

SESMA
Secretaria de
Saúde



BELÉM
PREFEITURA
TAMO JUNTO POR BELÉM

PROTOCOLO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA



NEURO
DIVERSO

BELÉM-PARÁ- BRASIL
2023

T&A

PREFEITURA DE BELÉM

EDMILSON BRITO RODRIGUES

PREFEITO MUNICIPAL DE BELÉM

EDILSON MOURA DA SILVA

VICE-PREFEITO MUNICIPAL DE BELÉM

PEDRO RIBEIRO ANAÏSSE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM

JULIANA LAVAREDA SALES

DIRETORA DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

ANDREA CRISTINA SANTOS BAKER

COORDENADORA DA REFERÊNCIA TÉCNICA DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA – NUPS

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

ANDREA CRISTINA SANTOS BAKER

Referência Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência/NUPS/SESMA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL – CAPS I

Equipe de Servidores CAPS I/DEAS/SESMA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOL E MAR – CAPS MOSQUEIRO

Equipe de Servidores CAPS Mosqueiro/DEAS/SESMA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD

Equipe de Servidores CAPS AD/DEAS/SESMA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ADULTO – CAPS ADULTO

Equipe de Servidores CAPS Adulto/DEAS/SESMA

CASA RECRIAR – MOSQUEIRO

Equipe de Servidores CASA RECRIAR/DEAS/SESMA

CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICO ODONTOLÓGICO JOB VELOSO - CEMO

Equipe de Servidores CEMO/DEAS/SESMA

CRISTINA MARIA DA SILVA

Fisioterapeuta da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família – CESUPA

EQUIPE DE ELABORAÇÃO (2021) – ATUALIZAÇÃO

ANDREA CRISTINA SANTOS BAKER

Referência Técnica Saúde Da Pessoa Com Deficiência/Nups/Sesma

GLÓRIA GOMES DOS SANTOS

Terapeuta Ocupacional Da Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família/Uepa

MAYARA RODRIGUES COHEN

Terapeuta Ocupacional Da Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família/Uepa

ALESSA DE FRANÇA CUNHA MEDEIROS

Terapeuta Ocupacional Da Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família/Uepa

EQUIPE DE EDIÇÃO E REVISÃO

RAIMUNDA SILVIA GATTI NORTE

JOSÉ JORGE DA SILVA GALVÃO

CHARLES VICTOR GOMES DE SOUZA

ÉRICA SILVA DE SOUZA MATSUMURA

GISELLI DE OLIVEIRA SIQUEIRA

JULIANE LARISSA BARBOSA SANTOS

LAÍS GABRIELA DA SILVA NEVES

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA	05
2 INTRODUÇÃO	06
3 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: DO CONCEITO AO TRATAMENTO	07
3.2 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	09
3.3 Etiologia	10
3.4 Comorbidades	11
3.5 Instrumentos de Rastreamento de Sinais de Alerta do Autismo	11
3.6 Diagnóstico	13
<i>3.6.1 Diagnóstico clínico</i>	13
<i>3.6.2 Diagnóstico baseado na funcionalidade</i>	16
<i>3.6.3 Diagnóstico diferencial e de comorbidade</i>	18
3.7 Sinais e Sintomas	19
3.8 Tratamento	36
3.8.1 Tratamento Medicamentoso	38
3.8.2 Tratamento Terapêutico	38
3.8.2.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	39
3.8.2.2 Terapia fonoaudiológica	40
3.8.2.3 Terapia ocupacional	41
3.8.2.4 Fisioterapia	42
3.8.2.5 Enfermagem	42
3.8.2.6 Psicologia: abordagem familiar	43
3.8.2.7 Psicopedagogia /psicoeducação	44
3.8.2.8 Nutrição	45
3.9 Reavaliação	45



4.1 Rede primária de saúde	47
<i>4.1.1 Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)</i>	48
4.2 Rede especializada	48
<i>4.2.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</i>	48
4.3 Rede de urgência e emergência	51
<i>4.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU</i>	52
<i>4.3.2 Unidade de Pronto Atendimento – UPA</i>	52
5 DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	52
5.1 Da participação do sistema de educação	54
5.2 Da participação da assistência social	58
6 DO FLUXO DE ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	63
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	64
ANEXOS	77
PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS)	77
Evidência de eficácia de tratamento para autismo	78
Avaliação cognitiva	80
INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – IRDI	82
VERSÃO FINAL DO M-CHAT EM PORTUGUÊS	86

1 JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), através da Referência Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência (RT/PCD), do Núcleo de Promoção à Saúde (NUPS), em parceria com os servidores da Rede SUS Municipal (serviços especializados) e Residentes do Programa Multiprofissional de Estratégia Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará, elaborou o Protocolo Municipal de Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) com o propósito de disseminar informação quanto ao **conceito, diagnóstico, tratamento e encaminhamento** para a rede SUS municipal de Belém, que oferece atendimento em reabilitação e atendimento psicossocial para estes usuários.

Salienta-se que o referido protocolo foi deliberado pelos servidores da: Referência Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência RTPCD/NUPS/SESMA, Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i, Centro de Atenção Psicossocial Sol e Mar – CAPS Mosqueiro, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD, Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS Adulto, Casa Recriar – Mosqueiro, Centro de Especialidade Médico Odontológico Job Veloso – CEMO, Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família – CESUPA em 2018. E em 2021, contou com a colaboração dos terapeutas ocupacionais do Programa de Residência Multiprofissional Estratégia Saúde da Família – UEPA.

2 INTRODUÇÃO

A partir da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada no Brasil, pelo **Decreto nº 6.949** de 25/08/2009, as pessoas com deficiência, na sua completude, passaram a ter, de fato, os seus direitos garantidos, principalmente no quesito acessibilidade, que foi eleita o ponto mestre na convenção¹.

Através da convenção, o conceito de pessoa com deficiência foi ampliado. No artigo 01, do referido documento, informa-se que as pessoas com deficiência **“são aquelas que possuem impedimentos de longo prazo, de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”**¹.

Contudo, ao passar dos anos, cada movimento social de direitos das pessoas com deficiência, passa a lutar cada vez mais por quem defende, não sendo diferente dos movimentos oriundo pelos direitos das pessoas com transtorno do espectro do autismo.

No ano de 2012, o **Ministério da Saúde (MS)** publica a **Portaria GM/MS nº 793/2012**, que instituiu a **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**, garantindo o acesso à saúde das pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, e, intermitente ou contínua².

As pessoas com transtorno do espectro do autismo, contempladas, até então, somente pela Política de Saúde Mental, foram consideradas para todos os efeitos legais como Pessoa com Deficiência com a publicação da **Portaria GM/MS nº 12.764** de 27/12/2012, sendo que a ratificação da referida garantida ocorreu com a publicação do **Decreto nº 8.368** de 2 de dezembro de 2014³.

Em 2015 é instituída a Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146, que foi destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania⁴.

Em 2020, o Estado do Pará publica a **Lei nº 9.061** que institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - PEPTEA, cria o Sistema Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro

Autista e o Conselho da Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - COPEPTEA, dispõe sobre a expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA, altera a Lei nº 5.838, de 1994⁵.

O município de Belém possui três leis municipais que visam o atendimento das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. A primeira foi publicada em 2016, sito **Lei nº 9.259**, que instituiu o dia municipal de conscientização da pessoa com transtorno do espectro do autismo a ser comemorado anualmente, no dia 02 de Abril e a Semana Municipal de Conscientização do autismo, no município de Belém⁶; A segunda foi publicada em 2019, sito **Lei nº 9.500**, que obriga os estabelecimentos públicos e privados localizados em Belém a inserirem nas placas de atendimento prioritário o símbolo mundial do autismo, e dá outras providências⁷; e, a terceira foi publicada no ano de 2020, **Lei nº 9.600**, a qual estabelece prioridade no atendimento em estabelecimentos públicos e privados às pessoas com transtorno de espectro autista - TEA, no município de Belém, e dá outras providências⁸.

O referido Protocolo Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência visa garantir o acesso às ações e serviços da Rede SUS Municipal de Belém para o atendimento tanto das pessoas com transtorno do espectro do autismo como também de seus familiares. Para isso é necessário que seja esclarecido à sociedade o conceito, classificação, sinais e/ou sintomas e tratamentos disponíveis no SUS, e principalmente, que estes possuam credibilidade com práticas baseadas em evidências⁸.

3 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): DO CONCEITO AO TRATAMENTO

3.1 Conhecendo e conceituando o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem suas primeiras descrições realizadas por dois médicos austríacos, em momentos diferentes da história. O primeiro a publicar o artigo foi o psiquiatra austríaco Leo Kanner (1943). Posteriormente, o pediatra Hans Asperger (1944), escreve um artigo sobre crianças que apresentavam questões parecidas a de Kanner. No entanto, ao contrário do primeiro médico, o artigo deste não foi amplamente divulgado, acredita-se que isto tenha ocorrido por estar em

alemão e ter sido traduzido muitos anos depois⁹. O artigo escrito por Kanner, tem por título Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, e se encontra em português no site da Associação de Amigos do Autista - AMA.

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V¹⁰; e, Classificação Internacional de Doenças - CID-10¹¹, o transtorno do espectro do Autismo é entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por **déficit persistentes na comunicação social** (em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados na interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos) e **presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade**.

De acordo com o referido Manual diagnóstico, o Transtorno do Espectro do Autismo pode ser classificado em três níveis de gravidade, conforme quadro 01 abaixo¹⁰:

Nível 03 Exige apoio muito substancial	Nível 02 Exige apoio substancial	Nível 01 Exigindo apoio
Déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos graves de funcionamento e grande limitação nas interações sociais.	Déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos de funcionamento e limitação nas interações sociais.	Déficit na comunicação social causando prejuízos notáveis nas interações sociais; interesse reduzido por interações sociais.
Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em trocar de atividade, obstáculos
restritos/repetitivos que interferem acentuadamente no funcionamento.	restritos/repetitivos que interferem no funcionamento.	para independência (dificuldade de organização e planejamento).

Etiologicamente, o Transtorno do Espectro do Autismo, ainda não está elucidado, mas algumas instituições mencionam a estimativa. A Organização Pan Americana da Saúde – OPAS¹² refere que a estimativa de pessoas com TEA é de **01 a cada 160 crianças no mundo**. O Center for Disease Control and Prevention - CDC (2020), informa que nos Estados Unidos a estimativa é de 1 para cada 54 crianças. O número anterior era de 1 para cada 59 (referentes a dados de 2012, divulgados em 2017)¹³.

Com relação a estimativa epidemiológica, no Brasil estima-se que aproximadamente 2 milhões de pessoas possam ter o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, visto que no País atualmente calcula-se aproximadamente 208 milhões de habitantes, conforme perspectiva da Organização Mundial da Saúde, que infere que **1% dos brasileiros** esteja inserida no espectro¹⁴.

3.2 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10¹¹:

Na referida classificação, o TEA está inserido no Capítulo 5, que versa sobre os Transtornos Mentais e Comportamentais, categorizado enquanto Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-F89), mais precisamente nos Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84), conforme mencionado abaixo:

- F84.0 – Autismo infantil;
- F84.1 – Autismo atípico;
- F84.2 – Síndrome de Rett;
- F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância;
- F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
- F84.5 – Síndrome de Asperger;

- F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento;
- F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

A OMS elaborou a nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas – **CID-11**, com previsão para entrar em **vigor em 2022**. O TEA, anteriormente incluso nos transtornos globais de desenvolvimento, passa a ser

especificado enquanto Transtornos do Espectro do Autismo (6A02) nas desordens do neurodesenvolvimento, caracterizados a seguir⁷⁸:

- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;

Há duas categorias adicionais, denominadas “inespecífica” e “outro”, sem critérios específicos:

- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

3.3 Etiologia

Os determinantes do TEA ainda são desconhecidos, contudo, entende-se que as causas são multifatoriais, caracterizada pela compreensão biológica.

A determinação das causas do TEA, ainda são inconclusivas, apesar disso, pesquisadores observam que os fatores causais são multifatoriais com componente genético, com destaque a herdabilidade, visto que os mecanismos de herança genética são complexos e envolvem múltiplas variantes genéticas¹³, porém, juntamente a ele há outras pautas abordadas, como os fatores ambientais¹⁵.

De acordo com o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista, conforme pontuado acima, a etiologia do TEA é multifatorial com componente genético, podendo estar condicionada a uma situação ambiental, tais como: exposição a agentes químicos, falta de vitamina D, falta de ácido fólico, infecção materna, uso de certas drogas

medicamentos durante a gestação, um exemplo disso é o ácido valpróico, prematuridade (abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (<2500g) são alguns dos fatores de risco ambiental¹⁴.

Os fatores de risco para um componente genético podem ser: familiar de primeiro grau acometido, presença de desordens congênitas, idade materna ou paterna acima de 40 anos¹⁴. Do ponto de vista genético, o TEA possui muitas variáveis, isto é, existem casos associados às síndromes genéticas e outros em que essa associação não existe, tais como¹⁵:

- 1) Síndrome do X frágil (8-27,9%);
- 2) Esclerose Tuberosa (24 -60%);
- 3) Encefalopatia Neonatal/ Encefalopatia Epiléptica/ Espasmo Infantil (36- 79%);
- 4) Paralisia Cerebral (15%);
- 5) Síndrome de Down (6-15%);
- 6) Distrofia Muscular (3-37%);
- 7) Neurofibromatose (4 -8%).

3.4 – Comorbidades

O transtorno do espectro do autismo é frequentemente associado com outras comorbidades, dentre elas: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtorno do desenvolvimento da coordenação; transtorno de linguagem; deficiência intelectual; transtorno de ansiedade; transtornos depressivos; transtornos mentais; e, outros diagnósticos de comorbidades, sendo estes últimos três casos os mais recebidos pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, principalmente no que versa ao atendimento de adolescentes com diagnóstico de TEA de bom funcionamento (nível 01), que tendem a apresentar dificuldades adaptativas e sofrimento¹⁰.

Podem ainda apresentar condições genéticas e/ou médica como: epilepsia, distúrbio do sono, constipação e distúrbio alimentar¹⁰.

3.5 – Instrumentos de Rastreamento de Sinais de Alerta do Autismo

A **American Academy of Pediatrics**¹⁶, em parceria com a **Sociedade Brasileira de Pediatria**¹⁷, refere a importância da aplicação dos instrumentos de rastreamento padronizados para identificação precoce dos sinais de autismo. São eles:

- Os **Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)**

são instrumentos que permitem o rastreamento/triagem de indicadores clínicos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento. O IRDI é um instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criados e validados por um grupo de especialistas brasileiros, os IRDI são de **uso livre** pelos profissionais de saúde para utilização na **Atenção Básica**. São compostos por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em quatro faixas etárias, de **0 a 18 meses**, para observação, e por perguntas dirigidas à díade mãe-bebê (ou cuidador-bebê) entre **18 e 24 meses de idade** deve-se realizar o rastreamento dos sinais do autismo, para isso serão utilizados instrumentos de rastreio padronizados a fim de identificar possíveis riscos para TEA¹⁸;

- **M-CHAT- R/F** é um instrumento que pode ser aplicado e pontuado como parte de uma consulta de rotina, também **podendo ser usado por especialistas ou por outros profissionais para avaliar o risco de TEA**.

O principal objetivo do M-CHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o maior número possível de casos de TEA. Ainda assim, há uma elevada taxa de falsos positivos, o que significa que nem todas as crianças que obtêm uma pontuação de risco serão diagnosticadas com TEA. Para resolver esse aspecto, criamos a Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários devem estar conscientes que mesmo com a Entrevista de Seguimento, um número significativo de crianças que pontuam positivo no M-CHAT-R não serão diagnosticados com TEA. No entanto, essas crianças apresentam risco elevado para outros distúrbios do desenvolvimento ou atrasos, sendo, portanto, justificada a avaliação para qualquer criança com resultado positivo. O MCHAT-R pode ser pontuado em menos de dois minutos. As instruções de pontuação podem ser obtidas por download no site <http://www.mchatscreen.com>. Os documentos associados também estão disponíveis para download. Esse instrumento é utilizado para identificação dos sinais do espectro em crianças entre **16 e 30 meses de idade**¹⁹;

- Existem outros instrumentos para rastreio de sinais de risco no TEA, no entanto nem todos são validados no Brasil e nem têm autorização para uso livre.

Realizou-se uma revisão sistemática²⁰, sobre os instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: foram encontrados 11 instrumentos em 34 artigos analisados, sendo que apenas um instrumento foi traduzido para o português, o M-CHAT.

A disseminação desse conhecimento é fundamental para triagem precoce, uma vez que, usualmente, os primeiros profissionais que podem identificar os primeiros sinais de alerta são os profissionais da Atenção Primária à Saúde¹⁹.

Um grande avanço, no que tange à aplicação dos protocolos de rastreio, ocorreu em 2017 com a publicação da **Lei nº 13.438**, que Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento das crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança e de risco para o seu desenvolvimento psíquico²¹.

3.6 Diagnóstico

3.6.1 Diagnóstico clínico

O diagnóstico do espectro é realizado por meio da avaliação do quadro clínico, devendo ser feito de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, sendo realizado por médico especialista, todavia a participação dos demais profissionais da saúde é essencial na identificação de sinais e sintomas mediante observação clínica dos comportamentos²².

A partir da identificação dos sinais de alerta, deverão ser realizadas avaliações específicas para a intervenção e monitoramento do desenvolvimento, assim podendo resultar o diagnóstico. A observação clínica é de extrema importância, já que atualmente não existem testes genéticos, laboratoriais ou médicos capazes de confirmar o diagnóstico do autismo²³.

Os exames laboratoriais podem ser indicados com a finalidade de investigação e descarte de outros transtornos do desenvolvimento, como: síndrome do X-frágil, fenilcetonúria ou esclerose tuberosa²². Outro fator é a utilização de testes neurológicos e

outros exames para auxiliar na identificação e tratamento de comorbidades²⁴.

De acordo com a OMS¹², o principal aspecto da avaliação refere-se à funcionalidade e não a classificação diagnóstica. O importante é identificar as capacidades e potencialidades da pessoa com TEA; e, das suas relações familiares e comunitárias nos mais diferentes contextos de vida desse indivíduo.

Quadro 01 – Critérios diagnósticos do transtorno do espectro autista¹⁰:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1) Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais. 2) Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

3) Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares. *Especificar a gravidade atual: a gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

2) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões

rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

*Especificar a gravidade atual: a gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos

C) Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D) Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E) Esses distúrbios não são mais bem explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

Fonte: DSM-V¹⁰.

Para elucidar a importância da atualização do DSM-V¹⁰ para fins de critérios diagnósticos segue abaixo o quadro 02 que versa sobre os domínios e subdomínios do Espectro:

Quadro 02 – Domínios e subdomínios do Transtorno do Espectro do Autismo por critérios diagnósticos

a) Interação social				
Relações de companheirismo				
Satisfação, interesses ou realizações com outras pessoas				
Reciprocidade social ou emocional				
b) Comunicação				
Falta de criatividade e fantasia nos processos de pensamento				
Deficiências na linguagem oral				
Ausência de brincadeira de faz de conta				
Linguagem estereotipada, repetitiva ou idiossincrática				
Déficits nos processos de desenvolver e manter relacionamentos				
Ausência de comportamentos comunicativos não verbais				
Comunicação social				
c) Padrões restritos e repetitivos de comportamento				
Hiper ou hiporreatividade a entrada sensorial ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente				
Padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal				
Movimentos motores ou uso de objetos				
Aderência excessiva a rotinas				
Resistência excessiva à mudança				
Interesses fixos e restritos				
Manuais		CID-10	DSM-IV-TR	DSM-5
				CID-11
Legenda:				
Presente em um manual		Presente em três manuais		
Presente em dois manuais		Presente em todos os manuais		

Fonte: Fernandes (2020)²⁶.

A síndrome de Rett pode ser uma das síndromes que em função da retração social poder gerar interpretações de que seja o TEA. Porém, essa síndrome causalidade genética definida pela mutação no gene MECP2, localizado no cromossomo²⁷. Além das maiores características ser a prevalência ser em meninas, o quadro apresenta: Não alcance marcos esperados de desenvolvimento, movimentos estereotipados das mãos, e prejuízo motor progressivo iniciado do tronco aos membros inferiores²⁸.

O diagnóstico pode ser atrelado a outros protocolos de avaliação, entre eles a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Este protocolo analisa a saúde dos indivíduos a partir das categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo, sendo²⁹.

3.6.2 Diagnóstico baseado na funcionalidade

Para serem realizadas as intervenções necessárias, deve-se analisar o nível de

funcionalidade do indivíduo, bem como, o nível hierárquico de serviço em que o paciente deve ser atendido, de acordo com os fluxos e redes estabelecidas pelo SUS¹⁴.

A fim de detectar o grau de dificuldade, o nível de habilidades (ex: presença ou não de linguagem verbal, capacidade de iniciar contato social, ausência de interesse social), avaliação do nível cognitivo (diagnosticar deficiência intelectual associada) e avaliação funcional global (capacidade de autocuidado e independência), é imprescindível a aplicação de escalas e avaliações específicas¹⁴.

Visto que o espectro atinge divergentes áreas de funcionamento, cognitivo, motor e funcional, social, e ademais habilidades. Deve-se realizar avaliação ampla, entretanto mantendo o foco nos principais campos afetados, para que haja um direcionamento adequado do tratamento e do Projeto Terapêutico Singular – PTS³⁰.

O profissional especializado elege os instrumentos específicos que melhor se adequem ao quadro clínico da pessoa com TEA, para o intuito de uma padronização. Alguns são de uso restrito por determinadas formações na área da saúde, outros necessitam de treinamento prévio, portanto, sugere-se uma consulta aos manuais de aplicação e correção dos instrumentos¹⁴. São eles:

- Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III): teste psicométrico para a avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças de 6 a 16 anos de idade (Wechsler, 2002)³¹;
- Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III): teste psicométrico para a avaliação do desenvolvimento cognitivo a partir dos 16 anos de idade (Wechsler, 2008)³²;
- Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF): a partir dos 16 anos (Hall, 1995)³³;
- Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (C-GAS): de 4 a 16 anos (Shatier et al., 1983)³⁴;

- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland: avaliação de nível funcional, sem limite de idade (Sparrow, Balla, & Cicce, 1984; Carter, Volkmar FR, Pardal SS, et al., 1998)³⁵;
- Prova de Pragmática do teste ABFW (Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática): para avaliação fonoaudiológica de crianças não verbais (Fernandes, 2000)³⁶;
- Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL): para avaliação fonoaudiológica de crianças verbais (Menezes, 2004)³⁷;
- Prova de Vocabulário do teste ABFW (Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática): para avaliação fonoaudiológica de crianças verbais (Befi-Lopes, 2000)³⁸.

Outras escalas podem ser utilizadas também, no intuito de auxiliar no rastreamento, diagnóstico e seguimento do tratamento, observado no quadro 02:

- AutismBehaviorChecklist (ABC): permite rastrear sintomas autísticos a partir dos três anos. Quando utilizada na triagem não há necessidade de ser repetida no diagnóstico (Marteleto&Pedromônico, 2005)³⁹;
- ModifiedChecklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): possibilita identificar atraso no desenvolvimento de crianças de um ano e meio até três anos (Losapio&Pondé, 2008)⁴⁰; e,
- Autism Treatment Evaluation Checklist: permite avaliar o efeito das intervenções, sendo recomendável sua aplicação antes e após as mesmas (Magia, Moss, Yates, Charman, &Howlin, 2011)⁴¹.

3.6.3 Diagnóstico diferencial e de comorbidade

Faz-se necessária uma avaliação pediátrica-clínica completa, bem como neurológica e psiquiátrica ampla, para um diagnóstico diferencial de qualidade e detecção de quadros associados.

Dentre os diagnósticos diferenciais estão no quadro abaixo:

✚ Baixa acuidade e deficiência auditiva. ✚ Privação psicossocial severa.

✚ Deficiência intelectual (atentar para o fato de este poder ser um diagnóstico associado). ✚ Transtorno de linguagem expressiva e receptiva.

✚ Síndrome de Landau-Kleffner. ✚ Síndrome Genética (ex: Rett).

✚ Síndrome epiléptica específica, lembrando que 20-25% dos pacientes autistas apresentam epilepsia associado ao quadro clínico. ✚ Ansiedade de separação grave e mutismo seletivo.

Fonte: elaborado com adaptações à partir de Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, (2005)⁴²; Fuentes et al., (2012)¹⁵; AutismSpeaks (2013)⁴³.

É importante verificar se há associação com algumas das patologias clínicas mencionadas no item acima mencionados para que as intervenções necessárias e específicas para cada uma delas possam ser realizadas. Muitas vezes pode haver, também, patologias psiquiátricas associadas, e que devem ser tratadas, pois tendem a aumentar sobremaneira as dificuldades adaptativas e o sofrimento. Seguem os transtornos mais comumente encontrados no quadro 04:

✚ TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO. ✚ TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.

✚ TRANSTORNOS DE ANSIEDADE (principalmente em adolescentes de bom funcionamento). ✚ TRANSTORNO DEPRESSIVO (principalmente em adolescentes de bom funcionamento).

Fonte: elaborado com adaptações à partir de Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, (2005)⁴²; Fuentes et al., (2012)¹⁵; AutismSpeaks (2013)⁴³.

3.7 Sinais e sintomas

Estudos demonstram que a identificação precoce dos sinais e dos sintomas de risco para o desenvolvimento do TEA é fundamental, pois, quanto antes o tratamento for iniciado, melhores são os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem e habilidades sociais¹⁹.

Há uma tendência comum aos pais de pessoas com TEA a identificação tardia dos sinais e sintomas de riscos para TEA, e com isso muitas vezes demoram em procurar atendimento especializado²⁴. No Brasil, a atenção básica tem um papel fundamental no rastreamento e identificação de sinais tanto do tanto do TEA como de outros transtornos e síndromes⁴⁴.

Na tabela abaixo estão descritos os marcos mais importantes para a avaliação dos sinais e sintomas de risco para o TEA.

Quadro – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 0 a 6 meses):⁴⁵

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Interação social	Por volta dos 3 meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	A criança com TEA pode não fazer isso ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção a pessoas do que a objetos ou brinquedos.	A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos.

continua

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor.	A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbúcio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.	A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.

continua

Quadro indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta(6 a 12 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 6 a 12 meses	Interação social	As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Brincadeiras	A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
	Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às expressões faciais e à fala de seu cuidador.	A criança com TEA pode apresentar dificuldades nesses aspectos.

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor.	A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbúcio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.	A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.

continua

	Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
LINGUAGEM	Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades.
	Balbuício se diferenciando. Risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.
	Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
	A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.
	A criança começa a repetir gestos de acenos e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc.	A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.

continua

Quadro – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (12 a 18 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Interação social	Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).	A ausência ou raridade desse gesto de atenção de compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.

continua

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Linguagem	Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras pessoas).	A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.
		A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) para um movimento mais livre na fala.	A criança com TEA pode não apresentar esse descolamento. Sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.
		A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.	A criança com TEA mostra dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.
		A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, “vergonha”).	A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Brincadeiras	Aos 12 meses, a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro etc.) e as funções dos objetos (sons, luzes, movimentos etc.).	A criança com TEA tende a explorar menos os objetos e, muitas vezes, fixa-se em algumas de suas partes sem explorar suas funções (por exemplo: passa mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o).
		O jogo de “faz de conta” emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.	Em geral, isso não ocorre no TEA.
	Alimentação	A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	A criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta.

Quadro 4 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 18 a 24 meses)

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Linguagem	Por volta do 24 meses, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso aparecem os “erros”).	A criança com TEA tende à ecolalia.
		Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.	A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e os 24 meses.

continua

			brinquedo pelo qual ela tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).
--	--	--	--

continua



continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Brincadeiras	<p>Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descubrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem o animalzinho “andar” e produzir sons).</p>	<p>A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual ela passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa.</p>
		<p>As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e variada.</p>	<p>Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara.</p>

continua



conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Alimentação	<p>Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/semisólidos, frios/quentes/mornos, doces/salgados/amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/social.</p>	<p>A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar.</p>

Quadro- Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (24 a 36 meses):⁴⁵

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Interação social	Os gestos (o olhar, o apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.	Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após muita insistência. As iniciativas são raras. Tal ausência é um dos principais sinais de alerta para TEA.

continua

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Linguagem	A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.	A criança com TEA pode apresentar repetição de fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.
		A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).	A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.
		A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”. A fala tem uma melodia bem infantil ainda. A voz geralmente é mais agudizada.	A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.

continua

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Brincadeiras	A criança, nas brincadeiras, usa um objeto “fingindo” que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de “casinha”, de “médico” etc.), construindo cenas ou histórias. Ela própria e/ou seus bonecos são os “personagens”.	A criança com TEA raramente apresenta esse tipo de brincadeira ou o faz de forma bastante repetitiva e pouco criativa.
		A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).	A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.
		Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.	A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, tem dificuldades em entendê-las.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Alimentação	A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação está contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	A criança com TEA pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos “horários” de alimentação. Pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar por longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc.

3.8 Tratamento

3.8.1 Tratamento medicamentoso

Ainda não existem medicações para os sintomas centrais do autismo, como a interação social e a capacidade comunicativa⁴⁶. Essas áreas são tratadas por meio de técnicas adequadas ao tratamento psicossocial e educacional reduz a necessidade de uso de medicação nos pacientes, pois há melhora da capacidade comunicativa e dos comportamentos mal adaptativos⁴⁷. Em muitos casos, porém, há sintomas específicos que podem prejudicar bastante o rendimento e a funcionalidade dos pacientes, como agitação

psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade. Dada a complexidade e a individualidade do TEA, e a inexistência de medicamentos específicos, há fármacos que são adotados para alcançar alguns desses sintomas⁴⁸.

Algumas medicações podem ser úteis, como a risperidona, aripiprazol e o haloperidol. Os dois primeiros podem ser indicações na diminuição da agressão e autolesão que não parecem estar relacionados a outros sintomas, a exemplo da ansiedade. O haloperidol, tem objetivo de diminuir a irritabilidade, e geralmente é usado quando há o desenvolvimento de graves surtos agressivos. No entanto, essa medicação tem sido cada vez mais substituída pelos antipsicóticos atípicos, devido aos efeitos colaterais comuns a todos os antipsicóticos, mas mais frequentes e intensos nos picos que dentre estes podem apresentar entre os sintomas mais comuns sinais de liberação extrapiramidal, especialmente distonias, parkinsonismo e sedação^{49,50,51}.

Outras medicações podem diminuir a hiperatividade e melhorar o perfil atencional, como os psicoestimulantes, que são também usados para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O mais conhecido deles é o metilfenidato⁵². Outras medicações, como os já mencionados antipsicóticos (risperidona), alguns anticonvulsivantes e a clonidina também podem diminuir a hiperatividade⁵³.

Também é bastante comum nesses pacientes comportamentos repetitivos, estereotípias e apego excessivo a rotinas, com dificuldades para alterá-las. Algumas medicações antidepressivas, conhecidas como inibidores da receptação da serotonina (ISRS), podem ser úteis para diminuir esses sintomas, mas estudos recentes têm desencorajado seu uso em autistas, questionando a efetividade dessas medicações. Fluoxetina e Sertralina são exemplos desses antidepressivos⁵⁴.

Outro sintoma que pode ser melhorado com medicações é a alteração no padrão de sono, sempre após medidas comportamentais de higiene do sono; alguns antipsicóticos de ação sedativa, a clonidina e a melatonina podem ser utilizadas⁵⁵.

A utilização de medicamentos não deve ser o único, ou até mesmo principal terapêutica para a pessoa com TEA, contudo devem estar associados com outras estratégias de tratamento. O médico tem a função, de dentro da possibilidade, discutir sobre a introdução de psicofármacos, e reavaliar a medicação, assim no momento de retirá-la com os demais participantes do tratamento, além de tratar dessa questão com os responsáveis e/ou cuidadores, pois é rotineiro terem receio em relação a piora do comportamento quando há suspensão do uso da substância⁵⁶.

O importante é verificar que não há uma única abordagem, uso exclusivo de medicação ou projeto terapêutico fechado, que possa dar conta das dificuldades de todas as pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo⁵⁷.

3.8.2 Tratamento terapêutico

3.8.2.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado pela equipe multiprofissional de referência e é instrumento necessário ao tratamento de crianças, adolescentes e adultos com TEA, pois permite avaliar e intervir conforme a necessidade de cada um, nas diferentes fases da vida. O tratamento deve ser realizado através de um trabalho em equipe, com profissional de referência e contribuição coletiva para a construção do PTS sempre tendo como princípio norteador do cuidado a integralidade da atenção⁵⁶.

Embora, o TEA, apresente aspectos comuns em três áreas principais – como déficit no repertório de interações sociais, de comunicação e nos padrões de comportamentos restritos e repetitivos – o quanto e como cada uma destas áreas está prejudicada é um aspecto muito particular de cada indivíduo¹⁰.

Um projeto terapêutico específico é recomendado objetivando atender as individualidades de cada pessoa, assim, avaliando as necessidades que serão abordadas a fim de melhorar a qualidade, autonomia, independência e inserção social e familiar⁵⁸.

A partir da construção do PTS, é possível aprofundar vínculos entre a equipe, a família e a pessoa com TEA, resultando em prática enriquecedora nos

diversos contextos de vida. Com a elaboração desse, as potencialidades são exploradas, garantindo ganhos futuros, desenvolvimento de habilidades dialógicas e interação social⁵⁹.

Cada fase do desenvolvimento humano possui especificidades, devendo estas serem respeitadas. É recomendado, antes do planejamento do PTS, uma avaliação detalhada e minuciosa.

O PTS deve ser reavaliado a cada seis meses, por ser essencial o acompanhamento e a compreensão de como o projeto tem funcionando para a pessoa a que este é destinada. A proposta terapêutica necessita estar relacionada a vivência, contexto e rotinas que sejam significativas e mais autônomas possíveis. Outra função da reavaliação é entender esse processo junto com a família.

Abordagens psicodinâmicas apresentam evidências empíricas e tem importante contribuição para os cuidados de questões emocionais principalmente em adolescentes e adultos com linguagem funcional preservada e no cuidado da família e/ou cuidador. Esta e outras abordagens devem coexistir, cada uma contribuindo com sua indicação e especificidade, sendo de extrema importância a valorização e manutenção de um olhar individualizado dos problemas e dificuldades emocionais secundárias à vivência, pessoal e familiar, de um transtorno grave e duradouro como o TEA. O cuidado da família, principalmente no momento do diagnóstico, e de forma mais significativa na detecção precoce, pode facilitar a aceitação e maior adesão ao tratamento como um todo⁵⁶.

3.8.2.2 Fonoaudiologia

Na fonoaudiologia, os objetivos delineados visam adequar as dificuldades da comunicação, em seu aspecto receptivo e expressivo⁶⁰.

No caso da criança, é por meio da brincadeira que sua linguagem é construída, inicialmente observando a exploração lúdica espontânea e, posteriormente, incentivando-a a outras formas de brincar, de compartilhar atenção e situações⁶¹.

Todas as ações ou emissões verbais que indicam tentativas comunicativas deverão ser incentivadas e exploradas. Ainda que não verbais, deve-se estimular através de sistemas de comunicação alternativa e/ou aumentativa⁶¹.

O PECS – Picture Exchange Communication System é um dos programas de comunicação mais utilizados, pois foi construído especificamente para autistas⁶².

O delineamento de condutas terapêuticas de linguagem também deve considerar a participação e o engajamento da família. Visto que os pais possam detectar as manifestações atípicas no desenvolvimento e criar contextos comunicativos em que a criança e/ou adolescente tenha participação efetiva⁶³.

O cuidado em relação aos pais, ora proporcionando-lhes informações precisas sobre o desenvolvimento, ora convidando-os a participar como agentes do processo de linguagem é tarefa fundamental⁶³.

Colaborar com a adaptação do indivíduo ao ambiente escolar também é primordial. É importante não apenas acompanhar o rendimento acadêmico, mas, principalmente, discutir, junto aos professores e cuidadores, a implementação de estratégias para melhor adaptação social e desenvolvimento de comunicação no cenário escolar⁶⁴.

3.8.2.3 Terapia ocupacional

Ao considerar o indivíduo como um ser com demandas individuais, indo além das sintomatologias, a intervenção do terapeuta ocupacional, habilidades e necessidades de cada pessoa. Um dos objetivos principais da Terapia Ocupacional é promover a maior independência e autonomia possíveis dentro das possibilidades individuais. Com isso, trabalha na promoção da melhora do desempenho das ocupações⁶⁵.

Dentro desse contexto, a Terapia Ocupacional na intervenção do TEA, visa a promoção do favorecimento do desempenho funcional nas ocupações, com o objetivo de favorecer as ocupações e estimular a independência, e

autonomia, para que haja qualidade de vida e pertencimento na sociedade²⁵. Entres essas atuações do Terapeuta ocupacional, podemos destacar:

3.8.2.3.1 **Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de vida diária:** Cuidados de higiene pessoal, mobilidade na comunidade, gerenciamento financeiro, vestir-se, preparar alimento e alimentar-se. Para a realização dessas ocupações, é necessário a ter habilidades motoras, de processo e interação social⁶⁵. Com isso, o TEA pode afetar nas ocupações, e a Terapia Ocupacional intervém com o fim da realização independente das mesmas

3.8.2.3.2 **Brincar:** Esta é uma ocupação de suma importância para o desenvolvimento saudável do ser humano. No TEA, essa é uma ocupação que em geral encontra-se fragilizada em razão do desenvolvimento atípico e suas restrições de interação social⁶⁶.

3.8.2.3.3 **Educação:** O processo educacional perpassa por diversas dimensões das quais o TEA pode interferir de forma a prejudicar, como compensar os déficits cognitivos, sociais, sensoriais, comunicativos e comportamentais presentes na pessoa com autismo. A Terapia Ocupacional atua a fim de promover, dentro do contexto educacional, uma vida independente⁶⁷.

3.8.2.4 Fisioterapia

A Fisioterapia irá intervir nas manifestações clínicas relacionadas com as habilidades motoras, para melhorar a interação entre o somático e afetivo, de impacto positivo sobre o desenvolvimento global, e para ajudar esta pessoa que tem uma percepção distorcida do seu corpo. A soma de técnicas de fisioterapia e psicomotricidade permitirão uma melhor integração das funções motoras e mentais, melhorando a integridade da pessoa, física, cognitiva e emocional⁶⁸.

A fisioterapia atua na equipe de saúde mental, voltando-se para educação, prevenção, promoção e reabilitação assistencial de forma individual e coletiva para os usuários. A inserção do fisioterapeuta na promoção de saúde mental e na reabilitação psicossocial, em muitos lugares, ainda é uma perspectiva, e, em outros, uma realidade isolada.

3.8.2.5 Enfermagem

É fundamental que o profissional de enfermagem obtenha conhecimentos para avaliar os sinais e sintomas do autismo para que haja uma intervenção satisfatória no tratamento e melhora do paciente. Sendo assim, tal profissional deve orientar a família e cuidadores dos mesmos de forma a criar estratégias voltadas para minimizar os impactos que o espectro traz ao paciente e seus familiares. Assim como sensibilizar os pais quanto às possíveis alterações na criança direcionando ao diagnóstico precoce⁶⁹.

O enfermeiro deve estar atento as necessidades do paciente e intervir no tratamento estimulando o desenvolvimento do mesmo. Nos cuidados de enfermagem a comunicação é fundamental para criar um vínculo entre o profissional e a criança autista⁷⁰.

Dessa forma, a abordagem deve ser diferenciada devido ao déficit comunicativo e a comunicação pode ser verbal ou não-verbal. Assim, o enfermeiro deve orientar a família no processo de cuidar, estimulando a comunicação em casa. Além disso, é papel do enfermeiro observar o ambiente familiar para que não haja nenhuma interferência no tratamento⁷¹.

Dessa maneira, a assistência de enfermagem para estes indivíduos são: desestimular a autoagressão, desviando sua atenção para outras coisas ou objetos. Demonstrar carinho através do toque mesmo não havendo o retorno do mesmo. Observar, estimular e estar atento ao que o indivíduo diz. Ensinar e estimular o autocuidado como a higiene pessoal. Desestimular movimentos repetitivos. Colocar limites, explicando sempre o porquê dos mesmos. E estimular a socialização através das atividades em grupo⁷⁰.

3.8.2.6 Psicologia

O leque de opções em intervenções é vasto, e engloba a pessoa com TEA, a

família e seu contexto, centralizadas em minimizar os impactos e prejuízos decorrentes do espectro⁷².

No que diz respeito à pessoa com TEA, uma das principais abordagens classifica-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), quanto à família, a qual tem sua abordagem centrada na compreensão dos sentimentos, fortalecimento do elo familiar, instrumentalização dos cuidados necessários, e ademais especificidades identificadas¹⁴.

Esta abordagem com a família, torna-se um dos aspectos primordiais na garantia do êxito do tratamento. Ocorrendo, tanto na psicoeducação, no apoio psicológico aos pais e/ou cuidadores, como na instrumentalização para que somem no processo terapêutico¹⁴.

Ao receber um diagnóstico que possa implicar tamanha gravidade, a família tende a se desesperar e, com grande facilidade, a se desestruturar. Sendo assim, faz-se necessário apoio familiar para que possam absorver o impacto do diagnóstico, superar a dor e manter a estrutura para lidar com a situação de cuidar de uma pessoa que demande maiores atenções. Os atendimentos de apoio familiar devem ser feitos de forma a atender às demandas individuais das famílias e também ajudá-los a formar uma rede de apoio entre usuários do serviço¹⁴.

Variando a gravidade do transtorno e os prejuízos acarretados, em diversos âmbitos, o maior desafio é propiciar que os ganhos terapêuticos obtidos sejam expandidos para os outros ambientes não estruturados. Dessa forma, as famílias, assim como os cuidadores, são essenciais no processo de tratamento do TEA, uma vez que a partir do comprometimento e engajamento dos responsáveis, é possível a extensão da rede de apoio à pessoa com o espectro, para que então haja evolução de fato⁷³.

Na atenção básica, se instrui a realização de acompanhamento domiciliar com as famílias, encontrando nela suporte enquanto aos cuidados básicos de saúde, vigilância do desenvolvimento infantil, à prevenção de agravos e encaminhamentos às redes de atenção. Quanto aos outros pontos de atenção, a articulação deve ser feita de maneira a evitar que as famílias tenham deslocamentos desnecessários⁷⁴.

3.8.2.7 Psicopedagogia /psicoeducação

Na área da saúde mental, ter conhecimento acerca de sua patologia é um dos

pontos mais importantes para que os pacientes tenham um papel ativo no seu tratamento, visto que com o entendimento do quadro, compreende-se melhor sobre suas necessidades, podendo optar por formas de intervenção e contribuição de um plano individualizado mais adequado¹⁴.

No caso do TEA, a família deverá desempenhar papel coadjuvante/auxiliar, a fim de garantir o protagonismo da pessoa com o espectro. Para isso, faz-se necessário a realização de grupos de psicoeducação com os familiares e responsáveis, que contemplem as dúvidas pertinentes, compreensão do quadro clínico, tomada de decisões. Contudo, se o paciente estiver apto a participar dessas decisões, ele deve ter autonomia para escolher e decidir conjuntamente com a família e equipe terapêutica¹⁴.

3.8.2.8 Nutrição

Congregadas às características já frequentemente ligadas ao autismo, a ocorrência de desordens gastrointestinais, como diminuição da produção de enzimas digestivas, inflamação e alteração da permeabilidade da parede intestinal, fatores de risco para o agravamento dos sintomas⁷⁵.

Os indivíduos com autismo apresentam características específicas, tais quais interesses restritos, e déficits nas habilidades sociais e de comunicação, podendo ter comportamentos repetitivos e estereotipados. As alterações nos hábitos alimentares e distúrbios do trato gastrointestinal (TGI), interferem diretamente na etiologia e sintomatologia do quadro, impactando prejudicialmente ou auxiliando no equilíbrio funcional do organismo⁷⁵.

O glúten e seus peptídeos derivados podem estimular a produção de linfócitos T-helper, citocinas inflamatórias e desencadear respostas inflamatórias, reações autoimunes e rompimento da comunicação neuroimune. Uma dieta isenta de alimentos que contenham glúten ou caseína tem sido associada com melhora no quadro sintomático da síndrome⁷⁶.

Estudos explanam que a soma dos fatores entre a aquisição de problemas gastrointestinais, estado nutricional, inatividades físicas e terapia medicamentosa podem ser relevantes para presença de sobrepeso e obesidade⁷⁷.

Além disso, as alterações ponderais têm sido relacionadas com distúrbio de sono, maior idade e uso de alimentos não saudáveis como recompensa ou agrado.

Ressalta-se o agravamento dessa condição no que diz respeito às morbidades associadas à obesidade, o que pode afetar de maneira relevante a qualidade de vida do indivíduo⁷⁶.

O tratamento convencional baseia-se na combinação de três pilares: terapia comportamental, farmacoterapia e adaptação adequada da dieta, de modo que possa contribuir a aliviar a gravidade da doença, que inclui os sintomas psicológicos, comportamentais e gastrintestinais. Ademais, a atividade física e os cuidados nutricionais são elementos de grande valia para a prevenção da obesidade, bem como maior independência funcional, participação social e qualidade de vida do autista.

3.9 Reavaliação

As reavaliações são imprescindíveis no processo de identificação dos indícios de evolução, através dos ganhos obtidos ou percepção de sintomas que se mantêm acentuados, pontos de estagnação que devem ser melhor estimulados, e novas necessidades para uma reorientação individualizada das intervenções, estudos sugerem reavaliação no período de seis (6) meses¹⁴.

Identificado o grau de autismo ou com relação ao nível de estereotípias, deve-se determinar a mais precisa avaliação ou escala, que atenda as demandas vigentes ou mais pertinentes. Assim, é apropriado elencar algum dos testes vigentes apresentado nesse protocolo.

4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUSTISMO NO MUNICÍPIO DE BELÉM

A Rede de Cuidados à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo- TEA foi desenhada em consonância com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, descrita na Portaria MS nº 793/2012, haja vista que a pessoa com TEA, no ano de 2012, foi considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais na Lei nº 12.764/2012.

Outro documento importante para a construção deste protocolo foi a Lei nº 13.146/2015 que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão, mais precisamente no Capítulo III, que descreve as ações e os serviços em saúde que devem ser assegurados a pessoa com deficiência.

4.1 Rede primária de saúde

A Atenção Básica - AB ocupa o lugar de ordenadora das diferentes Redes de Atenção, sendo a porta principal de entrada no SUS. É onde ocorre o acompanhamento ao longo da vida das pessoas e, no caso, da organização da atenção às pessoas com TEA. Neste espaço destaca-se o acompanhamento do pré-natal e do processo de desenvolvimento infantil.

Considera-se fundamental a importância da construção de cumplicidade na relação entre profissionais e famílias, garantindo escuta qualificada às diversas necessidades de saúde e às diferentes formas de expressão de sofrimento.

Em casos onde há suspeita de risco para os TEA, a vinculação com os profissionais, os primeiros contatos com a família e com a criança, o acolhimento da angústia dos pais com as alterações apresentadas, as orientações que respeitem e levem em consideração a cultura e modo de organização daquela família, são fundamentais e podem impactar positivamente no desenvolvimento global da criança.

As famílias de crianças com risco para os TEA devem encontrar na Atenção Básica sua possibilidade mais imediata de apoio, no que se refere aos **cuidados básicos de saúde, ao diagnóstico, à prevenção de agravos e nas ofertas de reabilitação**. A articulação com outros pontos de atenção deve ser feita institucionalmente, evitando que as famílias se desloquem desnecessariamente e tentem individualmente seu acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários.

A equipe da Atenção Básica pode e deve, sempre que necessário, **acionar outros pontos de atenção para melhor proceder ao diagnóstico e tratamento em saúde mental e/ou reabilitação** das pessoas com TEA.

Atualmente no município de Belém há 29 Unidades Municipais de Saúde, dentre elas 11 com serviço de urgência e emergência. Assim como 05 unidades exclusivas de urgência e emergência. Salienta-se a existência de 02 Unidades Básicas de Saúde gerenciadas pelo Estado, são elas: UBS Marco e UBS Pedreira.

Com relação às Estratégias Saúde da Família (ESF), o município conta com 117 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com o relatório novembro de

2017, disponível no site do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2017).

Sobre o atendimento em saúde bucal tem-se 21 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde. Informação também oriunda do site do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2017).

- *Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)*

Os Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASFs) são compostos por equipes multiprofissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado.

Os profissionais que podem compor as equipes dos NASF são: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Educador Físico, Nutricionista, Sanitarista, Terapeuta Ocupacional, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra, de acordo com a modalidade do NASF e com as especificidades loco – regionais (CAB NASF, 2014).

Ofertam apoio matricial especializado a estas equipes, que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes, o que entre outras ações, pode incluir o suporte ao diagnóstico, atendimento conjunto e suporte à elaboração de PTS.

O NASF não se constitui como porta de entrada do SUS (não é um ambulatório), mas sim um dispositivo de apoio às ESF, tendo como eixos a corresponsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. Tem com o objetivo apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB) bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização.

Nessa perspectiva, as Equipes do NASF estabelecem junto às ESF a organização de sua articulação para favorecer o seu apoio, bem como o estabelecimento de contratos entre as equipes, a definição de objetivos, os critérios de prioridade, avaliação e compartilhamento de casos. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se

necessário a coordenação destes processos pelos gestores, e postura profissional de corresponsabilidade.

No caso das ações de Saúde Mental, os profissionais dos NASF podem potencializar as ações de saúde já desenvolvidas pela AB, favorecendo a inclusão dos usuários em suas ofertas. Além disso, as Equipes do NASF podem desenvolver de forma conjunta com as ESF ações específicas como a organização de espaços terapêuticos, intervenções familiares, bem como o apoio e suporte nas proposições de projetos terapêuticos singulares.

Portanto, em relação às pessoas com TEA, o NASF é um recurso a ser acionado, contribuindo de maneira conjunta e corresponsabilizada para o **processo diagnóstico** (intervenção precoce, investigação dos sinais e sintomas), a **proposição do Projeto Terapêutico Singular**, bem como para a sua **viabilização**.

Com relação aos NASFs, o município de Belém conta com 10 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com o relatório de novembro de 2017, disponível no site do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2017).

4.2 Rede especializada

A rede especializada se diferencia da rede primária por oferecer outros serviços e exames, os quais são mais especializados, como a própria nomeação já diz. Para ter acesso a esta rede o usuário necessita ser encaminhado pela rede primária de atenção, através da ficha de referência e contra referência e posterior deliberação do serviço de regulação do Município ou do Estado.

A rede especializada pode ser própria, gerenciada pelo próprio município, ou pactuada/conveniada, as quais prestam assistência às pessoas que necessitam do serviço e recebem o pagamento através dos procedimentos realizados e informados ao serviço de regulação.

Um dos serviços da rede própria que assiste as pessoas com autismo está os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS 04), os quais serão explicados no próximo tópico.

- *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados. O CAPS é um serviço comunitário, que deve operar de portas abertas, sem barreiras de acesso ou agendamento para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferece cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. É um serviço estratégico da RAPS, e tem a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial.

A equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, dentre outros, que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com usuários e famílias, e articuladas a Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações considerando a complexidade das necessidades das pessoas com TEA, e também a intensidade da atenção desenvolvida pelos familiares.

O objetivo dos CAPS é oferecer cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência, de determinada área de abrangência, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços do território e da cidade.

O CAPS opera na lógica da intensidade do cuidado em contraposição aos processos de restrição de liberdade. No CAPS e no território são realizados: atendimentos individuais ou em grupo; atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial; atenção aos familiares; atenção domiciliar; reuniões ou assembléias para o desenvolvimento da cidadania; tratamento medicamentoso; e intensas mediações entre usuários, famílias e a comunidade.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela

atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme Portaria 3088/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPSad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III funcionam 24 horas, os CAPS I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPSi (infanto juvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPS i, deverá ser garantida a atenção à essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando os princípios e as diretrizes ECA.

Cabe ressaltar que, para além da singularidade da atenção às crianças, envolvendo o apoio à família, o estabelecimento do processo diagnóstico, inserção escolar e comunitária, e o desenvolvimento do trabalho em rede intersetorial, a adolescência também marca um período onde a demanda por acompanhamento mais intensivo pode se fazer presente.

Na passagem para a adolescência, além da possibilidade do surgimento de crises convulsivas, pode acontecer piora das situações de agitação e agressividade ou, menos comumente, maior apatia e lentidão em crianças que eram mais inquietas. O manejo das questões de sexualidade pode se apresentar como uma dificuldade associada. Em pequena parcela das pessoas com TEA há perda autolimitada, mas permanente, de habilidades de linguagem e declínio cognitivo no período da adolescência.

Conforme Portaria SAS 854/2012, os CAPS podem oferecer um amplo conjunto de ações voltadas à construção de autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. As diferentes abordagens bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e sua família, e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros Especializados de Reabilitação (CER), as Instituições de Ensino, os serviços da Assistência Social, Trabalho, Esporte, Cultura e Lazer.

Importante lembrar que, independente da complexidade do serviço em que o paciente esteja sendo atendido, este manterá vínculo com a UBS de sua região, que

cuidará das demais demandas de saúde do mesmo e poderá auxiliar no manejo específico de algumas questões que possam influenciar no quadro do TEA (ex: avaliação de possíveis patologias clínicas que podem piorar comportamento do paciente).

A equipe de saúde que cuida diretamente do tratamento do TEA tem a responsabilidade de, conforme descrito acima, fazer a orientação da equipe escolar, propiciando melhora na qualidade da inclusão, proporcionar aos pais e familiares apoio terapêutico e orientação constante quanto ao paciente, mantendo-os como agentes fundamentais para bom êxito das abordagens, instrumentalizar pais e cuidadores na ampliação da rede de suporte, articulando as necessidades de cada um com a rede de apoio social (SUAS).

Atualmente o município de Belém conta com 04 CAPS municipais, que são: CAPS AD II (com Unidade de Acolhimento), CAPS Mosqueiro, CAPS Adulto e CAPS Infantil; e 05 CAPS estaduais, que são: CAPS Amazônia (com Residência Terapêutica - Marambaia), CAPS Marajoara AD III (Marambaia), CAPS Icoaraci (Icoaraci), CAPS Grão Pará (Cremação) e CAPS Renascer (Pedreira).

4.3 Rede de urgência e emergência

No caso do atendimento às pessoas com TEA e suas famílias, nos pontos de atenção do componente de Urgência e Emergência é essencial reafirmar a universalidade do cuidado no SUS, e que os profissionais reconheçam a demanda pela atenção como legítima, disponibilizando-se para uma avaliação qualificada.

Cabe ressaltar que, considerando a singularidade como as pessoas com TEA podem expressar ou não o que sentem, a parceria com a família e o envolvimento de profissionais de referência pode ser fundamental para a identificação de agravamentos clínicos que podem, inicialmente, não ser considerados.

Para tanto, é necessário conhecer as principais morbidades associadas ao TEA sem, no entanto, desconsiderar as mais variadas situações e adoecimentos a que todas as pessoas estão sujeitas.

Cabe aos CAPS oferecer apoio matricial em saúde mental aos pontos de atenção às urgências, em seu território de abrangência, seja por meio de orientações sobre a

história e as necessidades dos usuários já conhecidos, seja pelo acompanhamento do atendimento se corresponsabilizando pelo cuidado em seu território de abrangência.

Em Belém tem-se 03 Hospitais Municipais, são eles: Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei, Hospital Pronto Socorro Municipal Mário Pinnoti e Hospital Municipal de Mosqueiro.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental.

A partir de acionamento telefônico (192) e regulação da demanda, a equipe do SAMU atende e/ou agencia o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários na atenção hospitalar ou de seguimento longitudinal, como os CAPS, UMS, atenção hospitalar.

- *Unidade de Pronto Atendimento – UPA*

A UPA realiza o pronto atendimento das demandas de urgência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental.

Realiza acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

Em Belém tem-se 03 UPAs, são elas: UPA Icoaraci, UPA Sacramento e UPA Terra Firme.

5 DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída pelo Ministério da Saúde (Portaria 793, de 24 de abril de 2012) na condição de estratégia para criar novos pontos de atenção, ampliar e qualificar os já existentes, e para articular todos eles em favor dos cuidados às pessoas com

deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constituirá uma oferta importante de atenção à saúde das pessoas com TEA, uma vez que, frequentemente, estão presentes alterações cognitivas, de linguagem e de sociabilidade, que afetam diretamente - com maior ou menor intensidade - grande parte das pessoas com TEA, limitando capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais, o que demanda cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação.

Segundo o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (2012, p. 316), a re-abilitação é vista como “um conjunto de medidas para auxiliar os indivíduos que enfrentam ou podem enfrentar deficiência, visando alcançar e manter um nível ótimo de funcionalidade em interação com seu ambiente”. Os seguintes parâmetros são usados nortear a reabilitação: prevenção da perda funcional; redução do ritmo de perda funcional; melhora ou recuperação da função; compensação da função perdida; manutenção da função atual.

Os resultados do processo de reabilitação são verificados por meio da melhora das capacidades funcionais do indivíduo em vários níveis e ao longo do tempo, por exemplo: na participação e desempenho em atividades sociais cotidianas; na autonomia para mobilidade; na capacidade de autocuidado e de trabalho; na ampliação do uso de recursos pessoais e sociais; na qualidade de vida e na comunicação. Em síntese, os ganhos funcionais são entendidos como fatores positivos, que se dão na relação do indivíduo com seu ambiente e consigo mesmo.

É a partir da perspectiva das funcionalidades e das incapacidades que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprova em 2001 um tipo de classificação que colabora na requalificação do conceito de deficiência, pois amplia a visão, antes centrada apenas nas doenças, transtornos e incapacidades que provocam para os modos de funcionamento humanos, abrindo espaço à produção e à promoção de saúde da pessoa com deficiência. Trata-se da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF foi desenvolvida em um longo processo, que envolveu acadêmicos, profissionais de saúde, pessoas com deficiência e seus familiares, ressaltando as dimensões ambientais como coprodutoras da deficiência e caracterizando os problemas de funcionalidade humana, por meio de categorias classificatórias em três áreas interconectadas: alterações das estruturas e funções corporais; limitações (dificuldades em realizar certas atividades); e restrições à participação (problemas que envolvem qualquer aspecto da vida, como por exemplo, dificuldades no acesso à educação).

Com o uso da CIF, o diagnóstico das deficiências se vincula também à análise das potencialidades e dificuldades enfrentadas em uma ou mais categorias de funcionalidade. Além de sua função no diagnóstico das deficiências, a CIF torna-se também um parâmetro para classificar as condições positivas de funcionalidade na avaliação dos processos de habilitação e reabilitação, podendo ajudar a definir, por exemplo, a elegibilidade para benefícios específicos, como os da previdência social.

As parcerias são necessárias para garantir a integralidade de atendimento à pessoa com transtorno do espectro do autismo. Dentre elas a educação e a assistência social.

5.1 Da participação do sistema de educação

A partir dos diversos movimentos que buscam repensar o espaço escolar e da identificação das diferentes formas de exclusão, geracional, territorial, étnico racial, de gênero, dentre outras, a proposta de inclusão escolar começa a ser gestada. Na perspectiva de uma educação inclusiva, ao se afirmar que todos se beneficiam quando as escolas promovem respostas às diferenças individuais de estudantes, são impulsionados os projetos de mudanças nas políticas públicas.

Em 1994 foi publicado no Brasil o documento Política Nacional de Educação Especial, alicerçado no paradigma integracionista, fundamentado no princípio da normalização, com foco no modelo clínico de deficiência, atribuindo às características físicas, intelectuais ou sensoriais dos estudantes, um caráter incapacitante que se constitui em impedimento para sua inclusão educacional e social.

Ratificada pelo Brasil, como emenda constitucional, por meio do decreto

Legislativo 186/2008 e pelo Decreto Executivo 6949/2009, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência outorgada pela ONU/2006, documento que sistematizou estudos e debates mundiais realizados ao longo da última década do séc. XX e nos primeiros anos deste século, criando uma conjuntura favorável à definição de políticas públicas fundamentadas no paradigma da inclusão social.

Esse tratado internacional altera o conceito de deficiência que, até então, representava o paradigma integracionista, calcado no modelo clínico de deficiência, em que a condição física, sensorial ou intelectual da pessoa se caracterizava como obstáculo a sua integração social, cabendo à pessoa com deficiência, se adaptar às condições existentes na sociedade.

No paradigma da inclusão, à sociedade cabe promover as condições de acessibilidade necessárias a fim de possibilitar às pessoas com deficiência viverem de forma independente e participarem plenamente de todos os aspectos da vida. Nesse contexto, a educação inclusiva torna-se um direito inquestionável e incondicional. O artigo 24 versa sobre o direito da pessoa com deficiência à educação ao afirmar que:

[..] para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os estados partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida[...] (ONU,2006).

Esse princípio fundamenta a construção de novo marcos legal, políticos e pedagógicos da educação especial e impulsiona os processos de elaboração e desenvolvimento de propostas pedagógicas que visam assegurar as condições de acesso, permanência e participação de todos os estudantes no ensino regular.

Com objetivo de apoiar a transformação dos sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos, a partir de 2003, são implementadas estratégias para a disseminação dos referenciais da educação inclusiva no país. Para alcançar este propósito, é instituído o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, que desenvolve o amplo processo de formação de gestores e de educadores, por meio de parceria entre o Ministério da Educação, os estados, os municípios e o Distrito Federal.

Assim, tem início a construção de uma nova política de educação especial que enfrenta o desafio de se constituir, de fato, como uma modalidade transversal desde a educação infantil à educação superior. Neste processo são repensadas as práticas educacionais concebidas a partir de um padrão de estudante, de professor, de currículo e de gestão, redefinindo a compreensão acerca das condições de infraestrutura escolar e dos recursos pedagógicos fundamentados da concepção de desenho universal.

As pessoas com Transtornos Globais do Desenvolvimento têm o direito à escola comum, em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, em todo o território nacional, bem como a receber os apoios necessários para o atendimento às necessidades específicas individualizadas ao longo de toda a trajetória escolar.

A Educação Infantil, ofertada para os primeiros anos da infância até os 5 anos, consiste em importante etapa de ensino devendo ser acessada o quanto antes pelas famílias das crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Nessa etapa da Educação Básica, o desenvolvimento infantil é amplamente trabalhado por meio de currículo apropriado para essa fase humana, podendo potencializar aspectos importantes da infância para as crianças com Transtorno do Espectro do Autismo e demais transtornos que compõem o TGD. Consiste em importante estratégia intersetorial, o incentivo às famílias, pelas equipes de Saúde e demais setores para a inserção de seus filhos com Transtornos Globais do Desenvolvimento na educação, desde a Educação Infantil.

No Ensino Fundamental, segunda etapa da Educação Básica, as crianças e adolescentes com Transtornos Globais do Desenvolvimento têm direito à matrícula na escola comum. Essa consiste em etapa obrigatória de ensino. O Ensino Fundamental para as pessoas jovens, adultas e idosas é ofertado na modalidade de Educação de Jovens e Adultos – EJA, para todas as pessoas.

Da mesma forma, o acesso e a permanência no Ensino Médio – terceira etapa Educação Básica, bem como no Ensino Superior e Pós-Graduação é direito de todos e devem estar disponibilizados nesses níveis de ensino, os mesmos serviços, recursos e apoios por parte da Educação Especial.

Os alunos com Transtornos Globais do Desenvolvimento têm direito de acesso ao Atendimento Educacional Especializado – AEE, desde a Educação Infantil, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.

O atendimento educacional especializado – AEE é de fundamental importância para os estudantes com Transtornos Globais do Desenvolvimento. Por meio desse atendimento é possível organizar recursos, mediações e estratégias para acesso desses estudantes à rotina escolar, às atividades pedagógico-acadêmicas.

Com a finalidade de fomentar a transformação dos sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos, o Ministério da Educação implementa, em parceria com os sistemas de ensino, ações e programas como:

Programa de Formação Continuada de Professores em Educação Especial – RENAFOR, Instituído pelo Decreto nº 6.755/2009, que contribui para a melhoria da qualidade da educação nos sistemas públicos de ensino, por meio do fomento à oferta de cursos em nível de extensão, aperfeiçoamento e especialização, nas modalidades presencial e a distância. Esta ação institucionaliza a formação continuada nas instituições de educação superior e favorece a constituição de grupos permanentes dedicados à formação docente, à pesquisa e a extensão, contribuindo para a elaboração de materiais didáticos e pedagógicos específicos, à gestão e às práticas de ensino.

Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, que objetiva a transformação dos sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos. Criado em 2003, o Programa conta, em 2011, com a adesão de 166 municípios pelo que atuam como multiplicadores da formação de gestores e educadores.

Em 2011, foi instituído por meio do Decreto 7.612/2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite, que congrega um conjunto de ações em desenvolvimento nas diferentes áreas do Governo Federal, visando promover a inclusão social das pessoas com deficiência. O eixo educação consolida as principais ações que vem sendo implementadas pelo MEC, no âmbito do Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, cujo foco é o fortalecimento do regime

de colaboração entre os entes federados, visando o desenvolvimento inclusivo das escolas públicas, conforme o art. 2º, inciso IV, do Decreto 6.094/2007, que dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação.

O Programa Escola Acessível, embasado na Resolução/FNDE nº27 de 27 de julho de 2012, contempla, por meio do PDDE, apoio técnico e financeiro para adequações arquitetônicas de prédios escolares e aquisição de recursos de tecnologia assistiva para os estudantes público alvo da educação especial.

O Programa BPC na Escola, instituído pela Portaria Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007, que visa monitorar o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência na faixa etária de 0 a 18 anos beneficiárias do BPC, cuja implementação do Programa compreende ações de apoio aos sistemas de ensino para a inclusão escolar, além de recursos da assistência social para a identificação das barreiras.

O Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, com base no Decreto 7.611/2011 e na Portaria nº13/2007, que apoia a organização e a oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE, complementar ou suplementar a escolarização dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação matriculados em classes comuns do ensino regular. O Programa disponibiliza um conjunto de equipamentos de informática, mobiliários, materiais pedagógicos e de acessibilidade às escolas públicas de ensino regular, para a organização do espaço de AEE.

O Programa Transporte Escolar Acessível, embasado na Resolução FNDE nº 12 de 08 de junho de 2012, que definiu critérios para que os entes participantes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) possam aderir ao Programa Caminho da Escola, visando à aquisição de veículos acessíveis para o transporte escolar no âmbito do Plano de Ações Articuladas- PAR. Assim, essa distribuição contempla os municípios com maior número de beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos, fora da escola, que identificaram barreiras no transporte escolar.

O Programa Incluir, Acessibilidade na Educação Superior, que apoia projetos de criação de Núcleos de Acessibilidade nas IFES para garantir as condições de

acessibilidade física e participação aos estudantes com deficiência por meio da eliminação de barreiras físicas, pedagógicas, nas comunicações e informações, nos ambientes, instalações, equipamentos e materiais didáticos.

5.2 Da participação da assistência social

Esta parceria tem o objetivo de prover proteção à vida, reduzir danos e prevenir a incidência de riscos sociais às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias.

No Brasil, foi criada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), reforçando a afirmação de que ainda necessitamos de políticas afirmativas para que haja igualdade de oportunidade de acesso a direitos. Essa nova forma de proteção social está prevista na Lei no 12.764/2012, sancionada pela Presidenta Dilma Rousseff e em vigor desde o dia 28 de dezembro de 2012. Seu principal objetivo é instituir uma Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

Uma das medidas relevantes desta lei foi reconhecer as deficiências associadas ao TEA e equiparar os direitos das pessoas atingidas aos direitos das Pessoas com Deficiência, para todos os efeitos legais. Desta forma, espera dar visibilidade a estas pessoas, acolher as suas reais demandas, assegurar acesso aos direitos de cidadania e permitir a criação de um cadastro com a finalidade de produzir estatísticas nacionais sobre o assunto.

É diretriz da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo o acesso a condições de vida digna, por meio da oferta pública de um conjunto de ações intersetoriais e articuladas de atenção à saúde, acesso à educação, ao ensino profissionalizante, trabalho, assistência social, dentre outros serviços no território, que promovam desenvolvimento da autonomia das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e apoio às famílias.

Neste contexto, ressalte-se a importância da contribuição da Política Pública de Assistência Social, sob a coordenação nacional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), para a integralidade das ações de atenção à Pessoa

com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias. Organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, com comando único em cada esfera de governo, União, Estado, Município e Distrito Federal, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) é responsável pela articulação de meios, esforços e recursos para a execução dos programas, serviços e benefícios sócio assistenciais. As ações do SUAS são executadas de forma articulada e integrada às demais políticas públicas de garantia e defesa de direitos, com o objetivo de afiançar às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, as seguranças de acolhida; renda; convívio ou vivência familiar; desenvolvimento de autonomia e apoio e auxílio nas circunstâncias especiais.

O SUAS se organiza por níveis de Proteção, Básica e Especial, se materializa por meio da prestação de serviços no Município estruturados de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Sócio Assistências, objeto da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109, de 11 de novembro de 2009. Na perspectiva de proteger famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, o SUAS considera ser uma Pessoa com Deficiência e conviver com barreiras que impedem a autonomia e restringe a participação social, uma situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos. Portanto, estas pessoas são usuárias de todo os serviços tipificados no âmbito da Proteção Social Básica e Especial, como os demais cidadãos.

O conceito de pessoa com deficiência adotado pelo SUAS é o constante da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) e ratificada pelo Brasil, com efeitos de emenda à Constituição Federal, que define pessoa com deficiência como sendo aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Como verificado, este é um conceito em evolução. Durante anos era, concebido dentro de chamado “modelo médico” que considerava a *incapacidade* decorrente da deficiência como um problema exclusivamente da pessoa, que necessitava de cuidados médicos fornecidos sob a forma de “tratamento individual” por profissionais. O cuidado em relação à *incapacidade* visava à “cura”, à adaptação do indivíduo ou à alteração do

seu comportamento. Os cuidados médicos eram entendidos como sendo a questão principal e, em nível político, a principal resposta consistia em modificar ou reformar a política de saúde.

Atualmente, o conceito de **Pessoa com Deficiência** tem como base a sequência definida pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)15, que pressupõe a existência de uma condição de saúde (doença, transtorno, lesão) que gera deficiência, implicando em limitação na realização das atividades e na restrição da participação social. Este conceito considera os fatores pessoais, ambientais e sociais relevantes. Se estes fatores são favoráveis eles são considerados facilitadores da inclusão social, mas se constituírem barreiras, pela inexistência ou precariedade, são considerados dificultadores ou impeditivos da inclusão social.

Neste contexto, a CIF Inova ao propor um conceito relacional onde a interação da Pessoa com Deficiência e as barreiras existentes é geradora de situação de dependência. O conceito proposto pela CIF adota, portanto uma abordagem “biopsicossocial” no qual o termo *incapacidade* denota um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre a Pessoa com Deficiência e seu ambiente físico e social.

Considerando o contexto de proposições de políticas públicas para superação das barreiras, construção da autonomia e ampliação da participação social das pessoas com deficiência, a Política Pública de Assistência Social tem papel relevante. Ressalte-se que os serviços de proteção social do SUAS não tratam da deficiência ou da doença, mas sim organizam ofertas para proteger as pessoas e suas famílias, considerando as vulnerabilidades e riscos aos quais estas pessoas estão expostas, na perspectiva de desenvolver capacidades e habilidades para a conquista do maior grau de autonomia e de enfrentamento de vulnerabilidades e riscos por violação de direitos sociais e/ou superação das violações de direitos existentes.

Destaque-se que as pessoas com deficiência em situação de dependência de cuidados de terceiros vivenciam um risco importante de terem os seus direitos violados, notadamente, as que vivem em situação de pobreza, isolamento social, desassistência de serviços essenciais, vítimas de negligência, maus-tratos, abandono, precariedade ou

ausência dos cuidados familiares, dentre outras condições precárias. Neste contexto, o SUAS tipificou o **Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade para Pessoas com Deficiência em situação de dependência e suas famílias**.

No ano de 2012, a partir do estabelecido na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 07/2012 e na Resolução do CNAS nº 011/2012, o MDS deu início ao cofinanciamento federal para os Municípios e Distrito Federal para a implantação deste Serviço em Centro Dia de Referência. O serviço tem o objetivo de oferecer cuidados pessoais diurno, realizar atividades de convivência grupal e social, ampliar redes sociais de convivência e vínculos e prestar apoio aos cuidadores familiares, contribuindo para a autonomia da dupla cuidado e cuidador e para o fortalecimento do papel protetivo da família.

Outra ação do SUAS de grande importância é o **Serviço de Acolhimento** em diferentes tipos de equipamentos. Este serviço tem o objetivo de garantir a proteção integral das pessoas com deficiência que dele necessitar, na perspectiva da construção da autonomia, convivência familiar e comunitária. Constitui o Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS e, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Sócio assistenciais, pode ser ofertado em casa-lar e abrigo institucional em pequenos grupos para crianças e adolescentes (inclusive com deficiência), residências inclusivas, para jovens e adultos com deficiência e casas-lares e abrigos institucionais em pequenos grupos para idosos (inclusive com deficiência).

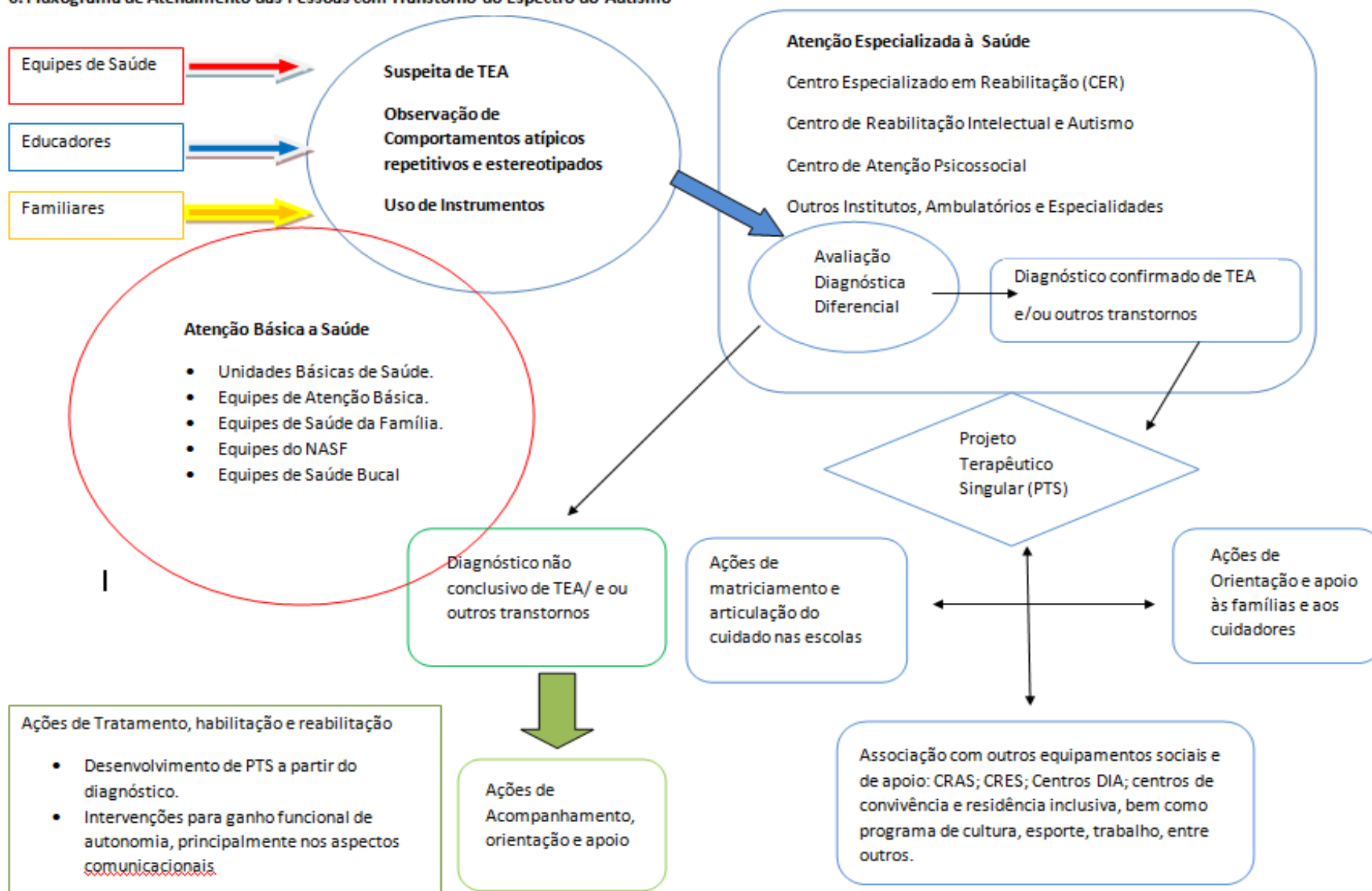
Por fim, a Política Pública de Assistência Social preocupa-se em garantir a segurança de renda. Neste sentido, concede o **Benefício de Prestação Continuada – BPC** à pessoa com deficiência, de qualquer idade, que não tenha condições de prover a sua manutenção ou tê-la provida por sua família. O BPC - é um benefício assistencial no valor de 1 (um) salário mínimo mensal que não exige contribuição do usuário e que pode ser requerido em qualquer Agência do INSS.

A avaliação da deficiência faz parte dos procedimentos operacionais que possibilitam o reconhecimento do direito ao BPC para a pessoa com deficiência. De acordo com a LOAS, Lei nº 8.742, de 1993, alterada pela Lei nº 12.470/2011, para ter acesso ao benefício, a condição de deficiência é verificada a partir de uma avaliação

médico-pericial e social, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e em consonância com os princípios e diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). A avaliação é realizada pela perícia médica e pelo serviço social do INSS, órgão responsável pela operacionalização do benefício assistencial.

De acordo com o Boletim BPC (2015) estão ativos cerca de 24.190 pessoas com deficiência no Ministério do Desenvolvimento Social – MDS.

6. Fluxograma de Atendimento das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASIL. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009.
2. BRASIL. Portaria N^o 793, de 24 de abril de 2012. Institui a **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso: 15 de junho de 2021.
3. BRASIL. Decreto n^o 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei n^o 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm. Acesso: 15 de junho de 2021.
4. BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso: 15 de junho de 2021.
5. PARÁ. **Lei N^o 9.061**, de 22 de maio de 2020. Institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
- PEPTEA, cria o Sistema Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Conselho da Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista -

COPEPTEA, dispõe sobre a expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA, altera a Lei nº 5.838, de 1994. Disponível em <http://www.saude.pa.gov.br/lei-estadual-9061-2020/>. Acesso: 15 de junho de 2021.

6. BELÉM. **Lei nº 9.259**, de 29 de dezembro de 2016. Institui o Dia Municipal de Conscientização da pessoa com Transtorno de Espectro Autista (TEA) a ser comemorado anualmente, no dia 02 de abril e a Semana Municipal de Conscientização da pessoa com Transtorno de Espectro Autista (TEA), no Município de Belém. Disponível em http://www.belem.pa.gov.br/semaj/app/Sistema/view_lei.php?lei=9428&ano=2019&tipo=1. Acesso: 13 de junho de 2021.
7. BELÉM. **Lei nº 9.500**, de 06 de agosto de 2019. Obriga os estabelecimentos públicos e privados localizados no Município de Belém, a inserirem nas placas de atendimento prioritário o símbolo mundial do autismo, e dá outras providências. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/pa/b/belem/lei-ordinaria/2019/950/9500/lei-ordinaria-n-9500-2019-obriga-os-estabelecimentos-publicos-e-privados-localizados-no-municipio-de-belem-a-inserirem-nas-placas-de-atendimento-prioritario-o-simbolo-mundial-do-autismo-e-da-outras-providencias>. Acesso: 10 de junho de 2021.
8. BELÉM. **Lei nº 9.600**, de 18 de agosto de 2020. Estabelece prioridade no atendimento em estabelecimentos públicos e privados às pessoas com transtorno de espectro autista - TEA, no município de Belém, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=400230>. Acesso: 12 de junho de 2021.

9. DIAS, Sandra. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 2, p. 307-313, 2015.
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014. Touupdate in October, 2018, pg. 8 of 74. Available in: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Update in: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_October2018.pdf. Access in may, 24, 2021.
11. Organização Mundial da Saúde. **CID-10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997
12. Organização Pan-americana da Saúde. **OPAS/OMS Brasil** - Banco de Notícias – Transtorno do Espectro Autista, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>. Acesso em: 14 de junho de 2021.
13. CDC. **Center of Disease Control and Prevention**. Estados Unidos. 2020. Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/autism-statistics-asd> Acesso em: 16 junho 2021.
14. TAMANAHA, Ana Carina, ET AL. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). 1ªed. **São Paulo**: SEDPcD, 2013. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br>.

15. FUENTES, J., et al. **Autism spectrum disorders**. In: Rey, J.M. (Ed.). IACAPAP e-Text book of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession, 2012.
16. SANCHACK, Kristian E. Autism Spectrum Disorder: Updated Guidelines from the American Academy of Pediatrics. **American Family Physician**, v. 102, n. 10, p. 629-631, 2020.
17. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do Espectro do Autismo. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2019;5:1-24.
18. CARLESSO, J. P. P.; DE MORAES, A. B.; DE SOUZA, A. P. R.. Experiência da maternidade e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). **Research, Society and Development**, 9(1), e109911765-e109911765, 2020.
19. PEREIRA, P. L. S., et al. Importância da implantação de questionários para rastreamento e diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) na atenção primária. **Brazilian Journal of Health Review**, 4(2), 8364-8377, 2021.
20. SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**; 22(1):161-176, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220114>.
21. BRASIL. **LEI Nº 13.438, DE 26 DE ABRIL DE 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990** (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o

desenvolvimento psíquico das crianças. Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-

2018/2017/lei/l13438.htm. Acesso: 14 de junho de 2021.

22. MELLO, A. M. S. Ros de. Autismo: guia prático. 9 ed. São Paulo: **AMA**; Brasília: CORDE, 2019. 104 p.: il. Disponível em: https://www.ama.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/05/CAPA_GUIA_P Ratico_9_EDICAO_V3-mesclado-ALTA.pdf. Acesso em: 18 de junho de 2021.
23. DA COSTA SANT'ANNA, L. F. C.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**. v.8, n.1, p.67-74, jan/jun, 2017.
24. ANDRADE, Isabella Caroline. A Importância da detecção dos sinais precoces no Transtorno do Espectro Autista. **Rev. CIPEEX**, 2018. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2868>. Acessado em: 29 de maio de 2021.
25. SAVALL, Ana Carolina Rodrigues; DIAS, Marcelo. **Transtorno do espectro autista: do conceito ao processo terapêutico** [livro eletrônico]. São José-SC: FCEE, 2018.
26. FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e200027>. Acesso em: 24 de maio de 2021.
27. LOUIS, E.D; MAYER, S.A; ROWLAND, L.P. **Tratado de Neurologia**. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
28. TOAZA, E., et al. SÍNDROME DE RETT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À

SAÚDE: RELATO DE CASO. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, 4(2), 47-52, 2020.

29. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (**CIF**). 2013.
30. MAGALHÃES, Juliana Macêdo et al. Perfil de crianças com transtorno do espectro autista. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e3710413880-e3710413880, 2021.
31. FIGUEIREDO, VLM de. Escala de Inteligência Wechsler para crianças – WISC-III. **Adaptação e padronização brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2002.
32. WECHSLER, D. **WAIS-III: Escala de inteligência de Wechsler para adultos**. Lisboa: Cegoc, 2008.
33. HALL, Richard CW. Global assessment of functioning: a modified scale. **Psychosomatics**, v. 36, n. 3, p. 267-275, 1995.
34. SHAFFER, D., et al. A children's global assessment scale (CGAS). **Archives of General Psychiatry**, 40(11): 1228–1231, 1983.
35. SPARROW, S. S., BALLA, D. A., CICCE, D. V., & DOLL, E. A. VINELAND adaptative behavior scales: Interview edition, survey form manual. **Circle Pines: American Guidance Service**, 1984.
36. FERNANDES, F. D. M. Prova de Pragmática. In: C. R. F. Andrade, D. M. BÉFI-LOPES, F. D. M. FERNANDES, H. F. WERTZNER. Teste ABFW:
37. teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência

e pragmática. São Paulo: Profono, 2000.

38. Menezes, M. L. N. Avaliação do desenvolvimento da linguagem [ADL]. Manual do examinador, 2004.
39. BEFI-LOPES, D. M. Prova de Vocabulário. In: C. R. F. ANDRADE, D. M. BÉFI -LOPES, F. D. M. FERNANDES, H. F. WERTZNER. Teste ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. **São Paulo**: Profono, 2000.
40. MARTELETO, M. R., & PEDROMÔNICO, M. R. Validade do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA): estudo preliminar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(4): 295-301, 2005.
41. LOSAPIO, M. F., & PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 30(3): 221-229, 2008.
42. MAGIA, I., MOSS, J., YATES, R., CHARMAN, T., & HOWLIN, P. Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders? **Journal of Intellectual Disability Research**, 55(3): 302–312, 2011.
43. FIGUEIRAS, Almira Consuelo et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. 2005.
44. SPEAKS, Autism. Autism Spectrum Disorders. 2013.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas: Ministério da Saúde, 2014.
47. COSTA, G. D. O. N.; ABREU, C. R. De C. Os Benefícios Do Uso De Psicofármacos No Tratamento De Indivíduos Com Transtorno Do Espectro Autista (Tea): Revisão Bibliográfica. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 4(8), 240-251, 2021.
48. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Editora: SEDPcD. 1ª edição. SP. 2013.
49. BARROS, N. S. G; BRUNONI, D; CYSNEIROS, R. M. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 19, n. 2, p. 38-60, 2019.
50. DE ASSIS, D. O, et al. As especificidades do tratamento farmacológico e suas indicações no transtorno do espectro do autismo. **Brazilian Journal of Health Review**, 4(3), 13207-13216, 2021.
51. SILVA, A. D. **Terapêutica Farmacológica e Complementar na Perturbação do Espectro do Autismo: Uma revisão**. Lisboa, 2017.
52. Rocha, G. P., Batista, B. H., & Nunes, M. L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 45-55, 2004.

53. CHEN X, et al. Mining Patients' Narratives in Social Media for Pharmacovigilance: Adverse Effects and Misuse of Methylphenidate. **Front Pharmacol** 2018;9:54. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00541>. Acesso em 14 de junho de 2021.
54. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA– ANVISA. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, v. 8, n. 23, 2014.
55. DE OLIVEIRA, D. C; DE SOUSA, P; SANCHES, A. C. C. Evidências Sobre A Eficácia E Segurança No Tratamento Medicamentoso No Transtorno De Déficit Da Atenção Com Hiperatividade Em Adultos. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 11, n. 3, p. 59-75, 2016.
56. SALCEDO-ARELLANO, M. J ; HAGERMAN, R. J.; MARTÍNEZ-CERDEÑO, V. Síndrome X frágil: presentación clínica, patología y tratamiento. **GacMedMex**, v. 156, p. 60-66, 2020.
57. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso: 20 de junho, 2021.
58. OLIVEIRA, F.C.A; BARROS, K.B.N.T; SATURNO, R.S; LUZ, M.N.C; VASCONCELOS, L.M.O. Perfil farmacoterapêutico de crianças autistas de uma clínica para reabilitação no estado do Ceará. **Boletim Informativo Geum. Piauí**. v.6, n.3, p.43-49. 2015.
59. NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; et al. Transtorno do

- espectro autista: Detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.
60. CIPRIANO, Monera Sampaio; DE ALMEIDA, Marcos Teodorico Pinheiro. O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo. **Extensão em Ação**, v. 2, n. 11, p. 78-91, 2016.
61. OLIVEIRA, Taisa Ribeiro de Souza; et al. Intervenção fonoaudiológica e autismo. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 6, p. 808-814, 2018.
62. CHAVES, A. K. B. S.; et al. Manual de orientação para identificação precoce do TEA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. n.5, 24p. 2019.
63. Frost, L. The picture exchange communication system. **Perspectives on Language Learning and Education**, 9(2), 13-16, 2002.
64. LINCOLN, J.; SOUSA, C. C. de A.; FARIAS, R. R. S. Benefits of speech therapy intervention in autism spectrum disorder: Literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e49610615550, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15550. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15550>. Acesso em: 15 jun. 2021.
65. PEREIRA, E. T., et al. Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020.

66. AOTA AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015.
67. SILVA, G. S. D e BUFFONE, F. R. R. C. O brincar para a criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA): possibilidade de intervenção da Terapia Ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** 2(5), 188-203. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto36473, 2021.
68. COSTA, L. M. PINTO; SOUZA, V. R. B. Anais do XII Congresso Norte - Nordeste de Terapia Ocupacional. "Identidade da Terapia Ocupacional no Brasil: reflexões, desafios e perspectivas". Eixo 5 – Terapia Ocupacional na Educação. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro/Aracajú**, p. 285, 2018.
69. PAULI, K; CAMPOS, R. **A inserção do Fisioterapeuta na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial**. Fisioterapia e Saúde funcional, 2016. Disponível em: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/511/pdf>. Acesso : 20 de junho, 2021.
70. CARMO, N. K et al. Acolhimento à pessoa com transtorno do espectro autista: um desafio para assistência de Enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e941986742-e941986742, 2020.
71. MARTINS, R. A; et al. Assistência do enfermeiro à criança autista na atenção básica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 12193-12206, 2021

72. DA SILVA, N. B ; COELHO, A. T. C. B.; DE FARIAS, R. R. S. Utilização do sistema de comunicação por troca de imagens para o desenvolvimento comunicativo em Autistas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e92291110437-e92291110437, 2020.
73. SANTOS, R. K.; VIEIRA, A. M. E. C. S. Transtorno do espectro autista (TEA): Do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. **Revista Includere**. v.3, n. 1, s\l, s\m, 2017, p. 11-24. Disponível em: . Acesso em 15 de junho de 2021.
74. DE FIGUEIREDO, S. L.; RANGEL, J. M. S; DE LIMA, M. N. C. F. O diagnóstico do transtorno do espectro autista e suas implicações na vivência da família. **Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, v. 25, n. 2, jul-dez, p. 93-107, 2020.
75. MEZZELANI, Alessandra et al. Environment, dysbiosis, immunity and sex-specific susceptibility: a translational hypothesis for regressive autism pathogenesis. **Nutritional neuroscience**, v. 18, n. 4, p. 145-161, 2015.
76. ZHU, J. et al. Association between behavioral problems and gastrointestinal disorders among children with autism spectrum disorder. **Zhonghua er ke za zhi= Chinese Journal of Pediatrics**, v. 55, n. 12, p. 905-910, 2017.
77. DE ARAÚJO, D. R; DOS SANTOS, N. A. Análise do uso de dietas Gluten Free e Casein Free em crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos UniFOA**, v. 6, n. 1 (Esp.), p. 23-29, 2017.

78. BRITO, A. N. M. de; SANTANA, C. M. N. de; TORRES, M. V.; SOUZA, A. S. de. Nutritional status and living habits of children with autism. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e582997663, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7663. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7663>. Acesso em: 15 jun. 2021.
79. ICD, WHO. for Mortality and Morbidity Statistics. **QD85 Burnout**, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 28 jun.2021.

ANEXOS

ANEXO I- PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS)

O PECS – Picture Exchange Communication System (Frost&Bondy, 2002) é um dos programas de comunicação alternativa ou aumentativa mais utilizada, pois foi construído especificamente para autistas. Envolve não apenas a substituição da fala por uma figura, mas incentiva a expressão de necessidades e desejos. É composto por figuras/ fotografias selecionadas de acordo com o repertório lexical individual.

Seu treinamento é composto por seis etapas que devem ser cuidadosamente implementadas pelo fonoaudiólogo, para que haja garantia de um uso autônomo.

Essas fases preconizam o entendimento do uso de cartões, a discriminação de figuras, a seleção autônoma de cada cartão, a construção frasal com a utilização inclusive de sinais pictográficos (Frost&Bondy, 2002; Walter & Almeida, 2005)

Na fase I (Troca física: como comunicar) a pessoa é incentivada a usar os cartões com o objetivo de solicitar/mostrar o seu desejo por um objeto que lhe é atrativo. Esses cartões são concebidos de acordo com as necessidades de cada usuário e são denominados de reforçadores, pois são figuras de objetos altamente atrativos para o indivíduo. Nessa etapa é necessário que o fonoaudiólogo faça um levantamento detalhado do repertório de interesses de cada paciente junto às famílias.

Na fase II (Distância e persistência) o objetivo é que a pessoa compreenda efetivamente a importância do uso dos cartões e persista em usá-los em qualquer situação comunicativa. Sendo assim, o terapeuta irá incentivá-la a recorrer aos cartões mesmo que esses estejam distantes ou fora de seu alcance imediato.

Na fase III (Discriminação de figuras) o paciente é incentivado a selecionar uma figura alvo dentre várias opções. Ela deve discriminar os cartões e entregar ao parceiro de comunicação àquele adequado à situação. Neste momento ele já se torna capaz de demonstrar sua intencionalidade por meio da escolha autônoma de seu reforçador.

Na fase IV (Estrutura da sentença) os usuários aprendem a construir frases utilizando verbos de ação (ex: querer) e atributos dos objetos (ex: cor, tamanho). Nesta etapa amplia-se consideravelmente o vocabulário funcional.

Evidência de eficácia de tratamento para autismo

As intervenções precoces estruturadas têm sido as mais estudadas e são as mais promissoras no campo dos TEA. Há décadas diversos autores vêm trabalhando no tema, mas o pioneiro neste campo foi o psicólogo Ole Ivar Lovaas que com uma vasta experiência na Análise Aplicada do Comportamento (ABA), na década de 1970, demonstra que o comportamento de crianças com TEA pode ser modificado utilizando a ABA. Assim nasce talvez a mais importante intervenção comportamental precoce destinada especificamente para crianças com TEA: a Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) ou Intervenção Comportamental Precoce Intensiva. A EIBI tem como objetivo a redução de comportamentos não-adaptativos por meio da extinção e quebra do padrão básico estabelecido, tendo como principal elemento o reforço positivo de comportamentos desejados (Lovaas, 1987).

A EIBI é uma intervenção complexa que requer capacitação especializada. Além disso, é longa e intensiva e abarca diversas fases, incluindo:

(a) redução de comportamentos indesejados, (b) estimulação de comportamentos desejados por meio, por ex. de imitação, (c) integração dos familiares na intervenção visando futuramente que participem como coterapeutas e (d) preparo para inclusão escolar.

Até o presente momento já foram realizadas três meta-análises compilando resultados de pesquisas sobre EIBI conduzidos até 2010 (Eldevik, Hasngs, Hughes, Jahr, Eikeseth, & Cross, 2009; Reichow&Wolery, 2009; Virués- Ortega, 2010), o que permite fazer uma avaliação crítica dos resultados. Nesta meta-análise estão incluídos 29 estudos que no total analisaram 1.008 crianças e os principais resultados foram:

Em 2012, um importante autor da área compilou dados destes estudos, confirmando os resultados positivos deste tipo de tratamento (Reichow, 2012). Esses resultados são animadores, mas algumas limitações metodológicas dos estudos precisam ser relatadas: (a) a média de participantes em cada estudo foi pequena (38,8 crianças/estudo); (b) em vários estudos não há um grupo controle; e (c) as intervenções com as quais a EIBI foi comparada eram muito variadas e em geral compostas por diversos tratamentos, limitando um pouco as conclusões.

Mesmo que a EIBI não seja aplicada integralmente, já que o custo de formação profissional e o de aplicação são bem altos, ela pode servir de modelo para intervenções aplicáveis para a realidade do sistema de saúde brasileiro.

Outras intervenções com abordagens comportamentais, mas não com todas as características com ABA também tem evidência de eficácia para TEA. Sabe-se que crianças com TEA têm um risco bem elevado de apresentar problemas comportamentais que se não manejados tendem a se agravar e levar a outras complicações, tanto para criança como para seus familiares. Comportamentos agressivos, birras e estereotipias estão entre aqueles mais comuns e passíveis de intervenção.

Vale ressaltar que geralmente estas intervenções são planejadas com o objetivo bem específico de trabalhar comportamentos definidos como sendo os mais indesejados e que não vão, portanto, abarcar o desenvolvimento infantil

de forma mais global. Um estudo de revisão revela que estas intervenções comportamentais específicas podem levar a redução de mais de 80% destes comportamentos. Além disso, na maioria dos casos, os resultados permanecem estáveis nos meses seguintes ao final da intervenção. Todavia, a generalização destes resultados promissores para outros ambientes não estruturados ainda não tem evidência de eficácia comprovada (Horner, Carr, Strain, Todd, & Reed, 2002).

Avaliação cognitiva

A avaliação neuropsicológica auxilia nos processos diagnósticos e no planejamento de intervenções com base no perfil intelectual e cognitivo de cada indivíduo. A avaliação pode mensurar os déficits e habilidades do paciente, comparada com seus pares e com seu próprio desempenho em outras áreas e, dessa forma, direcionar a intervenção para os pontos específicos que devem ser trabalhados para o indivíduo se desenvolver. Outro ponto importante é no acompanhamento evolutivo das funções cognitivas pré e pós-intervenções farmacológicas e não farmacológicas e na identificação dos sinais mais específicos para o diagnóstico e intervenções precoces.

Para a avaliação cognitiva, se propõe o uso de instrumentos como o SON-R 2½-7, o WISC-III e o WAIS III.

O SON-R 2 ½ é um instrumento de avaliação psicológica que pode ser utilizado no contexto educacional e clínico. A bateria fornece uma avaliação normatizada

de inteligência. Os escores da criança em seis subtestes são combinados para formar um escore de inteligência que representa a habilidade cognitiva da criança relativa à sua idade. É utilizado em crianças de 2½ a 7 anos de idade. Avalia um largo espectro de habilidades cognitivas que não exigem o uso da fala e da linguagem escrita. O teste é de aplicação individual e as instruções podem ser dadas tanto de maneira verbal quanto não-verbal, dependendo das possibilidades de comunicação da criança. A recomendação do SON-R se dá porque ele tem várias vantagens em relação aos outros instrumentos de avaliação cognitiva: a aplicação não é longa (aproximadamente 30 minutos), foi validado para a realidade brasileira (em várias regiões do país) e em breve estará sendo comercializado no Brasil, já que se encontra em fase final de publicação. É um teste validado que está em fase de publicação.

WISC-III é composto por uma bateria de tarefas a serem executadas pela criança, agrupadas em dois grandes blocos – executivo e verbal.

Possibilita a avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento cognitivo, resumidas por um escore global.

WAIS-III é composto por uma bateria de tarefas a serem executadas pelo adulto, agrupadas em dois grandes blocos – executivo e verbal. Possibilita a avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento cognitivo, resumidas por um escore global.

ANEXO II- INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)

IDADE	SITUAÇÃO	PRESENTE	AUSENTE	NÃO VERIFICADO
0 A 3 MESES E 29 DIAS	QUANDO A CRIANÇA CHORA OU GRITA, A MÃE SABE O QUE ELA QUER			
	A MÃE FALA COM A CRIANÇA EM UM ESTILO PARTICULARMENTE DIRIGIDO A ELAS (MANHÊS)			
	A CRIANÇA REAGE AO MANHÊS			
	A MÃE PROPOEM ALGO A A CRIANÇA E AGUARDA A REAÇÃO			
	HÁ TROCA DE OLHARES ENTRE MÃE E CRIANÇA			
	A CRIANÇA COMEÇA A DIFERENCIAR O DIA DA NOITE			
	A CRIANÇA UTILIZA SINAIS DIFERENTES PARA EXPRESSAR SUAS DIFERENTES NECESSIDADES			
	A CRIANÇA FAZ SOLICITAÇÕES À MÃE E FAZ UM INTERVALO PARA AGUARDAR SUA RESPOSTA			

04 A 07 MESES E 29 DIAS	A MÃE FALA COM A CRIANÇA DIRIGINDO-LHE PEQUENAS FRASES			
	A CRIANÇA REAGE (SORRI, VOCALIZA) QUANDO A MÃE OU OUTRA PESSOA ESTÁ DIRIGINDO A ELA			
	A CRIANÇA PROCURA ATIVAMENTE O OLHAR DA MÃE			
	A MÃE DÁ SUPORTE ÀS INICIATIVAS DA CRIANÇA SEM POUPAR-LHE O ESFORÇO			
	A CRIANÇA PEDE A AJUDA DE OUTRA PESSOA SEM FICAR PASSIVA			
08 A 11 MESES E 29 DIAS	A MÃE PERCEBE QUE ALGUNS PEDIDOS DA CRIANÇA PODEM SER UMA FORMA DE CHAMAR A SUA ATENÇÃO			
	DURANTE OS CUIDADOS CORPORAIS, A CRIANÇA BUSCA ATIVAMENTE JOGOS E BRINCADEIRAS AMOROSAS COM A MÃE			
	A CRIANÇA DEMONSTRA GOSTAR OU NÃO DE ALGUMA COISA			
	MÃE E CRIANÇA COMPARTILHAM UMA LINGUAGEM PARTICULAR			
	A CRIANÇA ESTRANHA PESSOAS DESCONHECIDAS PARA ELA			

	A CRIANÇA ESTRANHA PESSOAS DESCONHECIDAS PARA ELA			
	A CRIANÇA POSSUI OBJETOS PREDILETOS			
	A CRIANÇA FAZ GRACINHA.			
	A CRIANÇA BUSCA O OLHAR DE APROVAÇÃO DO ADULTO			
	A CRIANÇA ACEITA ALIMENTAÇÃO SEMISSÓLIDA, SÓLIDA E VARIADA			
	A MÃE ALTERNA MOMENTOS DE DEDICAÇÃO À CRIANÇA COM OUTROS INTERESSES			
	A CRIANÇA SUPORTA BEM AS BREVES AUSÊNCIAS DA MÃE E REAGE A AUSÊNCIAS PROLONGADAS			
	A MÃE OFERECE BRINQUEDOS COMO ALTERNATIVAS PARA O INTERESSE DA CRIANÇA PELO CORPO MATERNO			
	A MÃE JÁ NÃO SENTE MAIS OBRIGADA A SATISFAZER TUDO O QUE A CRIANÇA PEDE			
	A CRIANÇA OLHA COM CURIOSIDADE PARA O QUE INTERESSA A MÃE			

12 A 17 MESES E 29 DIAS	A CRIANÇA GOSTA DE BRINCAR COM OBJETOS USADOS PELA MÃE PELO PAI			
	A MÃE COMEÇA A PEDIR À CRIANÇA QUE NOMEIE O QUE DESEJA, NÃO SE CONTENTANDO APENAS COM GESTOS			
	OS PAIS COLOCAM PEQUENAS REGRAS DE COMPORTAMENTO PARA A CRIANÇA			
	A CRIANÇA DIFERENCIA OBJETOS MATERNS, PATERNS E PRÓPRIOS			

ANEXO III- VERSÃO FINAL DO M-CHAT EM PORTUGUÊS

O Terapeuta pode utilizar as perguntas norteadoras da versão do M-CHAT, que são:

- 1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho etc.?**
- 2. Seu filho tem interesse por outras crianças?**
- 3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?**
- 4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde- esconde?**
- 5. Seu filho já brincou de “faz de conta”, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca ou qualquer outra brincadeira de “faz de conta”?**
- 6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para pedir alguma coisa?**
- 7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para indicar interesse em algo?**
- 8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos) sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?**
- 9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?**
- 10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?**
- 11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex.: tapando os ouvidos)?**
- 12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?**

13. O seu filho imita você (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita)?
14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?
16. Seu filho já sabe andar?
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?

O M-Chat é validado para rastreamento de risco para TEA e deve ser aplicado em crianças com idades entre 16 e 30 meses. As respostas às perguntas devem ser “sim” ou “não”. Cada resposta vale 1 ponto, de modo que a pontuação final varia de 0 a 23 e o escore total é calculado a partir da soma dos pontos.

Se a pessoa obtiver mais de 3 pontos oriundos de quaisquer dos itens, ela é considerada em risco para autismo. Se obtiver 2 pontos derivados de itens críticos (que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada em risco para autismo. As respostas pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14,15, 16, 17, 19, 21 e 23. As respostas pontuadas com

“sim” são: 11, 18, 20, 22.

Extraído de: LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo. Rev. psiquiatr., Rio grande do Sul, v. 30, n. 3, p. 221, 2008.

SESMA
Secretaria de
Saúde



BELÉM
PREFEITURA
TAMO JUNTO POR BELÉM

BELÉM-PARÁ- BRASIL
2023