, mas como fonte qualificada de informação clínica e comportamental, contribuindo para a tomada de decisão e para a condução do cuidado (Erdmann et al., 2026; Lundholm; Stålberg, 2025).

A assistência de enfermagem a crianças com TEA em unidades de emergência hospitalar exige estratégias específicas que considerem as particularidades desse público, especialmente diante de situações de estresse e sobrecarga sensorial. Estudos identificados na literatura demonstram práticas e intervenções que visam qualificar o atendimento, por meio de abordagens metodológicas voltadas à humanização do cuidado e à minimização de traumas durante o atendimento emergencial (Sadatsafavi et al., 2023; Muskat et al., 2016; Al-Jabri et al., 2023).

Entre as estratégias descritas na literatura para qualificar o atendimento a crianças com TEA em ambientes hospitalares, destacam-se intervenções voltadas à adaptação do ambiente, como redução de estímulos sensoriais, organização de fluxos assistenciais e diminuição do tempo de espera, bem como o uso de recursos de comunicação alternativa e a participação ativa dos familiares durante o atendimento. Tais estratégias têm sido descritas como facilitadoras do cuidado, embora sua implementação ainda ocorra de forma heterogênea nos serviços de saúde (Sadatsafavi et al., 2023; Al-Jabri et al., 2023; Deguzman et al., 2024).

Entretanto, tais estratégias ainda se apresentam de forma heterogênea, frequentemente não padronizadas e, em muitos contextos, de difícil implementação no cotidiano dos serviços

de urgência e emergência. Essa variabilidade evidencia uma lacuna entre as recomendações teóricas e sua operacionalização na prática assistencial, o que pode comprometer a efetividade do cuidado (Mahoney et al., 2021; Greenwood et al., 2024).

Apesar dos avanços na produção científica, observa-se que muitas dessas estratégias permanecem concentradas em estudos específicos, com limitada incorporação na prática assistencial. Essa lacuna entre o conhecimento produzido e aplicação no cotidiano dos serviços é apontada na literatura como um dos desafios para a qualificação do cuidado, especialmente em ambientes de urgência e emergência, nos quais a dinâmica assistencial pode dificultar a implementação de abordagens adaptadas (Mahoney et al., 2021; Greenwood et al., 2024; Jeglum et al., 2024).

Nesse sentido, torna-se necessário aprofundar a compreensão sobre como essas práticas são efetivamente realizadas, bem como sobre os desafios e percepções de profissionais de saúde e familiares no contexto da assistência, aspectos que serão abordados nos tópicos seguintes.

2.2 Desafios da hospitalização e perspectivas dos pais e responsáveis de crianças com TEA

A hospitalização de crianças com TEA, especialmente em unidades de emergência, configura-se uma experiência potencialmente estressora, em razão da interação entre as características do transtorno e as especificidades do ambiente assistencial. Ambientes marcados por imprevisibilidade, múltiplos estímulos sensoriais, rotatividade de profissionais e realização frequente de procedimentos invasivos podem desencadear respostas intensas de desregulação comportamental, dificultando a condução do cuidado e impactando negativamente a experiência assistencial (Al- Jabri et al., 2023; Deguzman et al., 2024).

Fatores como ruídos intensos, iluminação artificial, tempo prolongado de espera e a necessidade de transição entre diferentes espaços e profissionais são frequentemente apontados como elementos que exacerbam ansiedade, irritabilidade e comportamentos disruptivos em crianças com TEA, podendo culminar na necessidade de contenção física, sedação ou interrupção de procedimentos, com repercussões diretas na segurança e na efetividade do cuidado (Deguzman et al., 2024; Litwin et al., 2023).

Evidências empíricas reforçam essa dinâmica ao demonstrar que tanto características do ambiente quanto a realização de procedimentos clínicos rotineiros, como coleta de sangue, verificação de sinais vitais e pesagem estão entre os principais desencadeadores de sofrimento durante o atendimento, especialmente em crianças não verbais ou com deficiência intelectual, nas quais se observam maiores níveis de agitação, irritabilidade e crises comportamentais (Al-

Jabri et al., 2023).

Nesse cenário, a literatura destaca que pais e responsáveis desempenham papel relevante durante o atendimento, contribuindo com informações sobre as características da criança, suas formas de comunicação, comportamentos e estratégias que auxiliam no manejo durante o cuidado, elementos que podem favorecer a compreensão das necessidades da criança por parte dos profissionais de saúde (Deguzman et al., 2024).

A participação dos pais e responsáveis no cuidado também tem sido associada ao compartilhamento de informações relevantes sobre a criança, como preferências, formas de comunicação e possíveis fatores desencadeadores de estresse. Esses elementos podem auxiliar os profissionais na condução do atendimento e na adaptação das abordagens assistenciais às necessidades individuais da criança, especialmente em situações de maior complexidade (Deguzman et al., 2024; Betancort-Avero et al., 2025).

Contudo, apesar dessa centralidade, a literatura evidencia que a comunicação entre profissionais de saúde e familiares ainda se apresenta como um dos principais pontos de fragilidade no cuidado. A ausência de escuta qualificada, o baixo reconhecimento da expertise parental e a limitação no compartilhamento de informações podem gerar insegurança, insatisfação e sofrimento adicional, além de comprometer a continuidade e a efetividade da assistência (Mahoney et al., 2021; Garrick et al., 2022).

Além disso, estudos recentes indicam que fragilidades estruturais e organizacionais dos serviços de emergência, como ausência de protocolos específicos, limitações ambientais e insuficiência de capacitação profissional estão associadas a desafios no atendimento a crianças com TEA. Nesse contexto, pais e responsáveis frequentemente participam ativamente do cuidado, contribuindo com informações e auxiliando na comunicação e no manejo da criança durante o atendimento, nem sempre de forma sistematicamente incorporada pelas equipes de saúde (Deguzman et al., 2024; Betancort-Avero et al., 2025).

Adicionalmente, a literatura aponta que a experiência hospitalar de crianças com TEA e seus familiares é influenciada por aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, incluindo tempo de espera, fluxo assistencial e preparo das equipes. Esses fatores têm sido descritos como elementos que podem interferir na adaptação da criança ao ambiente hospitalar e na percepção dos cuidadores sobre o atendimento recebido (Ben Natan; Igbarin; Watted, 2024; Betancort-Avero et al., 2025).

Dessa forma, a experiência hospitalar de crianças com TEA e seus familiares está relacionada tanto às características do ambiente e da organização dos serviços quanto à forma como se estabelece a interação entre equipe de saúde e cuidadores, especialmente no que se

refere à comunicação e ao reconhecimento das necessidades específicas da criança (Betancort-Avero et al., 2025; Klinepeter et al., 2026; Greenwood et al., 2024).

2.3 Atuação do profissional de enfermagem no atendimento a crianças com TEA na unidade de emergência

Considerando os desafios relacionados ao ambiente assistencial, à comunicação e à participação familiar, a atuação dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, assume papel central na organização e condução do cuidado a crianças com TEA em unidades de urgência e emergência, uma vez que esses profissionais estão diretamente envolvidos na assistência contínua e na interação com a criança e seus cuidadores (Mahoney et al., 2021).

A atuação da enfermagem no cuidado a crianças com TEA requer competências específicas relacionadas à comunicação, ao manejo comportamental e à adaptação do ambiente assistencial, além de sensibilidade para o cuidado individualizado e centrado nas necessidades da criança. No entanto, estudos evidenciam lacunas significativas na formação e na prática dos profissionais de enfermagem, especialmente no que se refere ao manejo comportamental, à comunicação e às adaptações necessárias no ambiente hospitalar (Abolkheirian; Sadeghi; Shojaeizadeh, 2022).

Nesse cenário, as lacunas formativas somam-se às limitações organizacionais, configurando um desafio sistêmico para a atuação da enfermagem. A literatura indica que o ambiente das unidades de urgência e emergência, caracterizado por elevada intensidade de estímulos sensoriais, rotatividade de profissionais e dinâmica assistencial acelerada está associado a dificuldades no cuidado a crianças com TEA (Deguzman et al., 2024; Litwin; Sellen, 2023).

No cotidiano assistencial, a enfermagem frequentemente atua na linha de frente do cuidado, sendo responsável pela realização de procedimentos, monitoramento clínico e interação direta com a criança e seus familiares. Nesse contexto, a literatura destaca a importância da capacidade dos profissionais em reconhecer sinais de desconforto, adaptar a comunicação e ajustar o ambiente de cuidado, especialmente diante de situações de agitação ou dificuldade de cooperação (Deguzman et al., 2024; Litwin; Sellen, 2023).

Dessa forma, a qualificação do cuidado à criança com TEA demanda não apenas o fortalecimento das competências técnicas e relacionais dos profissionais, mas também a implementação de estratégias institucionais que apoiem a prática assistencial. A literatura destaca a importância da educação permanente, da inclusão de conteúdos sobre TEA na formação de base e do desenvolvimento de abordagens colaborativas entre profissionais e

famílias, como elementos que podem contribuir para a melhoria da assistência (Mahoney et al., 2021; Bennemann; Brum, 2024).

Diante das evidências apresentadas, observa-se que o atendimento a crianças com TEA em unidades de urgência e emergência envolve desafios que atravessam dimensões clínicas, comunicacionais, organizacionais e formativas. As dificuldades relacionadas ao ambiente assistencial, à comunicação entre profissionais e familiares e às lacunas na formação e no suporte institucional à equipe de enfermagem evidenciam a complexidade do cuidado e a necessidade de compreender como essas questões se manifestam na prática cotidiana dos serviços de saúde (Figueiredo et al., 2026).

Nesse sentido, torna-se relevante investigar as experiências e percepções dos diferentes atores envolvidos no cuidado, profissionais de saúde, pais e responsáveis a fim de identificar desafios, estratégias e possibilidades de qualificação da assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as experiências e desafios no atendimento a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência.

3.2 Objetivos Específicos

Para estudo qualitativo:

- Compreender as vivências dos profissionais de enfermagem frente a esse atendimento;
- Investigar os desafios enfrentados pelas mães dessas crianças e adolescentes.

Para revisão de escopo:

- Analisar as evidências científicas relacionadas às práticas, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

4 RESULTADOS

Esta dissertação adotou uma abordagem multimétodos, estruturando-se de forma a responder progressivamente os objetivos propostos, por meio da articulação entre a síntese do conhecimento científico e a produção de evidências empíricas. Para tanto, os resultados foram organizados em dois capítulos, correspondentes às etapas do estudo.

O capítulo 1 apresenta os resultados da revisão de escopo, cujo objetivo foi analisar as evidências científicas sobre práticas assistenciais, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com TEA, identificando barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento, especialmente no contexto dos serviços de emergência. Os achados deste capítulo subsidiaram a fundamentação teórica e metodológica do estudo subsequente.

O capítulo 2 contempla os resultados do estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de compreender as percepções, os desafios e as necessidades dos profissionais de enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes com TEA em unidades de emergência, bem como investigar as expectativas, preocupações e sugestões de melhoria das mães quanto a esse atendimento.

A organização dos resultados segue uma progressão lógica do conhecimento, partindo dos aspectos gerais do TEA e de suas implicações para o cuidado em saúde, avançando para a atuação do profissional de enfermagem no contexto hospitalar e, por fim, abordando os desafios da hospitalização e as perspectivas dos cuidadores de crianças e adolescentes com TEA.

4.1 Capítulo 1: Práticas, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de escopo

4.1.1 Materiais e Métodos

4.1.1.1 Delineamento do estudo e referencial metodológico

A presente etapa da pesquisa consiste em uma revisão de escopo. Esse tipo de revisão permite mapear de forma ampla a extensão, a natureza e as características das evidências disponíveis sobre determinado tema, especialmente em áreas complexas, heterogêneas ou ainda pouco consolidadas (Peters et al., 2024).

O percurso metodológico foi conduzido de acordo com o modelo do *Joanna Briggs Institute* (JBI), contemplando as etapas recomendadas para revisões de escopo (Peters et al., 2024). Para assegurar transparência e reprodutibilidade, a revisão seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Anexo A), cadastrado OSF DOI 10.17605/OSF.IO/ZDX3C.

4.1.1.2 Definição do objetivo e pergunta de pesquisa

Esta revisão de escopo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre práticas assistenciais, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), identificando barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento, especialmente no contexto dos serviços de emergência.

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC), recomendada pelo JBI. A população foi constituída por crianças com TEA, o conceito correspondeu às práticas assistenciais, diretrizes, adaptações, barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento relacionadas ao cuidado hospitalar e o contexto compreendeu os serviços de emergência.

Com base nesses elementos, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas disponíveis sobre as práticas assistenciais, diretrizes e adaptações no cuidado hospitalar de crianças com TEA, incluindo barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento no contexto dos serviços de emergência?

4.1.1.3 Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis estudos que abordassem crianças com TEA. Para esta revisão, adotou-se a definição da Organização Mundial da Saúde, que considera criança o indivíduo com idade entre 0 e 9 anos completos. Entretanto, reconhece-se que, na literatura

pediátrica, é frequente a utilização de faixas etárias ampliadas que abrangem simultaneamente crianças e adolescentes.

Foram incluídos estudos originais disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicadas até maio de 2026 que abordaram práticas assistenciais, diretrizes, estratégias de cuidado, adaptações organizacionais ou intervenções relacionadas ao atendimento hospitalar de crianças com TEA, contemplando aspectos como barreiras ao cuidado, estratégias facilitadoras, organização dos serviços e capacitação de profissionais de saúde, especialmente no contexto de urgência e emergência.

Foram excluídos estudos secundários, tais como revisões de literatura, editoriais, cartas ao editor, comentários e publicações sem acesso ao texto completo, após tentativa de contato com os autores, bem como estudos cujo foco não estivesse diretamente relacionado ao cuidado hospitalar de crianças com TEA no contexto investigado.

Dessa forma, também foram incluídos estudos que contemplavam adolescentes e, eventualmente, jovens adultos, desde que estivessem inseridos em contextos assistenciais pediátricos e que os resultados apresentados contribuíssem para a compreensão das práticas de cuidado, estratégias assistenciais, organização dos serviços e experiências relacionadas ao atendimento hospitalar de crianças e adolescentes com TEA.

4.1.1.4 Estratégia de busca e fontes de informação

A estratégia de busca foi elaborada conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute.* Inicialmente, realizou-se uma busca preliminar exploratória com o objetivo de identificar estudos relevantes, analisar os termos utilizados na literatura e verificar a existência de revisões ou protocolos previamente publicados sobre a temática.

A partir dessa etapa, foram selecionados descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), além de termos livres relacionados ao tema. Foram utilizados os seguintes termos:: “Transtorno do Espectro Autista”, “Autism Spectrum Disorder”; “Criança”, “Child”, “Serviço Hospitalar de Emergência”, “Emergency Service, Hospital”; “Enfermagem”, “Nurses”; “Prática Clínica”, “Clinical Practice”, “Diretrizes de Prática Clínica”, “Clinical Guidelines”,”Pratice Guideline”; “Professional Training”, “Education, Continuing”.

Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR” respeitando as especificidades de cada base de dados. As estratégias completas de busca encontram-se apresentadas no Apêndice A.

A seleção dos estudos foi realizada por meio de busca eletrônica nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *PubMed/Medline, ScienceDirect, Scopus,* e *Web of Science*. Ressalta-se que as fontes de dados foram acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

4.1.1.5 Busca das evidências e Seleção dos estudos e extração dos dados

Os registros foram organizados em planilha eletrônica do *Software Microsoft Excel* ®2019 e gerenciados com auxílio do *Mendeley*, para identificação e remoção de duplicatas. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, em três etapas: leitura dos títulos, análise dos resumos e leitura do texto completo. Os estudos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra para confirmação dos critérios de inclusão. Adicionalmente, realizou-se busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos, não sendo identificados estudos elegíveis adicionais para composição da amostra final.

As divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso e, quando necessário, um terceiro revisor foi consultado para decisão consensual. As razões para exclusão após leitura do texto completo foram registradas e serão apresentadas no fluxograma PRISMA-ScR.

4.1.1.6 Extração de dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos por meio de instrumento previamente elaborado pelos pesquisadores, contemplando as seguintes variáveis:

- Identificação do estudo (autores, ano de publicação e país);
- Características metodológicas (tipo de estudo, delineamento metodológico, Amostra/ cenário e participantes);
- População e contexto (faixa etária, profissionais envolvidos e participação de cuidadores);
- Práticas assistenciais e adaptações implementadas (comunicação, manejo comportamental, adaptação sensorial, fluxo assistencial);
- Diretrizes, protocolos e estratégias de capacitação profissional (presença / ausência, origem institucional, treinamento/capacitação profissional);
- Barreiras e desafios relacionados ao cuidado (organizacionais, profissionais, familiares, comunicacionais, sensoriais/ambientais);
- Estratégias facilitadoras identificadas;

- Desfechos e implicações para a assistência (assistenciais, experiência da criança, experiência da família, implicações na prática de enfermagem, organizacionais);
- Lacunas do conhecimento apontadas pelos autores (aspectos pouco explorados, limitações apontadas pelos autores, recomendações para pesquisa futura).

As variáveis foram definidas de forma a permitir a caracterização dos estudos, a identificação das práticas e diretrizes existentes, bem como a análise de barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento no cuidado hospitalar de crianças com TEA, especialmente em serviços de emergência.

4.1.1.7 Análise e síntese das evidências

A análise e síntese dos dados foram conduzidas conforme as recomendações do JBI para revisões de escopo e em consonância com o checklist PRISMA-ScR (Anexo A). Os dados extraídos foram apresentados por meio de estatística descritiva simples, com a utilização de frequências absolutas e relativas, possibilitando o mapeamento das principais características das evidências disponíveis.

Os resultados foram organizados em uma síntese narrativa estruturada, de caráter exploratório e descritivo, contemplando categorias analíticas relacionadas às práticas assistenciais, diretrizes, adaptações no cuidado, barreiras, estratégias facilitadoras e lacunas do conhecimento, especialmente no contexto dos serviços de emergência. Conforme preconizado para revisões de escopo, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

4.1.2 Resultados

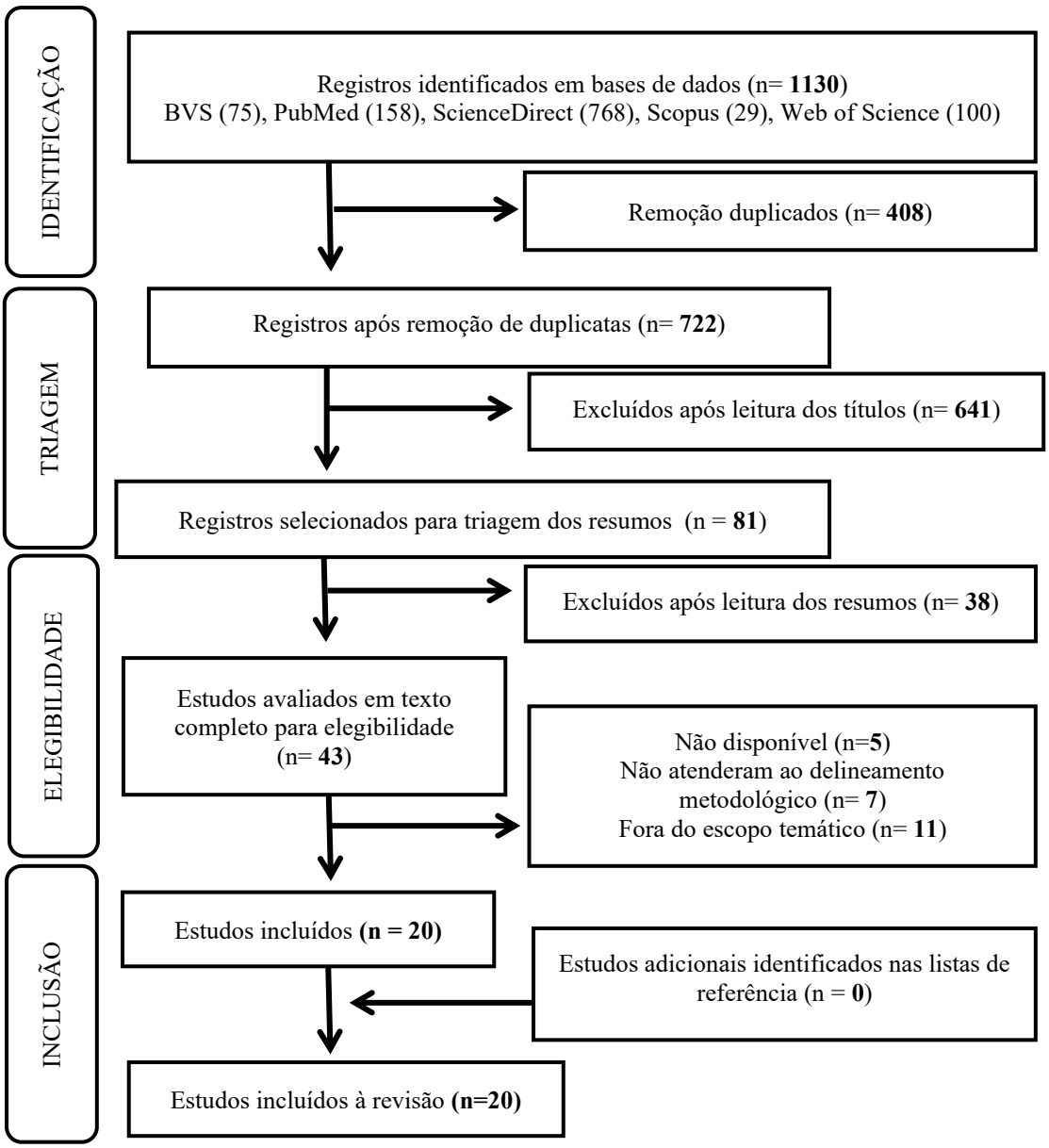
4.1.2.1 Seleção dos estudos

A busca nas bases de dados resultou na identificação de 1.130 registros, sendo provenientes da Biblioteca Virtual em Saúde (n=75), PubMed (n=158), ScienceDirect (n=768), Scopus (n=29) e Web of Science (n=100).

Foram removidos 408 registos duplicados, restando 722 artigos submetidos à triagem de títulos e resumos, dos quais 679 foram excluídos por não atenderem aos critérios. Quarenta e três estudos seguiram para leitura integral e desses, 23 foram excluídos por: texto completo indisponível (n=5), delineamento metodológico inadequado (n=7) e escopo temático incompatível (n=11). A busca manual nas referências não identificou estudos adicionais elegíveis. Ao final, 20 estudos foram incluídos nesta revisão de escopo.

Foram excluídos estudos secundários, tais como revisões de literatura, editoriais, cartas ao editor, comentários e publicações sem acesso ao texto completo, após tentativa de contato com os autores, bem como estudos cujo foco não estivesse diretamente relacionado ao cuidado hospitalar de crianças com TEA no contexto investigado.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo, adaptado do PRISMA 2020.



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no PRISMA 2020.

4.1.2.2 Caracterização dos estudos incluídos

Os 20 estudos incluídos foram publicados entre 2014 e 2026 e desenvolvidos em

diferentes países, com predominância de pesquisas nos Estados Unidos e Canadá. Também foram identificados estudos na Espanha, Austrália, Brasil, Suécia e Israel, evidenciando a abrangência internacional da temática.

Quanto ao delineamento metodológico, observou-se predominância de estudos qualitativos, incluindo grupos focais, entrevistas semiestruturadas, entrevistas narrativas e estudos baseados na teoria fundamentada. Também foram identificados estudos quantitativos, tais como delineamentos transversais, quase-experimentais, caso-controle e estudos correlacionais, além de um estudo observacional ambiental.

Em relação ao cenário de realização, a maioria dos estudos foi conduzida em serviços de emergência pediátrica, hospitais pediátricos terciários e unidades de emergência psiquiátrica, permitindo a análise de diferentes perspectivas relacionadas ao cuidado.

A amostra dos estudos foi heterogênea, incluindo profissionais de saúde, pais, cuidadores e crianças com TEA, com idades variando desde a primeira infância até a adolescência. Destaca-se a presença de estudos que contemplaram simultaneamente múltiplos atores envolvidos no cuidado, permitindo uma compreensão mais ampla e integrada das experiências no contexto hospitalar. A caracterização detalhada dos estudos encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre o cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência. Sergipe, Brasil, 2026 (Continua).

ID	Autor(es), ano, país	Tipo de estudo	Delineamento metodológico	Amostra / cenário	Participantes; Faixa etária
1	Klinepeter et al., 2026; EUA	Qualitativo	Grupos focais com análise temática (interpretativa)	12 pais/ hospital pediátrico	Mães e pais; 3 – 22 anos
2	Greenwood et al., 2026; Austrália	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	14 pais/ serviço de emergência pediátrica	Pais e cuidadores; abaixo de 18 anos
3	Erdmann et al., 2026; Canadá	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	10 pais / pronto-socorro	Pais e cuidadores; ≤13 anos.
4	Figueiredo et al., 2026; Brasil	Qualitativo	Entrevistas narrativas (análise temática)	17 profissionais / pronto-socorro pediátrico	Profissionais de saúde; não informado.
5	Betancort-Avero et al., 2025; Espanha	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas (abordagem fenomenológica)	18 participantes (10 profissionais e 8 pais) / hospital universitário materno-infantil	Profissionais e pais; 3–15 anos.
6	Lundholm & Stålberg, 2025; Suécia	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas (análise de conteúdo)	17 pais / emergência pediátrica	Pais e cuidadores; 6–15 anos.

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre o cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência. Sergipe, Brasil, 2026 (Conclusão).

ID	Autor(es), ano, país	Tipo de estudo	Delineamento metodológico	Amostra / cenário	Participantes; Faixa etária
7	Cervantes et al., 2025; EUA	Quantitativo	Quase-experimental (pré-pós)	27 clínicos / emergência psiquiátrica pediátrica	Profissionais especialistas em saúde mental; não informado.
8	Ben Natan et al., 2024; Israel	Quantitativo	Estudo correlacional (survey)	128 mães / serviços de emergência	Mães; média de 8,6 anos (DP 4,7)
9	DeGuzman et al., 2024; EUA	Qualitativo	Entrevistas narrativas (análise temática)	44 participantes / serviços de emergência	Adultos com TEA e cuidadores de crianças com TEA; não informado.
10	Riosa et al., 2024; Canadá	Qualitativo	Grupos focais com análise temática (interpretativa)	21 profissionais / hospital pediátrico terciário	Profissionais de saúde; não informado.
11	Cervantes et al., 2023; EUA	Quantitativo	Estudo transversal (survey)	16 clínicos / emergência psiquiátrica pediátrica	Profissionais de saúde; até 18 anos.
12	Litwin & Sellen, 2023; Canadá	Qualitativo	Co-design com componente descritivo	40 participantes / pronto-socorro pediátrico	Pais de crianças com TEA, crianças com TEA e profissionais de saúde; média 2,5–16 anos.
13	Garrick et al., 2021; Austrália	Quantitativo	Estudo transversal (survey online)	421 pais/cuidadores / serviços de emergência hospitalar	Pais; 0–18 anos.
14	Kouo et al., 2021; EUA	Quantitativo	Caso-controle retrospectivo	111 crianças / pronto-socorro pediátrico	Crianças com TEA; 2–18 anos.
15	Nicholas et al., 2020; Canadá	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	53 participantes / pronto-socorro pediátrico	Profissionais e pais; 3–17 anos.
16	Nicholas et al., 2016; Canadá	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	35 participantes / hospitais pediátricos	Pais e crianças; 3–17 anos.
17	McGonigle et al., 2014; EUA	Quantitativo	Quase-experimental (pré-pós treinamento)	110 profissionais / serviços pré-hospitalares e emergência	Profissionais de saúde; não informado.
18	Zwaigenbaum et al., 2016; Canadá.	Qualitativo	Teoria fundamentada	22 profissionais / pronto-socorro pediátrico	Profissionais de saúde/ 3–17 anos.
19	Giarelli et al., 2014; EUA	Quantitativo	Estudo observacional ambiental	Ambiente de emergência (sem participantes)	Não se aplica; Não se aplica.
20	Davignon et al., 2014; EUA	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas (teoria fundamentada)	40 participantes / hospital pediátrico	Profissionais e pais; 3–17 anos

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

4.1.2.3 Estrutura organizacional do cuidado em serviços de emergência

Com base nas características descritas pelos autores, optou-se por organizar os estudos a partir no nível de estrutura: *ausente; informal ou incipiente; ou em implementação* (Quadro 1).

Quadro 1. Nível de estrutura organizacional do cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência nos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026.

Nível de estrutura	Características	Protocolos / diretrizes	Capacitação	Características das evidência	Estudos
Ausente	Ausência de organização formal do cuidado; práticas não padronizadas.	Ausentes	Ausente ou não descrita	Predomínio de recomendações	3, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19.
Informal / incipiente	Presença de práticas isoladas, não sistematizadas; conhecimento baseado na experiência.	Não estruturados ou indiretos	Insuficiente, informal ou variável	Recomendações com base empírica	1, 2, 4, 5, 17, 18, 20.
Estruturado com implementação	Intervenções organizadas, com aplicação no serviço e avaliação.	Presentes ou desenvolvidos localmente	Capacitação estruturada	Implementação real	7, 12.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.
Nota: A classificação dos níveis de estrutura organizacional foi elaborada pelas autoras com base na presença de protocolos, diretrizes, estratégias de capacitação profissional e grau de implementação das práticas assistenciais descritas nos estudos incluídos.

O nível classificado como ausente incluiu 11 estudos que relataram fragilidades em diretrizes e protocolos institucionais, ausência de organização formal do cuidado e práticas assistenciais não padronizadas. Nesses trabalhos, a capacitação profissional foi descrita como inexistente ou não mencionada pelos autores. As evidências desse grupo consistiram em descrições de dificuldades assistenciais e em recomendações para aprimorar o cuidado, sem relatos de intervenções implementadas nos serviços.

O nível informal ou incipiente foi marcado pela presença de práticas adaptativas pontuais, não sistematizadas e frequentemente baseadas na experiência individual dos profissionais ou em iniciativas locais. Os protocolos, quando presentes, não se encontravam formalmente estruturados, e as ações de capacitação profissional foram descritas como insuficientes, informais ou variáveis entre os serviços. As evidências associadas a esse nível baseiam-se majoritariamente em recomendações empíricas ou relatos de práticas não padronizadas.

Por sua vez, o nível estruturado com implementação, foi identificado em dois estudos que descrevem intervenções organizadas, aplicação sistemática de práticas assistenciais e ações de capacitação profissional associadas à implementação de protocolos ou ferramentas

específicas para qualificação do atendimento. As evidências produzidas nesse grupo foram relacionadas à implementação efetiva de intervenções voltadas à qualificação do atendimento.

A distribuição dos estudos entre os diferentes níveis de estrutura organizacional evidenciou predominância de contextos classificados como ausentes ou informais/incipientes, totalizando 18 dos 20 estudos incluídos na revisão.

4.1.2.4 Barreiras e estratégias facilitadoras relacionadas ao cuidado

A análise dos estudos permitiu identificar barreiras e estratégias relacionadas ao cuidado de crianças com TEA em serviços de emergência, agrupadas em cinco dimensões inter-relacionadas: organizacional, comunicacional, sensorial/ambiental, familiar e profissional (Quadro 2).

Quadro 2. Barreiras e estratégias no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026. (Continua)

Dimensão	Barreiras identificadas	Estratégias/facilitadores	Estudos
Organizacional	Longo tempo de espera; Ausência de fluxos e protocolos diferenciados; Superlotação; Fragmentação do cuidado; Múltiplos profissionais no atendimento; Rigidez dos processos; Dificuldade na transição hospital - domicílio.	Priorização no atendimento; Adaptação do fluxo assistencial; Antecipação das necessidades da criança; Desenvolvimento de protocolos específicos; Identificação precoce da condição (ex.: sinalização no prontuário); Flexibilização de rotinas; Fast-track; Organização do cuidado centrado no paciente; Planejamento de alta	1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20.
Comunicacional	Dificuldade de comunicação com a criança; Linguagem inadequada; Não inclusão da criança no cuidado; Dependência exclusiva dos pais; Dificuldade na avaliação de dor e sintomas; Falta de informação clara sobre procedimentos e tempo de espera	Uso de linguagem simples e objetiva; Comunicação visual (pictogramas, cronogramas); Explicação prévia de procedimentos; Tempo ampliado para processamento; Inclusão da criança na interação; Atualização frequente à família; Compartilhamento de decisões; Reconhecimento dos pais como especialista na criança.	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 20.
Sensorial / ambiental	Ambiente ruidoso, iluminado e imprevisível; Sobrecarga sensorial; Falta de espaços adaptados; Excesso de estímulos visuais e auditivos; Equipamentos médicos desconfortáveis;	Redução de ruído e luminosidade; Uso de salas privadas ou ambientes adaptados; Utilização de recursos sensoriais (fones, brinquedos, cobertores com peso); Controle de estímulos ambientais; Limitações de profissionais no ambiente.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19.

Quadro 2. Barreiras e estratégias no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026. (Conclusão)

Dimensão	Barreiras identificadas	Estratégias/facilitadores	Estudos
	Movimentação constante.		
Familiar	Necessidade constante de mediação dos pais; Baixa valorização da expertise familiar; Sobrecarga emocional; Experiências negativas prévias; Fadiga física; Estresse financeiro.	Envolvimento ativo da família no cuidado; Reconhecimento dos pais como parceiros; Escuta qualificada; Inclusão nas decisões; Apoio emocional; Construção de vínculo entre equipe e cuidadores.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 15, 18, 19.
Profissional	Falta de conhecimento sobre TEA; Baixa confiança clínica; Medo ou desconforto dos profissionais; Ausência de treinamento formal; Dificuldade de manejo comportamental; Interpretação inadequada de comportamentos.	Capacitação profissional; Treinamento estruturado; Educação permanente; Desenvolvi mento de competências em comunicação e manejo comportamental; Maior sensibilização da equipe.	1, 2, 4, 5, 7, 11, 13, 15, 17, 18, 20.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A dimensão organizacional foi a mais frequentemente abordada nos estudos, em que se destacaram barreiras relacionadas ao tempo de espera prolongado, ausência de fluxos assistenciais diferenciados, fragmentação do cuidado e rigidez dos processos institucionais. Como estratégias facilitadoras, foram identificadas ações voltadas à reorganização do fluxo assistencial, incluindo priorização do atendimento, identificação precoce da condição, flexibilização de rotinas e adoção de práticas centradas no paciente.

Na dimensão comunicacional, foram descritas dificuldades relacionadas à comunicação com a criança, uso de linguagem inadequada e exclusão da criança do processo de cuidado, além da dependência excessiva dos pais para mediação. As estratégias identificadas incluíram o uso de linguagem simples e objetiva, recursos de comunicação visual, explicação prévia dos procedimentos, ampliação do tempo para processamento das informações e inclusão ativa da criança na interação.

As barreiras sensoriais e ambientais envolveram principalmente ambientes excessivamente ruidosos, iluminados e imprevisíveis, sobrecarga sensorial, ausência de espaços adaptados e excesso de estímulos visuais e auditivos. Como estratégias, destacaram-se a redução de estímulos ambientais, utilização de ambientes mais controlados ou salas privativas e adaptadas, e o uso de recursos sensoriais, como fones abafadores de ruído, brinquedos e objetos de conforto.

Na dimensão familiar, evidenciaram-se barreiras relacionadas à necessidade constante

de mediação dos pais, baixa valorização de sua expertise e sobrecarga emocional decorrente da experiência hospitalar. Como facilitadores, foram identificadas estratégias que promovem o envolvimento ativo da família no cuidado, reconhecimento dos pais como parceiros, escuta qualificada, inclusão nas decisões e oferta de suporte emocional.

Por fim, na dimensão profissional, os estudos apontaram dificuldades relacionadas à falta de conhecimento sobre o TEA, baixa confiança clínica, ausência de treinamento formal e dificuldades no manejo comportamental e na interpretação das necessidades da criança. As estratégias associadas a essa dimensão incluíram capacitação profissional, treinamento estruturado, educação permanente e desenvolvimento de competências específicas em comunicação e manejo comportamental.

4.1.2.5 Desfechos relacionados ao cuidado e lacunas do conhecimento

A análise dos estudos evidenciou desfechos relacionados ao cuidado de crianças com TEA em serviços de emergência, bem como lacunas na produção científica sobre a temática. Os achados foram agrupados em cinco dimensões que abrangem o processo assistencial, a experiência da criança e família, a atuação profissional e a organização dos serviços (Quadro 3).

Quadro 3. Desfechos e lacunas do conhecimento no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026. (Continua)

Dimensão	Desfechos	Lacunas do conhecimento	Estudos
Assistenciais / processo de cuidado	Dificuldade na realização de procedimentos; Atrasos no atendimento; Maior necessidade de contenção física e/ou sedação; Aumento do uso de recursos; Melhoria do fluxo quando estratégias adaptadas são utilizadas.	Escassez de estudos que avaliem impacto de intervenções no processo assistencial; Ausência de indicadores objetivos de qualidade do cuidado; Fragilidade na padronização de métricas assistenciais.	1, 2, 4, 7, 13, 14, 17, 20.
Experiência da criança	Ansiedade, agitação e sobrecarga sensorial frequentes; Comportamentos disruptivos associados ao ambiente; Melhora da cooperação e redução do estresse com adaptações sensoriais e comunicacionais.	Ausência de medidas padronizadas da experiência da criança; Inclusão da perspectiva direta da criança nos estudos insuficiente; Escassez de avaliações longitudinais do impacto do cuidado.	2, 5, 7, 12, 13, 15, 16, 20.
Experiência da família	Sobrecarga emocional; Insatisfação relacionada à comunicação e ao ambiente; Necessidade de atuar como mediadores do cuidado; Maior satisfação quando há escuta ativa e envolvimento no cuidado.	Predominância de estudos com foco parental, com pouca diversidade de perfis familiares; Ausência de avaliação de impacto de intervenções na experiência familiar; Limitação na análise de fatores socioculturais.	1, 3, 5, 6, 8, 13, 15, 20.

Quadro 3. Desfechos e lacunas do conhecimento no cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência: síntese dos estudos incluídos. Sergipe, Brasil, 2026. (Conclusão)

Dimensão	Desfechos	Lacunas do conhecimento	Estudos
Profissionais e prática clínica	Baixa confiança no manejo clínico; Dificuldades na comunicação e avaliação; Melhora da confiança após treinamento; Reconhecimento da necessidade de capacitação específica; O conhecimento prévio sobre TEA, a empatia, a flexibilidade assistencial e a capacidade de comunicação favorecem melhores experiências de cuidado.	Escassez de estudos intervencionais robustos sobre capacitação; Ausência de avaliação de impacto em desfechos clínicos; Investigação insuficiente sobre competências específicas necessárias.	1, 2, 4, 7, 11, 15, 17, 18.
Sistema / organização do serviço	Fragilidade estrutural dos serviços; Ausência de protocolos; Ambiente não adaptado; Fragmentação do cuidado; Iniciativas pontuais melhoram experiência e organização do cuidado.	Escassez de estudos sobre implementação de modelos organizacionais; Ausência de avaliação de custo-efetividade; Investigação insuficiente sobre integração com a rede de atenção.	1, 2, 6, 8, 9, 16, 18, 20.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

No que se refere ao processo assistencial, os estudos apontaram dificuldades na realização de procedimentos, atrasos no atendimento, maior necessidade de contenção física ou sedação e aumento do uso de recursos assistenciais, embora estratégias adaptadas tenham melhorado os fluxos de atendimento, sua eficácia ou impacto não foi avaliada. Também foi observada ausência de indicadores objetivos de qualidade do cuidado e fragilidade na padronização de métricas assistenciais.

Em relação à experiência da criança, destacaram-se desfechos negativos, como ansiedade, agitação, sobrecarga sensorial e comportamentos disruptivos associados ao ambiente hospitalar. Estratégias adaptativas, especialmente sensoriais e comunicacionais, mostraram potencial para melhorar a cooperação e redução do estresse.

Na dimensão da experiência da família, os estudos evidenciaram sobrecarga emocional, insatisfação com a comunicação e o ambiente, e necessidade de atuação ativa como mediadores do cuidado. Em contrapartida a maior satisfação foi relacionada com a escuta qualificada e envolvimento da família no processo assistencial.

Quanto aos profissionais e prática clínica, registrou-se baixa confiança no manejo clínico, dificuldades na comunicação e avaliação, e reconhecimento da necessidade de capacitação específica. Estudos sobre intervenções educacionais relataram aumento da confiança profissional; porém, faltam evidências robustas sobre seu impacto em desfechos clínicos e há investigação limitada das competências necessárias ao cuidado.

Na dimensão da organização dos serviços, destacaram-se fragilidades estruturais, ausência de protocolos e inadequação do ambiente hospitalar às necessidades de crianças com TEA. Embora iniciativas pontuais tenham demonstrado potencial de melhoria na experiência do cuidado, há escassez de estudos que avaliem a implementação de modelos organizacionais, ausência de análises de custo-efetividade e limitada investigação sobre a integração com a rede de atenção.

4.1.3 Discussão

4.1.3.1 O cuidado à criança com TEA como fenômeno complexo e multidimensional

Os resultados desta revisão evidenciam que o atendimento de crianças com TEA em serviços de emergência devem incluir abordagens que reconheçam suas singularidades, a partir desse cenário complexo, influenciado pela interação entre fatores clínicos, processo assistencial, experiência da criança e família, atuação profissional e organização dos serviços.

Essa constatação é particularmente relevante em serviços de emergência, tradicionalmente estruturados para respostas rápidas e padronizadas, cuja dinâmica nem sempre favorece a adaptação das práticas assistenciais às necessidades individuais da criança (Nicholas et al., 2020; Betancort-Avero et al., 2025; Klinepeter et al., 2026).

Nesses serviços, os achados demonstram que essa população apresenta maior probabilidade de vivenciar experiências negativas durante o atendimento, especialmente em situações marcadas por sobrecarga sensorial, dificuldades de comunicação e ausência de estratégias adaptadas às suas necessidades (Kouo et al., 2021; Greenwood et al., 2026).

Tais resultados sugerem que a experiência assistencial não depende apenas da condição clínica que levou a buscar atendimento, mas também da organização, comunicação e execução do cuidado durante o atendimento. Assim, a resposta dos serviços de saúde não deve limitar-se à resolução do agravo agudo e precisa considerar os fatores que influenciam como a criança percebe, interpreta e reage ao ambiente assistencial.

A efetividade do cuidado depende, portanto, da capacidade dos profissionais e das instituições em reconhecer e responder às necessidades comunicacionais, sensoriais e comportamentais da criança, incorporando estratégias que favoreçam sua participação e bem-estar durante o atendimento. Tal compreensão amplia a concepção tradicional do cuidado emergencial e reforça a necessidade de modelos assistenciais mais individualizados, acessíveis e centrados na criança e na família (Klinepeter et al., 2026; Nicholas et al., 2020).

4.1.3.2 Comunicação como elemento estruturante da assistência sem citação em vários parágrafos

Os resultados desta revisão evidenciam que as barreiras comunicacionais constituem um dos principais desafios que transcendem limitações relacionadas à linguagem verbal e envolvem processos mais amplos de interação, compreensão e reconhecimento das singularidades da criança. A comunicação emerge, nesse contexto, como elemento central para o estabelecimento de vínculos, construção da confiança entre profissionais, crianças e familiares e efetiva realização do cuidado.

A recorrência dessas barreiras em diferentes contextos assistenciais sugere que os desafios comunicacionais não podem ser atribuídos exclusivamente às características inerentes ao TEA. Embora alterações na comunicação constituam um dos elementos centrais do transtorno, os estudos analisados indicam que parte significativa das dificuldades observadas decorre da limitada capacidade dos serviços de adaptar suas formas de interação às necessidades comunicacionais da criança. Dessa forma, os obstáculos identificados refletem não apenas características individuais, mas também limitações institucionais relacionadas à organização do cuidado e à preparação das equipes para responder às demandas dessa população.

Sob essa perspectiva, a comunicação deixa de representar apenas uma ferramenta para transmissão de informações e passa a constituir um componente essencial da acessibilidade em saúde. Quando recursos comunicacionais adaptados não estão disponíveis, o acesso ao cuidado torna-se frequentemente condicionado à presença de familiares capazes de mediar a interação entre a criança e os profissionais. Essa dependência amplia a vulnerabilidade das crianças, dificulta sua participação no cuidado e pode produzir desigualdades na experiência assistencial.

Nesse contexto, a literatura destaca que o reconhecimento precoce do diagnóstico de TEA e a comunicação dessa informação à equipe de saúde favorecem a identificação das necessidades específicas da criança, possibilitando adaptações mais adequadas das abordagens assistenciais. Ao ampliar o acesso dos profissionais a informações relacionadas às formas de comunicação, sensibilidades sensoriais, preferências e estratégias de regulação comportamental, torna-se mais viável o planejamento de intervenções compatíveis com as necessidades individuais da criança e a construção de um cuidado mais acessível e responsivo (Muskat et al., 2016; Nicholas et al., 2020; Greenwood et al., 2026).

4.1.3.3 Ambiente, acessibilidade e organização do serviço

A influência do ambiente hospitalar emergiu como um dos aspectos mais consistentes,

já que esse ambiente é caracterizados por ruído excessivo, iluminação intensa, movimentação constante, superlotação e imprevisibilidade foram frequentemente associados ao aumento de ansiedade, sofrimento e desregulação comportamental em crianças com TEA.

Evidências apontam que fatores como sobrecarga sensorial e tempo de espera prolongado podem intensificar comportamentos de irritabilidade, agitação e *outbursts* durante atendimentos em saúde, comprometendo tanto a experiência da criança quanto a realização do cuidado (Al-Jabri et al., 2023; Greenwood et al., 2024).

Embora muitas dessas características sejam inerentes à dinâmica dos serviços de emergência, os resultados indicam que seus efeitos tendem a ser potencializados em crianças com TEA devido às particularidades do processamento sensorial frequentemente observadas nessa população. Dessa forma, elementos que podem ser toleráveis para outras crianças tornam-se potenciais fontes de sofrimento, insegurança e desorganização comportamental, influenciando diretamente a interação com os profissionais, a realização de procedimentos e a permanência no serviço.

Sob essa perspectiva, adaptações ambientais não devem ser compreendidas como medidas complementares ou opcionais, mas como componentes da acessibilidade hospitalar e da qualidade da assistência. A redução de estímulos sensoriais, a promoção de maior previsibilidade durante o atendimento e a adequação dos espaços físicos configuram estratégias capazes de favorecer o bem-estar da criança e reduzir barreiras à participação no cuidado.

Entretanto, os resultados da revisão demonstram que a incorporação dessas adaptações ainda ocorre de forma heterogênea entre os serviços. A predominância de contextos classificados nos níveis ausente e informal/incipiente de estruturação sugere que o principal desafio contemporâneo não está mais no reconhecimento da importância dessas medidas, mas na capacidade institucional de incorporá-las de forma sistemática aos processos assistenciais.

Assim, a acessibilidade ambiental passa a ser compreendida não apenas como uma característica do espaço físico, mas como expressão do compromisso dos serviços com a oferta de um cuidado mais inclusivo, responsivo e centrado nas necessidades da criança e de sua família.

4.1.3.4 Família como parceira e fonte de conhecimento para o cuidado

A participação dos familiares foi consistentemente descrita como elemento central para a qualidade do cuidado prestado às crianças com TEA em serviços de emergência. Os estudos analisados evidenciam que pais e cuidadores desenvolvem, ao longo da convivência cotidiana, conhecimentos singulares relacionados às formas de comunicação, preferências, sensibilidades

sensoriais, fatores desencadeadores de estresse e estratégias eficazes de regulação comportamental. Essas informações constituem recursos fundamentais para o planejamento e a execução do cuidado, especialmente em contextos nos quais os profissionais dispõem de tempo limitado para conhecer as particularidades da criança (Klinepeter et al., 2026; Nicholas et al., 2020).

Sob essa perspectiva, a contribuição dos familiares transcende o papel tradicional de acompanhantes, configurando-se como uma fonte legítima e insubstituível de conhecimento para a construção de abordagens assistenciais mais individualizadas e responsivas às necessidades da criança. Tal compreensão aproxima-se dos princípios do cuidado centrado na criança e na família, nos quais familiares são reconhecidos como parceiros ativos do processo assistencial e participantes legítimos na tomada de decisões relacionadas ao cuidado (Nicholas et al., 2016; Nicholas et al., 2020; Lundholm; Stålberg, 2025; Greenwood et al., 2026).

Entretanto, os resultados indicam que a centralidade dos cuidadores assume diferentes significados no contexto assistencial. Ao mesmo tempo em que sua participação favorece a qualificação da assistência, a dependência excessiva dos familiares para mediar a comunicação, orientar condutas e viabilizar o atendimento pode indicar limitações dos serviços na incorporação de competências e recursos específicos para o cuidado dessa população. Assim, o desafio não consiste em reduzir a participação familiar, mas em construir modelos assistenciais capazes de reconhecer e valorizar a expertise dos cuidadores sem transferir a eles responsabilidades que deveriam ser compartilhadas entre profissionais, equipes e instituições de saúde.

Além disso, muitos familiares relatam ansiedade antecipatória diante da necessidade de buscar atendimento, motivada por experiências anteriores marcadas por incompreensão, estigmatização ou inadequação das respostas institucionais. Os resultados sugerem que eventos isolados de atendimento não devem ser compreendidos como episódios desconectados, mas como experiências que se acumulam ao longo do tempo e influenciam futuras interações com os serviços de saúde. Dessa forma, a qualidade da assistência repercute não apenas na resolução do problema imediato, mas também na confiança das famílias, na busca por atendimento e na experiência da própria criança em contatos subsequentes com o sistema de saúde (Greenwood et al., 2026; Greenwood et al., 2024).

4.1.3.5 Capacitação profissional e transformação da prática assistencial

Embora a capacitação profissional tenha sido uma das estratégias mais frequentemente recomendadas nos estudos incluídos, ela não depende exclusivamente da ampliação do conhecimento teórico sobre o transtorno, já que as dificuldades relatadas pelos profissionais envolvem aspectos comunicacionais, relacionais, ambientais e organizacionais que exigem experiências formativas contextualizadas e articuladas ao cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, o desenvolvimento de competências para o cuidado dessa população demanda não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também a capacidade de os aplicar em situações concretas e frequentemente complexas do contexto assistencial (Figueiredo et al., 2026; Klinepeter et al., 2026). Essa interpretação é consistente com evidências que demonstram que o conhecimento teórico sobre o TEA não se traduz necessariamente em maior percepção de eficácia profissional.

Estudos conduzidos em serviços de emergência psiquiátrica pediátrica identificaram que profissionais com treinamento prévio em TEA apresentavam maior confiança nas avaliações e manejo de situações complexas envolvendo essa população, especialmente em contextos de crise. Entretanto, a aplicação de estratégias práticas de comunicação, adaptação ambiental e manejo clínico foi determinante para o fortalecimento da confiança profissional do que o conhecimento conceitual isoladamente (Cervantes et al., 2023; Cervantes et al., 2025).

Além disso, os estudos incluídos evidenciam que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais não decorrem apenas de lacunas individuais de conhecimento, mas também de limitações institucionais relacionadas à organização dos serviços. Ausência de protocolos específicos, recursos insuficientes, dificuldades na articulação da rede assistencial e limitações estruturais foram descritas como fatores que restringem a implementação de práticas adaptadas, mesmo quando os profissionais reconhecem as necessidades da criança e possuem conhecimentos básicos sobre o TEA (Figueiredo et al., 2026; Nicholas et al., 2020).

Dessa forma, a educação permanente emerge como elemento estratégico para fortalecer a capacidade das equipes em reconhecer e responder às necessidades comunicacionais, sensoriais e comportamentais das crianças com TEA. Contudo, os resultados desta revisão sugerem que a capacitação profissional, embora necessária, pode não ser suficiente para promover mudanças sustentáveis na experiência assistencial dessa população.

A melhoria do cuidado não deve ser compreendida como responsabilidade exclusiva dos profissionais, mas como resultado da articulação entre educação permanente, suporte organizacional, adequação dos processos assistenciais e institucionalização de práticas baseadas em evidências.

Sob essa perspectiva, a transformação da prática assistencial depende da construção de ambientes de trabalho que favoreçam a incorporação do conhecimento à tomada de decisão clínica e à organização do cuidado, possibilitando respostas mais acessíveis, individualizadas e centradas na criança e na família (Nicholas et al., 2020; Klinepeter et al., 2026; Greenwood et al., 2026).

4.1.3.6 Lacunas do conhecimento e perspectivas para pesquisa futura

A análise das lacunas identificadas nos estudos permite observar um padrão importante na produção científica sobre o cuidado hospitalar de crianças com TEA. Embora exista um volume crescente de pesquisas voltadas à compreensão das experiências de crianças, familiares e profissionais, a maior parte das evidências permanece concentrada na descrição de barreiras, necessidades assistenciais e desafios relacionados à organização do cuidado.

Como consequência, o conhecimento produzido tem contribuído de forma relevante para a identificação dos problemas, mas ainda oferece suporte limitado para orientar mudanças estruturadas na prática clínica. Esse cenário sugere que o campo ainda se encontra em uma fase predominantemente exploratória, caracterizada pelo reconhecimento e pela caracterização das dificuldades vivenciadas em serviços de emergência.

Em contrapartida, observa-se produção mais restrita de estudos capazes de testar, comparar e avaliar intervenções voltadas à transformação da prática assistencial. Tal lacuna torna-se particularmente evidente diante da escassez de pesquisas que avaliem a efetividade de protocolos adaptados, estratégias comunicacionais, modificações ambientais e programas de capacitação profissional em contextos reais de atendimento (Cervantes et al., 2023; Cervantes et al., 2025).

Outra limitação observada refere-se à predominância de estudos centrados na perspectiva dos familiares e profissionais, com menor participação direta de crianças e até mesmo adolescentes com TEA na produção do conhecimento. Considerando que a experiência assistencial é influenciada por aspectos subjetivos relacionados à comunicação, ao processamento sensorial e à interação com os serviços de saúde, a ampliação de pesquisas que incorporem a voz dessa população pode contribuir para uma compreensão mais abrangente das necessidades e prioridades de cuidado (Greenwood et al., 2026).

De forma geral, os resultados desta revisão indicam a necessidade de avançar de uma pesquisa científica centrada na identificação de barreiras para pesquisas voltadas à avaliação de soluções. Nesse sentido, pesquisas futuras devem priorizar o desenvolvimento, a

implementação e a avaliação de intervenções capazes de produzir impacto mensurável na qualidade da assistência, na experiência de crianças e familiares e na capacidade dos serviços de responder de forma mais acessível, individualizada e centrada na família. A produção de evidências nesse campo representa um passo fundamental para subsidiar práticas assistenciais e políticas de saúde mais efetivas para crianças e adolescentes com TEA em contextos hospitalares e de emergência.

4.1.4 Implicações para a prática

Os achados desta revisão de escopo possuem implicações relevantes para a prática assistencial em serviços de emergência, especialmente no âmbito da enfermagem, evidenciando a necessidade de reorganização frente a assistência ao cuidado a crianças com TEA de forma mais estruturada, integrada e centrada no paciente e na família.

No nível organizacional, destaca-se a importância da implementação de fluxos assistenciais diferenciados, com priorização do atendimento e identificação precoce da condição, permitindo a redução do tempo de espera e a minimização de fatores desencadeadores de estresse frente ao tempo de permanência elevado (Garrick et al., 2022; Kouo et al., 2021; Litwin; Sellen, 2023). A adoção de protocolos assistenciais específicos e a flexibilização de rotinas mostram-se estratégias fundamentais para qualificar o cuidado (Cervantes et al., 2025; Figueiredo et al., 2026).

No que se refere à dimensão comunicacional, torna-se essencial o uso de linguagem simples, objetiva e a incorporação de práticas adaptadas, como recursos visuais, além da explicação prévia dos procedimentos e da inclusão da criança no processo de cuidado. Essas estratégias contribuem para a redução da ansiedade e para o aumento da cooperação, favorecendo a segurança e a efetividade da assistência (Garrick et al., 2022; Nicholas et al., 2016; Zwaigenbaum et al., 2016; Cervantes et al., 2025; Deguzman et al., 2024).

Embora as dificuldades comunicacionais sejam frequentemente atribuídas às características inerentes ao TEA, os resultados desta revisão indicam que essa interpretação pode ser insuficiente para explicar os desafios observados nos serviços de emergência. A recorrência de relatos relacionados à incompreensão das necessidades da criança, à dificuldade de estabelecer interação efetiva e à dependência dos familiares como mediadores sugere que as barreiras comunicacionais não decorrem exclusivamente das particularidades do desenvolvimento neuroatípico, mas também das limitações dos serviços em disponibilizar estratégias adaptadas de comunicação.

Assim, mais do que uma característica da criança, a comunicação emerge como uma competência assistencial que necessita ser desenvolvida institucionalmente, incorporando recursos, protocolos e processos de trabalho que favoreçam interações mais acessíveis e inclusivas.

As implicações relacionadas ao ambiente sensorial indicam a necessidade de adequação dos espaços físicos, com redução de estímulos auditivos e visuais, utilização de ambientes mais controlados e disponibilização de recursos sensoriais. Tais intervenções, mesmo de baixa complexidade, apresentam potencial significativo para melhorar a experiência da criança e reduzir comportamentos disruptivos (Litwin; Sellen, 2023; Betancort-Avero et al., 2025).

A prática assistencial também deve incorporar de forma sistemática a participação da família, reconhecendo pais e cuidadores como parceiros no cuidado. A escuta qualificada, o compartilhamento de decisões e o apoio emocional são elementos fundamentais para qualificar a experiência assistencial e reduzir a sobrecarga familiar (Nicholas et al., 2016; DeGuzman et al., 2024; Lundholm; Stålberg, 2025; Erdmann et al., 2026).

No âmbito profissional, evidencia-se a necessidade de investimento contínuo em capacitação e educação permanente, com foco no desenvolvimento de competências específicas relacionadas à comunicação, manejo comportamental e cuidado centrado na família. A qualificação da equipe contribui diretamente para o aumento da confiança clínica e para a melhoria dos desfechos assistenciais (Cervantes et al., 2025; Betancort-Avero et al., 2025; Figueiredo et al., 2026).

De forma integrada, os resultados indicam que a melhoria do cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência não depende de intervenções isoladas, mas da articulação entre diferentes dimensões do cuidado. Essa perspectiva é reforçada pela literatura, que aponta que a efetividade das estratégias voltadas a esse público depende de uma abordagem integrada, envolvendo processos assistenciais, comportamento dos profissionais, ambiente físico e recursos utilizados no cuidado, orientados por princípios que estruturam a prática assistencial (Sadatsafavi et al., 2023).

4.1.5 Limitações da revisão

Algumas limitações decorrem da predominância de estudos com delineamentos qualitativos e descritivos, o que, embora adequado ao mapeamento exploratório proposto, não permite avaliar a efetividade das intervenções identificadas.

Observa-se também heterogeneidade metodológica, cenários, populações e abordagens analíticas, o que dificulta comparações diretas e síntese de resultados com robustez. Além disso, a ausência de padronização nos desfechos e indicadores assistenciais compromete a análise comparativa e a identificação de métricas consistentes de avaliação do cuidado.

Outra limitação refere-se à restrição de idiomas, com inclusão apenas de estudos publicados em português, inglês e espanhol, o que pode ter resultado na exclusão de evidências relevantes em outros contextos linguísticos. Ressalta-se ainda que não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que impede a análise do nível de evidência e do risco de viés.

Por fim, destaca-se a escassez de estudos intervencionais e de avaliações de impacto na literatura, o que limita a compreensão sobre a efetividade e sustentabilidade das estratégias identificadas. Esse cenário evidencia a necessidade de pesquisas futuras que avaliem a implementação, os desfechos clínicos e a sustentabilidade de intervenções voltadas à qualificação do cuidado a crianças com TEA em serviços de emergência.

4.2 Capítulo 2: Desafios e práticas no cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência: um estudo com profissionais de enfermagem e mães

Esta etapa consistiu em pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de compreender as percepções, desafios e necessidades dos profissionais de enfermagem, bem como as expectativas, preocupações e sugestões de melhoria de mães no atendimento a crianças e adolescentes com TEA em unidades de emergência pediátrica.

O estudo teve como critérios de inclusão pais/responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), contudo todas as participantes incluídas foram mães. Diante desse predomínio absoluto, optou-se por adotar, ao longo de todo texto, o termo "mães", em substituição à denominação genérica de cuidadores, de modo a conferir maior fidelidade aos dados produzidos e reconhecer o protagonismo materno evidenciado na pesquisa.

4.2.1 Delineamento metodológico

4.2.1.1 Equipe de Pesquisa e reflexividade

As sessões foram conduzidas pela pesquisadora principal, enfermeira, sob supervisão da professora orientadora, enfermeira, doutora e com experiência em pesquisa qualitativa. Participaram como moderadores assistentes uma enfermeira especialista, atuante na coordenação de um serviço de pediatria, e um psicólogo hospitalar com experiência na assistência a crianças, adolescentes e suas famílias em contexto hospitalar. A pesquisadora principal, orientadora e moderadora assistente enfermeira eram do sexo feminino, enquanto o moderador assistente psicólogo era do sexo masculino.

Os moderadores assistentes contribuíram para a observação das interações do grupo e para o registros de aspectos não verbais relevantes à compreensão das discussões. Não houve participação de pessoas externas às participantes e à equipe de pesquisa durante a realização dos grupos focais. As sessões tiveram duração aproximada de 40 a 70 minutos, sendo gravadas em áudio e vídeo e complementadas por anotações de campo, nas quais foram registrados aspectos não verbais considerados relevantes para a interpretação dos dados, como pausas, entonações e reações emocionais. Posteriormente, o conteúdo foi transcrito na íntegra com auxílio da plataforma *Happy Scribe*, com validação de todo conteúdo gerado pela pesquisadora.

O contato com as participantes ocorreu previamente à realização dos grupos focais, por meio de mensagens via WhatsApp, com a finalidade de confirmar o agendamento e fornecer

orientações sobre a participação na pesquisa, não havendo relacionamento prévio entre as participantes e pesquisadoras. Antes do início dos grupos focais, as participantes foram informadas verbalmente sobre a identificação e a atuação profissional da pesquisadora, a temática, os objetivos e os procedimentos da investigação.

A atuação da equipe de pesquisa esteve relacionada à experiência profissional e ao interesse na temática da assistência à criança e ao adolescente com TEA, considerando as particularidades do cuidado em contexto hospitalar e de emergência.

4.2.1.2 Conceito dos estudos

O estudo adotou abordagem qualitativa, fundamentada na perspectiva hermenêutico-dialética, que considera a complexidade do fenômeno investigado e compreende que os sentidos são construídos a partir da interação entre sujeitos e da interpretação das experiências vivenciadas. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), complementada pela análise lexical realizada por meio do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), versão 0.6 alpha 3.

O relato desta investigação foi elaborado em conformidade com as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong, Sainsbury; Craig, 2007) (Anexo B), checklist composto por 32 itens organizados em três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade, conceito do estudo e análise e resultados. O COREQ foi utilizado como referencial para assegurar transparência, rigor e completude na descrição dos procedimentos metodológicos e na apresentação dos achados, não constituindo, entretanto, um método de pesquisa ou de análise dos dados.

Inicialmente, o delineamento previa a realização de dois grupos focais distintos, visando favorecer a construção coletiva de sentidos a partir da interação entre os participantes. Um dos grupos seria composto por profissionais de enfermagem com experiência no atendimento a crianças e adolescentes com TEA em serviços de emergência pediátrica, enquanto o outro seria formado por mães de crianças e adolescentes com TEA que haviam utilizado esses serviços.

No entanto, em decorrência de baixa adesão dos profissionais de enfermagem à participação em encontros coletivos, foi realizada uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob parecer nº 8.162.319 (Anexo C), que autorizou a modificação da estratégia de coleta de dados junto a esse grupo. A coleta inicialmente prevista por meio de grupo focal foi

substituída pela utilização de formulário eletrônico individual, mantendo-se inalterados os objetivos, o conteúdo do instrumento de coleta e os aspectos éticos originalmente estabelecidos.

Desse modo, a produção dos dados passou a ocorrer por meio de estratégias distintas e complementares: formulário eletrônico individual para os profissionais de enfermagem e grupos focais para as mães. Essa adequação considerou as particularidades dos grupos participantes e possibilitou apreender diferentes perspectivas sobre as experiências relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes com TEA em serviços de emergência pediátrica.

A seleção dos participantes ocorreu por amostragem intencional, considerando a experiência e a relação dos indivíduos com o fenômeno investigado. Foram incluídos profissionais de enfermagem, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em serviços de emergência pediátrica, bem como pais ou responsáveis por crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) que haviam utilizado serviços de urgência e emergência nos 24 meses anteriores à pesquisa.

Coleta de Dados

O recrutamento ocorreu por meio de divulgação eletrônica do convite para participação na pesquisa, contendo informações sobre os objetivos do estudo e o *link* de acesso ao formulário eletrônico. Ao acessar o instrumento, os profissionais tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato digital e, após manifestarem concordância em participar, procederam ao preenchimento do questionário (Apêndice B).

A coleta de dados ocorreu em ambiente virtual, entre dezembro de 2025 e março de 2026, por meio de plataformas digitais distintas, de acordo com a estratégia definida para cada grupo participante. Para os profissionais de enfermagem, foi utilizado formulário eletrônico individual, elaborado na plataforma *Google Forms*. Para as mães, foram realizados dois grupos focais, conduzidos remotamente por videoconferência, por meio da plataforma *Google Meet*.

A amostra final foi composta por 25 participantes, sendo 17 profissionais de enfermagem e oito mães de crianças e adolescentes com TEA. Embora os critérios de inclusão contemplassem pais ou responsáveis, todas as participantes do grupo familiar foram mães, motivo pelo qual essa denominação é utilizada ao longo do estudo. Em relação à não participação, 11 mães manifestaram interesse inicial em integrar a pesquisa e formalizaram sua concordância mediante assinatura do TCLE, porém não compareceram aos grupos focais.

Dessa forma, embora tenham consentido inicialmente, não participaram efetivamente da etapa de produção de dados e não integraram a amostra final.

Profissionais de Enfermagem

Foram incluídos profissionais de enfermagem com tempo mínimo de seis meses de atuação em unidades de emergência pediátrica e experiência no atendimento a crianças e adolescentes com TEA ou outras condições do neurodesenvolvimento. O recrutamento ocorreu por meio de divulgação eletrônica do convite para participação na pesquisa, contendo informações sobre os objetivos do estudo e o *link* de acesso ao formulário eletrônico.

O formulário eletrônico destinado aos profissionais de enfermagem continha questões abertas e fechadas, baseadas em roteiro semiestruturado previamente desenvolvido para o estudo (Apêndice C). Para a caracterização dos participantes, foram investigadas as variáveis: idade, sexo, raça/cor autodeclarada, categoria profissional, escolaridade, tempo de formação, tempo de atuação em unidade de emergência pediátrica, carga horária semanal, tipo de serviço e local de atuação (cidade/estado). Também foram abordados aspectos relacionados à experiência prévia no atendimento a crianças e adolescentes com TEA e ao nível de experiência autopercebido.

As questões abertas exploraram as experiências dos profissionais, os principais desafios no cuidado em contexto de emergência, as estratégias utilizadas diante de situações como agitação e crises sensoriais, bem como sugestões de melhorias relacionadas à capacitação, à organização do serviço, ao ambiente e aos fluxos assistenciais. Previamente à aplicação, o instrumento foi submetido a teste-piloto informal com profissionais de perfil semelhante ao da população do estudo, com a finalidade de avaliar a clareza, a compreensão e a pertinência das questões.

Mães de crianças e adolescentes com TEA

No grupo das mães, foram incluídas aquelas cujos filhos, crianças ou adolescentes com diagnóstico de TEA, haviam utilizado serviços de emergência pediátrica nos 24 meses anteriores à coleta de dados. O recrutamento ocorreu por meio de divulgação eletrônica do convite para participação na pesquisa, contendo informações sobre os objetivos do estudo e a identificação das pesquisadoras responsáveis. As interessadas preencheram um formulário

inicial com dados para contato, possibilitando a comunicação posterior para confirmação da participação e envio das orientações necessárias para acesso às sessões.

A coleta de dados foi orientada por roteiro semiestruturado composto por questões abertas, voltadas à exploração das experiências vivenciadas no atendimento de crianças e adolescentes com TEA em serviços de emergência pediátrica. O roteiro foi estruturado em quatro eixos temáticos: perfil sociodemográfico; vivência no atendimento hospitalar; comunicação e acolhimento; e propostas e sugestões de melhoria (Apêndice D).

As questões abordaram as experiências no atendimento em serviços de emergência, as dificuldades enfrentadas, a percepção das mães quanto ao preparo dos profissionais, a qualidade da comunicação e do acolhimento, além de sugestões para a qualificação do cuidado, incluindo adaptações no ambiente, nos fluxos assistenciais e na capacitação das equipes. A utilização da técnica possibilitou a interação entre as participantes, favorecendo a troca de percepções, a construção coletiva de sentidos e o aprofundamento das experiências compartilhadas.

As sessões tiveram duração aproximada de 40 a 70 minutos foram gravadas em áudio e vídeo, mediante autorização das participantes, e complementadas por anotações de campo realizadas durante os encontros. Nessas anotações, foram registrados aspectos não verbais considerados relevantes para a interpretação dos dados, como pausas, entonações e reações emocionais. Posteriormente, as gravações foram transcritas na íntegra com auxílio da plataforma *Happy Scribe,* sendo o] conteúdo gerado revisado e conferido pela pesquisadora.

A suficiência dos dados foi discutida pela equipe de pesquisa durante o processo de análise das transcrições dos grupos focais. Foram considerados a recorrência temática, a convergência de significados e a ausência de novas contribuições relevantes para o aprofundamento das categorias analíticas relacionadas aos objetivos do estudo. A decisão foi discutida consensualmente entre as pesquisadoras, fundamentando o encerramento da coleta referente a essa etapa.

4.2.1.3 Análise e Resultados

A saturação teórica dos dados foi identificada pelos membros da equipe de pesquisa durante o processo de análise das transcrições, quando os discursos passaram a apresentar recorrência temática, convergência de significados e ausência de novas contribuições relevantes para o aprofundamento das categorias analíticas relacionadas aos objetivos do estudo. A decisão

foi discutida consensualmente entre as pesquisadoras, fundamentando o encerramento da coleta de dados.

Os dados provenientes das transcrições dos grupos focais, em conjunto com os dados obtidos por meio do formulário eletrônico aplicado aos profissionais, compuseram o *corpus* analítico da pesquisa, sendo organizados e preparados para análise qualitativa conforme os pressupostos da análise de conteúdo.

As informações foram submetidas a um processo de organização e preparação, que incluiu a exportação das respostas do formulário eletrônico, a revisão das transcrições das gravações em áudio e a conferência das anotações de campo. As transcrições foram realizadas na íntegra, preservando a fidelidade das falas dos participantes, incluindo pausas, interjeições e elementos relevantes para a compreensão do contexto discursivo.

A análise dos dados foi conduzida por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), articulada à abordagem hermenêutico-dialética de Minayo (2022), permitindo a interpretação dos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências e a compreensão das contradições, convergências e complementaridades presentes nos discursos.

O processo analítico ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Na etapa de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante e exaustiva do material, com o objetivo de obter uma visão global do conteúdo, identificar ideias centrais e definir as unidades de análise. Na etapa de exploração do material, realizou-se a codificação dos dados, com identificação das unidades de registro e agrupamento em categorias temáticas.

As categorias foram construídas de forma indutiva e dedutiva, considerando tanto os objetivos da pesquisa quanto os temas emergentes dos discursos. Nesse processo, buscou-se identificar padrões, recorrências, convergências e divergências nas falas dos participantes.

Na fase de tratamento dos resultados e interpretação, buscou-se compreender os sentidos atribuídos às experiências relatadas, identificando padrões, recorrências, convergências e divergências entre os participantes, à luz do referencial teórico adotado. A codificação inicial e a construção das categorias analíticas foram realizadas pela pesquisadora principal e discutidas com a professora orientadora, buscando consenso interpretativo e refinamento contínuo das categorias e subcategorias produzidas.

Considerando os pressupostos da abordagem hermenêutico-dialética, reconheceu-se que a interpretação dos discursos é permeada pelas experiências, valores e referenciais teóricos dos pesquisadores. Assim, buscou-se explicitar e problematizar as pré-compreensões da equipe ao

longo do processo analítico, por meio de discussões sucessivas dos achados, revisitação contínua do corpus e construção compartilhada das categorias temáticas. Esse movimento reflexivo contribuiu para o aprofundamento interpretativo dos dados e para o fortalecimento do rigor e da credibilidade dos achados produzidos.

Posteriormente à análise de conteúdo, o corpus textual foi submetido à análise lexical por meio do software IraMuTeQ (versão 0.6 alpha 3), utilizando a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com o objetivo de identificar classes discursivas e organizar o material textual. Essa técnica permitiu identificar classes de segmentos de texto com base na frequência e associação entre palavras, evidenciando estruturas lexicais e padrões discursivos presentes no material empírico, complementando e validando as categorias previamente construídas na análise de conteúdo.

4.2.2 Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob parecer nº 7.796.841, incluindo posterior emenda aprovada sob parecer nº 8.162.319, referente à adequação da estratégia de coleta de dados (Anexo C).

Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo garantido o caráter voluntário da participação, mediante assinatura do TCLE (Apêndice B), sendo assegurado o caráter voluntário da participação e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A pesquisa foi classificada como de risco mínimo, considerando que não envolveu intervenções físicas ou procedimentos invasivos. No entanto, reconheceu-se a possibilidade de desconforto emocional decorrente da rememoração de experiências vivenciadas no atendimento de crianças e adolescentes com TEA em contexto de emergência. Para mitigar esses riscos, foi comunicado que os participantes poderiam interromper sua participação a qualquer momento e disponibilizado suporte psicológico, caso necessário.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade, os depoimentos foram identificados por meio de codificação alfanumérica. A letra "P" foi utilizada para representar os profissionais de enfermagem participantes do estudo (P1, P2, P3...) e a letra "M" para identificar as mães de crianças e adolescentes com TEA (M1, M2, M3...), assegurando a proteção da identidade dos participantes na apresentação dos resultados.

4.2.3 Discussão

4.2.3.1 Caracterização dos participantes

A amostra foi composta por 17 profissionais de enfermagem atuantes em serviços de emergência pediátrica e 8 mães de crianças e adolescentes com diagnóstico de TEA. Inicialmente, 19 mães manifestaram interesse em participar da pesquisa e formalizaram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entretanto, onze não compareceram ao grupo focal, sendo, portanto, excluídas da amostra final por não terem participado da etapa de coleta de dados.

4.2.3.1.1 Profissionais de Enfermagem

O grupo de profissionais de enfermagem foi composto por 17 participantes atuantes em unidades de emergência pediátrica, incluindo enfermeiros (88,2%) e técnicos de enfermagem (11,8%), provenientes de diferentes regiões do país, com predominância de profissionais vinculados ao estado de Sergipe (76,5%). A maioria era do sexo feminino (82,3%), com idade entre 25 e 47 anos e autodeclarados como branco (41,2%), pardo (41,2%) ou negro (17,6%) (Quadro 4).

Quadro 4. Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes do estudo. Sergipe, Brasil, 2026. (Continua)

ID	Categoria Profissional	Escolaridade	Tempo de formação	Tempo de atuação em unidade de emergência pediátrica	Tipo de serviço que atua	Nível de experiência com TEA (auto declaração)
P1	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	6 meses – 1 ano	Privado	Moderado
P2	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	Superior a 10 anos	Superior a 5 anos	Público	Baixo
P3	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	Superior a 10 anos	1 – 5 anos	Público	Baixo
P4	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	Superior a 10 anos	Superior a 5 anos	Público	Moderado
P5	Enfermeiro (a)	Ensino Superior Completo	2 – 5 anos	6 meses – 1 ano	Privado	Moderado
P6	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 meses – 2 anos	1 – 5 anos	Privado	Moderado
P7	Enfermeiro (a)	Ensino Superior Completo	2 – 5 anos	1 – 5 anos	Privado	Moderado
P8	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Alto
P9	Técnico(a) de Enfermagem	Ensino Superior Completo	Superior a 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Alto

Quadro 4. Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes do estudo. Sergipe, Brasil, 2026. (Conclusão)

ID	Categoria Profissional	Escolaridade	Tempo de formação	Tempo de atuação em unidade de emergência pediátrica	Tipo de serviço que atua	Nível de experiência com TEA (auto declaração)
P10	Técnico(a) de Enfermagem	Ensino Médio	6 – 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Moderado
P11	Enfermeiro (a)	Ensino Superior Completo	6 – 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Moderado
P12	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	Superior a 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Baixo
P13	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	1 – 5 anos	Privado	Alto
P14	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	1 – 5 anos	Privado	Baixo
P15	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	1 – 5 anos	Privado	Alto
P16	Enfermeiro (a)	Pós Graduação	6 – 10 anos	Superior a 5 anos	Privado	Alto
P17	Técnico(a) de Enfermagem	Ensino Superior Completo	2 – 5 anos	1 – 5 anos	Privado	Moderado

Fonte: dados da pesquisa, 2026. Legenda: ID – identificação.

Em relação à formação, observou-se predominância de profissionais com pós-graduação (78,0%). O tempo de formação variou entre 6 meses a superior a 10 anos, refletindo um grupo heterogêneo. Predominou o tempo de atuação em emergência entre 6 a 10 anos (47,0%) sendo que 58,8% relataram carga horária semanal entre 21 e 40h e 82,3% com atuação predominante em serviços privados.

Todos os profissionais relataram já ter realizado atendimento a crianças com TEA no contexto hospitalar no setor de emergência. Quanto ao nível de experiência autopercebido, 47% classificaram-se como moderado. Apenas 17,6% relataram ter recebido formação suficiente para esse tipo de atendimento, enquanto 52,9% informaram a inexistência de protocolos ou orientações específicas em suas unidades de atuação.

4.2.3.1.2 Mães das crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista

O grupo foi composto por oito mães. A idade das participantes variou entre 34 e 46 anos (média de 39 anos). Em relação à escolaridade, observou-se predominância de pós-graduação (62,5%). Quanto ao estado civil, 87,5% eram casadas ou viviam em união estável e, em relação à situação ocupacional, 75,0% encontram-se empregadas, 12,5% atuavam como cuidadoras em tempo integral e 12,5% exerciam atividade autônoma. Todas residiam no Estado de Sergipe e relataram possuir apenas um filho(a) com diagnóstico de TEA (Quadro 5).

Quadro 5. Caracterização das mães participantes e das crianças/adolescentes com TEA. Sergipe, Brasil, 2026.

	Mães				**Criança / adolescente**		
ID	**Escolaridade**	**Estado civil**	**Situação ocupacional**	**Nº de filhos**	**Idade**	**Tempo até o diagnóstico**	**Nível de suporte***
M1	Pós - Graduação	Casada/união estável	Empregada	2	> 12 anos	1 a 3 anos	Nível 1
M2	Pós - Graduação	Casada/união estável	Empregada	3	10-12 anos	Superior a 3 anos	Nível 2
M3	Ensino Médio	Solteira	Empregada	2	4 – 6 anos	Superior a 3 anos	Nível 3
M4	Pós - Graduação	Casada/união estável	Empregada	2	> 12 anos	Superior a 3 anos	Nível 1
M5	Ensino superior completo	Casada/união estável	Empregada	3	> 12 anos	Superior a 3 anos	Nível 1
M6	Pós - Graduação	Casada/união estável	Cuidadora integral	1	6 – 8 anos	Superior a 3 anos	Nível 2
M7	Ensino Superior Completo	Casada/união estável	Autônoma	1	8 – 10 anos	Superior a 3 anos	Nível 1
M8	Pós - Graduação	Casada/união estável	Empregada	1	6 – 8 anos	Superior a 3 anos	Nível 2

Fonte: dados da pesquisa, 2026. Legenda: ID – Identificação dos participantes. **Nota:** *Nível de suporte informado pela mãe participante, não correspondendo necessariamente à classificação formal registrada em prontuário ou emitida por profissional habilitado.

As crianças e adolescentes com TEA apresentaram idade entre 4 e 17 anos, com predominância do sexo masculino (75,0%). Foram identificados participantes com filhos classificados nos níveis 1, 2 e 3 de suporte, de acordo com informação fornecida pelas mães, sendo mais frequente o tempo de diagnóstico superior a três anos.

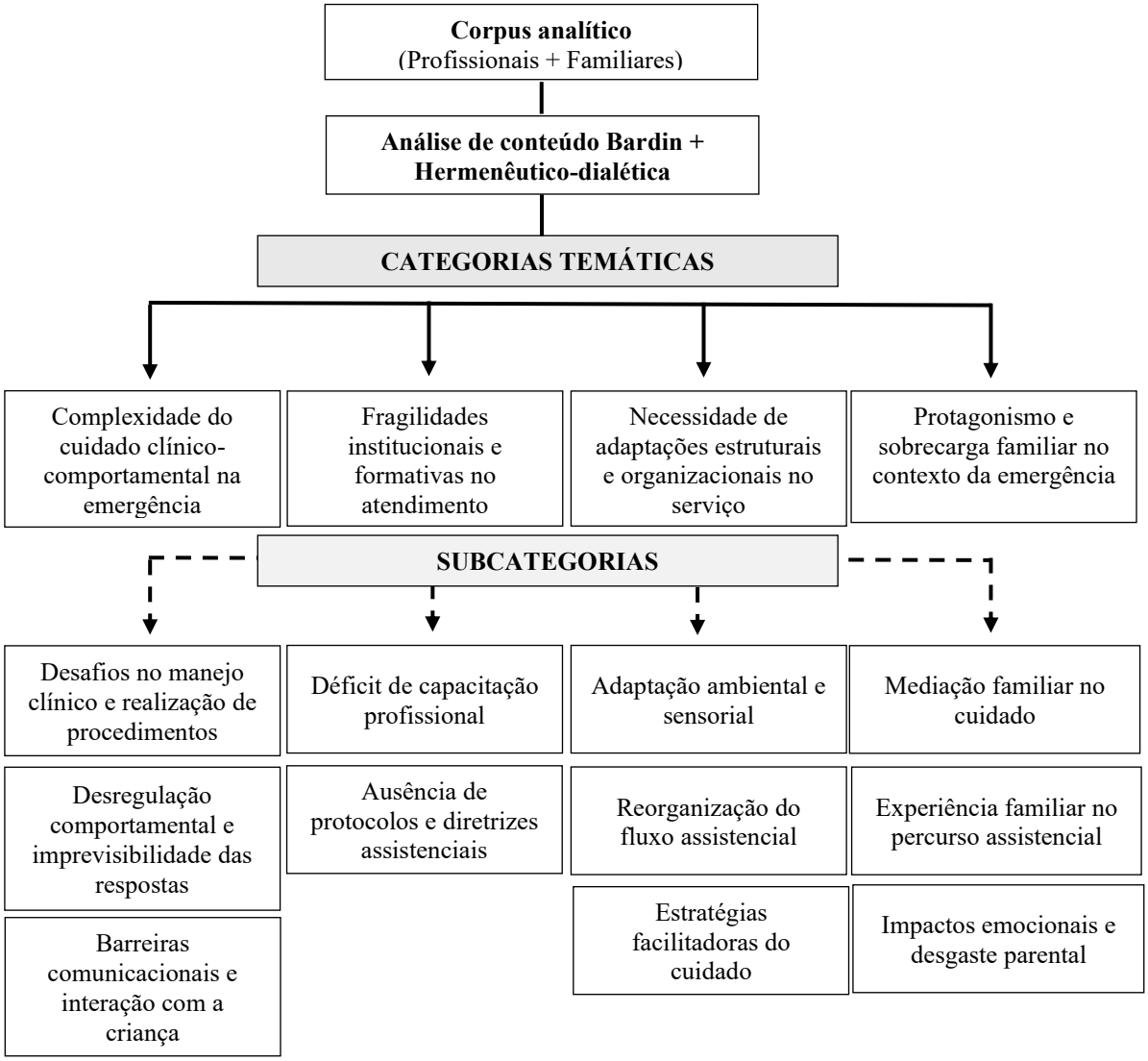
4.2.3.2 Categorias temáticas da análise de conteúdo

A análise do *corpus*, conduzida com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin e interpretada à luz da abordagem hermenêutico-dialética de Minayo (2022), possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas centrais, que expressam as experiências, percepções e desafios relacionados ao atendimento de crianças e adolescentes com TEA em unidades de emergência pediátrica.

As categorias construídas foram: complexidade do cuidado clínico-comportamental na emergência; fragilidades institucionais e formativas no atendimento ao TEA; necessidade de adaptações estruturais e organizacionais no serviço; e protagonismo e sobrecarga familiar no

contexto da emergência. Embora apresentadas separadamente para fins analíticos, essas categorias se mostram inter-relacionada, evidenciando a natureza multifacetada do cuidado à criança e ao adolescente com TEA no contexto da emergência (Figura 2).

Figura 2. Estrutura analítica das categorias e subcategorias temáticas.



Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Análise lexical complementar do corpus

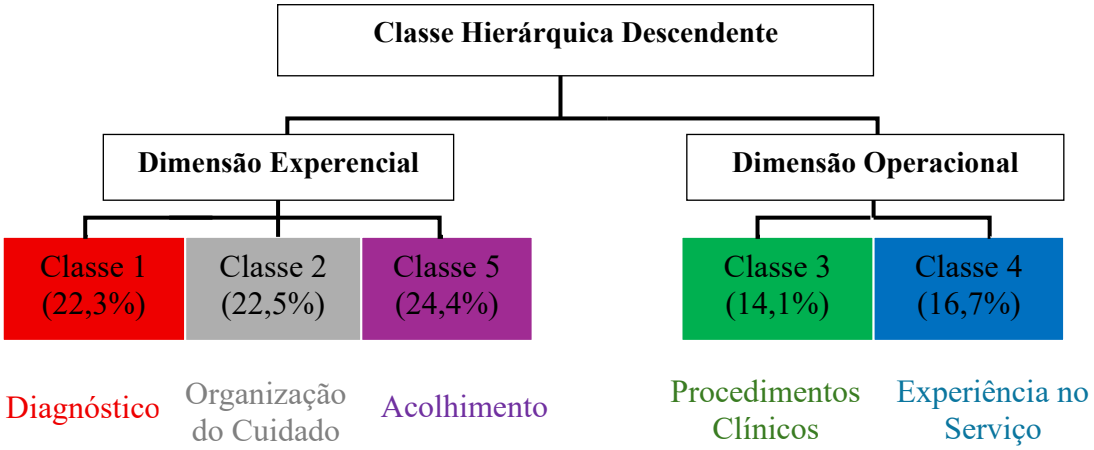
Com o objetivo de ampliar a compreensão do material e identificar padrões discursivos presentes no corpus, realizou-se análise lexical complementar por meio do software IRaMuTeQ, utilizando a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Foram processados 571 segmentos de texto, dos quais 467 (81,79%) foram aproveitados na CHD, indicando adequada estabilidade na formação das classes lexicais. A análise resultou

na identificação de cinco classes discursivas, distribuídas de forma relativamente equilibrada, evidenciando diferentes formas de organização do discurso acerca do atendimento de crianças e adolescentes com TEA em serviços de emergência pediátrica.

A leitura do dendrograma (Figura 3) permite observar a organização dessas classes em dois grandes eixos interpretativos. A Dimensão Experiencial reuniu conteúdos relacionados ao diagnóstico, à organização do cuidado e ao acolhimento, contemplando aspectos subjetivos e relacionais presentes nas experiências dos participantes. Por sua vez, a Dimensão Operacional agregou conteúdos associados aos procedimentos clínicos e à experiência no serviço, evidenciando elementos vinculados à dinâmica assistencial e à execução do cuidado.

Figura 3. Organização das classes lexicais do corpus geral obtidas por meio da Classificação Hierárquica Descendente no software IraMuTeQ.



Fonte: Dados da Pesquisa, IraMuTeQ, 2026.

Essa organização evidencia que o cuidado emergencial à criança e adolescente com TEA se constitui a partir da articulação entre dimensões técnicas e relacionais, envolvendo tanto a execução de práticas assistenciais quanto a experiência subjetiva dos usuários e seus familiares. A distribuição das classes apresentou relativa homogeneidade, sem predomínio absoluto de um único núcleo discursivo, o que reforça a complexidade do fenômeno investigado e contribui com a compreensão de que o atendimento a essa população demanda respostas que extrapolam a dimensão estritamente biomédica, incorporando aspectos comunicacionais, ambientais e familiares.

As cinco classes identificadas contemplaram conteúdos relacionados ao diagnóstico e à compreensão do TEA, à organização do cuidado e ao acolhimento, bem como à realização de procedimentos clínicos e à experiência vivenciada nos serviços de emergência. A organização dessas classes em duas grandes dimensões interpretativas permitiu evidenciar diferentes formas

de estruturação discursiva do corpus, articulando aspectos experienciais e relacionais com elementos operacionais do cuidado.

Tal achado converge com estudos que descrevem o atendimento à criança com TEA em contextos de urgência e emergência como um processo marcado pela interação entre demandas clínicas imediatas e a necessidade de adaptações centradas na criança e na família (Greenwood et al., 2026; Lundholm; Stålberg, 2025). Entre os vocábulos com maior contribuição para a composição das classes destacaram-se termos relacionados aos procedimentos clínicos , como "exame", "injeção" e "medicação"; à organização do atendimento, como "hospital", "urgência" e "rede"; ao acolhimento, representado por expressões como "escutar" e "agilidade"; e à experiência familiar, evidenciada por termos como "família" e "diagnóstico". Esses elementos ilustram a diversidade de aspectos que permeiam o cuidado emergencial à criança e ao adolescente com TEA, abrangendo desde demandas técnico-assistenciais até necessidades relacionais e subjetivas dos usuários e seus familiares.

A dimensão operacional, representada pelas classes relacionadas aos procedimentos clínicos e à experiência no serviço, evidencia desafios associados à realização de intervenções assistenciais, à dinâmica organizacional e ao funcionamento dos serviços de emergência. Esses achados dialogam com a literatura que aponta a imprevisibilidade do ambiente, a ausência de protocolos específicos e as limitações estruturais como barreiras recorrentes para o cuidado qualificado a crianças com TEA (Betancort-Avero et al., 2025; Figueiredo et al., 2026; Greenwood et al., 2026).

Por sua vez, a dimensão experiencial reuniu elementos relacionados ao diagnóstico, à organização do cuidado e ao acolhimento, ressaltando a centralidade das experiências familiares e da comunicação no contexto assistencial. A valorização da escuta, da previsibilidade e da participação dos cuidadores tem sido descrita como componente essencial para a individualização do cuidado, redução do sofrimento e fortalecimento das relações terapêuticas durante o atendimento emergencial (Greenwood et al., 2026; Klinepeter et al., 2026; Nicholas et al., 2020).

Observou-se aproximação entre as dimensões identificadas na Classificação Hierárquica Descendente e as categorias construídas na análise de conteúdo, especialmente no que se refere aos componentes procedimentais, organizacionais, comunicacionais e familiares do atendimento. Contudo, a análise lexical não reproduziu integralmente a estrutura temática previamente elaborada, oferecendo uma perspectiva complementar sobre o fenômeno investigado. Enquanto a análise temática possibilitou aprofundar os significados atribuídos

pelos participantes às suas experiências, a análise lexical permitiu visualizar padrões de associação entre os elementos discursivos presentes no corpus.

A complementaridade entre essas estratégias analíticas ampliou a compreensão acerca da complexidade do atendimento às crianças e adolescentes com TEA em serviços de emergência pediátrica, evidenciando que esse cuidado é permeado por dimensões clínicas, organizacionais, comportamentais e relacionais, continuamente interdependentes.

4.2.3.2.1 Complexidade do cuidado clínico-comportamental na emergência

Essa categoria evidencia que o atendimento à criança e adolescente com TEA em unidades de emergência ultrapassa a dimensão técnica, configurando-se como um processo dinâmico, imprevisível e multifatorial. Os achados revelam que o cuidado é atravessado por desafios simultâneos relacionados à execução de procedimentos, à regulação comportamental e às limitações comunicacionais, exigindo constante adaptação por parte dos profissionais e familiares. Esse cenário rompe com a lógica padronizada da assistência em emergência e evidencia a necessidade de abordagens individualizadas que nem sempre estão disponíveis ou estruturadas nos serviços.

- Desafios no manejo clínico e realização de procedimentos

A realização de intervenções assistenciais, especialmente aquelas de caráter invasivo, foi identificada como um dos principais pontos críticos no atendimento, sobretudo diante da resistência da criança e da necessidade de manejo simultâneo de demandas clínicas e comportamentais.

“O atendimento com crianças com TEA, a depender do nível de suporte, é bastante desafiador” (P1).

“O momento de realizar procedimentos mais invasivos é quando os genitores não sabem como acalmar seus filhos para colaborar na assistência” (P1).

“Encontrar a forma adequada de acalmá-los [...] quando temos procedimentos invasivos a serem realizados, pois a criança desorganiza” (P15).

Na perspectiva dos familiares, essa dificuldade se manifesta de forma ainda mais intensa, sendo frequentemente associada a situações de crise e sofrimento:

“Se precisasse fazer medicação venosa [...] eu tinha que segurar, e esse ato de segurar desestabilizava ainda mais o meu filho” (M8).

“Assim que tirou o sangue eu não consegui mais segurar ele [...] começou a chutar, empurrar...” (M3).

Esses relatos evidenciam que os procedimentos, ainda que rotineiros no contexto da emergência, assumem caráter altamente complexo quando realizados em crianças/ adolescentes com TEA, mobilizando sofrimento físico e emocional.

Nesse sentido, os resultados corroboram com a literatura ao demonstrar que crianças com TEA apresentam demandas ampliadas no contexto da emergência, tanto do ponto de vista clínico quanto comportamental, especialmente em situações de crise. Estudos indicam que esse público apresenta maior frequência de utilização dos serviços de emergência, frequentemente associada a comportamentos desafiadores, como agitação, autoagressão e dificuldades de regulação emocional (Jeglum et al., 2024). Tal cenário reforça que o atendimento não se limita à resolução de queixas agudas, mas envolve o manejo de condições complexas que requerem abordagem diferenciada.

Achados semelhantes foram descritos por Lundholm e Stålberg (2025), cujos participantes relataram que procedimentos invasivos frequentemente desencadeavam crises comportamentais, aumentando a necessidade de contenção física. Os autores destacam que tais experiências foram percebidas pelos familiares como eventos potencialmente traumáticos, especialmente quando conduzidas sem preparação prévia ou adaptação da abordagem assistencial.

Sob a perspectiva hermenêutico-dialética, esses relatos evidenciam que a complexidade do cuidado não se restringe às características clínicas do TEA, mas da interação entre suas necessidades específicas e a limitada capacidade dos serviços em oferecer estratégias adaptadas para a realização segura e menos traumática das intervenções assistenciais. Nesse contexto, práticas coercitivas ou improvisadas tendem a emergir como respostas à insuficiência de recursos organizacionais e de preparo profissional.

- Desregulação comportamental e imprevisibilidade clínica

A desregulação comportamental emergiu como um dos elementos mais marcantes da experiência assistencial, sendo descrita tanto por profissionais quanto por familiares como imprevisível e de difícil manejo.

“A agitação que transcende o comportamento típico de uma criança, dificultando o atendimento” (P2).

“Elas desregulam com muita facilidade quando tem procedimentos” (P4).

Os familiares corroboram essa percepção, associando as crises tanto às características da criança e dos adolescentes com TEA quanto ao ambiente hospitalar:

“Se muda a rotina, desestabiliza [...] a ponto de ter crises” (M1).

“Ele se desregulava facilmente [...] quando ia realizar exames” (M3).

“Ela tem um pavor ao toque [...] era tudo muito sofrido” (M6).

Além disso, fatores ambientais como ruído, espera prolongada e excesso de estímulos foram apontados como desencadeadores importantes:

“Normalmente a falta de paciência deles é esperar” (M8).

“O tempo de esperar, as outras crianças chorando [...] já desorganiza tudo” (M7).

“Então se ela chegar em uma urgência que tenha muito grito, ela só de pensar, na verdade, [...] ela já vai se desorganizar” (M1).

A análise desses achados permite compreender que a desregulação comportamental não deve ser interpretada apenas como uma manifestação inerente ao TEA, mas como um fenômeno relacional, produzido na interface entre as características individuais da criança / adolescente e as condições oferecidas pelo ambiente assistencial.

- Barreiras comunicacionais e interação com a criança

As dificuldades comunicacionais foram identificadas como um elemento transversal à complexidade do cuidado, impactando diretamente a condução do atendimento e a relação entre profissionais, criança/ adolescente e família.

“Pacientes portadores de TEA possuem caracterizadas individuais que mudam de acordo com o nível de autismo apresentado desafios significativos de interação social e sensorial” (P8).

“Dificuldade em aproximação, procedimentos” (P13).

“A comunicação” (P4).

“Comunicação efetiva com as crianças [...] sem causar tantos traumas” (P5).

Os relatos evidenciam que a dificuldade de estabelecer uma comunicação efetiva compromete a compreensão das necessidades da criança / adolescente, dificulta a adesão aos procedimentos e pode intensificar situações de sofrimento durante o atendimento.

Na perspectiva dos familiares, a comunicação inadequada também se manifesta como falta de acolhimento e compreensão das especificidades do TEA:

“A gente percebe que não tem muito conhecimento [...] acham que todo autista é igual” (M1).

“Acham que é mimo, que é dengo, e a gente sabe que não é” (M6).

Esses achados evidenciam que a comunicação ultrapassa a transmissão de informação, envolvendo o reconhecimento da singularidade da criança e do adolescente e a validação das experiências familiares. Quando as particularidades do TEA são desconsideradas, os cuidadores percebem atitudes de julgamento e minimização de suas demandas.

No tocante ao vínculo e a confiança como elementos mediadores do cuidado, destacam-se os relatado por profissionais e familiares:

“Ganhar a confiança da criança para qualquer tipo de contato” (P8).

“Conquistar a confiança” (P9).

“Tentar que elas entendam que o que estamos fazendo é para o bem delas” (P17).

“Eu sempre tento criar laço e vínculo com o profissional” (M6).

Profissionais e familiares destacaram a construção de vínculo e confiança como estratégia fundamental para favorecer a cooperação da criança, reduzir a ansiedade e qualificar a experiência assistencial.

Corroborando esses achados, estudos apontam que a comunicação entre profissionais, crianças com TEA e seus familiares constitui um dos principais elementos para a qualidade da assistência em serviços de emergência. A limitada compreensão das necessidades comunicacionais e comportamentais da criança pode dificultar a interação com a equipe, comprometer o estabelecimento de vínculo e aumentar a ocorrência de experiências negativas durante o atendimento (Nicholas et al., 2020; Greenwood et al., 2026).

Os resultados sugerem que as barreiras comunicacionais não se explicam apenas pelas particularidades do TEA, mas também pelas condições em que o cuidado é produzido nos serviços de emergência. A dificuldade de comunicação, a hipersensibilidade sensorial e a resistência a procedimentos interferem diretamente na avaliação clínica e na condução terapêutica, aspecto amplamente descrito na literatura (Pillai; Dunn; Efron, 2023).

Nesse contexto, a rapidez exigida pelo atendimento, a alta rotatividade dos profissionais e a o tempo reduzido para interação dificultam o reconhecimento das necessidades individuais da criança, adolescente e de sua família. Esse cenário pode comprometer a construção de vínculos, limitar a adoção de estratégias comunicacionais mais adequadas e potencializar experiências de sofrimento durante a assistência.

4.2.3.2.2 Fragilidades institucionais e formativas no atendimento

Essa categoria evidencia limitações estruturais e lacunas na formação profissional que impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado a crianças e adolescentes com TEA em unidades de emergência. Os achados revelam que essas fragilidades se manifestam tanto na ausência de preparo técnico específico quanto na inexistência de diretrizes institucionais que orientem a prática assistencial.

Essas fragilidades contribuem para um cuidado frequentemente improvisado, dependente da experiência individual dos profissionais e pouco sustentado por protocolos ou estratégias sistematizadas.

- Déficit de capacitação profissional

Os relatos dos profissionais evidenciam que o atendimento à criança com TEA ainda é marcado por insegurança e necessidade de adaptação empírica das práticas.

“É sempre um desafio trabalhar com pacientes portadores de TEA [...] cada um com suas particularidades” (P5).

“Situações que às vezes fogem do controle, mas é necessário resiliência” (P10).

Quando questionado aos profissionais de saúde, que tipo de suporte seria útil para qualificar esse tipo de atendimento, foram sugeridos cursos e treinamentos.

“Precisamos de mais capacitações e recursos terapêuticos também” (P3).

“Treinamentos e estudos de caso” (P4).

“Cursos preparatórios” (P8).

“Cursos sobre o tema” (P16).

Além disso, observa-se que o cuidado é frequentemente baseado em tentativa e erro, com ênfase em características individuais dos profissionais, como paciência e experiência, em detrimento de uma formação estruturada:

“Com muita paciência, pois é um público de difícil contato” (P9).

“Unidade de urgência não é adaptada para receber pacientes com TEA, muitas vezes não temos profissionais preparados para o manejo com esse público. Temos acolhimento e humanização, porém falta conhecimento” (P12).

Na perspectiva dos familiares, essa limitação é percebida como despreparo e desconhecimento das especificidades do TEA:

“A gente percebe que não tem muito conhecimento [...] acham que todo autista é igual” (M1).

“Eu não vejo a abertura dos profissionais em chegar e tentar acolher, em perguntar se precisa ir pra outro espaço” (M1).

“ [...] tem delas *(técnicas de enfermagem)* que na verdade, infelizmente, são desumanas. Eu tenho isso comigo, que são desumanas” (M3).

“Os profissionais ainda precisam ter um melhor direcionamento para isso” (M6).

Identificou-se que grande parte das estratégias utilizadas pelos profissionais é construída a partir da experiência prática acumulada no cotidiano assistencial, em detrimento de treinamentos formais ou protocolos institucionais específicos. Corroborando com a literatura se reconhecem as limitações relacionadas ao conhecimento sobre o TEA e dificuldades para adaptar o atendimento às necessidades dessa população, achado também descrito em estudos recentes realizados em contextos hospitalares e de emergência (Figueiredo et al., 2026; Greenwood et al., 2026; Cervantes et al., 2025).

Esse cenário sugere que o desenvolvimento de competências para o cuidado de crianças com TEA permanece frequentemente dependente de iniciativas individuais e da aprendizagem experiencial, em vez de resultar de processos sistemáticos de capacitação e suporte institucional. Como consequência, a qualidade da assistência pode tornar-se variável entre profissionais e serviços, dificultando a consolidação de práticas assistenciais mais consistentes, seguras e centradas nas necessidades da criança, do adolescente e de sua família.

A análise hermenêutico-dialética evidencia uma contradição entre a complexidade das demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes com TEA e a insuficiência de preparo das equipes para responder a essas necessidades. Embora os participantes reconheçam a necessidade de conhecimentos específicos, o desenvolvimento dessas competências permanece fortemente apoiado na experiência cotidiana, em detrimento de processos estruturados de formação e educação permanente.

Evidências recentes apontam que a falta de capacitação específica está associada à insegurança profissional e à adoção de práticas inadequadas, repercutindo negativamente a experiência assistencial de crianças com TEA e seus familiares (Erdmann et al., 2026).

- Ausência de protocolos e diretrizes assistenciais

Outra fragilidade relevante refere-se à ausência de protocolos e fluxos assistenciais específicos para o atendimento de crianças/adolescentes com TEA nas unidades de emergência. Embora nem sempre explicitado de forma direta pelos profissionais, essa fragilidade emerge de

maneira implícita nos relatos que indicam a necessidade constante de adaptação individual das condutas assistenciais.

“Toda criança com TEA recebe um cuidado individualizado [...] é feita uma adequação do cuidado para que ela se sinta segura” (P6).

“Precisamos nos adaptar e respeitar a forma que ele age, assim como escutar a genitora sobre as rotinas, para prestar uma assistência adequada e humanizada para a criança atípica.” (P16).

A individualização do cuidado, embora necessária para responder às particularidades de cada criança com TEA, emerge como substituta de estruturas organizacionais inexistentes ou insuficientemente desenvolvidas. Esse resultado converge com evidências recentes que apontam a ausência de diretrizes estruturadas para o atendimento de crianças com TEA em serviços de emergência, dificultando a implementação de práticas efetivamente centradas na criança e na família e tornando a qualidade do cuidado fortemente dependente da iniciativa individual, da experiência acumulada e do grau de sensibilização dos profissionais (Bentacort-Avero et al., 2025; Figueiredo et al., 2026; Greenwood et al., 2026; Nicholas et al., 2020).

Na perspectiva dos familiares, essa ausência se traduz em experiências inconsistentes e dependentes do profissional ou serviço:

“A gente percebe que depende muito de quem atende” (M6).

Este relato encontra respaldo nos achados de estudos que evidenciam a variabilidade do atendimento prestado às crianças com TEA, nas quais as adaptações necessárias ao cuidado são frequentemente determinadas pela iniciativa e experiência dos profissionais, e não por processos institucionalizados (Lundholm; Stålberg, 2025).

Além disso, os relatos apontam para a inexistência de equipes especializadas ou suporte interdisciplinar contínuo:

“Na urgência geralmente são clínicos [...] não tem especialista nessa área” (M6).

Além da fragilidade na formação e capacitação, os relatos dos participantes sugerem que a insegurança profissional pode estar relacionada à ausência de suporte institucional para tomada de decisão em situações complexas.

4.2.3.2.3 Necessidade de adaptações estruturais e organizacionais no serviço

Os achados evidenciam que a organização dos serviços de emergência hospitalar ainda não contempla, de forma sistematizada, as necessidades específicas de crianças e adolescentes com TEA. Aspectos relacionados à ambiência, fluxos assistenciais e dinâmica de funcionamento

mostram-se pouco sensíveis às particularidades desse público, contribuindo para dificuldades no manejo clínico e comportamental durante o atendimento.

- Adaptação ambiental e sensorial

Os relatos evidenciam que o ambiente da emergência é percebido como altamente desorganizador para crianças e adolescentes com TEA, principalmente devido à presença de estímulos sensoriais intensos, como ruídos, luminosidade e circulação de pessoas.

"Mas em emergência e urgência, a única coisa que a gente vê é o atendimento prioritário. Nada de diferente... uma sala para regular, com pouca iluminação" (M1).

"Porque ele ainda vai pro atendimento pediátrico [...] esquece aquele tanto de coisa colorida, até porque aquilo também afeta o sensorial de tanto colorido" (M2).

As características do ambiente hospitalar, particularmente os níveis elevados de ruído, luminosidade intensa, grande circulação de pessoas e imprevisibilidade das rotinas assistenciais, foram apontadas como importantes fatores desencadeadores de sofrimento e desregulação comportamental. Estudos evidenciam que a exposição a esses estímulos pode comprometer a experiência da criança durante o atendimento, dificultar a realização de procedimentos e aumentar os níveis de ansiedade e estresse tanto da criança quanto de seus familiares (Lundholm; Stålberg, 2025; Greenwood et al., 2026; Avero et al., 2025).

Corroborando com esses achados, as mães apontam que diversos estímulos desencadeiam ou intensificam crises comportamentais, dificultando a permanência no serviço e a realização do atendimento. Além disso, a hipersensibilidade ao toque também é destacada como fator crítico:

"Ela tem um pavor ao toque [...] era tudo muito sofrido" (M6).

Esses achados reforçam que o ambiente hospitalar, tal como organizado, nem sempre atende às necessidades sensoriais das crianças e adolescentes com TEA, podendo contribuir para o sofrimento, desregulação comportamental e maior dificuldade na condução do cuidado.

Evidências recentes apontam que ambientes altamente estimulantes, especialmente salas de espera e áreas de circulação, contribuem para aumento da ansiedade, agitação e comportamentos disruptivos, dificultando a condução do cuidado. Dessa forma, o ambiente, que deveria favorecer o cuidado, passa a atuar como elemento adicional de sofrimento e desorganização comportamental (Lundholm; Stålberg, 2025).

Do ponto de vista analítico, reforça-se a necessidade de criação de ambientes mais previsíveis, com controle de estímulos e estratégias de redução de sobrecarga sensorial, como

espaços reservados, diminuição de ruídos e adequação da iluminação, sugeridos pelos participantes dos dois grupos.

“Disponibilizar mais materiais, brinquedos sensoriais na sala de espera e dentro do posto de enfermagem de maneira que pudesse acalmar a criança” (P1).

“Adaptação de ambientes, salas ou enfermarias para acomodação individual, pois durante o processo de doença, [...] muitos deles ficam mais estressados observando o processo de outras crianças, a iluminação que muitas vezes o incomoda” (P3).

“Minimizar ruídos da unidade com abafadores” (P10).

“Ambiente com menos cores, local tranquilo com menos ruídos possíveis, evitando estresse ainda maior para criança” (P12).

“Eu acho que aquelas tabelas, o pranchão de comunicação alternativa ajuda muito pra autista não verbal” (M1).

“Acho que poderia ajudar muito também se nas urgências tivessem uma sala sensorial para quando essa criança se desestabilizar, entrar em crise, ela consiga se reorganizar na sala sensorial, talvez pudesse ajudar bastante” (M8).

Essas falas convergem com recomendações descritas na literatura internacional, que incluem a disponibilização de salas de baixa estimulação, recursos sensoriais, dispositivos para redução de ruídos e ferramentas de comunicação alternativa como medidas capazes de favorecer a adaptação ambiental e ampliar a participação da criança durante o atendimento (Deguzman et al., 2024; Betancort-Avero et al., 2025).

- Reorganização do fluxo assistencial

A organização do fluxo de atendimento também foi identificada como um elemento crítico, especialmente no que se refere ao tempo de espera e à priorização do atendimento. Os relatos indicam que a espera prolongada representa um fator desencadeador de crises, tornando o atendimento mais complexo e dificultando a condução dos procedimentos.

“Ele normalmente não fica assim muito estressado [...] ele só fica estressado com a demora” (M7).

“Essa demora demais [...] já começa a desorganizar tudo” (M7).

Os longos períodos de espera figuram entre os fatores mais frequentemente associados ao aumento da ansiedade e da desregulação comportamental de crianças com TEA nos serviços de emergência. A imprevisibilidade do atendimento dificulta a permanência da criança no ambiente hospitalar e compromete sua colaboração durante o cuidado (Garrick et al., 2022).

Nesse contexto, destaca-se que a previsibilidade do atendimento surge como um elemento central para a regulação da criança com TEA, sendo apontada pelos familiares como um fator que contribui para maior estabilidade comportamental e melhor adesão às intervenções.

“Realmente eu acho que ter agilidade, acho que de alguma forma lhe dá previsibilidade. [...] a grande maioria dos autistas funcionam muito bem com previsibilidade” (M8).

A importância da previsibilidade também foi destacada em estudo cujos participantes relataram que informações claras sobre etapas do atendimento, tempo estimado de espera e procedimentos a serem realizados favoreciam a regulação emocional da criança e reduziam situações de crise durante a permanência no serviço (Lundholm; Stålberg, 2025).

Além disso, os participantes apontam a ausência de mecanismos institucionais de identificação precoce dessas crianças e adolescentes no momento da chegada ao serviço, o que compromete a organização do fluxo assistencial e dificulta a adoção de condutas diferenciadas.

“Praticidade e agilidade, ser direto. Chegou, entra, é atendido. Quanto mais rápido para eles, ambientes que é diferente do que eles estão acostumados a viver, é melhor” (M5).

“O meu filho ele não anda com aquele colarzinho. Ele não anda, não tem jeito, não tem, não tem quem faça. Então a gente não pode também ficar refém de um colar pra ter um atendimento” (M2).

A identificação precoce da condição da criança ainda na admissão constitui uma estratégia fundamental para o planejamento do cuidado, uma vez que o reconhecimento antecipado das necessidades específicas relacionadas ao TEA possibilita adequações no fluxo assistencial, na comunicação e no ambiente, favorecendo uma assistência mais responsiva e centrada na criança e na família (Klinepeter et al., 2026; Greenwood et al., 2026).

Os familiares também destacam a dificuldade de acesso a serviços que ofereçam atendimento mais adequado:

“A gente chegou até a mudar plano de saúde para conseguir levar ela” (M6).

Esse relato sugere que diante da ausência de organização adequada nos serviços, as famílias buscam alternativas individuais para garantir um atendimento minimamente adequado. Profissionais reconhecem a importância de adaptações, mas relatam que tais mudanças frequentemente entram em conflito com a dinâmica do serviço, marcada por demandas concorrentes e escassez de recursos (Pillai; Dunn; Efron, 2023). Essa tensão evidencia que a qualificação do cuidado não depende exclusivamente da atuação individual dos profissionais, mas requer transformações institucionais mais amplas.

- Estratégias facilitadoras do cuidado

Apesar das fragilidades identificadas na organização dos serviços e preparo das equipes, os relatos também apontam experiências positivas associadas à adoção de estratégias que favoreceram a relação do cuidado e reduziram o sofrimento da criança / adolescente e de sua família. Essas experiências estiveram relacionadas à flexibilização de condutas, à adaptação da abordagem assistencial e ao reconhecimento das necessidades individuais da criança.

"A médica fez a mudança [...] não precisou tomar injeção, foi comprimido" (M1).

Essa transcrição aponta que pequenas adaptações na condução terapêutica podem produzir impactos significativos na experiência assistencial. Além disso, profissionais e familiares destacaram recursos que auxiliam na regulação comportamental e tornam o ambiente mais tolerável durante o atendimento.

"Utilizamos recursos para acalmar a criança como: fone abafador de ruídos, brinquedos sensoriais, damos preferência em colocar em um leito mais afastado do fluxo de pessoas" (P1).

"Fones de ouvido para amenizar ruídos, colocar em um local onde não tenha muito barulho e muitas pessoas, pedir agilidade nos exames" (P17).

"Minimizar ruídos da unidade com abafadores" (P10).

"Usar dinâmicas no atendimento para poder aferir SSVV ou realizar exame físico" (P11).

Essas possíveis adaptações propõem que pequenas mudanças na condução do cuidado podem reduzir significativamente o sofrimento da criança, do adolescente e da família. As estratégias facilitadoras, como flexibilização de condutas, uso de recursos sensoriais, construção de vínculo e individualização da abordagem, estão alinhadas a modelos contemporâneos de cuidado centrado na criança e na família. Evidências recentes demonstram que a adoção dessas estratégias contribui para a redução do estresse, melhora da comunicação e maior efetividade do cuidado (Lundholm; Stålberg, 2025).

Os participantes também ressaltaram a importância de conhecer aspectos particulares da criança e do adolescente, reconhecendo que preferências, interesses e formas de interação podem orientar a adaptação das abordagens assistenciais.

"Um pequeno questionário que pudesse descrever melhor os gostos, como músicas, desenhos animados" (P5).

Esses relatos indicam que a valorização das preferências individuais, das formas de comunicação utilizadas e dos fatores desencadeadores de estresse constitui importante recurso para o planejamento do cuidado. Ao permitir antecipar necessidades e individualizar

intervenções, essas informações favorecem uma assistência mais segura e responsiva às necessidades da criança e de sua família.

Achados semelhantes têm sido descritos em estudos que destacam a contribuição de recursos sensoriais, estratégias de distração, flexibilização de procedimentos e participação familiar para redução do estresse e ampliação da cooperação durante o atendimento em serviços de emergência pediátrica (Litwin; Sellen, 2023; Nicholas et al., 2020; Klinepeter et al., 2026; Greenwood et al., 2026).

4.2.3.2.4 Protagonismo e sobrecarga familiar no contexto da emergência

- Mediação familiar no cuidado

Os relatos evidenciam que as mães assumem um papel ativo na mediação do cuidado, contribuindo para a comunicação entre a criança/ adolescente e a equipe e para a adaptação das condutas assistenciais.

"*(Minha equipe)* tenta conversar com os pais, e mostrar as alternativas do cuidado" (P3).

"Contamos com o apoio e orientação dos pais" (P13).

"Sempre deixamos os pais conduzirem" (P16).

Observa-se que os cuidadores frequentemente assumem a responsabilidade de orientar os profissionais sobre as necessidades específicas, compartilhando informações relacionadas às formas de comunicação, sensibilidades sensoriais, preferências e estratégias de regulação comportamental. Essa atuação configura-se como importante facilitadora do cuidado, especialmente em contextos nos quais as equipes possuem experiência limitada no atendimento de crianças com TEA (Greenwood et al., 2026; Lundholm; Stålberg, 2025).

Os relatos evidenciam que as mães assumem um papel que ultrapassa a função tradicional de acompanhante durante o atendimento. Ao compartilharem informações sobre formas de comunicação, fatores desencadeadores de crises, preferências e estratégias de regulação emocional, tornam-se mediadoras fundamentais do cuidado.

Esse resultado reforça a necessidade de reconhecer o conhecimento experiencial construído pelos cuidadores como uma fonte legítima de informação clínica, capaz de subsidiar decisões assistenciais mais individualizadas e responsivas às necessidades da criança e adolescente com TEA. Tal conhecimento manifesta-se, por exemplo, na capacidade dos familiares de desenvolver estratégias para antecipar situações potencialmente estressoras e preparar a criança para experiências desconhecidas, como evidenciado no relato a seguir:

“Eu costumo dar muita previsibilidade para ele. Então, se eu precisar ir para urgência, eu digo tudo que o médico vai fazer” (M8).

Nessa perspectiva, a contribuição das mães não se restringe ao fornecimento de informações complementares sobre a criança/ adolescente, mas envolve a construção de saberes construídos na convivência cotidiana e da necessidade contínua de interpretar comportamentos, antecipar crises e identificar estratégias efetivas de regulação.

De forma semelhante, as famílias desenvolvem conhecimentos e estratégias próprias para favorecer a interação entre a criança e a equipe, assumindo um papel ativo na construção das condições necessárias para a realização do cuidado.

“Eu aprendi que o importante é criar vínculo [...] pra ele confiar no profissional” (M6).

“Os pais que têm que pesquisar e tentar ver, olhar pra esse filho, perceber como ajudá-lo na regulação. Se a gente for buscar isso em uma urgência, dificilmente eu acho que a gente vai encontrar. Dificilmente!” (M1).

Esse movimento evidencia que o conhecimento sobre a criança e adolescente com TEA está concentrado na família, tornando-a elemento essencial para a condução do cuidado. A literatura reforça que os pais são frequentemente reconhecidos como especialistas no cuidado de seus filhos, sendo fundamentais para a construção de um atendimento mais efetivo (Erdmann et al., 2026).

Estudos indicam que famílias de crianças com TEA frequentemente vivenciam sobrecarga, dificuldades no acesso aos serviços e necessidade de recorrer à emergência como última alternativa diante da incapacidade de manejo em outros níveis de atenção (Pillai; Dunn; Efron, 2023). Assim, o protagonismo familiar não deve ser romantizado, mas compreendido como expressão de um cuidado que se sustenta, em grande medida, na ausência de suporte institucional adequado.

- Experiência familiar no percurso assistencial

A experiência dos familiares no atendimento em emergência é marcada por insegurança, frustração e necessidade constante de adaptação.

“A gente chegou até a mudar plano de saúde para conseguir atendimento” (M6).

“Depende muito de quem atende” (M6).

Os relatos indicam que o atendimento é percebido como inconsistente, variando de acordo com o profissional ou serviço, o que gera incerteza e desgaste para as famílias.

Além disso, experiências positivas, quando ocorrem, estão associadas à sensibilidade dos profissionais e à capacidade de adaptação do cuidado:

"A médica teve sensibilidade e mudou a medicação, evitando a injeção" (M1).

A qualidade da experiência assistencial varia significativamente entre profissionais e serviços. Atendimentos marcados por escuta, acolhimento e flexibilidade são percebidos de forma mais positiva, enquanto abordagens rígidas e pouco adaptadas contribuem para sentimentos de insegurança e desgaste emocional (Lundholm; Stålberg, 2025).

Corroborando esses resultados, estudos demonstraram que a satisfação materna com o atendimento estava diretamente relacionada à capacidade dos profissionais de reconhecer as necessidades individuais da criança e adaptar suas condutas durante o cuidado. A percepção de acolhimento e compreensão das especificidades do TEA constituiu um dos principais determinantes de uma experiência assistencial positiva (Ben Natan; Igbarin; Watted, 2024).

- Impactos emocionais e desgaste parental

A sobrecarga emocional das mães emerge de forma intensa nos relatos, especialmente diante de situações de crise, dificuldade de atendimento e falta de compreensão por parte dos profissionais.

"Estamos todas nós *(mães)* muito cansadas [...] ao lidar com aquela mulher ali que está acompanhando aquela pessoa numa crise, numa dor, numa doença qualquer que seja a situação, tem que ter em mente de que aquela mulher tá em sofrimento, ela pode também se desregular" (M2).

"É muito estressante [...] é uma coisa muito complicada" (M6).

"A mãe, para ela chegar lá numa urgência, ela já veio de um estresse muito grande, de uma demanda muito grande" (M4).

Os relatos de exaustão materna observados neste estudo encontram respaldo na literatura, que aponta maior vulnerabilidade ao *burnout* parental entre cuidadores de crianças com TEA, em decorrência das demandas contínuas de cuidado, da necessidade permanente de vigilância e da insuficiência de recursos para lidar com os desafios cotidianos. Esse processo tende a ser mais intenso entre as mães, especialmente quando associado à percepção de baixo suporte social (Lin et al., 2023).

"Só estava eu e ele *(filho com TEA),* eu não estava com nenhum apoio, não estava com ninguém" (M3).

A intensidade dos comportamentos desafiadores apresentados por crianças com TEA também tem sido associada ao aumento do sofrimento psicológico dos cuidadores. Crianças com maiores dificuldades emocionais e comportamentais tendem a demandar níveis mais elevados de supervisão e manejo, contribuindo para o desgaste emocional acumulado das famílias ao longo do tempo (May; Williams, 2024).

“Ele entra em crise [...] quebra tudo, é uma situação muito difícil” (M2).

A ausência de rede de apoio identificada nos relatos das participantes também tem sido associada a maiores níveis de esgotamento parental. Evidências indicam que o suporte proveniente da família, amigos e comunidade atua como importante fator protetor frente à sobrecarga emocional, contribuindo para reduzir os impactos do cuidado contínuo sobre a saúde mental dos cuidadores (Lin et al., 2023).

Os relatos também evidenciam sentimentos de julgamento e incompreensão:

“Acham que é mimo, que é dengo [...] e a gente sabe que não é” (M6).

“Tinha muito julgamento - de dizer que era falta de educação, que não era dado limites, que era porque era criado só com mãe” (M4).

“Mas talvez o que incomode um pouco mais são os olhares [...] e a questão do estigma da mãe barraqueira” (M6).

Além disso, os familiares descrevem experiências de medo, ansiedade e desgaste ao lidar com emergências:

“Muitas vezes a mãe chega agoniada porque ela tem o sentimento de mãe e quer resolver” (M6).

“Eu fiquei muito indignada que eu passei um bom tempo, um bom tempo mesmo sem querer fazer os exames dele, sem querer levar ele pra urgência e emergência” (M3).

Os relatos mostram que o cuidado à criança com TEA em contextos de emergência não impacta apenas a criança, mas mobiliza intensamente a dimensão emocional da família, que se vê responsável por manejar crises, lidar com um ambiente adverso e, muitas vezes, compensar as lacunas do sistema de saúde. Esse cenário favorece o acúmulo de estressores emocionais e assistenciais, potencializando sentimentos de exaustão, sobrecarga e vulnerabilidade, especialmente entre as mães, que frequentemente assumem o papel central na coordenação e sustentação do cuidado (Liu et al., 2025; Lin et al., 2023).

A sobrecarga emocional identificada nos relatos não pode ser compreendida apenas como consequência do cuidado contínuo à criança e adolescente com TEA. Os resultados indicam que parte desse desgaste é produzida pelas dificuldades encontradas no acesso e na utilização dos serviços de saúde, especialmente quando as famílias precisam assumir

responsabilidades relacionadas à defesa de direitos e à adaptação constante às limitações institucionais.

A convergência entre as falas dos profissionais de enfermagem e das mães reforça a necessidade de estratégias institucionais que promovam a qualificação do cuidado, reconhecendo simultaneamente a singularidade das crianças, a expertise dos cuidadores e as condições laborais das equipes de enfermagem.

4.2.4 Implicações para prática

Os resultados deste estudo apresentam implicações para a organização dos serviços de urgência e emergência pediátrica e para a qualificação da assistência de enfermagem às crianças e adolescentes com TEA. As dificuldades identificadas nas dimensões clínicas, comunicacionais, formativas, ambientais e organizacionais apontam para a necessidade de superar práticas predominantemente individualizadas e pouco sistematizadas, incorporando estratégias institucionais que favoreçam a continuidade, a segurança e a individualização do cuidado.

No âmbito da formação profissional, destaca-se a importância de incorporar o atendimento à população com TEA aos programas de educação permanente das equipes de enfermagem. As ações educativas devem contemplar não apenas conhecimentos sobre o transtorno, mas também estratégias de comunicação, reconhecimento das particularidades sensoriais, identificação de fatores desencadeadores de desregulação comportamental e adaptação de procedimentos.

Em relação à organização dos serviços, os achados apontam para a necessidade de elaboração e implementação de protocolos e fluxos assistenciais específicos, que orientem a atuação dos profissionais e reduzam a dependência de iniciativas individuais. Recomenda-se que esses instrumentos contemplem a identificação das necessidades específicas da criança ou do adolescente desde a admissão, o registro de informações relevantes para o cuidado e a definição de estratégias para comunicação entre os profissionais e familiares. A organização do fluxo também deve considerar a possibilidade de reduzir tempos de espera desnecessários e ampliar a previsibilidade do atendimento, respeitando os critérios clínicos de classificação de risco e priorização, do início ao final do atendimento.

As adaptações ambientais e sensoriais também representam um campo importante de intervenção institucional. Os serviços devem considerar a disponibilização de espaços com menor estimulação sensorial, a redução de ruídos e luminosidade excessiva e a oferta de

recursos que favoreçam a regulação e a comunicação, como abafadores de ruído, brinquedos sensoriais e pranchas de comunicação alternativa. Além disso, a flexibilização de procedimentos e condutas, quando clinicamente viável, pode contribuir para reduzir situações de sofrimento e facilitar a realização das intervenções necessárias.

Outra implicação refere-se ao fortalecimento da participação familiar no processo assistencial. Os resultados demonstram que as mães detêm conhecimentos importantes sobre as formas de comunicação, preferências, sensibilidades e estratégias de regulação de seus filhos. Nesse sentido, recomenda-se que os serviços envolvam o familiar e compartilhem decisões, reconhecendo os familiares como parceiros na construção do cuidado.

A participação familiar, entretanto, deve ocorrer em uma perspectiva de corresponsabilidade, sem transferir às mães atribuições que competem às equipes e às instituições. O acolhimento deve considerar também as necessidades emocionais dos familiares, reconhecendo que a situação de urgência pode representar um momento de vulnerabilidade e sobrecarga.

Por fim, os resultados apontam para a importância de uma abordagem institucional integrada, acompanhada de processos de monitoramento e avaliação, considerando aspectos como adesão aos protocolos, participação em ações de capacitação, adequação dos ambientes e percepção das famílias sobre a experiência assistencial. Essas iniciativas podem contribuir para a institucionalização de práticas mais acessíveis, equânimes e responsivas às necessidades de crianças e adolescentes com TEA nos serviços de urgência e emergência.

4.2.5 Limitações do estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa com amostragem intencional e número reduzido de participantes; portanto, os achados não visam à generalização estatística, mas ao aprofundamento compreensivo do fenômeno.

A predominância de profissionais de enfermagem e participantes vinculados a instituições privadas, como maior representação no Estado de Sergipe, podem ter direcionado as perspectivas analisadas e limitado a abrangência das práticas assistenciais investigadas. A menor participação de outras categorias profissionais (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, gestores) possivelmente restringiu a exploração de aspectos relativos à tomada de decisão clínica, gestão do fluxo assistencial e organização institucional.

Quanto aos familiares, o grupo focal composto exclusivamente por mães e restrito a um contexto regional pode ter reduzido a diversidade de percepções sobre o atendimento em

serviços de emergência. Ademais, a utilização de métodos distintos de coleta (grupo focal para familiares e questionário para profissionais) favoreceu a triangulação, mas pode ter provocado diferenças na profundidade das informações obtidas. Reconhece-se, ainda, a possibilidade de vieses inerentes à condução e interpretação dos dados, apesar das estratégias de rigor metodológico empregadas. O estudo também não incluiu observação direta do ambiente assistencial nem a participação de outros atores, o que limita a compreensão do fenômeno sob múltiplas perspectivas.

5 CONCLUSÃO

O cuidado à criança e adolescentes com TEA em unidades de emergência é complexo, resultante da interação entre demandas clínicas, comportamentais, sensoriais e comunicacionais. A articulação entre os achados da revisão de escopo e pesquisa qualitativa tem potencial para produção do conhecimento quase de maneira inovadora ao se ater a um tema tão específico, no contexto hospitalar, com um grupo vulnerável evidenciou que, apesar do reconhecimento das necessidades específicas dessa população, a assistência permanece pouco estruturada, frequentemente reativa e fortemente dependente da iniciativa individual dos profissionais.

Esta dissertação aborda uma temática ainda pouco explorado na literatura científica: o cuidado à criança e adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em unidades de emergência. A revisão de escopo evidenciou a escassez de evidências nesse contexto específico e ao integrar esses achados à pesquisa qualitativa, o estudo amplia e produz evidências relevantes para qualificar a assistência, subsidiando o desenvolvimento de protocolos, estratégias de capacitação e práticas assistenciais mais inclusivas, com atenção especial para as mães.

Destaca-se, ainda, sua contribuição para o contexto regional, uma vez que, até onde foi possível identificar na literatura consultada, esta é a primeira pesquisa desenvolvida em Sergipe dedicada especificamente à análise do cuidado a crianças e adolescentes com TEA em unidades de urgência e emergência. Nesse sentido, o estudo contribui para dar visibilidade a uma problemática ainda pouco investigada no estado e oferece subsídios para o desenvolvimento de protocolos, estratégias de capacitação e práticas assistenciais mais inclusivas, com atenção especial às experiências e necessidades das mães e demais familiares.

As fragilidades institucionais, especialmente relacionadas à ausência de protocolos específicos, inadequação dos ambientes e insuficiência de processos estruturados de capacitação, constituem importantes barreiras à qualificação da assistência. Paralelamente, as famílias assumem papel central na mediação do cuidado, compartilhando conhecimentos construídos na experiência cotidiana que subsidiam a compreensão das necessidades da criança e a adaptação das condutas assistenciais.

Esse protagonismo, entretanto, não deve ser interpretado como substituição das responsabilidades institucionais, mas como expressão da necessidade de integração entre diferentes saberes na produção do cuidado. Os resultados também demonstram que estratégias relativamente simples, como adaptações sensoriais, flexibilização de fluxos, utilização de

recursos de comunicação acessíveis e inclusão da família no planejamento terapêutico, têm potencial para melhorar a experiência da criança e do adolescente, reduzir a desregulação comportamental e favorecer a efetividade da assistência.

Torna-se necessário avançar na transformação do modelo assistencial vigente, por meio da implementação de práticas mais estruturadas, integradas e centradas na criança / adolescente e na família. Investimentos em educação permanente, desenvolvimento de protocolos específicos, reorganização dos fluxos e ambientes assistenciais e fortalecimento da rede de atenção à saúde podem contribuir para a construção de um cuidado mais equânime, acessível e responsivo às necessidades das crianças e adolescentes com TEA.

Além disso, a produção de evidências mais robustas, especialmente por meio de estudos intervencionais e de avaliação de implementação, poderá subsidiar a análise do impacto e da sustentabilidade das estratégias propostas.

REFERÊNCIAS

ABOLKHEIRIAN, S.; SADEGHI, R; SHOJAEIZADEH, D. What do parents of children with autism spectrum disorder think about their quality of life? A qualitative study. **Journal of Education and Health Promotion***,* v. 11, p. 1 – 9, 2022. DOI: 10.4103/jehp.jehp_887_21.

AL-JABRI, B. et al. Healthcare experience of pediatric patients with autism spectrum disorders in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Pediatric** *Reports*, v. 15, n. 3, p. 452–461, 2023. DOI: 10.3390/pediatric15030042.

ARAÚJO, I. D. et al. Atuação do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno do espectro autista: revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, v. 28, n. 139, out. 2024. DOI: 10.69849/revistaft/ni10202410162151.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BEN NATAN, M.; IGBARIN, H.; WATTED, A**.** Mothers' satisfaction with emergency care when their child has an autism spectrum disorder**. Journal of Pediatric Nursing**, v. 74, p. 35-40, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.11.006.

BEN-SASSON, A. et al. A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 39, n. 1, p. 1–11, 2009. https://doi.org/10.1007/s10803-008-0593-3

BENNEMANN, V.; BRUM, M. C. B. Cuidados ao paciente pediátrico autista em unidades de emergência hospitalar: uma revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 23, n. 4, p. 1836–1849, 2024. DOI:10.62827/eb.v23i4.4026.

BETANCORT-AVERO, S. et al. Adapting pediatric emergency services for children with autism spectrum disorder: a phenomenological approach. **Children**, v. 12, n. 9, p. 1275, 2025. DOI: 10.3390/children12091275.

BEVERLY, J.; GIANNOCHOS, T.; CALLAGHAN, T. Examining frequent emergency department use among children and adolescents with autism spectrum disorder. **Autism**, v. 25, n. 5, p. 1382–1394, 2021. DOI: 10.1177/1362361321990925.

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 e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalencia del autismo más

alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM. **Centers for Disease Control and Prevention**, 2023.

CERVANTES, P. E. et al**.** Assessing and managing suicide risk in autistic youth: findings from a clinician survey in a pediatric psychiatric emergency setting**. Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 53, p. 1755–1763, 2023. DOI: 10.1007/s10803-022-05448-8.

CERVANTES, P. E. et al. Change in pediatric psychiatric emergency service clinicians' confidence after training to improve care for autistic youth at-risk for suicide: a pilot study. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, v. 38, n. 2, p. 317 – 327, 2025. DOI: 10.1007/s10882-025-10025-9.

DAVIGNON, M. N. et al. Parent and provider perspectives on procedural care for children with autism spectrum disorders. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 35, p. 207–215, 2014. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000036.

DEGUZMAN, P. B. et al. Back to basics: practical strategies to reduce sensory overstimulation in the emergency department identified by adults and caregivers of children with autism spectrum disorder. **International Emergency Nursing,** v. 72, p. 101384, 2024. DOI: 10.1016/j.ienj.2023.101384.

ERDMANN, G. et al. Parents' experiences and information needs in the management of their child with intellectual developmental disorders in Canadian emergency departments: a qualitative descriptive study. **Journal of Patient Experience**, v. 13, p. 1–12, 2026. DOI: 10.1177/23743735251415090.

FIGUEIREDO, C. L. de et al. Assistência às crianças com transtorno do espectro autista: percepção dos profissionais de saúde em pronto-socorro pediátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 60, e20250350, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0350en.

GARRICK, A. et al. An Australian cross-sectional survey of parents' experiences of emergency department visits among children with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 52, p. 2046–2060, 2022. DOI: 10.1007/s10803-021-05091-9.

GAIATO, M. H. B.; ZOTESSO, M. C.; SILVEIRA, R. R.; FERREIRA, L. Análise comparativa do comportamento verbal nos três níveis de suporte do autismo**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 13, p.1-15, 2024. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.2024.e5328.

GIARELLI, E. et al. Sensory stimuli as obstacles to emergency care for children with autism spectrum disorder. **Advanced Emergency Nursing Journal**, v. 36, n. 2, p. 145–163, 2014. DOI: https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000013.

GREENWOOD, E. et al. Autistic patients' experiences of the hospital setting: a scoping review. **Journal of Advanced Nursing**, 2024, v.80, p.908 – 923. DOI: 10.1111/jan.15880.

GREENWOOD, E. et al. Making visible the lived experience of Autistic children and their parents attending emergency departments in Australia: A Qualitative study. **International**

Emergency Nursing, v. 86, 2026. DOI: 10.1016/j.ienj.2026.101811.

GONÇALVES, M. V. et al. Assistência da equipe multiprofissional no atendimento à criança com Síndrome do Espectro Autista (TEA). **Research, Society and Development**, v. 13, n. 10,p.1-14, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i10.47122

JEGLUM, S. R. et al. Emergency department utilization due to challenging behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Behavioral Sciences**, v. 14, n. 8, p. 669, 2024. DOI: 10.3390/BS14080669.

KLINEPETER, E. A. et al. A "Whole Child Approach": Parent Experiences with Acute Care Hospitalizations for Children with Autism Spectrum Disorder and Behavioral Health Needs**. Journal of Autism and Developmental Disorders,** v. 56, p. 532–546, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-024-06573-2.

KOUO, T. et al. Assessing ease of delivering emergency care for patients with autism spectrum disorders. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 42, p. 704–710, 2021. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000974.

LITWIN, S.; SELLEN, K. Designing a sensory kit to improve the environment for children with autism spectrum disorder in the pediatric emergency department. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 53, p. 3369–3379, 2023. DOI: 10.1007/s10803-022-05651-7.

LIN, S. et al. The mediating role of perceived social support: alexithymia and parental burnout in parents of children with autism spectrum disorder. **Frontiers in Psychology**, v. 14, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1139618.

LIU, Y. et al. Latent profile analysis of parental burnout among parents of children with and without autism spectrum disorder. **Frontiers in Psychology**, v. 16, 2025. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1581321.

LUNDHOLM, M.; STÅLBERG, A. Parents' perceptions on seeking emergency medical care for their child with autism spectrum disorder: a Swedish perspective. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 84, p. 235–242, 2025. DOI: 10.1016/j.pedn.2025.06.022.

MACHADO, M. C. L. et al. Factors associated with psychiatric emergency visits of children and adolescents with autism spectrum disorder in an upper-middle-income country. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [s.l.], 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-025-07200-4

MAHONEY, W. J. et al. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: a cross-sectional survey of perceptions and strategies. **Journal of Specialist in Pediatric Nursing**, e12332, 2021. DOI: 10.1111/jspn.12332.

MAY, T.; WILLIAMS, K. Mother and child mental health over time in children with autism and/or ADHD in the Longitudinal Study of Australian Children. **Development and Psychopathology**, v. 36, n. 1, p. 170-180, 2024. DOI: 10.1017/S0954579422001067.

MCGONIGLE, J. J. et al. Development and evaluation of educational materials for pre-

hospital and emergency department personnel on the care of patients with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 5, p. 1252 – 1259, 2014. DOI: 10.1007/s10803-013-1962-0.

MINAYO, M. C. S**. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MUSKAT, B. et al. Parent and health care provider perspectives related to disclosure of autism spectrum disorder in pediatric emergency departments. **Autism,** v. 20, n. 8, p. 1063–1073, 2016. DOI: 10.1177/1362361315621520.

NADEEM, M. S. et al. Multiple risk factors: a challenge in the management of autism. **Current Pharmaceutical Design**, v. 26, p. 743–754, 2020. DOI: 10.2174/1381612826666200226101218.

NICHOLAS, D. B. et al. Experiences of emergency department care from the perspective of families in which a child has autism spectrum disorder. **Social Work in Health Care**, v. 55, n. 6, p. 409–426, 2016. DOI: https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1178679.

NICHOLAS, D. B. et al. Patient- and family-centered care in the emergency department for children with autism. **Pediatrics**, v. 145, supl. 1, e20191895, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-1895L.

OLIVEIRA, A. C. A.; MORAIS, R. C. M.; FRANZOI, M. A. H. Percepções e desafios da equipe de enfermagem frente à hospitalização de crianças com transtornos autísticos. **Revista Baiana de Enfermagem,** v. 33, p. 1 - 11, 2019. DOI:10.18471/rbe.v33.28300.

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167.

PETERS, M. D. J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. **Journal of Clinical Epidemiology,** v. 169, p. 1–10, 2024. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2024.02.005.

PILLAI, J.; DUNN, K.; EFRON, D. Parent-reported factors associated with emergency department presentation of children and adolescents with autism spectrum disorder and/or intellectual disability with behaviours of concern: a qualitative study. **Archives of Disease in Childhood**, v. 108, p. 264–270, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-325002.

RIOSA, P. B.; RANDHAWA, A.; MUSKAT, B. Autism comes to the pediatric hospital: perspectives of child life specialists. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 54, p. 312–325, 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-022-05776-9.

SADATSAFAVI, H. et al. Sensory-friendly emergency department visit for patients with autism spectrum disorder: a scoping review. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 10, p. 684–698, 2023. DOI: 10.1007/s40489-022-00318-6.

SANTOMAURO, D. F. et al. The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet Psychiatry**,

v. 12, n. 2, p. 111–121, 2025.DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00363-8

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Manual de orientação: transtorno do espectro do autismo**. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H.; SILVA, G. T.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1–9, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.

SOUZA, V. G. S.; PASSOS, S. G. O conhecimento técnico dos enfermeiros no atendimento a crianças com transtorno de espectro autista. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10,p. 329-338, 2022. DOI: 10.5281/zenodo.6950111.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

WALSH, C.; O'CONNOR, P.; WALSH, E.; LYDON, S. A systematic review of interventions to improve healthcare experiences and access in autism. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 10, p. 185–202, 2021.DOI: 10.1007/s40489-021-00279-2.

WILLIAMS, N.A.; SOKHELA, D.G.; NGXONGO,T.S.P. Challenges hindering family involvement in the hospital nursing care of a child with autism. **Health SA Gesondheid**, v. 30, p. 1 – 9, 2025. DOI: 10.4102/hsag.v30i0.2731.

ZEIDAN, J. et al. Global prevalence of autism: a systematic review update. **Autism Research**, v. 15, n. 5, p. 778–790, 2022. DOI: 10.1002/aur.2696.

ZWAIGENBAUM, L. et al**.** Perspectives of health care providers regarding emergency department care of children and youth with autism spectrum disorder**. Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, p. 1725–1736, 2016. DOI: 10.1007/s10803-016-2703-y

ANEXO A - MODELO PRISMA-SCR CHECKLIST

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for coping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist (traduzido para português).

Seção	Item	Item Checklist PRISMA-ScR	Relatado na página #
Títutlo			
Títutlo	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	24
Resumo			
Resumo Estruturado	2	Forneça um resumo estruturado que inclua (conforme aplicável): contexto, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de extração (charting) dos dados, resultados e conclusões relacionadas às questões e aos objetivos da revisão.	6;7
Introdução			
Jutificativa	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as questões/objetivos da revisão se adequam a uma abordagem de revisão de escopo.	15;24
Objetivos	4	Forneça uma declaração explícita das questões e dos objetivos abordados, com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou a outros elementos relevantes utilizados para conceituar as questões e/ou os objetivos da revisão.	24
Métodos			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; informe se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço na web); e, se disponível, forneça as informações de registro, incluindo o número de registro.	6; 24
Critérios de elegibilidade	6	Especifique as características das fontes de evidência utilizadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e apresente a justificativa.	25
Fontes de Informação	7	Descreva todas as fontes de informação utilizadas na busca (por exemplo, bases de dados com seus períodos de cobertura e contato com autores para identificação de estudos adicionais), bem como a	26

		data em que a busca mais recente foi realizada.	
Busca	8	Apresente a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos uma base de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de modo que possa ser reproduzida.	99
Seleção das fontes de evidência	9	Descreva o processo de seleção das fontes de evidência (isto é, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão de escopo.	26
Processo de extração dos dados	10	Descreva os métodos de extração dos dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou previamente testados pela equipe, e se a extração foi realizada de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obtenção e confirmação de dados junto aos autores/investigadores.	27
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais os dados foram buscados, bem como quaisquer suposições e simplificações realizadas.	27
Avaliação crítica das fontes individuais de evidência	12	Se realizada, apresente a justificativa para conduzir a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descreva os métodos utilizados e como essas informações foram empregadas em qualquer síntese dos dados (se aplicável).	Não se aplica
Síntese dos resultados	13	Descreva os métodos utilizados para organizar, tratar e resumir os dados que foram extraídos	27
Resultados			
Seleção das fontes de evidência	14	Apresente o número de fontes de evidência triadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com as razões para exclusão em cada etapa, preferencialmente utilizando um fluxograma.	27; 28
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram extraídos e forneça as respectivas referências.	28 – 30
Avaliação crítica das fontes de evidência incluídas	16	Se realizada, apresente os dados da avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	Não se aplica
Resultados das fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram extraídos e que se relacionam às questões e aos objetivos da revisão.	31 – 35 .

Síntese dos resultados	18	Resuma e/ou apresente os resultados da extração dos dados de forma relacionada às questões e aos objetivos da revisão.	31 – 36
Discussão			
Resumo das evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidência disponíveis), relacione-os às questões e aos objetivos da revisão e considere sua relevância para grupos-chave.	36 – 43
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão de escopo.	43
Conclusões	21	Forneça uma interpretação geral dos resultados em relação às questões e aos objetivos da revisão, bem como possíveis implicações e/ou próximos passos.	41 – 43
Financiamento			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento das fontes de evidência incluídas, bem como as fontes de financiamento da revisão de escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão de escopo.	Não se aplica

Fonte: Tricco et al. (2018)

ANEXO B - GUIA COREQ

(versão traduzida e validada para português)

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico Perguntas	Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal? Profa. Dra. Fernanda Costa Martins Gallotti e Sheilla Paixão Sampaio Souza
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Doutora e Especialista.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo? Professora universitária e Gerente de Práticas Clinicas.
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino? Feminino
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador? Especialização em ABA.
	Relacionamento com os participantes	
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo? Através de contato via WhatsApp para confirmação de agendamento.
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Nome, cargo, tema e objetivo da pesquisa, bem como dados para contato (email, telefone).
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Análise de conteúdo de Bardin e Análise lexical por meio do software IraMuTeQ (versão 0.6 alpha 3)

Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Intencional
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por telefone e e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo? 25 participantes (17 profissionais e 8 pais/responsáveis por crianças com TEA)
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos? 11 mães manifestaram interesse inicial em integrar a pesquisa e formalizaram sua concordância mediante assinatura do TCLE, porém não compareceram aos grupos focais.
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Profissionais: on-line, através do Google Forms Pais/responsáveis: on-line, através do Google Meet.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores? Sim. Havia uma moderadora assistente e um psicólogo.
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Profisionais: enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam em serviços de emergência. Pais/responsáveis: mães de crianças com TEA que utilizaram o serviço de urgência nos últimos 24 meses.
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto? Sim.
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas? Sim. Foram realizados 2 grupos focais.
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados? Sim. Áudio e vídeo para grupos focais.

20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal? Foram realizadas durante a entrevista.
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal? 60 – 80 minutos.
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida? Sim.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção? Sim.
Domínio 3: Análise e resultados		
	Análise de dados	
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados? Profissionais: P1, P2,..., P17 Pais/responsáveis: M1, M2,..., M8.
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação? Sim
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? Os temas foram derivados de dados.
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados? IraMuTeQ (versão 0.6 alpha 3)
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados? Sim
Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Sim.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados? Sim.
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados? Sim.
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários? sim

Fonte: Souza; Marziale; Silva; Nascimento (2021).

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: PRÁTICAS E DESAFIOS

Pesquisador: Fernanda Costa Martins Gallotti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90502725.0.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.162.319

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos ¿Apresentação do Projeto¿, ¿Objetivo da Pesquisa¿ e ¿Avaliação dos Riscos e Benefícios¿ foram retiradas do arquivo ¿Informações Básicas da Pesquisa¿ ¿PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2729885_E1.pdf¿ postado na Plataforma Brasil em 26/01/2026.

INTRODUÇÃO:

O atendimento hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve desafios significativos, sobretudo relacionados à atuação da equipe de enfermagem. Um estudo qualitativo realizado por Williams, Sokhela e Ngxongo (2025) em hospitais pediátricos da África do Sul evidenciou que a falta de conhecimento específico dos profissionais acerca do TEA compromete o manejo adequado das necessidades sensoriais e comportamentais das crianças, gerando insegurança no cuidadoO TEA é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits na comunicação, socialização e comportamento, com início precoce e manifestações diversas (Associação Americana de Psiquiatria, 2013). Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, como mutações, neurológicos e ambientais, como infecções maternas e exposições a toxinas

(Saraiva et al., 2024). Além das particularidades comportamentais, o autismo está associado a maior probabilidade de desenvolver diferentes condições clínicas, como distúrbios gastrointestinais, imunológicos e psiquiátricos, incluindo depressão e ansiedade (Ahnedani; Hock, 2012; Walsh et al., 2021).Crianças com TEA e outras deficiências do neurodesenvolvimento, utilizam com mais frequência os serviços de urgência e emergência, o que acarreta não apenas custos elevados, mas também desafios específicos de cuidado (Lindgren et al., 2020). Nesse contexto, o atendimento a esses pacientes requer um cuidado individualizado, com profissionais atentos às necessidades únicas de um público heterogêneo, sendo o treinamento das equipes de saúde um fator mandatório para melhor experiência. A ausência de estratégias adaptadas às necessidades sensoriais, cognitivas e emocionais das crianças autistas pode comprometer significativamente a qualidade do atendimento e gerar sofrimento adicional para os pacientes e suas famílias (Oliveira et al., 2025).Diversos estudos apontam fragilidades na formação dos profissionais de saúde quanto ao manejo do TEA, especialmente em ambientes de alta complexidade. Mahoney e colaboradores (2021) evidenciam que a maioria dos profissionais de enfermagem se sentem despreparados para atender crianças com autismo, reafirmando a importância de capacitação contínua e de abordagens práticas e específicas. A assistência de enfermagem à criança com Transtorno do Espectro Autista tem como finalidade promover resultados exitosos, exigindo um olhar atento, uma vez que, na maioria das vezes, há dificuldade de expressão por parte da criança autista. Observa-se, portanto, a necessidade urgente de mais cursos, treinamentos e da ampliação de ações que diversifiquem os métodos atualmente utilizados, possibilitando intervenções mais adequadas e efetivas na assistência a essas crianças (Souza; Passos, 2022).Em unidades de emergência, o atendimento a crianças autistas requer sensibilidade, preparo técnico e adaptação de rotinas assistenciais para garantir uma experiência mais segura, acolhedora e eficaz. Contudo, observa-se a escassez de protocolos, diretrizes e manuais adaptados a esse público nos serviços hospitalares, o que pode resultar em desfechos adversos e na fragilização do vínculo com os serviços de saúde.A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, em seu artigo 3º, inciso III define como

dreito da pessoa autista o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo, dentre outros, o atendimento multiprofissional (Brasil, 2012). Dentre as diretrizes, estão descritos o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista e o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.No Brasil, a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias no Sistema Único de Saúde (SUS), publicada pelo Ministério da Saúde em 2015, representa um avanço importante na consolidação de políticas públicas voltadas para a garantia do cuidado integral às pessoas com TEA em todas as fases da vida. Este documento orienta a organização da rede de atenção à saúde, fundamentada nos princípios da integralidade, continuidade e humanização do cuidado, além de enfatizar a importância da qualificação dos profissionais, da comunicação sensível, do acolhimento e das adaptações necessárias para a promoção de um cuidado centrado na pessoa com TEA e sua família (Brasil, 2015).Entretanto, embora contemple diretrizes gerais para o cuidado no SUS, não há no seu escopo um protocolo específico ou um manual direcionado ao atendimento de crianças com TEA no contexto das unidades de emergência. As orientações relativas à atenção hospitalar são abordadas de forma macro, considerando a articulação dos serviços dentro da rede de cuidados, sem, contudo, detalhar as estratégias práticas que auxiliem os profissionais da saúde no enfrentamento dos desafios cotidianos, especialmente relacionados à comunicação, manejo de comportamento, acolhimento e adaptações ambientais no cenário hospitalar.Diante desse cenário, a presente pesquisa propõe compreender as práticas e percepções de profissionais de saúde, pais e responsáveis no atendimento a crianças com TEA em unidades de emergência, a fim de subsidiar a construção de uma abordagem especializada. Ao mapear as experiências dos diferentes atores envolvidos, identificar barreiras no cuidado e propor soluções aplicáveis, pretende-se contribuir para a qualificação da atenção prestada a esse grupo, com potencial impacto social.Como produto final, será elaborado um manual de boas práticas pautado nas evidências e nas vivências dos participantes, promovendo um cuidado mais humanizado e inclusivo. Ressalta-

se que o manual a ser elaborado neste estudo configura-se como um produto técnico-científico, desenvolvido a partir do mapeamento de evidências, da análise das percepções dos profissionais de enfermagem e dos familiares, bem como da análise interpretativa dos dados coletados. Após, será realizada uma etapa de validação participativa, voltada à apreciação do conteúdo pelo público-alvo.

HIPÓTESE:

A ausência de protocolos específicos e de capacitação adequada dos profissionais de saúde dificulta o atendimento qualificado a crianças com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência, gerando insegurança nos profissionais e insatisfação nos pais e responsáveis. A sistematização de diretrizes práticas pode contribuir para melhorar a comunicação, o manejo comportamental e a ambiência, qualificando o cuidado prestado.

METODOLOGIA PROPOSTA:

Esta pesquisa adota uma abordagem multimétodos, estruturada em três etapas sequenciais e complementares: (1) uma revisão de escopo da literatura, (2) um estudo transversal de natureza qualitativa baseado em grupos focais e (3) a elaboração de um manual de boas práticas voltado ao atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em unidades de emergência pediátrica.A primeira etapa, de caráter exploratório e sistematizado, consiste em uma revisão de escopo baseada na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de mapear as evidências científicas sobre práticas, diretrizes e lacunas relacionadas ao atendimento de enfermagem a crianças com TEA no ambiente hospitalar. A estratégia de busca será guiada pelo mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto), com seleção e análise dos estudos nas principais bases de dados científicas. Essa etapa fornecerá uma base teórica robusta e atualizada para o desenvolvimento das fases subsequentes.A segunda etapa representa o eixo central da pesquisa empírica e corresponde a um estudo transversal, com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio da técnica de grupos focais, estruturados sob a perspectiva hermenêutico-dialética. Essa etapa visa captar, em um recorte temporal único e sistematicamente delimitado, as percepções, desafios, sugestões e experiências de dois grupos distintos, mas complementares: (1) profissionais de enfermagem que atuam em unidades de emergência pediátrica,

com experiência no atendimento a crianças com TEA, e (2) pais ou responsáveis por crianças com diagnóstico de TEA que utilizaram serviços hospitalares de emergência nos últimos 12 a 24 meses.Os grupos focais serão compostos por 6 a 10 participantes, conforme recomendação da literatura qualitativa, possibilitando um ambiente de discussão participativo e produtivo. A seleção dos participantes será feita por amostragem intencional criteriosa, priorizando sujeitos com vivências significativas e capacidade de contribuir para a construção coletiva do conhecimento. Os encontros terão duração média de 40 a 70 minutos e serão realizados presencialmente ou por plataformas virtuais, conforme a viabilidade e preferência dos participantes. A mediação será conduzida por pesquisadoras previamente capacitadas, com apoio de moderadores assistentes.As sessões dos grupos serão gravadas em áudio, transcritas na íntegra e complementadas por anotações de campo, incluindo observações de aspectos não verbais como entonações, pausas e reações emocionais. A análise dos dados será conduzida com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), articulada à abordagem hermenêutico-dialética proposta por Minayo (2022), valorizando a interpretação dos sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências. Ferramentas como o IRaMuTeQ ou o webQDA serão utilizadas para organizar, segmentar e codificar os dados, favorecendo a identificação de categorias temáticas e subtemas emergentes.O rigor metodológico será assegurado por meio da triangulação de dados e pelo uso do protocolo COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), que garante qualidade, transparência e fidelidade às diretrizes de pesquisa qualitativa. As transcrições poderão ser disponibilizadas aos participantes para validação, caso solicitado, e qualquer divergência interpretativa será discutida em reuniões entre as pesquisadoras.A terceira etapa da pesquisa consistirá na elaboração de um manual de boas práticas, ancorado nos achados da revisão de escopo e dos grupos focais, com diretrizes práticas para a atuação de profissionais de enfermagem.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:
Serão incluídos profissionais de enfermagem (Grupo 1) - enfermeiros, técnicos e auxiliares - com no mínimo seis meses deatuação em unidades de emergência pediátrica e experiência no atendimento acrianças com TEA ou neuroatípicas e

pais e/ou responsáveis (Grupo 2) porcrianças diagnosticadas com TEA, maiores de 18 anos, que tenham utilizadoserviços hospitalares de emergência pediátrica nos últimos 12 a 24 meses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:
Serão excluídos da etapa 2 (grupos focais) profissionais afastados de suasfunções no momento da coleta e pessoas que não compreendam adequadamente a língua portuguesa, a língua portuguesa, comprometendo a participação nos grupos.

Objetivo da Pesquisa:
Compreender as dificuldades e desafios de profissionais de saúde, pais e responsáveis no atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RISCOS: A participação envolve riscos mínimos, principalmente emocionais, associados ao relato de experiências sensíveis durante os grupos focais, podendo gerar sentimentos de tristeza, ansiedade, constrangimento ou frustração. Caso ocorram, os participantes poderão interromper a participação sem prejuízo. Um psicólogo estará disponível para suporte imediato, além de encaminhamento gratuito para rede pública de saúde, caso necessário. Não há riscos físicos ou materiais diretos decorrentes deste estudo.

BENEFÍCIOS:
Não são esperados benefícios diretos ao participante. Indiretamente, espera-se que a pesquisa contribua para a reflexão e conscientização dos profissionais e familiares, além de gerar conhecimentos que subsidiem a criação de diretrizes práticas para o atendimento, beneficiando futuras crianças com TEA, famílias e equipes de saúde. O estudo poderá embasar políticas e estratégias institucionais para melhorar o cuidado de enfermagem em unidades de emergência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Justificativa da Emenda:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)

Continuação do Parecer: 8.162.319

A modificação da forma de coleta de dados justifica-se pela baixa adesão dos profissionais de saúde à participação no grupo focal, apesar das estratégias de convite e divulgação adotadas. Conforme descrito no método original, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de formulário eletrônico, no qual eram apresentados os objetivos do estudo e identificados os pesquisadores responsáveis. Os interessados deveriam preencher dados pessoais (nome, e-mail e telefone) para posterior contato e agendamento do encontro presencial do grupo focal. Entretanto, mesmo após:

Ampliação do período de resposta; Intensificação da divulgação do convite; apenas três profissionais manifestaram interesse em participar, número insuficiente para a realização do grupo focal conforme o delineamento metodológico proposto. Diante desse cenário, optou-se pela alteração da estratégia de coleta, passando a permitir que os profissionais respondam individualmente ao formulário eletrônico, sem necessidade de agendamento em grupo, o que se adequa melhor à rotina de trabalho dos participantes e aumenta a viabilidade da coleta. Ressalta-se que: Não haverá modificação no conteúdo das perguntas, nos objetivos do estudo ou nos riscos previamente avaliados; A alteração não implica em aumento de riscos aos participantes; A mudança visa exclusivamente garantir a viabilidade metodológica, o alcance da amostra prevista e a continuidade ética da pesquisa

Listar os itens do Projeto de Pesquisa que sofreram alterações:

Modificação 1: Forma de coleta de dados junto aos profissionais de saúde atuantes em unidades de emergência pediátrica Foi alterada a estratégia de coleta de dados referente aos profissionais de saúde com atuação em unidades de emergência pediátrica. Inicialmente, a coleta estava prevista por meio da realização de grupo focal presencial, conduzido a partir de um roteiro previamente elaborado. Com a emenda, a coleta de dados passa a ser realizada por meio da aplicação de formulário eletrônico individual, utilizando a plataforma Google Forms.

trabalho dos participantes e aumenta a viabilidade da coleta.
Ressalta-se que:
• Não haverá modificação no conteúdo das perguntas, nos objetivos do estudo ou nos riscos previamente avaliados;
• A alteração não implica em aumento de riscos aos participantes;
• A mudança visa exclusivamente garantir a viabilidade metodológica, o alcance da amostra prevista e a continuidade ética da pesquisa.

3) Informe os possíveis riscos que as alterações podem ter para os participantes da pesquisa.
As alterações propostas não acarretam riscos adicionais aos participantes da pesquisa em relação aos já descritos no projeto originalmente aprovado. A substituição da coleta de dados por grupo focal pela aplicação de formulário eletrônico individual pode, inclusive, reduzir potenciais riscos, uma vez que:
• Elimina a exposição do participante em ambiente coletivo;
• Diminui o risco de constrangimento, inibição ou identificação indireta das falas por outros participantes;
• Permite que o profissional responda às perguntas de forma individual, em momento e local de sua escolha.

Os riscos permanecem mínimos, restritos à possibilidade de desconforto ao responder às perguntas ou à reflexão sobre a própria prática profissional, conforme já descrito anteriormente.
As medidas de confidencialidade, anonimato e sigilo das informações permanecem inalteradas, conforme previsto no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

4) Há mais alguma colocação que possa ter relevância no desenvolvimento da pesquisa?

Ressalta-se que a alteração proposta refere-se exclusivamente à estratégia de

coleta
de dados, não havendo mudanças nos objetivos, no delineamento do estudo, no conteúdo do instrumento, nos critérios de inclusão ou exclusão, nem nos aspectos éticos previamente aprovados.
A modificação visa assegurar a viabilidade operacional da pesquisa, considerando a rotina assistencial dos profissionais de saúde atuantes em unidades de emergência pediátrica, sem comprometer o rigor metodológico ou a integridade ética do estudo. Destaca-se ainda que a coleta de dados por meio de formulário eletrônico mantém a autonomia dos participantes, facilita o acesso à pesquisa e contribui para o cumprimento do cronograma previsto, garantindo a continuidade e a qualidade científica do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações¿

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com as atribuições definidas na Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, na Resolução CNS n.° 466, de 2012, e na Norma Operacional n.° 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta para o projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:
Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaçã
Informações Básicas do	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2729885_E1.pdf	26/01/2026 17:33:17		Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)

Continuação do Parecer: 8.162.319

Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2729885_E1.pdf	26/01/2026 17:33:17		Aceito
Outros	CARTAEMENDACEP2026assinado.pdf	26/01/2026 17:31:56	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeAutorizacaoeexistenciadeinfraestrutura.pdf	16/07/2025 12:44:02	SHEILLA PAIXAO SAMPAIO SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/07/2025 19:06:14	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/07/2025 19:05:35	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	06/07/2025 19:01:43	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissoprojetoSheila.pdf	06/07/2025 18:59:51	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/07/2025 16:12:29	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoSheilaPaixao.pdf	06/07/2025 11:12:36	Fernanda Costa Martins Gallotti	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ARACAJU, 10 de Fevereiro de 2026

Assinado por:
ROBELIUS DE BORTOLI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n B. Sanatório - Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas - HU
Bairro Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município** ARACAJU
Telefone (79)3194-7208 **E-** cep@academico.ufs.br

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA PARA COLETA EM BASE DE DADOS

Base	Estratégia	Número de artigos
Biblioteca Virtual em Saúde	(Transtorno do Espectro Autista) AND (criança) AND (Serviço Hospitalar de Emergência)	75
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (autism AND spectrum AND disorder) AND TITLE-ABS-KEY (child) AND TITLE-ABS-KEY (emergency AND service AND hospital) AND TITLE-ABS-KEY (nursing))	6
	(TITLE-ABS-KEY (autism AND spectrum AND disorder) AND TITLE-ABS-KEY (child) AND TITLE-ABS-KEY (emergency AND service AND hospital) AND TITLE-ABS-KEY (health AND personnel))	18
	(TITLE-ABS-KEY (autism AND spectrum AND disorder) AND TITLE-ABS-KEY (child) AND TITLE-ABS-KEY (emergency AND service AND hospital) AND TITLE-ABS-KEY (health AND personnel) AND TITLE-ABS-KEY (clinical AND guideline) OR TITLE-ABS-KEY (care AND protocol) OR TITLE-ABS-KEY (practice AND guidelines))	5
ScienceDirect	*"Autism Spectrum Disorder AND (Child) AND (Emergency Service, Hospital) AND (health Personnel) AND (Practice Guidelines)"*	406
	Autism Spectrum Disorder AND Child AND Emergency Service, Hospital AND Health Personnel AND care protocol	362
PubMed / MEDLINE	(((((((("autism spectrum disorder"[MeSH Terms] OR "autism spectrum disorder"[MeSH Terms]) AND "child"[MeSH Terms]) OR ("child*"[All Fields] OR "pediatric*"[MeSH Terms])) AND "emergency service, hospital"[MeSH Terms]) OR "emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR ("emergency treatment"[MeSH Terms] OR "emergency medical services"[MeSH Terms])) AND "nursing"[MeSH Terms]) OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms]) AND "practice guidelines as topic"[MeSH Terms]) OR (("professional"[All Fields] OR "professional s"[All Fields] OR "professionalism"[MeSH Terms] OR "professionalism"[All Fields] OR "professionality"[All Fields] OR "professionalization"[All Fields] OR "professionalize"[All Fields] OR "professionalized"[All Fields] OR "professionalizing"[All Fields] OR "professionally"[All Fields] OR "professionals"[All Fields]) AND "education"[MeSH Terms]) OR "education, continuing"[MeSH Terms]) AND "autism spectrum disorder"[Title/Abstract]	142
	(((Autism Spectrum Disorder) AND (Child)) AND (Emergency Service, Hospital)) AND (nursing)	16
Web of Science	**Autism Spectrum Disorder** (All Fields) and **Emergency Service, Hospital** (All Fields) and **Child** (All Fields)	100

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Título do Projeto: ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: ESTUDO MULTIMÉTODOS

Pesquisador Responsável: Enf. Esp. Sheilla Paixão Sampaio Souza e Profa. Dra. Fernanda Costa Martins Gallotti
Local onde será realizada a pesquisa: Aracaju/SE

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa por se enquadrar no perfil de participantes necessários para este estudo, sendo (1) profissional de enfermagem com experiência no atendimento em unidades de emergência pediátrica ou (2) pai, mãe ou responsável por criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que tenha utilizado serviços de emergência pediátrica nos últimos 12 a 24 meses.

Sua participação é fundamental, pois suas percepções, experiências e contribuições auxiliarão na compreensão dos desafios e necessidades no atendimento em unidades de emergência de crianças com TEA, além de colaborar na construção de diretrizes práticas que possam qualificar esse cuidado.. Sua contribuição é muito importante, mas não deve participar contra a sua vontade.

Esta pesquisa será realizada como requisito para obtenção do título de Mestre da pesquisadora responsável (Sheilla Paixão Sampaio Souza) pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. A pesquisadora apresenta um intuito de propor uma abordagem especializada para crianças com Transtorno do Espectro Autista nas unidaades de emergência pediátrica pela enfermagem.

Os objetivos dessa pesquisa são compreender as práticas e percepções de profissionais de saúde, pais e responsáveis no atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista em unidades de emergência, com o intuito de propor uma abordagem especializada que melhore a qualidade do cuidado prestado.

Os participantes da pesquisa são profissionais de enfermagem que atuam em unidades de emergência pediátrica e pais/responsáveis por crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Antes de decidir, é importante que entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa.
A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais

esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Sheilla Paixão Sampaio Souza no celular (79) 99824-2804, Av. Mal. Rondon S/N (Jardim Rosa Elze), São Cristóvão, SE, e e-mail sheillapsss@outlook.com.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. "O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos" (Resolução CNS nº 466/2012, VII. 2).
Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br .Telefone: (79) 3194-7208 e horários para contato– Segunda a Sexta-feira das 07:00 as 12:00h.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado) e utilizadas apenas para esta pesquisa. Somente nós, o pesquisador responsável e/ou equipe de pesquisa, teremos conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa** elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível no site:
http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá rubricar todas as páginas deste termo e assinar a última página, nas duas vias. Eu, o pesquisador responsável, farei a mesma coisa, ou seja, rubricarei todas as páginas e assinarei a última página. Uma das vias ficará com você para consultar sempre que necessário.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER:

1) DE QUE FORMA VOCÊ VAI PARTICIPAR DESTA PESQUISA:

- Será agendado um encontro, de forma presencial ou online, com os participantes de cada grupo a ser combinado previamente conforme sua disponibilidade e preferência;
- Esses encontros ocorrerão em momentos distintos para cada grupo, sendo um com pais e/ou responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outro com profissionais de enfermagem que atuam em unidades de emergência pediátrica;
- Se presencial, o encontro será realizado em um ambiente reservado, que garanta

conforto, privacidade e tranquilidade para a participação. Se remoto, será por meio de uma plataforma digital segura, com link e instruções enviados previamente;

- Cada encontro terá duração estimada de 40 a 70 minutos e será conduzido pelas pesquisadoras responsáveis, com o apoio de moderadores assistentes previamente capacitados. Durante a atividade, será utilizado um roteiro semiestruturado, contendo perguntas abertas, que favoreçam a reflexão, o compartilhamento de experiências, percepções, desafios vivenciados e sugestões sobre o atendimento de crianças com TEA em unidades de emergência. Este roteiro foi previamente testado com um grupo piloto de profissionais de saúde para assegurar sua clareza e adequação;
- As discussões serão gravadas em áudio, e, caso haja encontros presenciais ou *online* com imagem, também poderá ocorrer a gravação de vídeo, exclusivamente para fins de análise da pesquisa, desde que autorizado formalmente pelo Termo de Autorização para Uso de Imagem e Depoimento."
- As discussões serão gravadas em áudio, com sua autorização, para que possamos transcrever integralmente tudo o que for dito. As transcrições serão complementadas por anotações de campo, nas quais as pesquisadoras registrarão aspectos importantes, como pausas, tom de voz, interjeições e reações emocionais que possam contribuir para a compreensão dos relatos. Para preservar sua identidade, cada participante será identificado apenas por um código alfanumérico, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados;

2) RISCOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA:

- Sua participação na pesquisa envolve **riscos mínimos**, especialmente relacionados ao desconforto emocional que pode surgir durante o compartilhamento de experiências pessoais, sentimentos ou memórias associadas ao atendimento hospitalar da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Durante os encontros, podem ocorrer sentimentos de tristeza, ansiedade, frustração, constrangimento ou cansaço, considerando que serão discutidas experiências sensíveis;
- Caso perceba qualquer desconforto durante ou após o encontro, será possível interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo;
- Durante os encontros com os grupos focais, um psicólogo estará disponível como suporte para atendimento em caso de desconforto emocional;
- Além disso, se necessário, será oferecido suporte e encaminhamento para acompanhamento psicológico na rede de serviços públicos disponível no município, sem ônus para os participantes.

3) BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA:

- Não há benefícios diretos garantidos para você como participante. Entretanto, acredita-se que compartilhar suas experiências, desafios e sugestões poderá promover reflexões importantes sobre sua própria vivência, além de contribuir significativamente para a construção de conhecimentos e práticas que qualifiquem o atendimento a crianças com

TEA em ambientes hospitalares, especialmente nas unidades de emergência;

- Os benefícios indiretos incluem a geração de dados científicos que poderão subsidiar a elaboração de um **manual de diretrizes práticas para profissionais de saúde**, beneficiando, futuramente, crianças, famílias e profissionais que atuam na área.

4) PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE:

- Todos os dados coletados durante a pesquisa, incluindo gravações de áudio, transcrições das falas, informações pessoais e registros das observações serão tratados com rigoroso sigilo e confidencialidade;
- As informações serão utilizadas exclusivamente para os fins acadêmicos desta pesquisa e poderão ser divulgadas em apresentações, eventos científicos ou publicações, sempre de forma que não permita a sua identificação;
- Para isso, cada participante será identificado apenas por um código alfanumérico. Os arquivos digitais (áudios, transcrições, documentos) serão armazenados em local seguro, protegido por senha, de uso restrito às pesquisadoras;
- "Após o prazo de cinco anos, os dados coletados serão definitivamente descartados, sendo os arquivos digitais excluídos de forma irreversível e quaisquer documentos físicos serão devidamente triturados."

5) ACESSO A RESULTADOS DA PESQUISA:

- Você terá direito, caso deseje, de acessar os resultados gerais da pesquisa. Esses resultados poderão ser fornecidos em formato de resumo, relatório ou apresentação, mediante solicitação direta à pesquisadora responsável;
- Ressalta-se que os dados compartilhados serão apresentados de forma coletiva e anônima, garantindo a privacidade de todos os participantes.

6) CUSTOS ENVOLVIDOS PELA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA:

- Sua participação é voluntária e não gerará custos;
- Eventuais despesas diretamente relacionadas à participação na pesquisa, como transporte, alimentação ou acesso à internet para participação remota, quando aplicável, serão ressarcidas pela pesquisadora responsável.
- Não há qualquer tipo de compensação financeira, ou seja, não haverá pagamento pela sua participação.

7) DANOS E INDENIZAÇÕES:

- Caso ocorra qualquer problema ou dano pessoal, físico, psíquico, moral, social ou patrimonial, decorrente direta ou indiretamente da sua participação na pesquisa, você terá direito à assistência imediata, integral e gratuita, arcada pelas pesquisadoras responsáveis;
- Além disso, caso os danos sejam comprovadamente relacionados à participação na pesquisa, você terá direito a indenização, podendo recorrer, se desejar, às vias judiciais

conforme previsto no Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002, artigos 927 a 954).

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, li, ou foram lidos para mim, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos e benefícios da minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas.
Sei que posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada.
Recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do (a)participante:_____.

Assinatura: _____

Local e data:_____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada, esclarecida e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Entreguei uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim ao participante e declaro que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.
Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura: _____

Local/data:_____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha quando aplicável: _____

Assinatura: _____

Local/data:_____

APÊNDICE C - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mensagem Inicial:

Prezada(o),

Este formulário faz parte da pesquisa de mestrado desenvolvida por **Sheilla Paixão Sampaio Souza**, Mestranda em Enfermagem pela **Universidade Federal de Sergipe (UFS)**.

O objetivo é coletar informações que irão subsidiar a construção e análise do estudo. Sua participação é voluntária, confidencial e de grande importância para a qualidade dos resultados.

Agradecemos desde já pela colaboração.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- Sua participação é **voluntária** e você pode desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
- Sua participação consiste em **responder esse formulári**o até o final!
- Existe a possibilidade de **desconforto emocional** ao compartilhar experiências. Se isso acontecer, você poderá interromper a participação a qualquer momento. Haverá suporte psicológico disponível, se necessário.
- Não há custos financeiros para você.
- Os dados serão tratados com **sigilo absoluto** e utilizados apenas para fins acadêmicos.
- Para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, acesse o link: https://drive.google.com/file/d/1j-ohik-8owIyzK0DOH56u06l-flxTAC_/view?usp=sharing
- Em caso de dúvidas, você poderá me contatar pelo e-mail: **sheillapsss@outlook.com** ou telefone: **(79) 99824-2804**

Declaração de Aceite

- o Li e compreendi as informações acima e ACEITO participar voluntariamente da pesquisa.
- o NÃO aceito participar da pesquisa.

Atuação em serviço urgência/emergência pediátrica:

Tempo de atuação em unidade de emergência pediátrica:

- o Menos de 6 meses
- o 6 meses a 1 ano
- o 1 a 5 anos
- o Mais de 5 anos
- o Não atuo em unidade de emergência pediátrica

Atendimento a crianças com TEA

Já participou de atendimento a crianças com TEA em unidade de emergência?

- Sim
- Não

Identificação inicial do participante (Profissional de Enfermagem)

Idade:

Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

Você se autodeclara como:

- Branco
- Negro
- Pardo
- Amarelo
- Indígena
- Prefiro não responder

E-mail para contato:

Cidade/Estado que trabalha:

Categoria profissional:

- Auxiliar de Enfermagem
- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro

Escolaridade:

- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Completo
- Pós Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado;

Tempo de Formação

- 6 meses a 2 anos
- 2 a 5 anos
- 6 a 10 anos

- Mais de 10 anos

Carga horária semanal na Unidade de Emergência

- Até 20h
- 21h a 40h
- Acima de 40h

Tipo de serviço em que atua

- Público
- Privado
- Filantrópico
- Misto
- Outro

Experiência no atendimento a crianças com TEA

Nível de experiência com TEA (auto avaliação):

- Baixo
- Moderado
- Alto

Como foi sua experiência no atendimento a crianças com TEA? Quais comportamentos ou situações chamaram mais sua atenção durante esses atendimentos?

O que você considera mais desafiador no cuidado a essas crianças em contexto de emergência?

Condições de trabalho e preparo profissional

Você sente que recebeu ou recebe formação suficiente para atender crianças com TEA?

- Sim
- Não

Existem protocolos ou orientações específicas na sua unidade para esse tipo de atendimento?

- Sim
- Não

Como sua equipe costuma lidar com situações de agitação, crises sensoriais ou resistência da criança com TEA?

Propostas e sugestões

Que tipo de suporte, capacitação ou recurso seria útil para qualificar esse tipo de atendimento?

Se você pudesse sugerir mudanças no ambiente, protocolos ou fluxos de atendimento, o que sugeriria?

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL – PAIS E RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS COM TEA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mensagem Inicial:

Olá! Sou **Sheilla Paixão Sampaio Souza**, mestranda em Enfermagem pela **Universidade Federal de Sergipe (UFS)**. Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo tema é "**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS** ", sob orientação da **Prof. Dra. Fernanda Gallotti**.

Este formulário faz parte da pesquisa e o objetivo é coletar informações que irão subsidiar a construção e análise do estudo. Sua participação é voluntária, confidencial e de grande importância para a qualidade dos resultados.

Agradecemos desde já a colaboração.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- Sua participação é **voluntária** e você pode desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
- Os encontros serão realizados em formato de **grupo focal** (online- via Google Meet), com duração aproximada de 40 a 60 minutos.
- O encontro online será **gravado** apenas para análise da pesquisa, preservando seu anonimato.
- Existe a possibilidade de **desconforto emocional** ao compartilhar experiências. Se isso acontecer, você poderá interromper a participação a qualquer momento. Haverá suporte psicológico disponível, se necessário.
- Não há custos financeiros para você.
- Os dados serão tratados com **sigilo absoluto** e utilizados apenas para fins acadêmicos.
- Para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, acesse o link: https://drive.google.com/file/d/1j-ohik-8owIyzK0DOH56u06l-flxTAC_/view?usp=sharing
- Em caso de dúvidas, você poderá me contatar pelo e-mail: **sheillapsss@outlook.com** ou telefone: **(79) 99824-2804**

Declaração de Aceite

- Li e compreendi as informações acima e ACEITO participar voluntariamente da

pesquisa.

- NÃO aceito participar da pesquisa.

Atendimento em serviço urgência/emergência pediátrica:

Seu filho(a) com TEA utilizou serviço de urgência/emergência pediátrica nos últimos:

- 12 meses
- 24 meses
- Mais de 24 meses

Identificação inicial do participante (pai/mãe ou responsável legal)

Nome completo:

Idade:

Você é:

- Pai
- Mãe
- Responsável Legal

Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União estável
- Separado(a)/Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Prefiro não responder

Situação ocupacional

- Empregado(a)
- Autônomo(a)
- Desempregado(a)
- Cuidador integral
- Outro

Número de filhos

- 1
- 2
- 3

- 4 ou mais

Cidade/Estado que residem:

E-mail para contato:

Telefone/WhatsApp para contato:

Identificação da Criança com TEA (replicado para até 3 crianças com TEA)

Idade da criança com TEA

- Abaixo de 4 anos
- Entre 4 - 6 anos
- Entre 6 - 8 anos
- Entre 8 - 10 anos
- Entre 10 - 12 anos
- Acima de 12 anos

Sexo da criança com TEA

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

Nível de suporte da criança (segundo diagnóstico)

- Nível 1
- Nível 2
- Nível 3
- Não sei informar

Tempo desde o diagnóstico do TEA

- Menos de 1 ano
- 1 a 3 anos
- Mais de 3 anos

Você possui outra criança com diagnóstico de TEA?

- **Sim**
- **Não**

Preferência para participação no grupo focal

Melhor horário para participação (pode marcar mais de um):

Você possui recursos audiovisuais suficientes para participar da reunião de forma online?

- Sim
- Não

ROTEIRO – GRUPO FOCAL

Abertura:

Boa tarde. Quero começar agradecendo, sinceramente, a presença de cada um e cada uma de vocês. Sabemos que o tempo das famílias é precioso e que estar aqui hoje representa um gesto de disponibilidade e generosidade. Meu nome é Sheilla, sou enfermeira e estou aqui como pesquisadora do Programa de Enfermagem da UFS. Este encontro faz parte de uma pesquisa que busca compreender, a partir da experiência de vocês, como acontece o cuidado hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Quero reforçar que este não é um espaço de avaliação, nem de julgamento, e que não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa são as vivências, percepções e significados construídos por vocês ao longo das suas trajetórias. Tudo o que for dito aqui será tratado com sigilo e confidencialidade. Na pesquisa, os relatos não terão identificação pessoal. Também é importante combinar que o que for compartilhado neste grupo permaneça aqui, como forma de respeito entre todos. Nossa conversa será gravada apenas para que eu possa, depois, transcrever fielmente as falas. Essa gravação será utilizada exclusivamente para fins de pesquisa, conforme o Termo de Consentimento que vocês receberam. Este é um espaço de escuta e troca. Vocês podem concordar ou discordar uns dos outros, compartilhar experiências diferentes, e também optar por não responder alguma pergunta, se não se sentirem à vontade. Caso alguma fala desperte emoções mais intensas, isso é compreensível. Podemos fazer pausas sempre que necessário. Antes de começarmos, alguém gostaria de fazer alguma pergunta ou precisa de algum esclarecimento?

Aquecimento:

- "Para começarmos, gostaria que cada um apresentasse brevemente seu filho(a) e nos contasse: **o que é fundamental que um estranho saiba para conseguir interagir com ele(a)?**"

Vivência na Emergência:

- "Pensem na última vez que precisaram de um **atendimento de emergência**. Como foi a chegada e a espera? O que foi mais desafiador para a regulação do seu filho(a) naquele ambiente?"
- Vocês sentiram que os profissionais estavam preparados para lidar com as necessidades do seu(sua) filho(a)?

Comunicação e Especialidade:

Pensando agora especificamente na relação com as equipes de saúde

- "Durante o atendimento, vocês sentiram que precisaram 'ensinar' o profissional a cuidar do filho de vocês? Como foi essa troca?"
- "**Sobre o tempo de espera e a triagem:** Vocês sentiram que a prioridade garantida por lei foi respeitada e compreendida pela equipe?"

Propostas:

- "Se tivéssemos que criar um 'Protocolo de Ouro' para a enfermagem na emergência, o que não poderia faltar de jeito nenhum?"
- "**Recurso Visual:** Vocês acham que o uso de cartões de comunicação ou murais sensoriais ajudaria no hospital?"

Pergunta Final:

- Se vocês tivessem apenas 30 segundos para dar um conselho ao diretor do hospital sobre como atender melhor crianças com autismo, o que diriam?

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Eu, Sheilla Paixão Sampaio Souza, regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, autor do trabalho intitulado "**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA NA EMERGÊNCIA: ESTUDO MULTIMÉTODOS**", declaro para os devidos fins que:

1. Utilizei as seguintes ferramentas de Inteligência Artificial Generativa durante a produção deste trabalho:

Ferramenta(s) e versão(ões): ChatGPT/ *Happy Scribe*, Período de uso: 2025- 2026

A finalidade do uso foi

a) Brainstorming de estrutura de tópicos ou organização de ideias.
b) Revisão linguística/referências.
c) Transcrição (com anonimização): conversão literal, mediante autorização, de áudios ou vídeos em texto de entrevistas com obrigatória revisão humana, anonimização e respeito aos direitos autorais, vedada a identificação de voz ou outros dados biométricos.
d) Tradução técnica (com revisão humana).

Descrição do uso / prompts-tipo: Realize a correção textual, verificando coesão entre parágrafos e erros ortográficos/ Traduza para a língua portuguesa o artigo em anexo (na íntegra), sem inferência./ Avalie o texto descrito, sugerindo o que posso complementar no conteúdo, de modo que contribua para análise.

2. **Não utilizei** IA para a geração de conteúdo original, não enviei dados inéditos ou sensíveis, análise crítica de resultados ou redação de conclusões, tarefas que foram realizadas integralmente por mim.

3. Realizei a **validação manual** de todas as citações e referências bibliográficas, garantindo a sua veracidade.

Assumo **total responsabilidade** pela integridade e exatidão do conteúdo final, ciente de que a IA não detém autoria intelectual.

São Cristóvão, SE 28 de abril 2026.

_____

Sheilla Paixão Sampaio Souza

_____

Assinatura do Orientador