

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA

**O GUIA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS
PESSOAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

DOCUMENTO DISPONÍVEL PARA CONSULTA PÚBLICA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	XX
INTRODUÇÃO.....	XX
1 ÉTICA DO CUIDADO E O DIREITO À SINGULARIDADE.....	XX
2 PANORAMA HISTÓRICO-CRÍTICO SOBRE O CONCEITO DE AUTISMO: INCIDÊNCIAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO.....	XX
2.1 Transtorno do Espectro do Autismo e seus Fenótipos.....	XX
3 RECONHECIMENTO LEGAL E MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA	XX
3.1 Ética do Cuidado e Interdependência.....	XX
3.2 Cuidado Ético e Políticas Públicas.....	XX
4 CUIDADO À CRIANÇA COM TEA	XX
4.1 Avaliação e Diagnóstico na Infância	XX
4.2 Marcos do Desenvolvimento, sinais de alerta e diagnóstico em tempo...XX	
4.2.1. Avaliação multidimensional e biopsicossocial.....	XX
4.2.2 Marcos do desenvolvimento.....	XX
4.2.3. A importância de atentar precocemente para sintomas sensório motores.....	XX
4.3. Caderneta da Criança: importância da vigilância e promoção da saúde.....	XX
4.4. Instrumentos de rastreio na infância.....	XX
4.5 O Desenvolvimento é mais Flexível do que os Rastreios Sugerem	XX
4.6. Alimentação em crianças com TEA (requalificar).....	XX
4.7. Sentimentos, emoções e comportamentos na criança com TEA	XX
5 CUIDADO AO ADOLESCENTE COM TEA	XX
5.1 Avaliação e Diagnóstico na Adolescência	XX
5.2 Sinais de Comunicação Social do Autismo em Adolescentes	XX
5.3 Abordagens no Cuidado do Adolescente com TEA	XX
5.4 Componentes do PTS no Cuidado do Adolescente com TEA	XX
6 CUIDADO ÀS PESSOAS ADULTAS E IDOSAS COM TEA	XX
6.1 Avaliação e Diagnóstico em Pessoas Adultas e Idosas com TEA	XX
6.2 Instrumentos de Rastreio para Adultos com TEA	XX
6.3 Abordagens no Cuidado da Pessoa Adulta e Idosa com TEA	XX
6.4 Sentimentos, Emoções e Comportamento na Vida Adulta/Idosa com TEA.....	XX
7 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA ENTRE PESSOA COM TEA, FAMÍLIA E REDE DE ATENÇÃO.....	XX
7.1 Apoio Matricial e Transição do Cuidado	XX
8 MANEJO FARMACOLÓGICO DOS SINTOMAS ACESSÓRIOS DO TEA.....	XX
8.1 Comportamento Agressivo ou Agitado	XX
8.2 Insônia	XX
8.3 Sintomas Emocionais e Internalizantes	XX
8.4 Sintomas Relacionados à Hiperatividade	XX
9 ATENÇÃO À CRISE	XX
10 MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA CRISE	XX
10.1 Estratégias de Enfrentamento	XX

11 ESPECIFICIDADES DO CUIDADO À PESSOA COM TEA NAS REDES TEMÁTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	XX
11.1 Atuação da Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa)	XX
11.1.1 Critérios de Alta da Atenção Domiciliar e Referência a Outros Pontos da RAS..	
11.2 Atenção Hospitalar no Cuidado à Pessoa com TEA	XX
11.2.1 Recomendações para a Atenção Hospitalar	XX
11.3 Atuação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	XX
11.4 Atuação na Rede Alyne – Rede de Atenção Materna e Infantil	XX
11.5 Atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	XX
12 COLABORAÇÃO INTERSETORIAL	XX
13 APOIO E ACOLHIMENTO AOS CUIDADORES DA PESSOA COM TEA.....	XX
14 MONITORAMENTO, INDICADORES E AVALIAÇÃO.....	XX
15 CUIDADO EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM TEA.....	XX
16 TEA E O CONTEXTO INTERCULTURAL INDÍGENA ACOMPANHADO PELO SASISUS	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	XX
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	XX

APRESENTAÇÃO

O Guia de cuidado Integral às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi elaborado pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de subsidiar equipes multiprofissionais na qualificação do cuidado às pessoas com TEA em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O documento se fundamenta nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, reconhecendo que o cuidado às pessoas autistas deve ser construído a partir de uma abordagem centrada na pessoa, nas singularidades do seu modo de ser e de se relacionar com o mundo. O TEA é compreendido como uma condição do neurodesenvolvimento, que requer estratégias interdisciplinares, intersetoriais e de cuidado contínuo.

Este guia articula diretrizes técnicas, normativas e operacionais, orientando os serviços e profissionais do SUS quanto à organização das linhas de cuidado, à definição de fluxos assistenciais e às boas práticas de acolhimento, avaliação, manejo clínico e acompanhamento longitudinal. A proposta é fortalecer o cuidado integral em saúde e reabilitação, articulado aos serviços da RAS.

O Guia foi construído de forma participativa com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12764/2012) e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13146/2015).

Ao orientar as práticas de cuidado, o guia reafirma o compromisso do SUS com a promoção da autonomia, da inclusão e da cidadania das pessoas com TEA e de suas famílias/cuidadores. Também reforça a importância da educação permanente, da integração intersetorial e do fortalecimento das redes de apoio e proteção social, essenciais para a efetividade do cuidado integral.

O Ministério da Saúde reafirma, assim, seu compromisso com a garantia do direito à saúde das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, promovendo práticas de cuidado humanizadas, baseadas em evidências e orientadas pela ética, pela diversidade e pela defesa da vida.

INTRODUÇÃO

O cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no campo da saúde pública, exige respostas qualificadas e intersetoriais que garantam o acesso universal, a integralidade da atenção e o respeito à diversidade humana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem reforçado seu compromisso nas políticas de inclusão através da construção de estratégias que asseguram o cuidado contínuo, integral e centrado na pessoa.

A Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhece o TEA como uma deficiência para todos os efeitos legais. Essa legislação associada à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), fundamenta a garantia do acesso às ações e serviços de saúde, reabilitação e apoio biopsicossocial.

No âmbito do SUS, o cuidado às pessoas com TEA deve ser compreendido em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD). Essas redes de forma articulada, compõem os eixos estruturantes da atenção integral, que envolve desde o acolhimento inicial até o acompanhamento longitudinal e o suporte às famílias e cuidadores, promovendo articulação entre Atenção Primária em Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.

A publicação da Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, busca propor a organização do *continuum* assistencial às pessoas com TEA. Este Guia de Cuidado Integral às Pessoas com TEA, por sua vez, visa complementar a linha de cuidado, com o propósito de apoiar os profissionais do SUS na organização das práticas de cuidado, oferecendo subsídios técnicos e operacionais para o planejamento, a condução clínica e o manejo interdisciplinar das pessoas autistas em diferentes contextos da atenção à saúde. Este documento busca fortalecer a integração entre os serviços, a qualificação dos processos de trabalho e a consolidação de fluxos assistenciais coerentes com as necessidades do território.

Ao longo deste guia, são apresentadas orientações para o acolhimento, avaliação, manejo clínico, acompanhamento e reabilitação de pessoas com TEA, bem como diretrizes para o trabalho em rede, a articulação intersetorial e a educação permanente das equipes. O guia propõe ainda estratégias para o enfrentamento das barreiras de acesso e para a construção de práticas que promovam a autonomia, a comunicação, a inclusão e o bem-estar das pessoas com TEA e sua família/cuidadores.

Com este instrumento, o Ministério da Saúde reafirma seu compromisso com a consolidação de um SUS inclusivo, acessível e equitativo, capaz de oferecer cuidado integral, acolhedor e de qualidade às pessoas com Transtorno do Espectro Autista em todas as etapas dos ciclos da vida.

CONSULTA PÚBLICA

1. ÉTICA DO CUIDADO E O DIREITO A SINGULARIDADE

Desde que o autismo foi descrito como fenômeno clínico por Leo Kanner, em 1943 (Donvan, Zucker; 2016), ele se tornou um campo de intensas disputas — conceituais, políticas, epistêmicas e jurídicas. Por um lado, isso ampliou bastante o conhecimento sobre como apoiar o desenvolvimento de pessoas autistas. Por outro, ainda nos faz questionar se, de fato, a dignidade dessas pessoas e de suas famílias é reconhecida na prática, dentro da sociedade atual.

Apesar de avanços importantes no campo dos direitos — como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e a Lei nº 12.764/2012 —, ainda é comum que o autismo seja tratado como um problema, um desvio ou uma anormalidade. Nesse contexto, o reconhecimento da dignidade das pessoas autistas enfrenta desafios, enquanto práticas sociais e institucionais continuam a expressar o capacitismo (Diniz, 2012; Dias, 2013; Gesser et al, 2020; Mapurunga, 2024a).

A história do autismo é marcada por respostas sociais desumanizadoras. Desde a ideia de que sua origem era de um “distúrbio do contato afetivo”, passando pelo mito cruel da “mãe geladeira”, que gerou muita dor e culpabilização das famílias, até práticas violentas como choques elétricos, punições físicas e internações forçadas — tudo isso foi, por muito tempo, considerado aceitável. Essas práticas eram justificadas pois buscavam descobrir uma cura. Assim, a pessoa autista era vista como um corpo com mente, cérebro, comportamento ou genes, a serem corrigidos, em nome de uma cruzada heroica para salvar a criança normal escondida de um “terrível mal”.

Essa obsessão por cura e normalização reflete o que Susan Wendell (1996) chamou de “fuga do corpo rejeitado” — uma cultura que rejeita qualquer corpo ou mente que não se encaixe nos padrões sociais. A violência dessas práticas mostra até onde a sociedade pode ir para tentar apagar o que considera diferente.

Se considerarmos apenas as quatro referenciais bioéticas mais clássicos (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) para reinterpretar o contexto pre-pandêmico relacionado ao processo saúde-

doença autiforme (em particular); poder-se-ia facilmente indicar pelo menos quatro pontos de melhorias ainda contemporâneos:

- Respeitar mais a capacidade de escolha do público envolvido com o TEA (transtorno do espectro autista); sejam pacientes, cuidadores ou professores/pedagogos; a começar pelo diagnóstico e alternativas de tratamento;
- Elevar a caridade ou altruísmo em prol das pessoas com TEA ou dos seus pais (principalmente da mãe) apenas reduzindo o teor acusatório contra o paciente e seus genitores; já que não se refere a um transtorno cognitivo-comportamental causado pela deseducação familiar, como outrora se pensava;
- Reduzir os danos duradouros ou permanentes a personalidade, prevenindo a estigmatização e elevando a compreensão psiquiátrica da sociedade e governantes a respeito deste quadro;
- Aumentar a distribuição de recursos em prol da acareação e terapêutica profissional oportuna, principalmente para os casos suspeitos de TEA desde a primeira infância.

Além do “principalismo” de Beauchamp e Childress, há inúmeros outros referenciais bioéticos plenamente aplicáveis a reflexão e críticas construtivas para a vigente gestão pública; e esta singular síndrome neuropsiquiátrica.

Durante a pandemia de Covid-19, muitos tratamentos experimentais ganharam destaque como “soluções milagrosas”. O curioso é que muitos deles já circulavam antes, de forma clandestina, entre famílias desesperadas por respostas. A dor das famílias vira alvo de exploração econômica, e a existência autista é transformada em mercadoria. Tais abordagens já fazem parte da história das pessoas autistas e suas famílias e têm sérias repercussões. Um exemplo é a teoria, sem base científica, de que a vacina tríplice viral (MMR/SRC) causava autismo, divulgada por Andrew Wakefield, gerou pavor generalizado e queda nas taxas de vacinação (Donvan, Zucker; 2016).

Essas ideias persistem em alguns círculos, e ganharam força durante a pandemia, demonstrando como a desinformação e a busca desesperada por respostas podem levar à adoção de práticas danosas. Isso reforça importância de políticas públicas estruturadas e baseadas em direitos humanos e nas evidências científicas, no sentido garantir informações de qualidade para população.

2. PANORAMA HISTÓRICO-CRÍTICO SOBRE O CONCEITO DE AUTISMO: INCIDÊNCIAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

A necessidade de sistematizar as doenças em uma mesma linguagem para o mundo inteiro originou os manuais diagnósticos que mais são usados na atualidade: a Classificação Internacional das Doenças (CID), com o capítulo das condições de saúde mental, atualmente na sua 11^a edição, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte-americano Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), atualmente na sua quinta edição. Ao longo dos últimos 36 anos, o DSM se tornou a ferramenta dominante para a classificação das condições de saúde mental no ocidente, influenciando inclusive a CID, que é a classificação da OMS, de modo que as revisões de ambos os manuais seguem padrões semelhantes. KANNER (1962) foi o precursor da categorização diagnóstica na psiquiatria da infância, sendo que, na última edição revista pelo autor do seu manual Psiquiatria da Infância, ele propôs que os transtornos mentais da infância fossem classificados em três grandes grupos: problemas da personalidade provocados por enfermidades físicas; problemas psicossomáticos; e problemas de conduta. Dentre os últimos, constava a esquizofrenia, sendo o autismo infantil precoce classificado dentro do capítulo da esquizofrenia. A primeira edição do DSM (1952) não teve a participação de psiquiatras da infância e contava com quatro categorias nesse campo, dentre elas a “reação esquizofrênica tipo infantil”.

O DSM II trouxe novas categorias, mantendo a “Esquizofrenia tipo infantil”. A separação entre autismo e as psicoses da infância ocorreu na década de 1970, a partir dos trabalhos de RUTTER (1970) e KOLVIN (1971).

Esses autores distinguiram a Esquizofrenia infantil do autismo, indicando que a esquizofrenia se caracterizava por alterações na personalidade, pensamento, humor e embotamento afetivo, com inteligência normal e início após os 11 anos; enquanto o autismo infantil se manifestava já na primeira infância, com atraso da linguagem, comportamentos ritualísticos, déficits na sociabilidade e nos jogos de imaginação.

Foi a partir das classificações do DSM-III e da CID-10 que o autismo passou a constar em uma categoria diagnóstica separada. A revisão de 1987

denominou a categoria de transtorno autístico (Autistic Disorder) (DSM-III-R), que era no DSM-III incluído como uma categoria do Eixo II, ao lado do retardo mental. A décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) traz sob a epígrafe de transtornos globais do desenvolvimento os seguintes transtornos: autismo infantil; autismo atípico; síndrome de Rett; outro Transtorno Desintegrativo da Infância; transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados; e síndrome de Asperger (OMS, 1993). Na quarta revisão do DSM, foi feita uma correspondência com as categorias da CID-10, de modo que, sob a epígrafe de transtornos invasivos do desenvolvimento, o DSM-IV-TR classificou os seguintes transtornos: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação (que incluía o autismo atípico da CID-10) (APA, 1994).

Estudos em genética indicavam que os diagnósticos distintos não representavam doenças com heranças familiares distintas; ao contrário, as pesquisas indicavam um patrimônio genético comum a todas elas (CONSTANTINO & RICHARD, 2003). O DSM-5, diferente das edições anteriores, que consideravam cada diagnóstico como uma entidade separada, sugere uma abordagem dimensional dos transtornos (APA, 2013). Assim, a quinta edição do manual engloba, sob a epígrafe transtorno do espectro do autismo (TEA), todas as subcategorias elencadas na versão anterior e na CID-10, exceto a síndrome de Rett, que migrou para a categoria de Síndromes Genéticas.

O TEA, por seu turno, faz parte de uma epígrafe diagnóstica mais ampla, que se chama Transtornos do Neurodesenvolvimento, definido como um grupo de condições com início no período do desenvolvimento e podendo ser composto pelos seguintes diagnósticos: deficiências intelectuais; transtornos da Comunicação; transtorno do espectro do autismo; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); transtorno de aprendizagem; transtornos motores; e transtornos de tique.

As características distintas das diversas apresentações clínicas de pessoas com TEA envolvem prognósticos diversos, demandas de intervenções psicossociais específicas e, possivelmente, uma diversidade de

comprometimento de circuitos neurais. Uma classificação clínica do autismo deve permitir a exposição de especificidades, que evidencie particularidades comuns a determinados grupos, permitindo intervenções psicossociais voltadas para as demandas individuais e levando em conta as potencialidades presentes também. Alguns autores sugerem a necessidade de uma caracterização fenotípica que possa melhorar a classificação de TEA proposta no DSM-5 (ROMERO et al., 2016).

2.1 Transtorno do espectro do autismo e seus fenótipos

O TEA traz, sob a mesma categoria diagnóstica, uma diversidade de apresentações clínicas, que variam não só em relação à intensidade dos sintomas centrais do autismo, mas também no que se refere aos sintomas associados e à comorbidade com outras condições de saúde mental (BONDE, 2000; GJEVIK et al., 2011; MATTILA et al., 2010). Muitos estudos mostram elevada prevalência de sintomas de TDAH e de Transtorno Opositor Desafiante (TOD) em pessoas com TEA (GHANIZADEH, 2012; GUTTMANN-STEINMETZ, GADOW & DEVINCENT, 2009; PONDÉ, NOVAES & LOSAPIO, 2010; PONDÉ, MATOS & DE OLIVEIRA, 2017). Alguns autores chegam a propor que existem fenótipos clínicos distintos de autismo, sendo representados por autismo associado a TDAH, autismo associado a TOD, autismo associado a TDAH e a TOD, e autismo não associado a nenhuma das duas condições (GADOW, DEVINCENT & DRABICK, 2008).

A comorbidade com síndromes genéticas como síndrome de Down, síndrome de Rett e do X Frágil é bem documentada, representando cerca de 10% a 15% das síndromes autísticas (CONSTANTINO, 2011). Há descrições claramente definidas de apresentações clínicas de autismo que estão associadas a exposições ambientais como o vírus da rubéola, o etanol, a talidomida, o ácido valproico e o misoprostol (RODIER, 2011). Para essas condições, alterações fenotípicas discretas, relacionadas a traços físicos, auxiliaram a identificação de um possível fator causal que levasse a uma alteração do desenvolvimento. Por exemplo, no caso da síndrome de Moebius, causada pela exposição materna ao misoprostol, as alterações físicas como diplegia do nervo facial e do nervo abducente são sinais externos que diferenciam essas crianças, tendo sido estimado um risco relativo de 128 para

autismo em crianças com síndrome de Moebius (BANDIM et al., 2003). No caso da busca de outros agentes etiológicos como pesticidas, poluentes orgânicos persistentes e poluentes aéreos, o risco relativo é bem mais baixo, sugerindo que pode existir uma subpopulação de pessoas com autismo, ou um fenótipo específico, que pode estar associado à exposição a esses agentes (HERTZ-PICCIOTTO, 2011).

O acompanhamento clínico de crianças com TEA indica que existem subgrupos que diferem em relação ao curso, prognóstico e resposta terapêutica. HAPPÉ & RONALD (2008) apontam que diferentes alterações nos domínios de “interação social”, “comunicação/linguagem” e “interesses restritos/comportamento repetitivo” podem ser identificadas, sugerindo que o TEA não deve ser abordado como uma entidade clínica discreta. A necessidade de refinar os métodos classificatórios do TEA se estende da clínica aos estudos em genética, uma vez que é a partir de características comuns e específicas de grupos de pessoas com TEA (fenótipos) que se buscam marcadores genéticos comuns (BEGLINGER & TRISTRAM, 2001). Alguns fenótipos de autismo são descritos, tendo sido identificados testes laboratoriais ou medidas como endofenótipos para os mesmos (MILES, 2011). A identificação dos fenótipos distintos deve contribuir para refinar a busca de marcadores biológicos e agentes etiológicos, tais como genes, teratogênese e toxinas.

Nas últimas décadas, tem-se observado aumento significativo nas estimativas de prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esse fenômeno deve ser compreendido à luz de múltiplos fatores, incluindo transformações nos critérios diagnósticos, ampliação do acesso aos serviços de saúde, maior sensibilização social e aprimoramento dos instrumentos de avaliação clínica. Estudos como os de Mottron e Bzdok (2020) destacam que a ampliação dos critérios diagnósticos no DSM-5, associada ao uso de instrumentos padronizados, contribuiu para o alargamento da categoria diagnóstica, incorporando uma maior diversidade de perfis clínicos sob a denominação de TEA.

A concepção contemporânea de autismo como um espectro contínuo reúne indivíduos com manifestações clínicas heterogêneas, variando quanto à intensidade dos sintomas, níveis de suporte necessários e trajetórias

desenvolvimentais. Essa abordagem guarda paralelos históricos com formulações clássicas da psiquiatria do século XIX, como as de Wilhelm Griesinger (1817–1868), que defendia a existência de bases orgânicas comuns para diferentes manifestações psicopatológicas.

Entretanto, diferentemente das formulações clássicas, o modelo atual enfatiza a identificação precoce e a padronização de critérios diagnósticos, com vistas a favorecer o acesso oportuno a intervenções e apoios necessários. Ao mesmo tempo, a heterogeneidade dos perfis incluídos no espectro impõe desafios clínicos importantes, exigindo avaliação cuidadosa das singularidades de cada sujeito, de suas condições associadas e de seu contexto de desenvolvimento.

Nesse sentido, parte da literatura contemporânea aponta para a necessidade de aprimorar a especificidade clínica dos processos avaliativos, de modo a distinguir manifestações próprias do TEA de outras condições do neurodesenvolvimento ou de variações do desenvolvimento típico. A qualificação contínua dos critérios diagnósticos e das práticas clínicas constitui, portanto, elemento central para assegurar intervenções mais ajustadas às necessidades individuais e para o uso adequado dos recursos assistenciais.

3. RECONHECIMENTO LEGAL E MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA

O reconhecimento legal do autismo como deficiência no Brasil foi uma conquista com impacto duplo. De um lado, garantiu o acesso a políticas públicas, benefícios e proteções jurídicas. De outro, e talvez mais importante, inseriu a comunidade autista no campo político e teórico do modelo social da deficiência. Isso mudou não só a forma como o autismo é visto, mas também fortaleceu a identidade coletiva e a luta por direitos.

Durante muito tempo, pessoas autistas não eram reconhecidas formalmente como pessoas com deficiência. Eram, em geral, enquadradas como portadoras de transtornos mentais. E mesmo dentro desse campo, a deficiência era entendida de forma limitada — como uma falha no corpo ou na mente. O autismo, por sua vez, ficava num limbo institucional, sem um lugar claro nas políticas públicas, o que gerava insegurança jurídica e dificultava o acesso a direitos e serviços.

No Brasil, os campos da saúde mental e da deficiência seguiam caminhos diferentes. No campo da saúde mental, chamar alguém de “pessoa com deficiência” era visto como algo estigmatizante. Isso reforçava uma lógica de normalização: para ter direitos, era preciso deixar de ser deficiente ou parecer menos deficiente.

Enquanto isso, o movimento das pessoas com deficiência já vinha mudando esse paradigma. A ideia de deficiência como falta foi sendo substituída por uma visão que reconhece a discriminação e o capacitismo como os verdadeiros problemas. O lema “nada sobre nós, sem nós” expressa bem essa mudança de perspectiva. No cenário internacional, o movimento de usuários e sobreviventes da psiquiatria também passou a se ver dentro das definições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A CDPD, que tem status de emenda constitucional no Brasil, foi um divisor de águas. A partir da incidência dos movimentos de pessoas com deficiência, se propôs uma nova definição de deficiência, tirando o foco do indivíduo e colocando nas barreiras sociais. A deficiência passou a ser entendida como o resultado da interação entre a pessoa e os obstáculos do ambiente e das atitudes sociais (Brasil, 2009). Essa mudança foi essencial para incluir, de forma

clara, as deficiências psicossociais na proteção legal do novo tratado internacional.

As “capacidades normativas” impostas pela sociedade, baseadas em discursos biomédicos que dividem o que é “normal” e o que é “desvio” (Gesser, Block e Mello; 2020). Dessa forma, a deficiência é uma construção social — é a sociedade que falha em acolher a diversidade de corpos e mentes (Wendell, 1996).

A partir desse novo entendimento, ficou claro que o autismo se encaixava no conceito de deficiência. Isso abriu caminho para a Lei nº 12.764/2012, que afirma, no parágrafo único do artigo 1º, que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”. Esse reconhecimento não só garantiu acesso a direitos como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), cotas em concursos e empregos, e inclusão escolar, mas também inseriu o movimento autista nos Estudos da Deficiência. Isso fortaleceu a luta contra o capacitismo e conectou o autismo a uma agenda política e teórica mais ampla.

Nesse contexto, entender o capacitismo como estrutural é reconhecer que ele não se resume a atitudes individuais, mas está presente nas instituições, nas políticas públicas e no imaginário social, reproduzindo desigualdades (Mapurunga, 2024a).

3.1. Ética do Cuidado e Interdependência

A partir do reconhecimento do autismo como deficiência, surge uma discussão essencial: a ética do cuidado. Essa abordagem, desenvolvida principalmente por pensadoras feministas nos campos da filosofia moral, da teoria social e da crítica ao capitalismo, parte da ideia de que a interdependência não é uma fraqueza, mas uma condição comum a todos nós.

Eva Kittay (1999), uma das principais autoras sobre o tema, propõe que a dependência não deve ser vista como algo negativo. Pelo contrário, ela é parte fundamental das relações humanas. Refletir sobre o mito do sujeito independente é essencial nesse contexto. A ideia de que somos autossuficientes é uma ficção sustentada por privilégios. Ao negar nossa vulnerabilidade, a

sociedade acaba legitimando a exclusão de quem cuida e de quem precisa de cuidado, reforçando desigualdades e o capacitismo.

Kittay defende que uma sociedade justa precisa reconhecer o cuidado como uma experiência universal. A igualdade, nesse sentido, não se baseia apenas na independência, mas também nas conexões que temos com outras pessoas — especialmente aquelas com quem mantemos relações de cuidado e dependência.

As reivindicações geradas por uma igualdade baseada na conexão não derivam dos direitos que temos como indivíduos independentes, mas daquilo que nos é devido em virtude da nossa conexão com aqueles com quem tivemos e provavelmente teremos relações de cuidado e dependência. (Kittay, 1999, p. 66, tradução do autor)

Com base nisso, os direitos e as políticas públicas devem proteger essas conexões. Isso significa valorizar tanto quem cuida quanto quem é cuidado. O cuidado não pode ser visto como uma responsabilidade exclusivamente privada ou familiar. Ele precisa ser reconhecido como uma questão de justiça social. Dois pilares sustentam essa ética do cuidado: o respeito à autonomia e a construção de redes de apoio. O respeito à autonomia vai além da ideia de independência. Toda pessoa, independentemente de seus impedimentos, tem o direito de fazer escolhas e ter sua voz respeitada. Isso rompe com modelos tutelares que historicamente infantilizaram pessoas autistas, presumindo que não são capazes de decidir sobre suas próprias vidas. Redes de apoio, por sua vez, são fundamentais para que o cuidado não se torne uma sobrecarga. Família, comunidade e políticas públicas devem compartilhar essa responsabilidade. A verdadeira autonomia só é possível dentro de uma rede de suporte que reconhece nossa vulnerabilidade comum (Mapurunga, 2024b).

O deslocamento do cuidado do espaço privado para o público não é apenas formulação teórica, trata-se de uma exigência concreta para garantir a dignidade e a participação social das pessoas com deficiência. A CDPD, no Artigo 19, afirma o direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade. Isso exige que o Estado organize políticas públicas que garantam apoios para a autonomia, serviços acessíveis e proteção contra a institucionalização.

Ao reconhecer o cuidado como responsabilidade coletiva, a CDPD rompe com a lógica patriarcal que historicamente relegou o cuidado ao espaço doméstico, invisibilizando e precarizando a vida de quem cuida e de quem é cuidado.

3.2. Cuidado Ético e Políticas Públicas

Quando se adota a ética do cuidado com base em uma perspectiva anticapacitista, os objetivos das práticas voltadas às pessoas com deficiência mudam radicalmente. O foco deixa de ser a “cura” ou a “normalização” — metas que historicamente tentaram apagar as diferenças — e passa a ser o bem-estar, participação e vida digna, conforme definidos pela própria pessoa autista. Isso exige uma crítica firme às práticas que buscam controlar corpos e comportamentos sob o pretexto de serem terapêuticas. O cuidado com a pessoa autista precisa estar baseado na escuta ativa, na corresponsabilidade entre sujeito, família, comunidade e Estado, e na promoção da autonomia.

Por sua vez, a ética do cuidado rejeita completamente a lógica da tutela. Ela afirma a dignidade da pessoa autista e seu lugar como parte da diversidade humana. Não se trata de negar a importância de tratamentos, habilitação ou reabilitação. Pessoas autistas, como quaisquer outras, têm o direito de desenvolver ao máximo sua autonomia e capacidades — físicas, mentais, sociais e profissionais — e de participar plenamente da vida em sociedade (Brasil, 2008). Como qualquer pessoa tem direito à saúde em geral, em todos os níveis de atenção, que não pode ser negada por motivo de deficiência.

Fica evidente que adotar a ética de cuidado e respeitar o direito de ser autista significa valorizar a autonomia, a dignidade e a interdependência. Para os trabalhadores da saúde pública, isso implica reconhecer a pessoa autista como sujeito ativo nas decisões sobre sua própria vida, superando práticas focadas na cura ou normalização. As políticas e os serviços de saúde precisam garantir apoio às pessoas autistas, criando redes de suporte que valorizem o cuidado como responsabilidade compartilhada por todos: família, comunidade e poder público.

4. CUIDADO À CRIANÇA COM TEA

4.1 Avaliação e Diagnóstico na Infância

A avaliação da criança deve ser iniciada tão logo surja alguma queixa relacionada ao desenvolvimento. Nesse contexto, deve-se suspeitar de transtorno do espectro autista (TEA) caso a criança apresente qualquer um dos sinais clínicos descritos no Quadro 1.

O comportamento da criança que será diagnosticada com TEA costuma evidenciar manifestações que denunciam déficits da comunicação, das interações sociais e restrição/repetição das atividades ou interesses. Não obstante, a avaliação e o diagnóstico não devem se limitar ao quadro clínico comportamental. É crucial solicitar informações pertinentes aos pais, cuidadores, professores e terapeutas. Por conseguinte, salvo raras exceções, o diagnóstico de TEA não deve ser definido em uma única consulta.

Os profissionais de saúde devem manter uma atitude de vigilância contínua do desenvolvimento infantil, com atenção especial à aquisição dos marcos do desenvolvimento e aos sinais de alerta para atraso ou comprometimento. Discernimento clínico é fundamental para distinguir entre as variações aceitáveis e as atípicas do desenvolvimento. Atraso da fala é uma das queixas mais frequentes ventiladas pelos pais. Convém ressaltar que, na época atual, não há mais lugar para adiar a avaliação de atraso da fala sob o argumento de que “cada criança fala no seu tempo”.

A avaliação frequentemente é desencadeada pelo pediatra geral a partir das queixas expressadas pelos pais, familiares, professores escolares ou outros profissionais de saúde. O pediatra pode facilitar o diagnóstico precoce de TEA ao utilizar um dos instrumentos de rastreio validados, a serem descritos em capítulo próprio deste Guia. Como o TEA tende a manifestar-se ao longo do segundo ano de vida, o emprego do instrumento MCHAT-R/F em crianças de 16 a 30 meses de idade é oportuno. Um rastreio positivo deve suscitar avaliação completa e, em seguida, o início da intervenção para recuperar as habilidades do desenvolvimento.

ALERTA: Não existe nenhum sinal ou achado clínico decisivo, cuja presença seja *EXCLUSIVA* de autismo ou cuja ausência *DESCARTE* o diagnóstico de TEA

Um aspecto importante da identificação de crianças com TEA é a intensificação da vigilância para os irmãos de crianças diagnosticadas com TEA, uma vez que eles constituem um grupo de alto risco para TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento.

A avaliação da criança suspeita de TEA começa por uma *anamnese* completa, incluindo a história gestacional e condições do parto, eventos neonatais, história familiar de doenças neurológicas e transtornos do neurodesenvolvimento, doenças prévias, medicamentos previamente utilizados e atuais, descrição detalhada do desenvolvimento até a presente data e pesquisa dos sinais clínicos citados no Quadro 1. O segundo componente fundamental da avaliação é um *exame físico* detalhado, que abrange os sinais vitais, perímetro cefálico, parâmetros do crescimento, estigmas das síndromes neurocutâneas como a esclerose tuberosa ou a neurofibromatose tipo I, exame físico geral e exame neurológico. Deve-se ter em mente os sinais clínicos da *síndrome do X frágil*, p. ex., timidez excessiva, orelhas grandes, macrocefalia, *pectus excavatum*, frouxidão articular e macro-orquidia, que é mais frequentemente pós-puberal mas pode ser congênita. Por fim, a avaliação inicial deve contar com *avaliação oftalmológica* e *pesquisa de perda auditiva* através dos potenciais evocados auditivos do tronco cerebral (BERA) ou, em crianças maiores, audiometria.

O diagnóstico se baseia na satisfação dos critérios de diagnóstico estabelecidos na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5). O médico considera dois grupos de critérios (Quadro 2):

- Déficits persistentes na comunicação e nas interações sociais → Além de atraso da fala, a ausência de gestos comunicativos é um alerta importante. Quando o comprometimento das interações é leve, a criança pode ser capaz de interagir bem com adultos. Portanto, o foco da avaliação deve ser a interação do paciente com crianças da mesma idade.

- Restrição ou repetição do comportamento, interesses ou atividades → Quanto mais grave for o autismo, maior a facilidade de identificar esses critérios. Porém, deve-se considerar que crianças neurotípicas podem ter estereotípias motoras benignas ou seguir certos rituais, como enfileirar objetos de maneira esporádica. O discernimento clínico é crucial para que esses critérios sejam satisfeitos corretamente.

O diagnóstico sai fortalecido quando uma equipe multidisciplinar realiza a avaliação. Além do pediatra geral, o neuropediatra ou psiquiatra contribuirá com seu treinamento especializado, o fonoaudiólogo poderá avaliar as habilidades de linguagem/comunicação, o terapeuta ocupacional poderá analisar a disfunção sensorial e as habilidades gerais do desenvolvimento e o psicólogo poderá estudar a qualidade das interações, a função emocional e a dinâmica familiar.

O diagnóstico diferencial de TEA compreende outros transtornos do neurodesenvolvimento como deficiência intelectual, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), mutismo seletivo, ansiedade/depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno opositivo-desafiador, e condições genéticas como a síndrome de Rett e síndrome de Tourette.

Uma vez definido o diagnóstico, deve-se classificar a intensidade do quadro clínico em um de três níveis de suporte:

1	Geralmente verbal, dificuldade em manter um diálogo, tentativas desajeitadas e malsucedidas de fazer amigos, dificuldade ao mudar de atividade
2	Déficits evidentes na comunicação verbal e não verbal, pouca iniciativa nas interações, reações atípicas à aproximação de outros, rigidez cognitiva, comportamento restrito ou repetitivo interfere no dia-a-dia.
3	Déficits graves na comunicação verbal e não verbal, iniciativa mínima nas interações, aproxima-se apenas para satisfazer necessidades, dificuldade extrema para lidar com mudanças, comportamento restrito ou repetitivo prejudica a função intensamente

A classificação do nível de suporte é particularmente relevante porque influencia a seleção das modalidades do programa de reabilitação do paciente.

Quadro 1 Sinais clínicos iniciais para o transtorno do espectro autista

Atraso da fala e linguagem. Vocabulário restrito a poucas palavras aos 18-24 meses de idade; um terço dos casos havia adquirido palavras previamente, isto é, houve regressão; prosódia comprometida; ecolalia e/ou fala em jargão após 2-2,5 anos de idade.

Déficits na interação social. Incapaz de compreender os sinais não verbais ou emoções dos outros; ausência de reciprocidade numa tentativa de conversa; tentativas inábeis de iniciar ou responder a uma interação.

Déficits na comunicação não verbal. Não aponta e não dá tchau aos 18 meses de idade; contato visual precário ou nulo; ausência de expressões faciais.

Déficits nas brincadeiras. Ausência de brincadeiras simbólicas; bate ou arremessa brinquedos em vez de lhes dar a função adequada; preferência por objetos incomuns; hiperfoco em pequenas partes, p. ex., uma porta ou roda.

Movimentos e comportamentos anormais. Estereotípias, p. ex., sacode as mãos; caminha sem rumo ou corre em círculos; mexe os dedos próximo dos olhos.

Ausência de atenção compartilhada. Incapaz de compartilhar um foco de interesse com outra pessoa, p. ex., não leva um objeto até os pais, ou não compartilha um brinquedo com seus pares.

Preferência forte pela repetição. Adesão rígida a rotinas e rituais; uma mudança inesperada por desencadear ansiedade ou irritabilidade.

Disfunção sensorial. Hiper ou hiporreatividade a ruídos, odores ou textura; indiferença aparente a dor ou temperatura.

Fonte: Adaptado de Vasconcelos et al.

Quadro 2: Critérios de diagnóstico de transtorno do espectro autista

A. Déficits persistentes na comunicação e nas interações sociais (todos devem estar presentes): Ausência de reciprocidade social-emocional, não compartilha interesses, emocionais, ou afeto, ou não inicia ou não responde a uma interação Déficits na comunicação não verbal, p. ex., contato visual precário, gestos pobres, incompreensão dos gestos de outros, ou ausência total de expressão facial ou comunicação não verbal Déficits nas relações, p. ex., não ajusta o comportamento ao contexto social, dificuldade em fazer amigos, ausência de interesse nos pares
B. Restrição ou repetição do comportamento, interesses e atividades (pelo menos dois devem estar presentes): Estereotipias motoras, uso limitado de objetos, repetição de sons da fala [ecolalia] ou de frases extraídas de desenhos da TV Apego à rotina, rituais de comportamento verbal ou não-verbal, seletividade alimentar Interesses fixos e altamente restritos por temas incomuns, apego excessivo a objetos Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, como resposta adversa a determinados sons, fascínio visual por luzes ou movimento (p. ex., objetos giratórios).

Fonte: DSM-5.

4.2. Marcos do Desenvolvimento, sinais de alerta e diagnóstico em tempo

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e multifatorial, que se inicia antes mesmo do nascimento e se estende ao longo de toda a infância. Desde o período gestacional, fatores genéticos, neurológicos, ambientais e relacionais influenciam a constituição do bebê, preparando-o para interações cada vez mais complexas com o mundo ao seu redor (OPAS, 2012).

Nos primeiros anos de vida, a criança atravessa transformações intensas e rápidas, envolvendo aspectos motores, cognitivos, afetivos, sociais e da

linguagem. Esses progressos são esperados em períodos relativamente previsíveis, o que permite a construção de marcos do desenvolvimento — referências fundamentais para o acompanhamento clínico e educacional da infância.

A observação atenta dos primeiros anos de vida é fundamental, já que neste período as aquisições não são permanentes, mas permeáveis a modificações (WANDERLEY, 2018; OLLIAC et al., 2017). A neuroplasticidade permite amplas possibilidades de reorganização e de mudança nas trajetórias de desenvolvimento.

Compreender os marcos do desenvolvimento e os sinais de alerta implica considerar também o papel do ambiente, especialmente a qualidade das interações cuidador-bebê. As diferentes produções acadêmicas sobre o desenvolvimento enfatizam a importância das respostas dos adultos às manifestações do bebê — como o choro, as vocalizações e os olhares — que precisam ser acolhidas, nomeadas e simbolizadas (BULLINGER, 2007; WINNICOTT, 1975).

Nos últimos anos, pediatras e especialistas em saúde da infância têm chamado atenção também para os efeitos do chamado estresse tóxico — resposta ao estresse frente a adversidades como abuso físico, negligência ou violência doméstica — que pode comprometer o desenvolvimento neuropsicológico das crianças (DE MAGALHÃES BARBOSA et al., 2022).

Dessa forma, devemos atentar não só para a vigilância dos marcos do desenvolvimento como também as condições psicossociais nas quais se encontra esta família.

A identificação precoce de alterações no desenvolvimento é um consenso entre os pesquisadores, especialmente no período considerado crítico dos primeiros mil dias de vida — da gestação até os dois anos de idade. Nesse período, o cérebro apresenta maior sensibilidade à influência ambiental e biológica, o que torna mais fácil e efetiva qualquer intervenção com o bebê e sua família.

Dessa forma é recomendada a introdução de instrumentos de triagem em momentos estratégicos das consultas pediátricas, como nas visitas dos 9, 18 e 30 meses, permitindo uma detecção precoce de condições que impactam o desenvolvimento, incluindo autismo, deficiência auditiva, deficiência intelectual, alterações motoras e comportamentais. (LIPKIN et al., 2020).

A vigilância dos marcos do desenvolvimento, como é preconizado pelo uso da caderneta da criança, possibilita a identificação precoce de dificuldades no desenvolvimento do bebê. Em geral, crianças com desenvolvimento típico adquirem determinadas competências em idades semelhantes — como sorrir socialmente aos dois meses, sentar-se sem apoio por volta dos sete meses, balbuciar entre seis e nove meses e utilizar palavras com significado no final do primeiro ano de vida. Esses marcos funcionam como referências tanto para acompanhar o progresso quanto para identificar atrasos ou atipias nos comportamentos esperados.

Este capítulo tem por objetivo descrever os marcos típicos do desenvolvimento infantil nos primeiros dois anos de vida e apresentar os principais sinais para o desenvolvimento atípico. Pretende-se, com isso, oferecer estratégias para um acompanhamento atento, ético e sensível da infância, que favoreça o reconhecimento precoce de sinais de sofrimento e a promoção do desenvolvimento integral das crianças.

4.2.1. Avaliação multidimensional e biopsicossocial

A avaliação diagnóstica precisa ir além da lógica biomédica centrada em sintomas e categorias nosológicas. Ela deve assumir uma perspectiva biopsicossocial, que reconhece a influência de múltiplos fatores — biológicos, psicológicos, sociais e culturais — na constituição do sujeito e nas formas de expressão do sofrimento e da diferença.

Essa abordagem considera não apenas os sinais clínicos, mas também:

O impacto funcional das dificuldades no cotidiano da criança;
As barreiras ambientais e sociais que limitam sua participação;

Os recursos subjetivos, familiares e comunitários disponíveis;

As potencialidades e interesses da criança.

A avaliação deve ser realizada por equipe multiprofissional, com uso de instrumentos padronizados, entrevistas clínicas, observação direta e escuta ativa da família. A anamnese deve incluir aspectos do desenvolvimento motor, da linguagem, da comunicação, do jogo, da vida escolar e da rotina familiar, além das expectativas da família e da própria criança.

“Avaliar é compreender o sujeito em sua singularidade — não só os sinais que ele apresenta, mas também o contexto em que vive, suas potencialidades e os fatores que influenciam seu comportamento.”

4.2.2 Marcos do desenvolvimento

Marcos Típicos

Faixa etária	Desenvolvimento motor	Comunicação e linguagem	Social / Afetivo
0–3 meses	Movimentos reflexos, começa a focar olhar	Choro, vocalizações iniciais, reage ao manê	Sorriso social, busca contato visual, início da protoconversa
4–6 meses	Alcança e manipula objetos, leva à boca, brinca com os pés	Sons variados, atenção às vozes	Trocas de olhar mais consistentes
7–9 meses	Arrasta-se, postura de quatro apoios, começa a engatinhar, senta sozinho	Balúcio, gestos comunicativos (palmas, tchau, apontar)	Atenção compartilhada (olhar para objeto e cuidador)

10–12 meses	Tentativas de andar com apoio, exploração ativa do espaço	Balucio redobrado, primeiras palavras	Jogos sociais simples, imitação, início do faz-de-conta, constância do objeto
12–24 meses	Caminhar independente, depois correr, subir escadas, chutar bola	Frases de duas palavras, compreensão de comandos simples, nomeia partes do corpo	Brincadeiras de faz-de-conta elaboradas, preferência por brinquedos e pessoas, início do controle esfincteriano (18–24m)

Sinais de Desenvolvimento Atípico

Sinais Motores e Sensório-Motores
• Redirecionamento do interesse para objetos em vez de pessoas
• Sinais motores atípicos (hipoatividade, pouca resposta a estímulos)
• Repertório motor restrito (atraso para rolar, sentar, engatinhar, ficar em pé)
• Assimetrias posturais (dificuldade de alinhar a linha média, movimentos mais intensos de um lado)
• Redução global da atividade (poucos gestos, vocalizações raras, pouca exploração do espaço)
• Alteração nos movimentos espontâneos nos primeiros meses (podem indicar risco de paralisia cerebral)
• Persistência de reflexos que já deveriam estar inibidos

• Atraso na sustentação da cabeça
• Esquema de hiperextensão diante da dor ou refluxo (tronco arqueado, fixação em luzes ou objetos que giram)

Fragilidade Corporal

• Dificuldade para ser carregado no colo (rigidez, não se aninham, tendência a se lançar para trás)
• Dificuldade de reagrupar (não conseguem manter postura semelhante à fetal)
• Qualidade alterada em aspectos sensório-motores
• Fixação em estímulos sensoriais específicos (luzes, objetos em movimento)
• Podem apresentar rigidez ou ao contrário, hipotonia em alguns momentos

Sinais de Sofrimento Psíquico e Trocas Interacionais (Crespin, 2004)

• Organização do olhar: pouca troca visual, desvia o olhar diante de apelos do outro
• Organização do apelo: escuta, mas não responde à voz do cuidador; comunicação restrita a choros e gritos
• Diálogo tônico: movimentos e respostas não sintonizados com o toque e voz do cuidador
• Padrões alimentares: recusa alimentar ou demanda insaciável
• Ritmo de sono: excesso de sono ou insônia frequente

4.2.3. A importância de atentar precocemente para sintomas sensório motores

Bebês com desenvolvimento atípico apresentam não apenas dificuldades na recepção dos estímulos do ambiente, mas também respostas motoras desorganizadas, o que interfere nas interações, especialmente na organização da linguagem não verbal, fundamental para o surgimento da comunicação intencional. (MURATORI, 2023). Portanto, a organização sensório-motora, em especial nos dois primeiros anos de vida, é condição necessária para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, de linguagem e de interação social.

Área	Sinais de alerta (0–24 meses)
Sociocomunicativo	Ausência/diminuição de contato visual; atraso no sorriso social; não responde ao nome; vocalizações raras/sem variação; balbúcio não social; ausência de gestos (tchau, apontar, palmas); ausência de faz-de-conta; dificuldades de imitação; isolamento social; interesses atípicos (números/letras).
Sensório-motor	Atraso em rolar, sentar, engatinhar ou andar; movimentos assimétricos; uso da ponta dos pés; estereotípias motoras (flapping, rodar objetos); exploração pobre do ambiente; hipersensibilidade auditiva, seletividade alimentar, resistência a texturas/roupas; marcha atípica ou engatinhar de má qualidade.

Todas estas alterações podem ser derivadas, seja por dificuldades constitucionais do bebê, seja por alterações no meio ambiente ou mais provavelmente consequência da interrelação entre os fatores constitutivos e ambientais. Vale destacar que **retramentos relacionais** podem não necessariamente ser sinal de autismo, mas também serem reflexos de situações carenciais, de privação afetiva como nos casos de carência nos cuidados maternos seja por quadros de psicopatologia puerperal (quadros de depressão ou psicoses puerperais) ou de cuidados anônimos com pouco investimento emocional das equipes responsáveis de cuidados substitutivos em creches ou abrigos. Nesta perspectiva, torna-se fundamental que a clínica com bebês se organize em moldes transdisciplinares, com intervenções que integrem os aspectos sensoriais, motores e psíquicos.

4.3. Caderneta da Criança: importância da vigilância e promoção da saúde

A Caderneta de Saúde da Criança, é um instrumento fundamental para a vigilância e promoção da saúde infantil no SUS. Instituída pelo Ministério da Saúde como parte das estratégias de atenção integral à saúde da criança, a Caderneta cumpre o papel central na integração entre serviços, profissionais e famílias, permitindo o acompanhamento longitudinal do crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até dez anos de idade.

Mais que um registro é um dispositivo de cuidado e educação em saúde, que orienta a prática dos profissionais e o empoderamento das famílias. Sua utilização sistemática contribui para a detecção de atrasos, deficiências e alterações no desenvolvimento, incluindo sinais de alerta para o TEA e propiciando a coordenação de ações intersetoriais de cuidado.

A Caderneta da Criança integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130/2015, que estabelece princípios de integralidade, equidade e intersetorialidade. Também se articula com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793/2012) e a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012).

A Caderneta cumpre múltiplas funções no processo de cuidado:

- Registro contínuo de informações de saúde, incluindo dados de vacinação, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação, saúde bucal e fatores de risco sociais e ambientais.
- Instrumento de vigilância do desenvolvimento, permitindo a identificação precoce de marcos atípicos e o acionamento de fluxos de cuidado dentro da RAS.
- Ferramenta educativa e de comunicação entre profissionais, famílias e cuidadores, fortalecendo o vínculo e o protagonismo parental.
- Integração de informações intersetoriais, favorecendo articulação com creches, escolas e serviços de assistência social, conforme preconiza a intersetorialidade das políticas públicas de infância.

A vigilância do desenvolvimento infantil, prevista na PNAISC é operacionalizada por meio da caderneta da criança, é um processo contínuo e sistemático que visa identificar precocemente alterações no comportamento social, na comunicação e na interação, que possam indicar risco para TEA ou outros transtornos do neurodesenvolvimento.

A detecção precoce é uma das estratégias mais custo-efetivas para a promoção da saúde e para a mitigação de deficiências secundárias. Quando associada a práticas de apoio parental e estimulação, contribui para ganhos significativos na funcionalidade e na inclusão social da criança.

Além da vigilância, a Caderneta desempenha papel essencial na promoção da saúde e na educação em saúde. Ela fornece orientações claras sobre:

- alimentação saudável e aleitamento materno;
- prevenção de acidentes e violências;
- estimulação do brincar e da comunicação;
- importância das consultas de puericultura;
- apoio emocional e saúde mental das famílias cuidadoras.

Para as famílias e cuidadores de crianças com TEA, o uso qualificado Caderneta reforça a importância do acompanhamento contínuo, ajuda na

organização do histórico clínico e escolar, e favorece a coordenação do cuidado entre diferentes serviços da RAS.

A inclusão do instrumento de rastreamento de sinais de atraso no desenvolvimento- M-Chat (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) para crianças de 16 a 30 meses de idade, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que é um questionário breve composto por vinte e três itens respondido pelo responsável da criança, permite a integração das equipes de saúde e o acompanhamento de alterações no comportamento social, comunicação e interação sejam identificados o mais cedo possível.

Interpretação M-Chat

Faixa de pontuação	Interpretação	Conduta recomendada
0 a 2	Baixo risco	Manter vigilância de rotina do desenvolvimento infantil.
3 a 7	Risco moderado	Aplicar entrevista de seguimento (M-CHAT-R/F) e reavaliar.
≥ 8	Alto risco	Encaminhar a criança para avaliação especializada

A utilização do instrumento deve ser acompanhada de orientação às famílias sobre o significado do rastreamento, evitando interpretações equivocadas.

Qualquer instrumento de rastreamento não conclui diagnóstico, mas auxilia na condução e entendimento dos sinais apresentados.

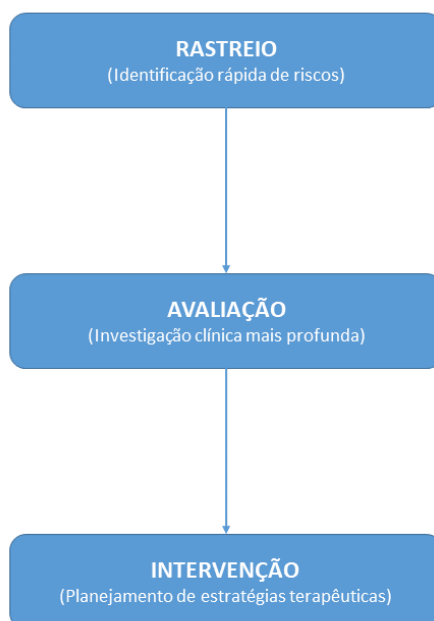
A utilização do instrumento deve ser acompanhada de orientação às famílias sobre o significado do rastreamento, evitando interpretações equivocadas.

Qualquer instrumento de rastreamento não conclui diagnóstico, mas auxilia na condução e entendimento dos sinais apresentados.

4.4. Instrumentos de rastreio na infância

Os instrumentos de rastreio são ferramentas simples, rápidas e objetivas — como questionários, escalas ou checklists — que auxiliam na identificação de possíveis atrasos ou alterações nos marcos do desenvolvimento infantil. Diferentemente de um diagnóstico clínico, que exige avaliação detalhada por especialistas, o rastreio serve como um alerta inicial. Ele aponta quando é necessário investigar mais a fundo e planejar intervenções, se for o caso (HANDARGULE et al., 2024).

O processo costuma seguir três etapas:



“O valor dos instrumentos de rastreio está em orientar a observação clínica e não em definir diagnósticos isoladamente. ”

No Brasil, é essencial que os instrumentos de rastreio e acompanhamento do desenvolvimento infantil sejam adaptados à realidade sociocultural, às condições de acesso aos serviços e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos principais instrumentos universais de acompanhamento é a **Caderneta de Saúde da Criança**, utilizada nacionalmente como ferramenta longitudinal de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, com potencial estratégico para identificação precoce de sinais de risco ao desenvolvimento.

Outros instrumentos amplamente utilizados no rastreio e na avaliação de sinais relacionados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a outros riscos do desenvolvimento incluem:

INSTRUMENTO (Nome Completo)	IDADE	TIPO	CARACTERÍSTICAS	CONTEXTO DE APLICAÇÃO
Caderneta de Saúde da Criança	0 a 9 anos	Vigilância do desenvolvimento	Instrumento estratégico do SUS para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, marcos do desenvolvimento e imunização, permitindo identificação precoce de alterações.	Atenção Primária à Saúde, clínico e educacional
Early Screening of Autistic Traits (ESAT) – Questionário para Rastreio Precoce de Traços Autísticos	14 a 15 meses	Rastreio	Questionário baseado na percepção parental para identificação precoce de sinais sugestivos de risco para TEA.	Clínico e educacional
Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) – Lista Modificada para Autismo em Crianças Pequenas, Revisada com Entrevista de Seguimento	16 a 30 meses	Rastreio	Instrumento de rastreio populacional para identificação de crianças com risco aumentado para TEA, incluindo etapa de entrevista de seguimento quando necessário.	Atenção Primária, clínico e educacional
Autism Mental Status Examination (AMSE) – Exame do Estado Mental para Autismo	16 a 38 meses	Rastreio/ Avaliação inicial	Instrumento observacional breve baseado em critérios diagnósticos atuais, que avalia aspectos sociais, comunicativos e comportamentais associados ao TEA.	Clínico

INSTRUMENTO (Nome Completo)	IDADE	TIPO	CARACTERÍSTICAS	CONTEXTO DE APLICAÇÃO
Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)	0 a 18 meses	Rastreio do desenvolvimento	Instrumento brasileiro voltado à identificação precoce de riscos ao desenvolvimento a partir da observação da interação social, vínculo parental e comunicação precoce.	Atenção Primária e clínico
Escala Labirinto	2 a 4 anos e 11 meses	Rastreio de risco ao desenvolvimento	Avalia interação social, comportamento verbal e comunicação não verbal em crianças com risco ao desenvolvimento.	Clínico

Fonte: Elaboração própria, com base em publicações originais dos instrumentos e normativas do Ministério da Saúde.

4.5. O desenvolvimento é mais flexível do que os rastreios sugerem

Estudos longitudinais recentes mostram que o desenvolvimento de crianças com TEA é muito mais flexível e variável do que se imaginava. Muitas práticas clínicas ainda se baseiam em avaliações pontuais, mas a realidade é bem mais dinâmica.

Um estudo de Baghdadli et al. (2018), que acompanhou crianças com TEA por 15 anos, revelou que cerca de 25% delas apresentaram progressos contínuos em áreas como comunicação e habilidades sociais. E mais: 18% deixaram de preencher os critérios diagnósticos de autismo ao longo do tempo — sendo que 5,4% saíram completamente da categoria diagnóstica.

Isso mostra que diagnósticos não são sentenças definitivas. Crianças inicialmente não verbais, por exemplo, podem desenvolver linguagem mais tarde. Perfis considerados “atípicos” também se mostraram instáveis, mudando conforme o tempo e o instrumento usado.

Esses achados reforçam que os instrumentos de rastreio devem ser vistos como ponto de partida, e não como rótulos fixos. Avaliações eficazes precisam ir além dos números e considerar o contexto, a observação e a singularidade de cada criança.

“O desenvolvimento infantil é muito mais flexível e dinâmico do que costumamos imaginar, e por isso devemos investir em todo o potencial singular de cada criança em crescimento.”

4.6. Alimentação em crianças com TEA

A alimentação em pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresenta desafios como seletividade alimentar, recusa de alimentos e rotinas alimentares rígidas. Essas dificuldades podem estar relacionadas a fatores sensoriais (textura, cor, cheiro, temperatura dos alimentos) e comportamentais (preferência por repetição ou previsibilidade de alimentos - preferências restritas). Muitas dessas pessoas preferem alimentos industrializados e evitam frutas, vegetais ou alimentos com consistências variadas. A intervenção exige uma abordagem interdisciplinar, envolvendo o profissional de referência, com foco em ampliar o repertório alimentar de forma gradual e respeitosa. A participação da família é essencial para o sucesso do processo.

Os melhores resultados de ampliação alimentar surgem em contextos de atuação interdisciplinar, com foco não apenas na alimentação, mas também no bem-estar geral da pessoa e da família. A abordagem precisa ser individualizada, respeitando o perfil sensorial de cada pessoa — que pode ser "evitadora" (com aversão a estímulos) ou "buscadora" (com necessidade de estímulos intensos). Comumente o sucesso da intervenção depende da combinação entre técnicas terapêuticas baseadas em evidências, planejamento gradual, apoio familiar e compreensão profunda das particularidades sensoriais do indivíduo com TEA.

Torna-se necessário intervenções personalizadas e contextualizadas, respeitando as particularidades sensoriais e culturais de cada indivíduo. O manejo das sensibilidades sensoriais, aliado a estratégias comportamentais e nutricionais, mostra-se crucial para ampliar o repertório alimentar e melhorar a qualidade de vida das pessoas com TEA.

É preciso observar o perfil alimentar e sensorial, tais como, preferências por tipo de texturas, temperatura, cor e cheiro dos alimentos, além da observação da rotina alimentar. Somente após este conhecimento prévio será possível pensar em estratégias de manejo para seletividade alimentar.

Segue algumas sugestões de estratégias para manejo da seletividade alimentar:

Implementação da técnica de encadeamento alimentar:

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO	APLICAÇÃO PRÁTICA
Encadeamento alimentar	Introduzir alimentos novos a partir dos já aceitos, com pequenas mudanças graduais em cor, textura ou sabor.	Se a criança só aceita <i>nuggets</i> , por exemplo, pode-se progredir para: nugget caseiro → frango empanado → frango grelhado.
Exposição gradativa à experiências sensoriais	Apresentar o alimento no prato, mesmo que não seja comido	Envolver em atividades com o alimento: tocar, cheirar, ajudar no preparo (respeitando os limites demonstrados pela pessoa); contato gradual com o alimento: olhar → cheirar → tocar → encostar nos lábios → lamber → morder → mastigar.
Organização da rotina alimentar com previsibilidade	Criar previsibilidade e estrutura nos horários e combinações alimentares	Estabelecer horários fixos; Oferecer alimento preferido + um novo; Evitar lanches fora de hora.
Motivação no processo de ampliação alimentar	Elogiar <u>qualquer tentativa de interação com o alimento</u> , mesmo que não o coma;	Elogios, brinquedos ou atividades preferidas após tentativas com sucesso; Comer junto com outras pessoas pode constituir um exemplo.
Criação de estratégias lúdicas	Tornar o contato com alimentos uma experiência positiva.	Caixa sensorial com alimentos e objetos variados.
Proposição de brincadeiras sensoriais	Trabalhar a percepção sensorial do alimento, sem	Caixa sensorial com diferentes texturas,

	a obrigatoriedade de o comer	estimular a aceitação tátil e olfativa.
Proposição da cozinha compartilhada com um adulto	Aumentar o envolvimento e controle sobre a preparação do alimento. Promover autonomia e o reconhecimento das próprias sensações alimentares.	Ajudar a lavar, cortar e misturar o alimento; Expor gradualmente a diferentes texturas; Observar a preparação do alimento nas suas diferentes etapas do processo.

Todas essas sugestões para manejo da seletividade alimentar devem acontecer sem pressionar a pessoa. Elas devem ser propostas de maneira lúdica e sempre com a intencionalidade de explorar e interagir com o alimento. A regularidade de atividades é essencial no processo de ampliação da alimentação.

4.7. Sentimentos, emoções e comportamentos na criança com TEA

O desenvolvimento emocional é um fenômeno complexo que envolve aspectos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, constituindo-se como essencial para a adaptação do ser humano ao ambiente. É um processo contínuo e dinâmico que permite ao indivíduo reconhecer, expressar e gerir emoções ao longo da vida.

O desenvolvimento emocional ganha tons nos diferentes ciclos da vida. Na primeira infância (0 a 2 anos e 11 meses de idade), a criança se expressa principalmente por meio do choro, do sorriso e de reações corporais. Na segunda infância (3 anos aos 6 anos e 11 meses de idade), espera-se que a criança comece a nomear as emoções, por exemplo, expresse "*estou bravo*", e inicie o desenvolvimento do senso de reconhecer emoções nos outros.

É na segunda infância que as crianças começam a compreender regras sociais e a controlar os impulsos emocionais com a mediação de um adulto. Na idade de 7 anos a 11 anos e 11 meses, as crianças tendem a adquirir a habilidade de autorregulação emocional e a diferenciar sentimentos complexos, como vergonha, culpa e orgulho.

Na infância, crianças com TEA podem apresentar atrasos na identificação e expressão emocional. Muitas vezes, demonstram frustração através de comportamentos desafiantes como birras, agressividade ou isolamento. As dificuldades podem se manifestar na adaptação escolar, gestão da frustração e impulsividade. Comportamentos desafiadores podem surgir como forma de lidar com a ansiedade ou confusão social.

A intervenção precoce pode ser decisiva para melhorar a autorregulação e prevenir dificuldades futuras de consciência e regulação emocional. É fundamental o trabalho com estratégias de Comunicação Alternativa/Aumentativa e o ensino explícito de emoções básicas, por meio de histórias sociais e jogos simbólicos.

As histórias sociais são narrativas curtas escritas em linguagem simples para ajudar a criança a compreender situações sociais e sentimentos. Normalmente seguem este padrão: Situação, Sentimento e Reação Emocional socialmente esperada. Por exemplo, pode-se criar a história de um leão que sente raiva - *Às vezes, eu me sinto como um leão bravo por dentro. Isso acontece quando algo não sai do jeito que eu queria. Quando isso acontece, posso respirar fundo como um dragão, soltando o ar bem devagar. Posso também falar: "Estou bravo agora, preciso de um tempinho."* Assim, meu leão vai se acalmando, e logo me sinto melhor. Por sua vez, os jogos podem ser aplicados com diferentes cartelas com faces mostrando diferentes emoções básicas (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, nojo). A criança pode, por exemplo, pegar uma face e descrever uma situação em que sentiu aquilo. Ou ainda, pode-se fazer o jogo das expressões emocionais, em que a criança sorteia uma emoção e precisa expressá-la com o rosto ou corpo para os demais participantes da brincadeira adivinharem.

5. CUIDADO AO ADOLESCENTE COM TEA

5.1. Avaliação e diagnóstico na adolescência

A adolescência é um período de intensas transformações físicas, cognitivas e psicossociais, que podem modificar a expressão dos sintomas do Transtorno do Espectro Autista e trazer novos desafios ao diagnóstico e ao cuidado. Muitos adolescentes são identificados tardiamente, especialmente aqueles com quadros de alta funcionalidade, mascaramento social ou diagnóstico equivocado anterior.

No contexto do Sistema Único de Saúde, é essencial que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Atenção Especializada atuem de forma articulada, garantindo identificação precoce, avaliação multidimensional, diagnóstico diferencial e continuidade do cuidado.

Embora os critérios diagnósticos do TEA permaneçam os mesmos ao longo do ciclo vital, a forma com a qual os sintomas se manifestam mudam na adolescência. Os sinais de alerta incluem:

A avaliação diagnóstica deve ser integral, interdisciplinar e centrada na pessoa, envolvendo aspectos clínicos, funcionais, cognitivos e sociais. Etapas do processo avaliativo incluem acolhimento, anamnese ampliada, observação clínica, avaliação médica e psicológica, discussão de caso e devolutiva compartilhada com a família.

Os sinais de autismo às vezes se tornam mais claros ou mais perceptíveis porque um novo ambiente escolar, seja no ensino fundamental ou médio, envolve tarefas escolares mais exigentes, maiores responsabilidades e relações sociais mais complexas. Esses fatores podem ser desafiadores para adolescentes autistas, e os sinais do autismo tornam-se mais evidentes como consequência.

Alguns dos principais sinais de autismo na pré-adolescência e adolescência estão listados abaixo.

5.1.2. Sinais de comunicação social do autismo em adolescentes

a) **Comunicação verbal:** Adolescentes autistas podem apresentar os seguintes sinais:

- Não respeitar a vez de falar durante as conversas, não fazer perguntas sobre as ideias da outra pessoa ou ter dificuldade em responder a perguntas sobre si mesmos.
- Eles falam muito sobre seus interesses, mas têm dificuldade em falar sobre coisas que não consideram interessantes, ou sobre tópicos diversos.
- Podem entender as falas ao “pé da letra”
- Podem apresentar diferenças na voz ou na maneira de falar: falar muito alto ou com sotaque, ou variar em tom ou volume.
- Possuem vocabulário muito bom e usam linguagem formal.
- Tenho dificuldade em seguir instruções com mais de 1 ou 2 passos.

b) **Comunicação não verbal:**

- Não perceber ou entender sinais não verbais dos sentimentos de outras pessoas – por exemplo, podem não ser capazes de perceber quando alguém está brincando ou usando sarcasmo.
- Fazem menos contato visual do que outras pessoas ou acham mais fácil interagir quando não estão frente a frente.
- Podem não demonstrar muita emoção no rosto ou não conseguir interpretar as expressões faciais de outras pessoas – por exemplo, podem não perceber quando alguém está entediado.
- Não usam gestos para se expressar.

c) **Relacionamentos interpessoais**

- Eles preferem passar tempo sozinhos em vez de com seus colegas, ou podem preferir interagir com adultos ou crianças muito mais novas.
- Querem que as outras crianças brinquem de acordo com as suas regras e ficam chateados se as suas regras não forem seguidas.
- Têm dificuldade em compreender as regras sociais não ditas de diferentes relacionamentos, como as diferenças entre ser amigo e ser estranho.

- Têm dificuldade em fazer amigos e podem ter poucos ou nenhum amigo.
- Têm dificuldade em ajustar seu comportamento em diferentes situações sociais.
- Dependem de roteiros sociais para interagir com os outros e têm dificuldade em lidar com interações sociais inesperadas ou desafiadoras.

d) Comportamentos repetitivos e interesses intensos.

- Possuem interesses muito intensos ou específicos – por exemplo, podem colecionar objetos ou memorizar estatísticas de futebol, mas não necessariamente se interessar pelo jogo em si.
- Apresentam comportamentos que parecem repetitivos ou compulsivos – por exemplo, podem alinhar objetos ou sentir necessidade de fechar todas as portas da casa.
- Podem ter um apego especial a certos objetos
- Podem se incomodar com mudanças de rotinas – por exemplo, podem precisar ser avisados com antecedência quando sua rotina habitual mudar, ou podem ter uma rotina para se arrumar pela manhã.
- Eles repetem movimentos corporais ou movem o corpo de maneiras inesperadas – por exemplo, podem bater palmas ou balançar para frente e para trás.
- Eles gostam de fazer ruídos repetitivos ou usar fala repetitiva – por exemplo, podem pigarrear repetidamente ou repetir frases que ouviram na TV.

e) Sensibilidades sensoriais:

- Ser sensível– por exemplo, podem se incomodar mais facilmente com ruídos altos do que outras pessoas, não gostar de etiquetas em roupas ou comer apenas alimentos com uma determinada textura ou cor.
- Eles buscam estimulação sensorial – por exemplo, podem gostar de pressão profunda, procurar certas texturas ou mover os dedos ao redor dos olhos para observar a luz piscando.
- Reagem menos à dor do que outras crianças ou não percebem quando estão com muito calor ou frio.

Importante: Adolescentes com autismo tem maior chance de se identificarem com diversidade de gênero e apresentarem disforia de gênero.

5.2. Abordagens no cuidado do adolescente com TEA

O cuidado deve integrar dimensões clínicas, psicológicas e sociais, centrado na autonomia progressiva.

O PTS é essencial para articular ações de saúde, educação e assistência social, garantindo continuidade, integralidade e protagonismo do adolescente e da família. No cuidado em adolescentes com TEA, o PTS pode ser organizado da seguinte forma:

A compreensão da história do adolescente, seu contexto familiar, escolar e social, deve incluir:

- Histórico clínico, psicossocial e educacional;
- Avaliação funcional e comunicativa;
- Identificação de potencialidades e barreiras (ambientais, atitudinais, institucionais);
- Escuta das percepções do próprio adolescente sobre suas demandas e metas.

As metas devem ser **realistas, mensuráveis e construídas conjuntamente** com o adolescente e sua família. Exemplos:

- Ampliar a comunicação funcional;
- Desenvolver habilidades de autocuidado e autonomia;
- Fortalecer vínculos sociais e comunitários;
- Manejar sintomas associados (ansiedade, rigidez, impulsividade);
- Garantir inclusão escolar e participação social.

Organizar as **intervenções terapêuticas e intersetoriais**, com definição de responsáveis, periodicidade e estratégias de monitoramento. Pode incluir:

- Atendimento em CER, CAPSij, UBS, ou outros serviços especializados;
- Intervenções psicológicas, fonoaudiológicas e de terapia ocupacional;

- Acompanhamento escolar e articulação com professores e gestores;
- Encaminhamentos à rede socioassistencial (CRAS, CREAS) quando necessário.

O plano deve ser pactuado com o adolescente e a família, assegurando adesão e corresponsabilização.

A avaliação contínua permite revisar metas, redefinir estratégias e acompanhar os resultados. Deve considerar não apenas indicadores clínicos, mas também ganhos subjetivos, sociais e funcionais.

5.3 Componentes do PTS no Cuidado do Adolescente com TEA

Dimensão	Objetivos	Ações Possíveis
Clínica e Terapêutica	Reduzir sofrimento psíquico e promover regulação emocional	Acompanhamento psiquiátrico e psicológico, psicoterapia, manejo medicamentoso se necessário
Comunicacional e Cognitiva	Ampliar habilidades de comunicação e compreensão social	Intervenções fonoaudiológicas, uso de comunicação alternativa, grupos de habilidades sociais
Educacional	Favorecer inclusão e permanência escolar	Apoio à escola, orientação docente, adaptação curricular e mediação pedagógica
Familiar e Social	Apoiar a família e fortalecer vínculos	Grupos de apoio, psicoeducação, visitas domiciliares, articulação com CRAS/CREAS
Autonomia e Vida Adulta	Desenvolver competências para transição à vida adulta	Oficinas de autonomia, orientação profissional, ações intersetoriais com trabalho e cultura

6. CUIDADO ÀS PESSOAS ADULTAS E IDOSAS COM TEA

6.1. Avaliação e diagnóstico em pessoas adultas e idosas com TEA

A avaliação e o diagnóstico de indivíduos adultos e idosos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), requerem abordagem clínica cuidadosa e interdisciplinar, articulada à RAS. O reconhecimento de que o TEA pode permanecer não identificado na infância, especialmente em pessoas com sintomas sutis ou estratégias compensatórias, reforça a importância da avaliação em diferentes fases da vida.

O processo de avaliação deve ser orientado pelos princípios da integralidade, singularidade e longitudinalidade do cuidado. A escuta qualificada é o início deste processo, seguido da análise da história de desenvolvimento, associada a observação direta do comportamento e ao relato de familiares ou pessoas próximas. É fundamental que o profissional identifique aspectos como dificuldades persistentes na comunicação e interação social, padrões restritivos de interesse e rigidez comportamental, observando como esses fatores impactam o cotidiano e a funcionalidade da pessoa.

O diagnóstico do TEA em adultos é clínico e descritivo, baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Neste guia, serão apresentados instrumentos de rastreio e diagnóstico para este ciclo de vida.

Nos serviços da RAS, o processo diagnóstico deve envolver equipe multiprofissional, que será responsável pela avaliação, discussão diagnóstica e construção do projeto terapêutico singular.

É essencial reconhecer os fatores que dificultam o diagnóstico em adultos- como a presença de comorbidades, o histórico de estigmatização ou mascaramento dos traços de TEA- e assegurar o acolhimento sem julgamento. A abordagem deve ser pautada no respeito à autonomia, no sigilo e na construção compartilhada de sentidos sobre o diagnóstico.

Após a confirmação diagnóstica, recomenda-se que a pessoa com TEA seja inserida em acompanhamento contínuo, com elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), priorizando o fortalecimento da autonomia, o suporte

e à inclusão social e o acesso às políticas intersetoriais de educação, trabalho e assistência social.

A avaliação e o diagnóstico, portanto, não se encerram em um ato isolado, mas integram um processo contínuo de cuidado, escuta qualificada e apoio à pessoa adulta com Transtorno do Espectro Autista (TEA) ao longo de seu percurso de vida, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Linha de Cuidado para Pessoas com TEA no Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante destacar que a pessoa adulta ou idosa diagnosticada com TEA deve estar inserida nos diferentes pontos da rede de atenção — seja na Atenção Primária, RCPD, nos CAPS ou em outros serviços da rede —, garantindo que o cuidado não se restrinja apenas ao momento do diagnóstico. É fundamental assegurar a longitudinalidade do cuidado na rede e a existência de fluxos assistenciais voltados às necessidades de cuidado deste ciclo de vida.

Quadro Síntese – Diretrizes Operacionais para Avaliação e Diagnóstico de Adultos com TEA no SUS

ETAPA	OBJETIVOS	AÇÕES RESPONSABILIDADES	PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS
Acolhimento e escuta inicial	Identificar demandas, queixas e histórico de desenvolvimento.	Escuta qualificada, observação inicial e registro de sinais sugestivos de TEA.	Atenção Básica, Centros Especializados em Reabilitação (CER), CAPS, ambulatórios especializados.
Avaliação interdisciplinar	Analisar funcionamento global e impacto das dificuldades no cotidiano.	Entrevista clínica, uso de instrumentos padronizados, observação comportamental e relato familiar.	Centros Especializados em Reabilitação (CER), serviços de saúde mental.
Discussão diagnóstica	Integrar informações clínicas e funcionais.	Reunião de equipe, parecer técnico e construção de síntese diagnóstica multiprofissional.	Centros Especializados em Reabilitação (CER), CAPS, serviços de referência em saúde mental.

Devolutiva e orientação ao usuário	Garantir compreensão do diagnóstico e planejamento conjunto do cuidado.	Comunicação clara, acolhimento emocional e elaboração do PTS.	Centros Especializados em Reabilitação (CER), CAPS, Atenção Básica, apoio matricial.
Acompanhamento contínuo	Assegurar suporte terapêutico e inclusão social.	Implementação do PTS, acompanhamento periódico e articulação intersetorial (educação, assistência social, trabalho).	Todos os pontos de atenção da RAS, conforme necessidade do usuário.

A seguir, serão apresentados instrumentos disponíveis no Brasil e que são recomendados para uso nas etapas 1, 2 e 5 do quadro acima.

6.2 Instrumentos de rastreio para adultos com TEA

Os instrumentos utilizados na avaliação do TEA na vida adulta dividem-se, de modo geral, em ferramentas de rastreio e instrumentos diagnósticos. Assim como ocorre na infância, o rastreio constitui etapa inicial do processo avaliativo, não substituindo o diagnóstico clínico, mas funcionando como alerta estruturado para aprofundamento da investigação.

Os instrumentos de rastreio são, em regra, breves, de menor custo e aplicáveis em diferentes contextos assistenciais. Permitem identificar, de forma rápida e ampla, possíveis casos suspeitos sendo especialmente úteis para detecção em larga escala e em contextos com número reduzido de profissionais especializados. Já os instrumentos diagnósticos correspondem ao padrão-ouro para apoio ao diagnóstico clínico. São mais detalhados, exigem maior tempo de aplicação, possuem custo mais elevado e dependem de formação específica do avaliador, sendo particularmente relevantes em situações atípicas ou complexas, nas quais se faz necessário exame aprofundado.

Em ambos os tipos, a escolha do instrumento deve considerar a faixa etária do indivíduo, o custo-benefício e o método de avaliação, que pode ser indireto baseado em autorrelato ou relato de cuidadores e profissionais ou direto, quando envolve observação estruturada do comportamento. Os instrumentos de rastreio, ainda que validados, não têm finalidade diagnóstica; servem para

indicar a necessidade de investigação mais detalhada, mas não para confirmar uma condição complexa como o TEA.

A oferta de instrumentos para avaliação de adultos e idosos com TEA ainda é limitada, embora tenha avançado nos últimos anos, em reconhecimento à importância dessa fase do ciclo vital. No Brasil, para jovens e adultos com suspeita de TEA, há quatro instrumentos com evidências de validade testadas: dois de autorrelato (o Quociente do Espectro do Autismo – 10 Itens e a Escala de Responsividade Social – SRS-2), uma anamnese estruturada destinada à aplicação por profissionais, e um instrumento de observação direta, a Observação Estruturada para Rastreio de Autismo – OERA 9–99.

O Autism Spectrum Quotient – AQ-10 é instrumento breve desenvolvido para avaliar traços associados ao espectro autista. É composto por 10 itens, cada um pontuado de 0 a 1, sendo que pontuações mais altas indicam maior intensidade de características relacionadas ao espectro. A versão original apresenta boa confiabilidade interna e forte correlação com a versão completa AQ-50. No Brasil, encontra-se disponível versão adaptada e validada para o português.

A Escala de Responsividade Social – SRS-2 é questionário destinado a rastrear e quantificar traços associados ao TEA, classificando-os em diferentes níveis de gravidade. Avalia manifestações do TEA por meio de seis domínios: Consciência Social, Cognição Social, Comunicação Social, Motivação Social, Padrões Restritivos e Repetitivos e Comunicação e Interação Social. Contém 65 itens em escala Likert, com aplicação média de 20 minutos. Adaptações brasileiras confirmaram adequadas propriedades psicométricas e sensibilidade para uso no contexto nacional.

Considerando a complexidade e a heterogeneidade das manifestações clínicas do TEA, influenciadas por idade, gênero, nível de suporte e presença de comorbidades, medidas mais objetivas aplicadas por profissionais tornam-se particularmente relevantes, reduzindo vieses relacionados ao autorrelato. Essa diversidade impõe desafios significativos à identificação inicial do quadro por médicos não especialistas, sobretudo em serviços ambulatoriais gerais da rede de saúde, que frequentemente recebem adultos sem diagnóstico formal, com características clínicas mais sutis, uso de estratégias compensatórias e sobreposição com outros transtornos psiquiátricos.

Nesse contexto, destaca-se a entrevista clínica semiestruturada para investigação de TEA em adultos, desenvolvida por equipe multidisciplinar do Ambulatório de Cognição Social Marcos Mercadante (TEAMM-UNIFESP). Organizada a partir dos critérios do DSM-5-TR, contempla comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos ao longo da vida, operacionalizados em 33 subcategorias com perguntas-guia. O instrumento favorece a sistematização da coleta de informações clínicas, preservando a singularidade do indivíduo e de seu contexto sociocultural.

O OERA 9–99 é protocolo estruturado de rastreio desenvolvido para indivíduos a partir de 9 anos, especialmente voltado para jovens e adultos com nível 1 de suporte. Reúne 26 provas (10 específicas e 16 globais), destinadas à observação direta de habilidades sociais e comportamentais. A aplicação dura aproximadamente 20 a 30 minutos, envolve interação entre aplicador e participante e deve ser registrada em vídeo. O material apresenta baixo custo e mostrou boa aceitação entre profissionais, configurando-se como recurso promissor para triagem e apoio ao planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Os instrumentos diagnósticos também desempenham papel fundamental, com função distinta daqueles de rastreio. São considerados referência internacional para apoio ao clínico na confirmação diagnóstica. Entre eles, destacam-se a Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R), entrevista semiestruturada aplicada a pais ou cuidadores, com duração aproximada de duas horas e exigência de certificação específica, e a Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), protocolo semiestruturado de observação direta aplicado por profissionais treinados, reconhecido mundialmente por seus parâmetros de qualidade.

Na dinâmica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), recomenda-se priorizar instrumentos de triagem e avaliação multidisciplinar na maioria das situações. Quando esses procedimentos iniciais não forem suficientes para esclarecimento diagnóstico, podem ser incorporados protocolos especializados. Embora ADI-R e ADOS sejam considerados padrão-ouro, seu uso envolve desafios práticos, como alto custo, necessidade de formação extensa e tempo prolongado de aplicação, devendo ser reservados para casos complexos.

Em síntese, cada instrumento possui especificidades, vantagens e limitações. A combinação de autorrelato, entrevista estruturada, observação direta e julgamento clínico qualificado permite avaliação mais consistente e acessível. Nenhum instrumento deve ser utilizado isoladamente para confirmação diagnóstica. A integração das informações obtidas, articulada à história de vida e ao contexto biopsicossocial do indivíduo, assegura sistematização do processo avaliativo com flexibilidade para adaptação às particularidades de cada caso.

Quadro-síntese – Instrumentos para avaliação de jovens e adultos com suspeita de TEA

INSTRUMENTO	IDADE	TIPO	CARACTERÍSTICAS	CONTEXTO DE APLICAÇÃO
AQ-10	≥ 16 anos	Autorrelato – Rastreio	10 itens; triagem breve de traços autísticos	APS, ambulatorios gerais, RAPS
SRS-2	Jovens e adultos	Autorrelato / Heterorrelato – Rastreio	65 itens; avalia domínios sociais e comportamentais; classifica gravidade	Clínico e educacional
Entrevista Semiestruturada (TEAMM-UNIFESP)	≥ 18 anos	Avaliação clínica estruturada	33 subcategorias baseadas no DSM-5-TR; sistematiza investigação ao longo da vida	Ambulatorios e serviços especializados
OERA 9–99	≥ 9 anos	Observação direta – Rastreio	26 provas; aplicação breve; baixo custo	RAPS, ambulatorios gerais
ADI-R	Jovens e adultos	Diagnóstico – Entrevista estruturada	93 itens; aplicada a familiares; exige certificação	Serviços especializados
ADOS	Jovens e adultos	Diagnóstico – Observação direta	Protocolo internacional; módulos por faixa etária	Serviços especializados

Fonte: Elaboração própria, com base em estudos de validação nacionais e internacionais e publicações originais dos instrumentos.

6.3. Abordagens no cuidado da pessoa adulta e idosa com TEA

Como já mencionado, o Transtorno do Espectro Autista é uma condição do neurodesenvolvimento que acompanha a pessoa ao longo da vida. O cuidado à pessoa adulta e idosa com TEA apresenta desafios particulares, e inclui aspectos como a identificação tardia do TEA em casos não diagnosticados na infância, bem como a presença de comorbidades psiquiátricas ou médicas (ansiedade, depressão, transtornos do sono, questões metabólicas).

Observa-se também que as dificuldades de comunicação social e adaptação a mudanças e os riscos de isolamento social e exclusão, levam à necessidade de planejamento para transição para cuidados de longa duração neste ciclo de vida.

Logo, ao planejar as intervenções terapêuticas para adultos e idosos com TEA, o plano de cuidados deve contemplar:

- Manejo de comorbidades psiquiátricas e médicas;
- Monitoramento de saúde física, prevenção de doenças crônicas e vacinação;
- Aconselhamento sobre sono, alimentação e atividade física;
- Psicoterapia individual ou em grupo, incluindo Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada;
- Treino de habilidades sociais e cognitivas, conforme necessidades do adulto ou idoso.

Além disso, o apoio ocupacional e atividades significativas (trabalho, lazer, voluntariado), os programas de inclusão social e comunitária, as oficinas de autonomia para atividades de vida diária, o apoio a vida familiar, a orientação para cuidadores e planejamento para transição a serviços de longa permanência — quando necessário —, se fazem importantes na abordagem no cuidado ao adulto e idoso com TEA.

Os recursos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA), aplicativos e ferramentas digitais para organização, memória e socialização, bem como adaptações ambientais em casa ou em instituições para minimizar sobrecarga sensorial, também podem ser ferramentas importantes no processo terapêutico e fomentam a autonomia e inclusão das pessoas com TEA.

6.4. Sentimentos, emoções e comportamento na vida adulta/idosa com TEA

Na vida adulta, a autonomia e a inserção social e profissional tornam-se prioridades. A dificuldade na regulação emocional pode afetar a manutenção das relações sociais e o desempenho no trabalho. Muitos adultos autistas relatam solidão e dificuldades em manter relacionamentos íntimos. Comumente eles desenvolvem estratégias compensatórias para lidar com os desafios de autorregulação emocional, em especial, em contextos dinâmicos de interação e

comunicação social. Geralmente alguns mantêm comportamentos rígidos, rotinas fixas e hipersensibilidade sensorial.

A autonomia pode ser parcial ou total, dependendo do suporte recebido e das comorbidades associadas. Na vida adulta espera-se um maior equilíbrio emocional e uma maior habilidade de lidar com frustrações, empatia e tomada de decisões éticas. A inteligência emocional (consciência e regulação das emoções) se torna essencial nas relações e no trabalho.

Recomenda-se um Projeto Terapêutico Singular atento ao desenvolvimento da autoconfiança, a gestão da ansiedade e a adaptação a ambientes estruturados. Torna-se necessário o acompanhamento duradouro com o profissional de referência, especialmente para questões como ansiedade, depressão e *burnout*.

Sugere-se a criação de programas de inclusão acadêmica ou no mercado de trabalho, com suporte adequado e com incentivo à construção de uma rede de apoio social que promova pertencimento e participação ativa na sociedade. A inclusão e o respeito à neurodiversidade são elementos chave para garantir qualidade de vida dos adultos autistas.

Por sua vez, o envelhecimento de pessoas autistas é um campo ainda pouco explorado, mas sabe-se que os desafios emocionais podem persistir, ou até intensificar-se, devido à perda de rotinas e cognitivas. O apoio contínuo, um ambiente previsível e atividades que promovam o bem-estar emocional são essenciais nesta etapa da vida.

O suporte ideal para pessoas com TEA é individualizado, contínuo e multidisciplinar, considerando as mudanças de necessidades ao longo da vida. A família, a escola, os profissionais de diferentes áreas e a sociedade como um todo têm papéis complementares e fundamentais. A promoção da autonomia, inclusão e bem-estar emocional deve ser o foco central em todas as fases da vida.

7. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA ENTRE PESSOA COM TEA, FAMÍLIA E REDE DE ATENÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se como processo dinâmico de organização e gestão do cuidado, construído de forma compartilhada a partir das necessidades, potencialidades, projetos de vida e contexto territorial da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e de sua família. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como estratégia estruturante para a efetivação da integralidade da atenção e para a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Conforme orienta o Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, publicado pelo Ministério da Saúde, o PTS deve ser compreendido como ferramenta de gestão do cuidado que articula ações interprofissionais, pactua responsabilidades e organiza intervenções de forma integrada e contínua, assegurando corresponsabilização entre equipes, usuários e familiares.

O PTS fundamenta-se na definição de profissional ou equipe de referência, responsável pela coordenação do cuidado, articulação entre os diferentes pontos da RAS e acompanhamento longitudinal do usuário. As metas terapêuticas devem ser pactuadas com a pessoa com TEA e sua família, com definição clara de responsabilidades, prazos e estratégias de monitoramento.

São diretrizes estruturantes do PTS:

- Reconhecimento da singularidade e da diversidade das trajetórias de vida;
- Integralidade das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- Interdisciplinaridade e atuação colaborativa entre profissionais;
- Coordenação do cuidado e articulação entre os diferentes pontos da RAS;
- Participação ativa da pessoa com TEA nas decisões relativas ao seu cuidado, respeitando-se sua autonomia e capacidade de autodeterminação.

A construção do PTS deve contemplar ações desenvolvidas nos serviços de saúde e no território, considerando redes de apoio formais e informais, bem

como articulações intersetoriais nas áreas da assistência social, educação, cultura, esporte, trabalho e direitos humanos. O planejamento terapêutico deve integrar dimensões clínicas, psicossociais e funcionais, em perspectiva biopsicossocial.

O PTS deve ser sistematicamente monitorado e reavaliado, considerando as mudanças no ciclo de vida, as condições clínicas e psicossociais e as transformações no contexto territorial. A revisão periódica assegura a atualização das metas pactuadas e o fortalecimento do vínculo longitudinal, elemento central para a continuidade e a resolutividade do cuidado.

Estratégias de saúde digital e telessaúde podem ser incorporadas como ferramentas complementares de apoio à coordenação do cuidado e ao acompanhamento longitudinal, especialmente em territórios com barreiras geográficas e logísticas. A utilização dessas tecnologias deve observar os princípios da equidade, confidencialidade e qualidade assistencial, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a promoção da integralidade no SUS.

Para assegurar que o PTS se configure como instrumento efetivo de produção de cuidado e não apenas como registro formal devem ser garantidos:

- Espaços sistemáticos de discussão de caso e planejamento interprofissional;
- Apoio matricial entre equipes de referência e equipes especializadas;
- Definição clara de responsável pelo acompanhamento do PTS;
- Pactuação de metas factíveis e avaliáveis;
- Registro qualificado e acompanhamento contínuo das intervenções.

ETAPA	SÍNTESE OPERACIONAL
1. Avaliação Ampliada	Análise compartilhada das necessidades, contexto de vida, redes de apoio e prioridades da pessoa com TEA.
2. Pactuação de Metas	Definição conjunta de objetivos terapêuticos de curto, médio e longo prazo.
3. Definição de Responsabilidades	Indicação de profissional/equipe de referência e corresponsabilização entre os pontos da RAS.
4. Monitoramento e Reavaliação	Acompanhamento contínuo e revisão periódica das metas pactuadas.

Fonte: Elaboração própria, com base no *Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, Ministério da Saúde.

PRINCÍPIOS	AÇÕES / COMPONENTES	RESULTADOS ESPERADOS
Integralidade e Singularidade	Construção do cuidado a partir das necessidades reais da pessoa e sua família, considerando rotinas, contexto cultural e identitário.	Planos individualizados que respeitem a diversidade e promovam inclusão.
Participação e Autonomia	Elaboração compartilhada entre equipes de saúde, pessoa com TEA, familiares e cuidadores.	Fortalecimento da autonomia e do protagonismo no cuidado.
Revisão Sistemática	Atualização periódica do PTS, considerando projetos de vida, redes de apoio e relações sociais.	Acompanhamento contínuo, adaptado às mudanças e necessidades.
Atenção Multiprofissional e Matricial	Atuação conjunta das equipes de referência e apoio matricial na Rede de Atenção à Saúde.	Cuidado articulado, interdisciplinar e resolutivo.
Saúde Digital e Telessaúde	Inclusão de ferramentas digitais e telessaúde, sobretudo em áreas de difícil acesso.	Ampliação do acesso, continuidade do cuidado e equidade no SUS.

Fonte: Elaboração própria, com base no *Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, Ministério da Saúde.

O Projeto Terapêutico Singular consolida-se, assim, como instrumento estratégico para a integralidade, coordenação e humanização do cuidado no SUS, reafirmando o compromisso institucional com a autonomia, a inclusão social e a garantia de direitos das pessoas com TEA, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Para aprofundamento metodológico e orientações operacionais detalhadas sobre a implementação do PTS na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, recomenda-se a consulta ao *Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, publicado pelo Ministério da Saúde.

7.1. Apoio matricial e transição do cuidado

O matriciamento (ou apoio matricial) deve ser entendido como uma estratégia estruturante para a organização da Rede de Atenção à Saúde, ao promover o cuidado compartilhado entre equipes de diferentes níveis de atenção ou de outros núcleos profissionais. O objetivo principal é assegurar retaguarda especializada à equipe de referência tanto no campo assistencial quanto no suporte técnico-pedagógico.

É importante ressaltar que o apoio matricial é uma metodologia para a gestão do trabalho interprofissional que deve romper com a lógica hierárquica e meramente burocrática dos encaminhamentos dos usuários na rede de saúde, valorizando o conhecimento territorial acumulado pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e a experiência técnica dos serviços especializados.

O apoio matricial busca a construção de um espaço que promova o diálogo e compartilhamento de saberes entre profissionais de referência e apoiadores especializados. Cabe aos gestores e profissionais garantirem que o matriciamento seja efetivamente implementado como dispositivo de apoio, tendo em vista a ampliação da resolutividade da APS e a integralidade do cuidado. Dessa forma, a articulação entre equipe de referência e apoiadores matriciais pode se dar das seguintes formas:

- a) interconsulta e/ou intervenções conjuntas entre o especialista matricial e profissionais da equipe de referência;
- b) quando houver necessidade de atenção específica do núcleo do apoiador matricial, este poderá programar atendimentos ou intervenções especializadas sob sua responsabilidade. Mesmo assim, a equipe de referência permanece envolvida com o caso, buscando estabelecer uma forma de acompanhamento que complemente e esteja em sintonia com o cuidado prestado diretamente pelo apoiador.
- c) o matriciamento também pode se limitar à troca de saberes e orientações entre o apoiador especializado e a equipe, incluindo discussões sobre mudanças na avaliação do caso e a revisão de condutas previamente adotadas. Ainda assim, a longitudinalidade do caso continua sob responsabilidade da equipe de referência.

Ressalta-se que o matriciamento requer um plano terapêutico singular (PTS) integrado, e que as responsabilidades da equipe de referência e equipe matricial não são segregadas, mas sim compartilhadas e bem estabelecidas. Nesse sentido, é importante destacar que o PTS é essencial para garantir que as intervenções em saúde sejam adaptadas às necessidades específicas dos usuários, a fim de favorecer um processo de reabilitação humanizado e articulado com a rede.

Além disso, a organização do trabalho na área da saúde por meio do apoio matricial promove a implementação da cogestão no dia a dia dos serviços, ao criar ambientes que permitem refletir sobre o processo de trabalho e viabilizam a mudança das práticas hegemônicas.

Recomenda-se que os serviços de saúde estabeleçam fluxos e protocolos que assegurem a continuidade, a integralidade e a segurança do cuidado, fortalecendo a interprofissionalidade colaborativa, a articulação intersetorial e a longitudinalidade do acompanhamento dos usuários.

8. MANEJO FARMACOLÓGICO DOS SINTOMAS ACESSÓRIOS DO TEA

Frequentemente, pessoas com TEA são encaminhadas aos serviços das redes de atenção (RCPCD ou RAPS) que contam com médicos psiquiatras ou neurologistas, em busca de prescrições de psicofármacos para lidar com uma variedade de dificuldades.

Este capítulo apresenta informações seguras e acessíveis para que esse componente do Projeto Terapêutico Singular (PTS) seja colocado em prática de forma alinhada aos princípios deste guia e às demais ações propostas.

A abordagem medicamentosa nunca deve ser conduzida de forma isolada. A prescrição de medicamentos como única estratégia terapêutica representa uma falha na estruturação do PTS. É essencial garantir que os dispositivos centrais do cuidado — como abordagens sensoriais, psicoterapias e apoio aos cuidadores — estejam ativos e articulados, bem como a participação da pessoa com TEA e cuidadores no processo de tomada de decisão para adesão à terapia medicamentosa.

Este guia prioriza os medicamentos listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Estados e municípios podem incluir outras substâncias em suas listas locais, por isso é importante que cada profissional conheça os medicamentos disponíveis em sua região.

Embora seja comum ouvir falar em “medicamentos para autismo”, a escolha dos psicofármacos raramente se baseia no diagnóstico em si (CID), mas sim nos sintomas-alvo — como insônia, alterações de humor, ansiedade ou alterações de apetite. Esses sintomas devem ser compreendidos dentro do contexto da vida da pessoa, considerando tempo, espaço e relações. Quanto mais clara for essa compreensão, mais segura será a indicação medicamentosa.

Até o momento, não há medicamentos que atuem diretamente sobre os sintomas centrais do TEA, como dificuldades na comunicação social ou comportamentos repetitivos. Os medicamentos disponíveis têm como foco sintomas associados ou comorbidades.

Alguns sintomas podem ser processuais, ou seja, não são respostas imediatas a eventos, mas sim manifestações que se desenvolvem ao longo do

tempo. Um exemplo é o uso de medicamentos para reduzir o risco de recorrência de sintomas depressivos.

É importante evitar transformar cada sintoma em um novo diagnóstico. A prática de acumular comorbidades pode confundir mais do que ajudar. O foco deve estar na pessoa e nos sintomas que interferem em sua vida, e não em rótulos diagnósticos. Um diagnóstico ampliado, com uma lista clara de sintomas-alvo, pode ajudar a racionalizar e simplificar as decisões terapêuticas.

As evidências disponíveis sobre o uso de psicofármacos no TEA ainda são limitadas. A maioria dos estudos aponta resultados modestos ou inconclusivos. Por isso, cada profissional deve equilibrar as evidências científicas com sua experiência clínica e o diálogo com outros profissionais.

8.1. Comportamento agressivo ou agitado

Esse é um dos sintomas mais frequentemente relatados e pode impactar a aprendizagem, a convivência social, a saúde e a qualidade de vida da pessoa com TEA, além de aumentar a sobrecarga das cuidadoras. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre o tema recomenda que, antes de iniciar qualquer tratamento medicamentoso, sejam investigadas e abordadas possíveis causas do comportamento.

Assim, o ideal é que o tratamento medicamentoso seja sempre combinado com intervenções não medicamentosas. O medicamento deve ser um complemento, e não a principal forma de cuidado.

Os antipsicóticos de segunda geração são os mais utilizados nesses casos.

As diretrizes recomendam:

- Não utilizar antipsicóticos como primeira opção para comportamentos desafiadores;
- Não utilizar antipsicóticos para tratar sintomas centrais do TEA;
- Considerar o uso apenas quando outras intervenções não surtiram efeito, houver risco para a pessoa ou para terceiros, ou o comportamento estiver dificultando a adesão a outras terapias.

Ao iniciar o uso de antipsicóticos é importante:

- Definir claramente o comportamento-alvo;
- Começar com dose baixa e usar a menor dose eficaz;

- Monitorar a resposta terapêutica e os efeitos adversos;
- Reavaliar após 3 a 4 semanas e interromper se não houver melhora significativa após 6 semanas;
- Discutir riscos e benefícios com a pessoa, familiares ou cuidadores.

O uso de psicofármacos deve ser entendido como apoio, e não como base do cuidado. O período de uso da medicação deve ser aproveitado para fortalecer outras abordagens terapêuticas. O uso prolongado e isolado tende a gerar dependência e desgaste

A risperidona é o fármaco mais indicado para o tratamento de sintomas de agressão e irritabilidade. A risperidona está disponível na RENAME mediante solicitação específica. É importante orientar a pessoa e seus cuidadores sobre os critérios de acesso.

Este psicofármaco pode causar ganho de peso e aumento da prolactina, exigindo atenção clínica. A decisão de interromper o uso da risperidona deve ser compartilhada e baseada na avaliação dos riscos e benefícios. Recomenda-se uma retirada gradual entre 6 e 12 meses, com reavaliação posterior.

O uso da risperidona deve ser suspenso quando:

- Não houver resposta significativa após 6 semanas na dose máxima;
- A pessoa estiver gestante ou amamentando;
- Houver ganho excessivo de peso ou sintomas extrapiramidais;
- Houver aumento de prolactina com sintomas clínicos (galactorreia, alterações menstruais, libido);
- Houver neutropenia grave.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo

Para mais informações acerca da posologia e outras providências, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. (colocar hiperlink do pcdt: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portal-portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf/@download/file)

8.2. Insônia

O cuidado com o sono em pessoas com TEA deve começar com intervenções comportamentais. O momento de dormir deve ser compreendido como resultado de uma preparação que envolve ambiente, rotina, estímulos e contexto emocional. Estratégias como rituais de relaxamento (banho morno, leitura), redução de estímulos (luz, ruído, telas) e organização do ambiente são fundamentais.

O uso de medicamentos deve ser considerado apenas como complemento a essas medidas. A melatonina tem mostrado bons resultados na redução do tempo para iniciar o sono e no aumento da duração total do sono, embora não tenha impacto significativo nos despertares noturnos.

No Brasil, a melatonina é regulamentada apenas como suplemento alimentar para pessoas com 19 anos ou mais, com dose máxima de 0,21 mg por dia. Seu uso é contraindicado para gestantes, lactantes, crianças e pessoas que realizam atividades que exigem atenção constante.

8.3. Sintomas emocionais e internalizantes

É importante reforçar que não há medicamentos com eficácia comprovada para tratar sintomas centrais do TEA. A prescrição de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como a fluoxetina, com o objetivo de reduzir comportamentos repetitivos ou interesses restritos, não é respaldada por evidências robustas. Há, inclusive, estudos que apontam para o risco de piora de sintomas comportamentais com o uso prolongado desses medicamentos.

Por outro lado, pessoas com TEA podem apresentar sintomas de ansiedade e depressão com maior frequência do que a população geral. Nesses casos, a fluoxetina é o ISRS mais estudado e pode ser considerada como opção terapêutica, especialmente em adultos com menor complexidade clínica, e está preconizado na RENAME.

A decisão de prescrição deve sempre estar baseada em uma avaliação cuidadosa do sintoma-alvo. Se o objetivo for tratar sintomas emocionais bem definidos, a medicação pode ser útil. Mas se a intenção for modificar traços centrais do TEA, a recomendação é evitar o uso de psicofármacos.

8.4. Sintomas relacionados à hiperatividade

Sintomas como hiperatividade, impulsividade e desatenção são comuns em pessoas com TEA. O metilfenidato é uma das substâncias com evidência de eficácia para esses sintomas, especialmente em tarefas que exigem atenção sustentada, seletiva e controle da impulsividade.

Os efeitos adversos mais frequentes incluem perda de apetite, insônia e agitação. A resposta ao medicamento costuma ser proporcional à dose, o que exige ajustes cuidadosos, especialmente em pessoas com maior complexidade clínica ou com suporte limitado. A introdução do metilfenidato deve ser feita de forma gradual, com monitoramento próximo dos efeitos desejados e indesejados.

Em suma, ao decidir conjuntamente com a pessoa com TEA, seus familiares e/ou cuidadores pela adesão à terapia medicamentosa, considere:

- Compreender que a terapia medicamentosa deve ser um complemento ao cuidado, e não a principal forma de tratamento, sendo esta articulada com outros elementos do PTS;
- Tornar claro para a pessoa com TEA, familiares e/ou cuidadores as informações adequadas quanto ao alcance, benefícios e limites do tratamento medicamentoso;
- Monitorar e reavaliar periodicamente de forma conjunta o uso dos psicofármacos e priorizar estratégias não-farmacológicas.

9. ATENÇÃO À CRISE

As situações de crise envolvendo pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) representam um desafio relevante na Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois exigem respostas articuladas, interdisciplinares e sensíveis às características individuais. As crises podem manifestar-se como desorganização emocional intensa (meltdown), retraimento abrupto ou bloqueio responsivo (shutdown), colapso sensorial, tentativas de fuga ou comportamentos auto ou heteroagressivos, constituindo respostas a sobrecargas emocionais, cognitivas ou sensoriais. Tais episódios não devem ser interpretados automaticamente como quadros psiquiátricos agudos. Compreender a natureza da crise e identificar gatilhos é fundamental para orientar intervenções adequadas, seguras e alinhadas aos princípios do SUS.

O cuidado está amparado por dispositivos legais que asseguram direitos, acesso universal e atenção integral, incluindo a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), a Portaria nº 2.048/2002, a Portaria nº 3.088/2011, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Esses marcos orientam a organização de práticas éticas, humanizadas e integradas à rede.

A atenção à crise deve ser guiada pelos princípios constitutivos do SUS — universalidade, integralidade e equidade — e sustentada por acolhimento com escuta qualificada, ambiente sensorialmente seguro, preservação da autonomia, participação familiar e articulação entre pontos de atenção. Durante o acolhimento, é essencial evitar toques não consentidos, manter tom de voz calmo, permitir a presença de pessoa de confiança e avaliar riscos clínicos. O manejo clínico deve priorizar abordagens não coercitivas e comunicação adaptada. Contenções físicas ou químicas somente devem ser utilizadas em risco iminente, com registro detalhado e interrupção imediata quando cessar a justificativa clínica.

O acolhimento constitui o primeiro recurso terapêutico. A comunicação deve ser objetiva, pausada e conduzida por um profissional de referência, com ambiente minimamente estimulante. No meltdown, recomenda-se uso de frases curtas e pistas visuais. No shutdown, a equipe deve respeitar o tempo de

processamento e reduzir demandas comunicativas. A adequação do ambiente — redução de ruídos, luminosidade e circulação de pessoas — é parte essencial da intervenção. A avaliação deve considerar causas médicas não verbalizadas, como dor, infecções, distúrbios gastrointestinais, alterações metabólicas ou reações adversas a medicamentos, devendo a investigação clínica ocorrer paralelamente à análise comportamental e sensorial.

A avaliação clínica e ambiental deve integrar análise de risco, identificação de fatores desencadeantes e adequação ambiental. Condições médicas subjacentes podem precipitar crises, exigindo anamnese dirigida, exame físico e exames complementares quando necessários. Elementos contextuais, como mudanças abruptas na rotina, conflitos ou eventos traumáticos, também devem ser investigados. A articulação entre análise clínica, comportamental e ambiental orienta condutas seguras e efetivas.

O manejo clínico prioriza intervenções proporcionais à gravidade e baseadas na avaliação objetiva do risco, considerando auto ou heteroagressão, fuga e risco clínico imediato. A contenção, física ou medicamentosa, é medida de última escolha, restrita a risco iminente, devendo ser executada por equipe treinada, monitorada continuamente e registrada de forma completa. O suporte medicamentoso deve ser criterioso, considerando histórico e potenciais efeitos adversos. O registro clínico deve ser preciso e incluir avaliação de risco, intervenções, resposta e acionamento da rede.

Etapa / Serviço	Ação principal	Responsável / Equipe	Objetivo e condutas essenciais	Desfecho esperado / Encaminhamento
1. Acionamento do SAMU 192	Solicitação de socorro devido à crise (agitação psicomotora, auto/heteroagressividade, fuga, risco físico ou emocional grave).	Familiar, cuidador, equipe da RAS, escola ou comunidade.	- SAMU realiza escuta qualificada e orienta medidas imediatas de segurança. - Aciona outros pontos da RAS conforme gravidade. - Mantém comunicação com	O Transporte seguro até o serviço de urgência (UPA, hospital de referência ou CAPSi).

			o ponto de atenção de referência.	
2. Atendimento pré-hospitalar (SAMU)	Intervenção inicial no território.	Equipe do SAMU (médico/regulador, enfermeiro, condutor).	- Avaliar nível de consciência e segurança. - Priorizar abordagem não coercitiva. - Usar contenção mecânica apenas em risco iminente.	Estabilização e transporte para unidade de referência.
3. Acolhimento em unidade de urgência	Atendimento clínico inicial e avaliação da crise.	Equipe multiprofissional	- Garantir ambiente tranquilo. - Avaliar causas médicas, psiquiátricas e ambientais. - Acionar referente da RAPS do território.	Alta com plano de continuidade ou internação quando risco persiste.
4. Articulação com outros pontos da RAS	Comunicação do caso e continuidade do cuidado.	UBS, CER, CAPSi ou CAPS II/III/IV.	- Avaliar necessidade de intervenção intensiva. - Planejar ações pós-crise. - Incluir o caso no matriciamento da APS.	Retorno gradual ao território com acompanhamento próximo.
5. Retomada do cuidado no território	Acompanhamento após estabilização da crise.	Equipe da RAS	- Reavaliação clínica e revisão do PTS. - Suporte à família e à escola. - Identificação de fatores desencadeantes.	Manutenção do cuidado longitudinal e prevenção de novas crises.
6. Gestão e vigilância do caso	Monitoramento da rede e registro no SISAB / e-SUS.	Coordenação RAS.	- Registrar episódio e trajetória do cuidado. - Promover discussão de caso em equipe matricial.	Continuidade do cuidado integral, com plano preventivo definido.

O percurso assistencial geralmente se inicia no acionamento do SAMU 192, que realiza escuta qualificada e define condutas imediatas. No atendimento pré-hospitalar, a equipe busca estabilização inicial, redução de estímulos e transporte seguro. Na UPA ou pronto-socorro hospitalar, realiza-se avaliação

ampliada para identificar fatores clínicos, emocionais e ambientais relacionados ao episódio. A articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Atenção Primária à Saúde (APS), Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ocorrer ainda durante o atendimento, assegurando continuidade após a estabilização. Os CAPS também atuam como porta aberta de urgência, sendo o CAPSi (infanto-juvenil), quando presente no município, a unidade mais indicada para o atendimento especializado de crianças com TEA.

A referência e a contrarreferência são essenciais para evitar fragmentação do cuidado. A contrarreferência deve indicar qual serviço — CAPS, APS, CER, ambulatório especializado ou outro ponto da rede — assumirá a continuidade, garantindo acompanhamento longitudinal, vigilância de riscos e estratégias de prevenção de novas crises. A comunicação deve ser tempestiva e estruturada, possibilitando elaboração ou atualização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), quando indicado.

Após a crise, a continuidade do cuidado é fundamental para reduzir recorrências e ampliar funcionalidade. A Atenção Domiciliar (PMeC) é indicada para usuários em AD2 ou AD3 que necessitam acompanhamento multiprofissional em frequência elevada e intensiva, com visitas mínimas semanais e reavaliação periódica. O PMeC favorece estabilização clínica, prevenção de complicações e suporte à família, preparando transições adequadas dentro da rede. A alta ocorre quando há redução da complexidade ou quando a reabilitação é mais apropriada em ambiente ambulatorial.

A reabilitação ambulatorial é indicada para usuários clinicamente estáveis e capazes de se deslocar, sendo ofertada nos CER, ambulatórios especializados ou na APS, com foco em funcionalidade, autonomia e participação social. Protocolos específicos definem frequência e modalidades terapêuticas. A transição do PMeC para serviços ambulatoriais deve ocorrer quando a condição clínica permitir, evitando permanência injustificada no cuidado domiciliar.

10. MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DA CRISE

Pessoas no espectro do autismo percebem, comunicam e se relacionam com o mundo de maneiras singulares. Essas formas não representam falhas, mas diferenças que, em contextos pouco acolhedores, inacessíveis ou hostis, podem se tornar desafiadoras.

O cuidado com indivíduos com TEA, especialmente em momentos de crise, requer escuta qualificada e ações que respeitem seus modos próprios de existir. O objetivo é construir condições para que sejam compreendidos, acolhidos e respeitados em sua integralidade. É importante que antes de se realizar uma intervenção em crise meramente medicamentosa, que sejam consideradas outras abordagens. Isso implica ir além do diagnóstico formal e evitar a naturalização das crises como algo “inerente ao quadro clínico”.

As crises, muitas vezes, são respostas intensas e legítimas a sobrecargas emocionais, sensoriais ou sociais. Não devem ser vistas como ruídos a serem eliminados, mas como expressões de transbordamento e pedidos de ajuda — mesmo que não venham por meio da linguagem verbal ou de formas convencionais de comunicação. Elas podem estar ligadas tanto a experiências negativas (como frustrações ou dificuldades de comunicação) quanto a eventos positivos muito esperados (como festas ou shows). Essas crises impactam não apenas à pessoa com TEA, mas também as pessoas ao redor, como cuidadores e profissionais da educação ou da saúde.

Este capítulo se baseia em relatos de crianças e adolescentes ouvidos por Jasmine Phung (2021), que compartilham experiências de colapso emocional e sensorial. A pergunta norteadora da pesquisa foi: “O que eu queria que você soubesse”.

Os participantes destacaram que sentem com o corpo inteiro — “em meu corpo, em minha mente e em meu coração”. Trata-se de vivências complexas de sobrecarga, frustração, confusão e exaustão emocional.

Duas expressões comuns desses estados são conhecidas como *meltdown* e *shutdown*. Esses termos, originados na própria comunidade autista, descrevem experiências internas complexas, não como categorias clínicas fixas, mas como formas de expressão. Segue abaixo a descrição desses termos.

Meltdown:

- Explosão emocional e física diante da incapacidade de lidar com estímulos ou pressões acumuladas;
- Pode envolver gritos, choro, correr, se jogar no chão, quebrar objetos ou comportamentos auto ou heteroagressivos;
- Representa tentativa de alívio de sofrimento intenso, não desobediência.
- Sintomas físicos relatados: calor, tensão muscular, respiração ofegante, visão turva;
- Sintomas emocionais: raiva, vergonha, desânimo;
- Observação: participantes compararam a experiência a um “passeio de destruição”

Shutdown

- Consiste em “desligamento”, com redução da comunicação verbal, evitação de contato visual, aparente distanciamento e dificuldade de expressão ou ação;
- Estratégia de autoproteção diante da sobrecarga ambiental, podendo ser confundido com apatia ou indiferença.
- Inércia e burnout (BIMS);
- Estados de exaustão ou congelamento, com dificuldade de iniciar ou concluir tarefas;
- Frequentemente interpretados equivocadamente como preguiça ou desinteresse;
- Descrições incluem metáforas como “estar debaixo de um cobertor de 200 quilos” ou “um computador velho tentando abrir o navegador”.

No quadro abaixo, estão descritos os fatores agravantes das crises

Categoria	Fatores/Atitudes que Intensificam Crises	Descrição
Aspectos Ambientais e de Rotina	- Sobrecarga de tarefas - Mudanças inesperadas	Excesso de demandas ou alterações bruscas na rotina podem gerar ansiedade, confusão e perda do controle emocional.
Aspectos Sensoriais	- Superestimulação sensorial (luzes fortes, ruídos, toques, cheiros intensos)	A exposição a estímulos sensoriais intensos ou desorganizados pode desencadear crises.
Atitudes de Adultos	- Pressões e repreensões - Tom agressivo - Desvalorização dos sentimentos	A falta de acolhimento e empatia pode ampliar o sofrimento emocional e dificultar a recuperação da autorregulação.

10.1 O que fazer como estratégia de enfrentamento

As estratégias mais eficazes são individualizadas e construídas a partir da observação atenta das singularidades, necessidades e respostas de cada pessoa. Assim, em momentos de crise, o profissional de saúde pode incluir no plano de cuidados da pessoa com TEA as seguintes estratégias:

- Presença de pessoas de confiança;
- Conversas sobre interesses pessoais;
- Uso de música com fones de ouvido;
- a) Atividades lúdicas que possam usar a imaginação de “lugares” ou “situações seguras”;
- Respeito ao desejo de contato físico ou à necessidade de silêncio e espaço.

Regulação Colaborativa

A regulação colaborativa é o processo construído entre a pessoa e os cuidadores de referência que deve envolver:

- Planejamento de estratégias negociadas e respeitadas;
- Consideração de limites;
- Preferências e formas de comunicação da pessoa;
- Abordagem centrada na dignidade e singularidade, sem culpabilizar ou patologizar comportamentos.

Por fim, é importante ressaltar que o papel do profissional é **compreender e apoiar** a pessoa com TEA, para isso, algumas medidas são fundamentais, como garantir a sua segurança física e emocional, reduzir o excesso de estímulos do ambiente e permitir que ela recupere o controle em seu próprio ritmo, respeitando seus limites e necessidades individuais.

A crise não reside na pessoa, mas na relação com um ambiente que falhou em oferecer condições adequadas de participação e bem-estar. A atuação profissional baseada na compreensão, acolhimento e respeito à singularidade preserva a dignidade, promove segurança e fortalece a participação efetiva de pessoas com TEA.

11. ESPECIFICIDADES DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NAS REDES TEMÁTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O cuidado à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) requer articulação permanente entre os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a complexidade e a multidimensionalidade de suas necessidades de saúde. A efetiva implementação da Linha de Cuidado para Pessoas com TEA constitui diretriz estratégica para a organização desse cuidado, orientando fluxos assistenciais, responsabilidades sanitárias e mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção.

A Linha de Cuidado estabelece parâmetros para o acompanhamento longitudinal, a definição de referências assistenciais e a garantia da integralidade, devendo ser operacionalizada nos territórios por meio da articulação entre as redes temáticas, da pactuação intergestores e da organização dos processos de trabalho das equipes. Sua implementação qualificada é condição essencial para evitar fragmentação do cuidado, sobreposição de intervenções e descontinuidade assistencial.

A consolidação da Linha de Cuidado no âmbito local pressupõe a incorporação de seus princípios às rotinas assistenciais, à regulação do acesso, aos instrumentos de planejamento e aos mecanismos de monitoramento e avaliação. Tal processo demanda corresponsabilização das gestões estaduais e municipais, fortalecimento da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e integração efetiva entre os componentes especializados da rede. A implementação não se limita à formalização de fluxos, mas requer qualificação permanente das equipes, definição de referências técnicas e acompanhamento sistemático dos resultados assistenciais.

Nesse contexto, a organização do itinerário terapêutico da pessoa com TEA deve assegurar continuidade nos distintos níveis de complexidade, integrando intervenções realizadas em situações agudas ao acompanhamento longitudinal. A seguir, são apresentadas as especificidades dos principais pontos de atenção envolvidos na resposta às crises associadas ao TEA, com ênfase na

qualificação do cuidado e na integração interserviços, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos na Linha de Cuidado.

11.1 Atuação da Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa) como componente transitório da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com TEA

A Atenção Domiciliar (AD) constitui modalidade assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada pela oferta de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e promoção da saúde no domicílio. Essa estratégia contribui para a integralidade da atenção ao articular-se com os demais pontos da rede, favorecendo continuidade assistencial e qualificação do cuidado no território.

No âmbito da atenção especializada, a AD é operacionalizada por meio do Programa Melhor em Casa (PMeC), destinado a usuários em situações agudas, crônico-agudizadas ou de maior complexidade clínica e funcional, tanto no período pré quanto pós-hospitalar. O Programa atua como dispositivo estratégico na transição do cuidado, contribuindo para a desospitalização responsável, para a humanização da assistência e para a ampliação da resolutividade da rede. Sua execução ocorre por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio – Reabilitação (EMAP-R).

A Atenção Domiciliar organiza-se nas modalidades AD1, AD2 e AD3. A AD1 é vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto as modalidades AD2 e AD3 destinam-se a usuários com maior complexidade clínica e necessidade de acompanhamento interprofissional intensivo e frequente, constituindo os critérios de elegibilidade para o PMeC.

Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) poderão ser admitidas no Programa quando, independentemente do diagnóstico de base, apresentarem necessidades clínicas e funcionais compatíveis com os critérios estabelecidos para as modalidades AD2 ou AD3, especialmente quando houver demanda por cuidado multiprofissional frequente e estruturado. A permanência

está condicionada à manutenção desses critérios, sendo obrigatória a reavaliação periódica.

A atuação do PMeC, no caso das pessoas com TEA, caracteriza-se como componente transitório da RAS, com critérios definidos de admissão, acompanhamento e alta. O cuidado é estruturado por meio de visitas regulares, com frequência mínima superior a uma vez por semana, realizadas por equipe multiprofissional e orientadas por Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS deverá contemplar metas voltadas à estabilização clínica, à reabilitação funcional inicial, à prevenção de agravos e ao suporte às famílias e cuidadores.

A alta do Programa deve ocorrer quando atingidas as metas assistenciais ou quando houver redução da complexidade que motivou a admissão, com referenciamento formal ao ponto da RAS mais adequado ao perfil assistencial do usuário. A transição do cuidado entre os serviços deve ser realizada de forma articulada e contínua, assegurando atualização do PTS e comunicação estruturada entre as equipes envolvidas, de modo a evitar descontinuidade assistencial.

11.1.2 Critérios de alta da Atenção Domiciliar e referência a outros pontos da RAS

A alta da Atenção Domiciliar no âmbito do Programa Melhor em Casa (PMeC), para pessoas com TEA, deverá ocorrer quando houver redução da complexidade clínica e funcional que fundamentou a admissão nas modalidades AD2 ou AD3, observando-se critérios técnicos objetivos e reavaliação multiprofissional.

A referência a outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deverá ser realizada quando verificada uma das seguintes condições:

a) Redução da complexidade do cuidado: Caracteriza-se pela transição da modalidade AD2 ou AD3 para AD1, ou pela diminuição da necessidade de intervenções multiprofissionais para frequência inferior à mínima estabelecida pelo PMeC. Nesses casos, o acompanhamento deverá ser transferido para a Atenção Primária à Saúde (APS) ou, quando indicado,

para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), conforme o perfil assistencial e as necessidades predominantes.

b) Condições clínico-funcionais: A transição do cuidado intensivo domiciliar para outros pontos da RAS deverá ocorrer mediante comprovação de estabilidade clínica, evidenciada pelo alcance das metas estabelecidas no Projeto Terapêutico Singular (PTS), pelo controle de comorbidades previamente descompensadas ou pela redução dos riscos clínicos que justificaram a inclusão na modalidade especializada.

Deverá ser considerada, de forma complementar, a evolução da condição funcional, especialmente quando o usuário alcançar nível de autonomia que permita continuidade da reabilitação em serviços ambulatoriais ou maior participação em atividades comunitárias. A avaliação funcional poderá ser subsidiada por instrumentos técnicos reconhecidos, incluindo referenciais da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), quando aplicável, com vistas à definição do ponto da RAS mais adequado, como APS, Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou outros serviços especializados.

d) Reinserção comunitária: Configura-se quando o usuário apresentar condições de retomar atividades sociais, educacionais ou ocupacionais com suporte regular da APS e, quando necessário, da RAPS, não se justificando a manutenção do cuidado domiciliar intensivo.

A alta do PMeC deve ser compreendida como transição assistencial planejada, e não como desligamento do usuário do SUS. Para assegurar continuidade da linha de cuidado, a transição deverá ser formalizada por meio de comunicação estruturada entre as equipes envolvidas, emissão de resumo de alta e orientação clara à pessoa com TEA e à sua família.

A definição do ponto da RAS responsável pelo seguimento deverá considerar, de maneira integrada, o perfil clínico, funcional e psicossocial do

usuário, garantindo integralidade da atenção e manutenção do acompanhamento longitudinal.

11.2 Atenção Hospitalar no Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

A atenção hospitalar constitui componente estratégico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), responsável pela oferta de ações de média e alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Compete aos serviços hospitalares assegurar assistência integral, contínua e resolutiva, abrangendo diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, estabilização de condições agudas, cuidados intensivos e reabilitação, em articulação permanente com os demais pontos de atenção.

No contexto das situações agudas e eventos críticos, a atenção hospitalar articula-se de forma estruturante com a Rede de Atenção às Urgências (RUE), que organiza o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo, as portas hospitalares de urgência e emergência, os leitos de observação, internação e retaguarda. Essa integração é essencial para garantir resposta oportuna, qualificada e segura às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que demandem atendimento em caráter emergencial ou hospitalar.

O TEA, por si só, não configura indicação de internação hospitalar. Contudo, pessoas com TEA poderão necessitar de hospitalização ou atendimento em urgência e emergência em razão de condições clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas associadas. Nessas situações, os serviços hospitalares e os pontos de atenção da RUE deverão estar preparados para atender às especificidades dessa população, observando suas características clínicas, comunicacionais, comportamentais e sensoriais.

Pessoas com TEA podem apresentar maior sensibilidade a estímulos ambientais, dificuldades de comunicação verbal ou não verbal, necessidade de previsibilidade e maior vulnerabilidade a situações de estresse. Diante disso, as unidades hospitalares deverão adotar medidas que promovam acolhimento qualificado, manejo adequado de estímulos sensoriais, comunicação acessível,

participação da família ou responsável legal e planejamento assistencial individualizado, conforme indicado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), quando existente.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece a responsabilidade dos hospitais na coordenação do cuidado e na articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), a Atenção Especializada e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No cuidado à pessoa com TEA, essa articulação deverá contemplar planejamento da admissão, organização do cuidado intra-hospitalar, preparação para alta e definição do seguimento na rede, com comunicação estruturada entre as equipes envolvidas, a fim de evitar descontinuidade assistencial.

A internação hospitalar de pessoa com TEA poderá ocorrer em decorrência de doenças crônicas descompensadas, agravos agudos, intercorrências clínicas, crises em saúde mental ou necessidade de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Considerando que o ambiente hospitalar pode representar fator adicional de sobrecarga sensorial e emocional, os serviços deverão promover capacitação permanente das equipes, adequações ambientais factíveis e organização de fluxos assistenciais que reduzam riscos e promovam segurança do paciente.

A organização da atenção hospitalar, em articulação com a Rede de Atenção às Urgências (RUE) e os demais pontos da RAS, deve assegurar cuidado integral, seguro e humanizado à pessoa com TEA, observadas suas especificidades e garantida a continuidade da linha de cuidado. A atuação coordenada entre os componentes da rede constitui condição essencial para evitar fragmentações assistenciais e assegurar resposta adequada nos episódios que demandem hospitalização ou atendimento em situações agudas.

11.3 Recomendações para a Atenção Hospitalar no Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

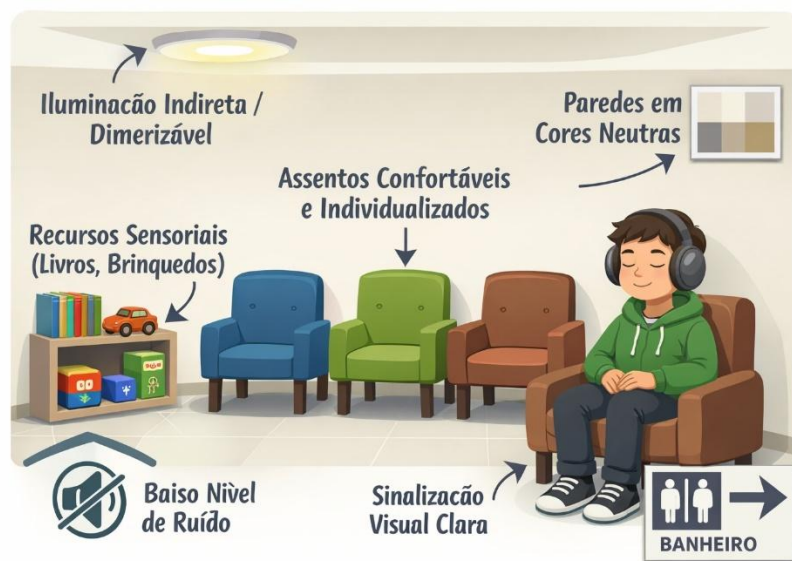
As evidências científicas apontam para a necessidade de abordagens estruturadas que considerem as especificidades do TEA, mesmo que a condição não seja o motivo primário da internação. A seguir, delineamos recomendações para aprimorar essa atenção.

a) Capacitação e desenvolvimento profissional contínuo das equipes de saúde

A lacuna na formação específica sobre TEA entre profissionais de saúde é um ponto crítico evidenciado pela literatura. Recomenda-se a implementação de programas de educação permanente e obrigatória para todas as equipes assistenciais e de apoio, abrangendo desde a compreensão das características heterogêneas do TEA e a neurodiversidade, até o manejo prático de comportamentos desafiadores e o desenvolvimento de estratégias de comunicação adaptadas. Isso inclui o treinamento em comunicação alternativa e aumentativa (CAA), o uso de recursos visuais e a escuta ativa aos familiares. O objetivo é fomentar uma cultura de empatia e competência, onde os profissionais se sintam seguros e aptos a oferecer um cuidado individualizado. A qualificação específica para profissionais em ambientes de internação, particularmente no manejo de interações familiares e comportamentais, é um diferencial para garantir a continuidade do cuidado.

b) Adaptação do ambiente físico e operacional hospitalar

Os hospitais tradicionalmente não são projetados para acomodar as sensibilidades sensoriais de pessoas com TEA, o que pode gerar sobrecarga sensorial e crises. A criação de ambientes sensoriais adaptados, incluindo a minimização de estímulos aversivos como ruídos intensos e luzes brilhantes, por meio da implementação de salas de espera silenciosas, iluminação ajustável e a disponibilização de fones de ouvido com cancelamento de ruído. Além disso, a otimização dos fluxos de atendimento, com a priorização de pacientes com TEA na triagem e a redução dos tempos de espera, é essencial para mitigar a ansiedade.



Sugestão de Figura 1: Esquema de uma Sala de Espera adequada para pessoas com sensibilidade sensorial. Um diagrama simples ilustrando elementos de uma sala de espera adaptada para pessoas com TEA, incluindo: iluminação indireta/dimerizável, paredes com cores neutras, presença de assentos confortáveis e individualizados, disponibilização de recursos sensoriais (livros, brinquedos manipuláveis), baixo nível de ruído e sinalização visual clara. O esquema poderia mostrar uma pessoa utilizando fones de ouvido.

c) Implementação de intervenções e protocolos assistenciais baseados em evidências

As evidências identificaram diversas intervenções específicas em múltiplos domínios. As estratégias de comunicação emergiram consistentemente como cruciais, incluindo recursos visuais como agendas com imagens, horários visuais e dispositivos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA), linguagem simples e dispositivos de tecnologia assistiva.

A preparação prévia para procedimentos, como visitas pré-operatórias ou o uso de estratégias para familiarizar o paciente com a rotina hospitalar, demonstrou reduzir a ansiedade e melhorar a cooperação. A efetividade de tais intervenções, embora necessite de avaliações mais rigorosas, aponta para melhorias significativas na experiência do paciente e da família.

d) Promoção de uma abordagem centrada na família e nos cuidadores

A família é um parceiro indispensável no cuidado à pessoa com TEA. Hospitais devem adotar uma postura que reconheça pais e cuidadores como especialistas nas necessidades de seus entes, promovendo uma parceria ativa na tomada de decisões e no planejamento do cuidado. Isso inclui a permissão para a presença contínua da família, o fomento de canais de comunicação abertos e o fornecimento de informações claras e acessíveis. A escuta atenta às preocupações e sugestões dos familiares, documentando as informações relevantes sobre o paciente, é crucial para a individualização do cuidado e para reduzir a sensação de serem "desconsiderados ou julgados", um entrave significativo para o engajamento familiar.

e) Pesquisa, Monitoramento e Avaliação para a Melhoria Contínua

Considerando a carência de evidências robustas e formalizadas, especialmente em contextos fora da América do Norte e para a população adulta, é fundamental que as instituições hospitalares participem ativamente na coleta de dados e na avaliação de suas práticas. O monitoramento de indicadores de qualidade (satisfação do paciente/família, eventos adversos, tempo de espera) e a realização de pesquisas sobre a efetividade das intervenções são cruciais para aprimorar os protocolos existentes e subsidiar o desenvolvimento de novas políticas públicas. O alinhamento com abordagens de pesquisa de implementação pode ajudar a transpor a lacuna entre o conhecimento e a prática, garantindo que as diretrizes se traduzam em ações concretas e efetivas.

11.4 Atuação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

O cuidado às pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está estabelecido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), consolidada na Portaria de Consolidação nº 02/2017, sendo operacionalizado por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), regulamentada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, Capítulo I. A RCPD organiza a atenção especializada à saúde da pessoa com deficiência,

estruturando serviços, fluxos assistenciais e oferta de reabilitação no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Compete à RCPD ofertar cuidado especializado voltado à promoção da funcionalidade, autonomia e participação social, por meio de abordagem multiprofissional fundamentada no modelo biopsicossocial. No âmbito da atenção especializada, destacam-se os Centros Especializados em Reabilitação (CER), responsáveis pela oferta de reabilitação nas modalidades física, auditiva, visual e intelectual, sendo esta última diretamente relacionada ao cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A atuação dos CER deverá estar estruturada em avaliação multiprofissional qualificada, com definição de diagnóstico funcional, identificação de barreiras e potencialidades e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) com metas objetivas e monitoramento periódico. O PTS constitui instrumento técnico de organização do cuidado interdisciplinar, orientando intervenções individualizadas e centradas na pessoa, em consonância com os referenciais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

No caso das pessoas com TEA, a atuação da RCPD deverá contemplar intervenções voltadas ao desenvolvimento da comunicação, interação social, regulação comportamental, organização sensorial e ampliação da funcionalidade. As estratégias terapêuticas poderão incluir atendimentos em fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, educação física e serviço social, entre outros, conforme avaliação clínica e funcional.

Compete ainda à RCPD assegurar o acesso a tecnologias assistivas, incluindo recursos de comunicação alternativa e aumentativa, dispositivos de apoio e adaptações que favoreçam a autonomia e a participação social. A concessão desses recursos deverá observar critérios técnicos, avaliação funcional e indicação multiprofissional, sendo operacionalizada pelos CER e Oficinas Ortopédicas vinculadas.

No âmbito de sua responsabilidade assistencial, a RCPD deverá garantir encaminhamentos e contrarreferência conforme fluxos estabelecidos na Linha de Cuidado, assegurando seguimento adequado às necessidades identificadas e contribuindo para a continuidade do acompanhamento especializado quando indicado.

A atuação da RCPD no cuidado às pessoas com TEA reafirma o compromisso do SUS com a promoção da funcionalidade, da autonomia e da inclusão social das pessoas com deficiência ao longo do ciclo de vida, observando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

11.4. Atuação na Rede Alyne – Rede de Atenção Materna e Infantil

A Rede Alyne – Rede de Atenção Materna e Infantil integra o conjunto das redes temáticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como foco a atenção integral à saúde da mulher, da gestante, da puérpera, do recém-nascido e da criança até os dois anos de idade, com ênfase na redução da morbimortalidade materna e infantil e na promoção de um cuidado qualificado e humanizado.

No contexto da atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a Rede Alyne desempenha um papel estratégico nas ações de promoção do desenvolvimento infantil e de detecção precoce de sinais de risco, contribuindo para o encaminhamento oportuno às redes especializadas de cuidado a partir dos ambulatórios como o Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) e o Ambulatório de Seguimento do RN e Criança de risco (A-SEG).

Entre suas principais responsabilidades nesse processo, destacam-se:

- Garantir o acompanhamento integral da gestante e da criança, desde o pré-natal até os primeiros anos de vida, período essencial para o desenvolvimento neurológico e psicossocial;
- Promover o rastreio e o monitoramento do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, com utilização de instrumentos padronizados e

vigilância contínua, assegurando diagnóstico precoce e encaminhamento adequado;

- Garantir suporte psicológico à mulheres em situação de vulnerabilidade considerando as iniquidades étnico-raciais e suas especificidades;
- Assegurar fluxos de referência e contrarreferência com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e com a Rede de Atenção Psicossocial, quando identificados sinais de atraso no desenvolvimento ou suspeita de TEA;
- Articular ações intersetoriais com a educação, a assistência social e outros setores, visando à integralidade e continuidade do cuidado;
- Oferecer apoio e orientação às famílias, fortalecendo o vínculo e a corresponsabilidade no cuidado da criança.

A atuação da Rede Alyne, no âmbito da Linha de Cuidado da Pessoa com TEA, é fundamental para garantir vigilância qualificada do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, possibilitando identificação precoce de alterações, encaminhamento oportuno e início célere das intervenções especializadas quando indicadas, contribuindo para melhores desfechos funcionais e maior efetividade das ações de cuidado.

11.5. Atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui rede temática do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada à organização do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na superação do modelo asilar. Sua estrutura normativa decorre da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Portaria nº 3.088, que institui a RAPS no âmbito do SUS.

A RAPS organiza-se a partir da lógica do cuidado em liberdade, da territorialidade, da intersetorialidade e da integralidade da atenção, estruturando serviços substitutivos à internação psiquiátrica de longa permanência e fortalecendo dispositivos comunitários de cuidado, com destaque para os

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

No contexto do cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a RAPS desempenha papel relevante especialmente nas situações em que há sofrimento psíquico associado, comorbidades psiquiátricas, crises comportamentais graves ou necessidade de acompanhamento psicossocial intensivo. A atuação da rede não se restringe ao manejo de crises, devendo também contemplar estratégias de promoção da saúde mental, apoio às famílias, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia e da inclusão social.

Compete à RAPS, no âmbito da atenção à pessoa com TEA:

- Garantir acolhimento qualificado e avaliação em saúde mental, considerando aspectos clínicos, psicossociais e territoriais;
- Ofertar cuidado multiprofissional nos CAPS, inclusive CAPSi, quando houver indicação técnica, com construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Atuar no manejo de crises, articulando-se com os dispositivos de urgência e emergência quando necessário;
- Desenvolver ações territoriais e intersetoriais voltadas à inclusão social, escolar e comunitária;
- Apoiar familiares e cuidadores, com oferta de escuta, orientação e suporte psicossocial;
- Contribuir para o enfrentamento de estigmas e preconceitos associados ao sofrimento psíquico e às condições do neurodesenvolvimento.

A organização da RAPS contempla os seguintes pontos de atenção:

1. **Atenção Primária à Saúde (APS)**, incluindo Unidades Básicas de Saúde, equipes de Saúde da Família e equipes para populações específicas;

2. **Centros de Convivência e Cultura**, como dispositivos de promoção de inclusão e sociabilidade;
3. **Atenção Psicossocial Especializada**, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades;
4. **Atenção às Urgências e Emergências**, incluindo SAMU 192, Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e portas hospitalares de urgência;
5. **Atenção Hospitalar**, por meio de leitos e enfermarias especializadas em hospitais gerais;
6. **Estratégias de Desinstitucionalização**, incluindo Serviços Residenciais Terapêuticos e ações de reabilitação psicossocial.

A atuação da RAPS no cuidado às pessoas com TEA deve ocorrer de forma complementar às demais redes temáticas, especialmente à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), observando critérios técnicos para definição do ponto de atenção mais adequado conforme a necessidade predominante — reabilitação funcional, cuidado psicossocial intensivo ou manejo de crise — garantindo continuidade assistencial e respeito aos direitos humanos.



Uma questão estruturante para a organização do cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS) refere-se à interface entre a atenção psicossocial e a atenção à pessoa com deficiência.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status constitucional, estabelece a compreensão da deficiência a partir de perspectiva baseada em direitos humanos e no modelo social. Tal abordagem reconhece que impedimentos de natureza física, intelectual, sensorial ou psicossocial, quando associados a barreiras sociais, atitudinais e institucionais, podem restringir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Essa concepção promove aproximação estruturante entre o campo da saúde mental e o da atenção à pessoa com deficiência. Historicamente, tanto pessoas com transtornos mentais quanto pessoas com deficiência foram submetidas a processos de institucionalização e exclusão social, o que fundamenta a necessidade de organização de redes de cuidado territorializadas, comunitárias e orientadas pela garantia de direitos.

Adicionalmente, é reconhecido que pessoas com deficiência, inclusive aquelas com TEA, podem apresentar comorbidades psiquiátricas ou vivenciar sofrimento psíquico significativo, demandando intervenções específicas no âmbito da RAPS. De modo complementar, o campo da atenção psicossocial também reconhece a influência dos determinantes sociais e das barreiras estruturais na produção do sofrimento, orientando suas práticas pela reabilitação psicossocial, promoção de autonomia e inclusão social.

Esses elementos evidenciam a necessidade de articulação permanente entre a RAPS e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), especialmente entre Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros Especializados em Reabilitação (CER). A organização do cuidado deverá ocorrer de forma compartilhada, quando indicado, por meio da construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular (PTS), com definição clara de responsabilidades, metas e estratégias integradas entre as equipes.

O PTS constitui instrumento estruturante dessa articulação, orientando intervenções complementares e evitando sobreposição ou fragmentação assistencial. Ainda que RAPS e RCPD possuam escopos e competências distintas, a interface entre saúde mental e reabilitação funcional demanda diálogo técnico permanente, com vistas à garantia de cuidado integral, centrado na pessoa e pautado na promoção da autonomia e da participação social.

CONSULTA PÚBLICA

12. COLABORAÇÃO INTERSETORIAL

A colaboração intersetorial constitui um eixo estruturante das políticas públicas voltadas às pessoas com TEA. A complexidade das demandas clínicas, educacionais, sociais e culturais requer ações integradas entre diferentes setores do estado e da sociedade civil, de modo a garantir o cuidado integral e o exercício pleno da cidadania.

No âmbito do SUS, a intersectorialidade é compreendida como uma estratégia para superar a fragmentação das políticas e promover a articulação de saberes, práticas e responsabilidades entre as redes de atenção e proteção social. Assim, o cuidado à pessoa com TEA deve ser compartilhado entre os campos da saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura, esporte, justiça e direitos humanos, assegurando continuidade e integralidade no percurso de vida.

De modo geral, a colaboração intersetorial refere-se à ação entre instituições, profissionais e políticas de diferentes setores, orientada por objetivos comuns e centrada nas necessidades das pessoas e famílias. Essa abordagem reconhece que nenhuma política isolada é capaz de responder de forma completa, às múltiplas dimensões envolvidas no desenvolvimento e na inclusão de pessoas com TEA.

Muito além de um simples encaminhamento entre serviços, a intersectorialidade implica planejamento conjunto, corresponsabilidade e comunicação permanente entre as equipes envolvidas. Tal perspectiva favorece a construção de redes vivas de cuidado, que dialogam com os territórios e reconhecem o protagonismo das pessoas com TEA e de suas famílias.

A efetivação da colaboração intersetorial demanda o envolvimento articulado de diversos atores institucionais e comunitários:

- **Saúde:** Atenção Básica, RAPS, eMulti, Centros Especializados em Reabilitação (CER), CAPS e demais serviços da RAS;
- **Educação:** escolas regulares com oferta de AEE, salas de recursos multifuncionais e formação continuada de professores;

- **Assistência Social:** CRAS, CREAS e serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, voltados ao apoio familiar e comunitário;
- **Trabalho e Emprego:** políticas de inclusão produtiva, economia solidária e cumprimento das cotas legais de emprego para pessoas com deficiência;
- **Cultura, Esporte e Lazer:** espaços de expressão, convivência e participação social, importantes para o desenvolvimento global e a autonomia;
- **Justiça e Direitos Humanos:** Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e de Direitos, assegurando o acesso à justiça e o enfrentamento de violências;
- **Sociedade Civil e Famílias:** movimentos sociais, associações de familiares, conselhos e organizações não governamentais, que exercem papel de controle social.

A prática intersetorial pode ser fortalecida por diferentes dispositivos de gestão e cuidado:

Projeto Terapêutico singular (PTS);

Reuniões de matriciamento intersetorial;

Comissões e grupos de trabalho intersetoriais;

Planos municipais e regionais integrados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência com fluxos de referência e contrarreferência;

Capacitações para profissionais de diferentes áreas;

Articulação territorial.

Por outro lado, experiências exitosas no âmbito das políticas públicas demonstram que a gestão compartilhada do cuidado, a escuta qualificada das famílias e o comprometimento político-institucional dos gestores constituem elementos centrais para a consolidação de práticas mais resolutivas e integradas. O fortalecimento de espaços coletivos de pactuação como comitês intersetoriais, câmaras técnicas e conselhos de direitos amplia a capacidade de resposta das redes públicas frente às singularidades e às necessidades específicas das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A colaboração intersetorial configura-se como condição essencial para a garantia do direito à saúde, à educação e à vida digna das pessoas com TEA. Superar fronteiras institucionais implica reconhecer o cuidado como construção coletiva e permanente, que envolve Estado, sociedade civil e famílias em regime de corresponsabilidade. Nesse sentido, fortalecer a intersetorialidade significa fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto das políticas públicas voltadas à inclusão, à autonomia e ao exercício pleno da cidadania das pessoas com deficiência no Brasil.

CONSULTA PÚBLICA

13. APOIO E ACOLHIMENTO AOS CUIDADORES DA PESSOA COM TEA

Ao longo deste documento, tem-se enfatizado que o trabalho em saúde — em todos os seus níveis de atenção e prevenção — voltado às pessoas com TEA deve considerar não apenas o diagnóstico e a pessoa em si, mas também o contexto concreto em que ela vive. Isso inclui o local de moradia, as pessoas ao redor, os recursos disponíveis, as barreiras enfrentadas e as possibilidades de acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Compreender a realidade das pessoas com TEA, requer atenção também aos cuidadores principais, frequentemente mães. Nos serviços de saúde, é comum encontrar familiares sobrecarregados, ansiosos ou adoecidos devido ao cuidado contínuo, enfrentando múltiplas demandas sociais e burocráticas.

A filósofa Eva Kittay propõe uma ética centrada nas relações de cuidado. Segundo ela, o cuidado é responsabilidade coletiva, envolvendo toda a sociedade e os serviços de saúde. Substituir o termo “dependência” por “interdependência” reconhece que todos, em algum momento da vida, necessitam de apoio. No contexto do TEA, essa dependência pode ser intensa e prolongada, frequentemente sobrecarregando mulheres cuidadoras.

As equipes do SUS devem identificar os cuidadores e reconhecer sua centralidade na rede de cuidado, garantindo que sua voz não substitua a da pessoa com TEA. A comunicação exige tempo e dedicação para conhecer tanto a pessoa com TEA quanto seu cuidador principal.

Não é incomum ver pais não autistas de crianças autistas com sintomas de ansiedade ou depressão, muitas vezes apenas reativa ao contexto dramático do filho. Qualquer cuidador precisaria de suporte psicológico e psiquiátrico, tal qual o paciente. Há, portando, também codificações psicodiagnósticas mais frequentes em familiares de pacientes com TEA: principalmente da mãe ou avós frustrados com as limitações de tratamento; desgastando-se diariamente com cuidados paliativos. Ou seja, a explicação predominante para transtornos de humor (afetivos) de tantos familiares parece ser a da vulnerabilidade/fragilidade situacional, e não indícios de correlação genética com o autismo por si só.

Afinal, as relações afetivas geram ônus e bônus na alma humana: sofre-se com os que sofrem e alegra-se com os que se alegram. Nestes casos, cuidar melhor do paciente com TEA, principalmente de crianças; certamente previne doenças e promove indiretamente a saúde mental daqueles que com eles se importam diretamente: sua família. Logo, pode-se evitar também atestados de afastamento psiquiátricos, apenas cuidando melhor do paciente em questão. Qualquer pessoa sob um contexto de estresse pós-traumático ou transtorno de adaptação por ficar temporariamente incapaz, com o popular quadro misto (F41.2). Inequivocamente, o autismo não tratado influencia a saúde mental de todos os demais que com ele se importam: desequilibra até os mais resilientes. Parece óbvio falar disso, mas precisa-se parar de pressupor “vitimismo” da parentela de pacientes com TEA; ao menos enquanto não se oferecer condições de que todos sejam tratados oportunamente: TODOS!

Como atuar?

- **Construir vínculos duradouros:** Diferenciar práticas mecanizadas de “triagem” de estratégias de acolhimento que considerem a singularidade do cuidador.
- **Escuta qualificada:** Incluir o cuidador desde a primeira avaliação, conhecendo sua trajetória, desafios e necessidades emocionais.
- **Evitar estigmas:** Não romantizar a sobrecarga nem culpabilizar diante de dificuldades cotidianas.
- **Grupos de apoio:** Promover participação ativa, escuta e pertencimento. Criar grupos quando inexistentes, com frequência e formato negociados.

Aspectos Interseccionais

Considerar atravessamentos de classe, raça e gênero. Mulheres pobres e racializadas assumem frequentemente o cuidado invisível, sendo vistas como problemáticas quando estão exaustas. Equipes multiprofissionais próximas ao território sustentam o cuidado longitudinal à pessoa com TEA e seu cuidador.

Dicas de atuação

- **Mapeamento territorial:** Identificar famílias com pessoas com TEA e construir planos de cuidado que incluam os cuidadores.
- **Matriciamento com foco no cuidador:** Discutir sofrimento psíquico, isolamento social, racismo, pobreza, violência doméstica e negligência involuntária.
- **Intervenções domiciliares com escuta ativa:** Visitas domiciliares para acolhimento e identificação de vulnerabilidades quando o deslocamento ao serviço for difícil.

Cuidar exige rede, vínculo e partilha. Compartilhar o cuidado é fundamental para uma sociedade mais justa. No contexto do TEA, não há cuidado sustentável se quem cuida adocece. Profissionais devem reconhecer os cuidadores como sujeitos de atenção e acolher o cotidiano real das famílias.

15. MONITORAMENTO, INDICADORES E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação do cuidado são essenciais para assegurar que as ações implementadas atendam às necessidades individuais e coletivas das pessoas com TEA. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa avaliação permite:

- Identificar lacunas na atenção e na articulação entre os níveis de atenção;
- Avaliar a efetividade das intervenções terapêuticas, educativas e sociais;
- Garantir a participação do usuário e da família no processo de cuidado;
- Orientar políticas públicas, planejamento e capacitação profissional.

Dentro do monitoramento, dimensões clínicas, psicossociais, funcionais e educativas, considerando a percepção e satisfação do usuário e da família, e deve integrar informações provenientes da Rede de Atenção à Saúde, da educação e da assistência social. As avaliações devem ser baseadas em evidências, utilizando instrumentos validados, e ocorrer de forma cíclica, contínua e ajustável ao longo da vida.

No componente clínico, o monitoramento envolve o estado geral de saúde, comorbidades, desenvolvimento cognitivo, social e comunicativo, evolução das habilidades funcionais e autonomia, assim como aos tratamentos. No âmbito psicossocial e educacional, inclui-se a participação social e escolar, as relações familiares e comunitárias, a satisfação do usuário e dos cuidadores e a integração em programas de inclusão e lazer. O monitoramento da rede e serviços considera o acesso e cobertura da APS, RAPS e Atenção Especializada, a efetividade da articulação intersetorial, a continuidade do cuidado e a capacidade de respostas da rede às demandas específicas de cada faixa etária e nível de funcionalidade.

Indicadores de qualidade e desempenho permitem mensurar a efetividade e eficiência do cuidado. Entre eles, destacam-se: o percentual de pessoas com TEA acompanhadas regularmente, a evolução das habilidades adaptativas, a participação em atividades sociais ou grupos de habilidades, a satisfação do usuário e da família, a escolarização adequada, frequência escolar, inclusão em programas pedagógicos, tempo médio de espera para atendimento especializado, percentual de encaminhamentos resolvidos e integração entre APS e RAPS. Esses indicadores podem ser quantitativos e qualitativos,

combinando dados administrativos, clínicos e relatórios de acompanhamento familiar e educacional.

O processo de avaliação envolve coleta de dados de forma sistemática em cada ponto da rede, registro e organização da informação em prontuários e sistemas do SUS, análise e interpretação dos dados pelos profissionais e gestores, revisão periódica do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ajustando estratégias e metas, e devolutiva à pessoa com TEA e a família, garantindo transparência e protagonismo. Considerações éticas incluem garantir confidencialidade e segurança da informação, envolver a pessoa com TEA e familiares no planejamento e avaliação do cuidado, promover comunicação acessível e clara sobre resultados e decisões, e evitar estigmatização baseada em indicadores ou resultados quantitativos. O monitoramento e a avaliação estão integrados ao PTS, permitindo revisar metas e estratégias individualizadas, ajustar intervenções clínicas, psicossociais e educacionais, integrar ações de diferentes pontos da rede e documentar a evolução para subsidiar políticas públicas.

16. CUIDADO EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

A atenção odontológica à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) demanda abordagem sensível, interdisciplinar e centrada na singularidade do indivíduo. O cuidado em saúde bucal desse público está fortemente condicionado por aspectos comportamentais e sensoriais, exigindo do cirurgião-dentista preparo técnico e humano diferenciado.

A prática clínica deve estar pautada nos princípios da equidade, integralidade e universalidade, previstos na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída pela Lei nº 14.572/2023, bem como nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), atualizada por meio da Portaria GM/MS nº 1.526/2023. Ademais, a organização das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde, incluindo dispositivos relacionados à organização da atenção à saúde e à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Esse arcabouço normativo reforça o compromisso ético e institucional de garantir o acesso, a inclusão e a atenção integral às pessoas com deficiência no SUS (Brasil, 2017; 2023a; 2024a).

Entre os principais desafios no atendimento odontológico de pessoas com TEA estão as dificuldades de adaptação ao ambiente clínico, a hipersensibilidade sensorial e a resistência a mudanças da rotina. Elementos como luz intensa, sons de alta rotação, cheiros característicos e o contato físico próximo podem desencadear desconforto e ansiedade, comprometendo a colaboração durante o atendimento (Souza et al., 2023). Para minimizar esses impactos, recomenda-se que o ambiente odontológico seja adaptado, com redução de estímulos, iluminação suave e organização previsível das etapas clínicas. O uso de fones abafadores, filtros de luz, cheiros neutros e objetos sensoriais de interesse, pode favorecer o controle emocional e

a autorregulação do paciente (Ayres, 1972; Spitzer & Roley, 2001). A aplicação gradual de técnicas de dessensibilização é uma das estratégias mais efetivas para garantir a adesão e promover segurança no atendimento.

A literatura científica demonstra que a prevalência de doenças bucais, especialmente cárie dentária e doença periodontal, é superior entre pessoas com TEA quando comparadas à população geral. Estudos indicam que as dificuldades de higiene bucal, aliadas à seletividade alimentar e ao uso de medicamentos, estão entre os fatores predisponentes mais significativos (Silva et al., 2017; Bartolomé-Villar et al., 2016). Além disso, hábitos como bruxismo, automutilação oral e resistência à escovação podem agravar o quadro (Granja et al., 2022; Uliana et al., 2024). Nesses casos, o papel do cirurgião-dentista vai além do tratamento curativo, englobando ações educativas, preventivas e de manejo comportamental que garantam a manutenção da saúde bucal a longo prazo.

O controle de placa bacteriana, a prevenção de cárie e o tratamento da doença gengival devem ser conduzidos com planejamento individualizado, priorizando a adaptação do paciente ao ambiente clínico. O uso da técnica “dizer-mostrar-fazer”, o reforço positivo e as pausas programadas durante o atendimento são métodos eficazes para promover previsibilidade e colaboração (Duker et al., 2019). A equipe odontológica deve manter uma comunicação clara e empática, utilizando recursos visuais, pictogramas e histórias sociais que auxiliem na compreensão das etapas do tratamento (Tang et al., 2023). Em casos de maior comprometimento sensorial, a integração com terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos é recomendada para elaborar estratégias interdisciplinares de suporte.

Insta destacar, que a família constitui um pilar essencial no cuidado em saúde bucal da pessoa com TEA. A rotina diária de escovação, a adaptação do ambiente domiciliar e o preparo para o atendimento odontológico são processos mediados diretamente pelos pais, familiares e cuidadores. A equipe de saúde deve oferecer acolhimento, apoio emocional e capacitação prática para orientar a escolha dos instrumentos de higiene e a execução das técnicas adequadas (Ferrazzano et al., 2020). Escovas com cerdas macias, cremes dentais de sabor neutro e introdução gradual de produtos fluoretados são medidas recomendadas para evitar aversões sensoriais (Souza et al., 2023). A realização de visitas de

familiarização ao consultório, o uso de vídeos explicativos e o reforço simbólico positivo são estratégias que reduzem a ansiedade e aumentam a adesão ao tratamento (Popple et al., 2016).

No âmbito do SUS, a Atenção Primária em Saúde (APS) é o principal ponto de entrada para o cuidado integral e continuado da pessoa com TEA. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na identificação das necessidades, no acompanhamento territorial e na construção de vínculos terapêuticos. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem realizar tentativas prévias de atendimento antes do encaminhamento aos níveis especializados, conforme orienta a PNSB (Brasil, 2018a; Amaral et al., 2021). Essa prática odontológica deve incorporar princípios de acolhimento ampliado e respeito à singularidade, oferecendo tempo adequado e suporte para a adaptação do paciente. O uso de estratégias de manejo sensorial e comportamental é uma atribuição obrigatória das equipes da APS, reforçando a responsabilidade compartilhada na garantia do cuidado (Amaral et al., 2011).

Vale ressaltar, que as visitas domiciliares constituem como uma importante ferramenta estratégica no cuidado em saúde bucal de pessoas com TEA, pois aproximam o profissional da realidade familiar e reduzem barreiras de acesso (Brasil, 2018a). Durante as visitas, é possível orientar a higiene bucal supervisionada, observar hábitos alimentares, avaliar riscos de trauma e fortalecer o vínculo. Em alguns casos, procedimentos simples, como aplicação de flúor e exame clínico preventivo, podem ser realizados no próprio domicílio, respeitando as condições de segurança e o nível de colaboração do paciente (Amaral et al., 2021). Essa modalidade de cuidado também permite planejar gradualmente o atendimento ambulatorial, promovendo previsibilidade e segurança.

Outrossim, a tecnologia tem se mostrado aliada na educação em saúde bucal. O uso de materiais digitais, pranchas visuais e vídeos educativos disponibilizados por meio de QR Codes, amplia o acesso das famílias a conteúdos orientativos (Picciani et al., 2025). Essa estratégia, de baixo custo e alto alcance, contribui para a autonomia dos cuidadores e o fortalecimento da corresponsabilidade entre a equipe e a família. Além disso, promove a continuidade das ações educativas e preventivas, mesmo fora do ambiente do consultório.

Na Atenção Especializada, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) devem estar preparados para atender pacientes com TEA que apresentam maior complexidade clínica e comportamental. A adequação do espaço físico, a capacitação das equipes e a utilização de protocolos adaptados são condições essenciais para garantir o atendimento resolutivo (Amaral et al., 2021). A presença de especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) é recomendada para conduzir casos que demandem maior suporte. Quando o manejo clínico ambulatorial não é possível, o atendimento sob sedação consciente ou anestesia geral pode ser indicado, sempre mediante avaliação multiprofissional criteriosa (Lamy & Erickson, 2018; Alonso et al., 2024). Essa conduta deve priorizar a segurança e a resolutividade, evitando múltiplas intervenções fragmentadas.

Em síntese, o cuidado odontológico à pessoa com TEA transcende o ato técnico. Ele se fundamenta em uma prática ética e humanizada, que reconhece a singularidade e a dignidade de cada indivíduo. O compromisso com a formação permanente, a escuta qualificada, a adaptação das práticas clínicas e a valorização dos pais, familiares e cuidadores como parceira no processo terapêutico, são elementos centrais de uma odontologia inclusiva e transformadora. Garantir acesso, segurança e acolhimento às pessoas com TEA é afirmar, na prática cotidiana, o direito à saúde bucal como parte essencial da cidadania e da equidade no SUS (Brasil, 2023a; Amaral et al., 2012).

17. TEA E O CONTEXTO INTERCULTURAL INDÍGENA ACOMPANHADO PELO SASISUS

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas populações indígenas requer um acolhimento intercultural que integre corpo, mente e espírito. No contexto indígena, o cuidado deve respeitar a cultura e promover o diálogo entre a medicina ocidental e as medicinas indígenas.

Esse olhar intercultural e transversalizado reconhece a importância de abordagens que considerem não apenas os aspectos biológicos e psicológicos do TEA, mas também as dimensões espirituais, comunitárias e modos de vida, que são centrais para o bem viver nas culturas indígenas.

Dessa forma, o cuidado se torna um processo que vai além de uma escuta qualificada, necessita de respeito mútuo e construção conjunta de estratégias terapêuticas, que valorizem os saberes ancestrais e as práticas indígenas, ao mesmo tempo que incorporam avanços científicos e intervenções psicossociais adequadas para as pessoas com TEA.

Diante disso, ressalta-se a importância de considerar o cuidado de forma integrada, articulando intervenções farmacológicas acessíveis e adequadas com a valorização da conexão com a natureza, do equilíbrio emocional e das práticas corporais indígenas, como as atividades fisioterapêuticas realizadas nos rios, os jogos adaptados nas línguas indígenas e as atividades coletivas ou comunitárias que envolvam os familiares.

É fundamental reconhecer as potencialidades e estratégias próprias dos territórios, bem como as diferenças étnicas e as formas de entendimento acerca dos processos de saúde, adoecimento e cura. Essas práticas, presentes no cotidiano e na cultura indígena, contribuem para qualificar o cuidado da pessoa indígena com TEA, promovendo um desenvolvimento que respeita seu ritmo e sua identidade cultural.

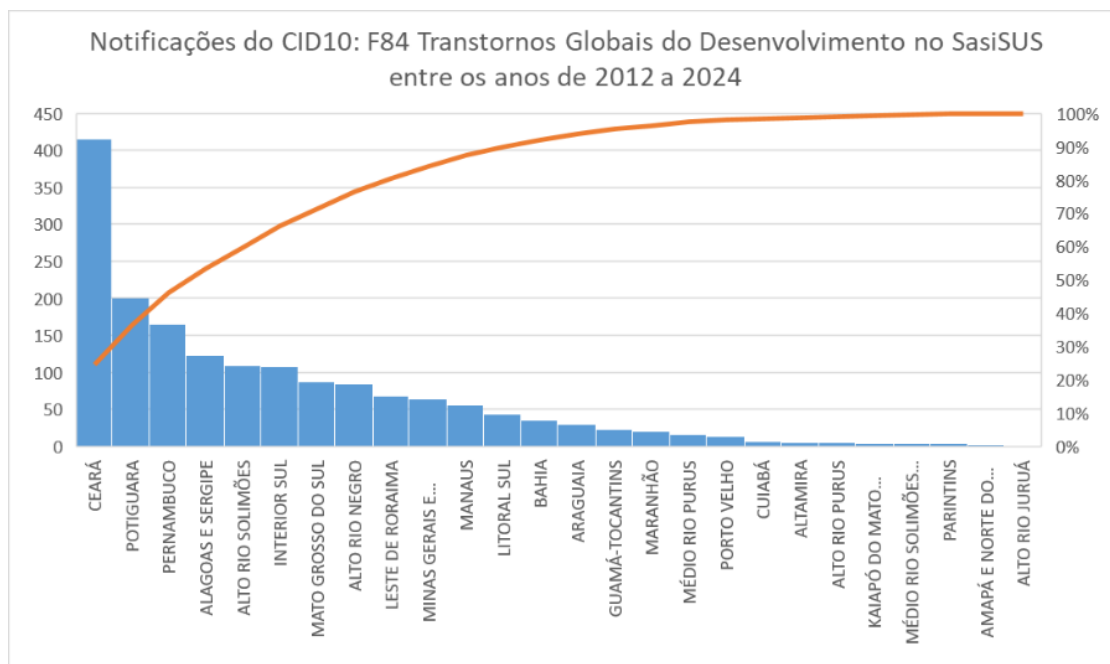
Integrar essas dimensões no cuidado e tratamento possibilita um acolhimento mais completo, que une os saberes indígenas à ciência, fortalecendo a saúde física, mental e espiritual da pessoa, de seus familiares e de sua comunidade.

“Eu moro na cidade. Esta cidade também é nossa aldeia. Não apagamos nossa cultura ancestral. Vem homem branco, vamos dançar nosso ritual.” Márcia Kambeba.

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), componente do SUS, tem como objetivo levar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde na atenção primária, contemplando as diversidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas vivenciadas pelas populações indígenas. Para tal, esse subsistema é composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) localizados em todas as regiões do território brasileiro, que executam ações de atenção de saúde aos povos indígenas, assim como atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social, muito participativo e assertivo na busca pela qualificação dos direitos dos povos e comunidades.

Considerando o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), principal base de dados epidemiológicos e demográficos habilitado no SasiSUS e no âmbito das atividades de acompanhamento de saúde dos 34 Dseis, entre os anos de 2012 a 2024, foram inseridas 1765 notificações relacionadas ao CID10: F84 (Transtornos Globais do Desenvolvimento), representando atualmente 2,1% de uma população estimada em 828.341, conforme extração do banco de dados demográficos do Siasi realizada em 13/10/2025.

Gráfico **: Dados relacionados as notificações do CID10: F84 no sistema de informações do SasiSUS.



Fonte: Dados extraídos do Siasi em 13/10/2025, referente ao período de 2012 a 2024. Banco de morbidades. Dados preliminares. *

A luta pela inclusão e igualdade social permanece como uma agenda prioritária nas políticas públicas, apesar da persistência de preconceitos e estereótipos estruturais que afetam as populações indígenas. No contexto das crianças indígenas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), torna-se imperativo a promoção da desmistificação e normalização dessa condição associada ao neurodesenvolvimento, afastando abordagens folclóricas, culturalmente estigmatizantes e medicalizadoras inadequadas que comprometem a correta identificação e intervenção.

Do ponto de vista clínico e neuropsiquiátrico, o TEA caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, sendo manifestações universais que transcendem as variáveis culturais e socioeconômicas, bem como os modos de vidas das populações indígenas. Não há evidências que sustentem diferenciações diagnósticas entre crianças indígenas e não indígenas, sendo a heterogeneidade observada atribuída principalmente a fatores ambientais e contextuais.

Ademais, a implementação de políticas públicas interculturais é fundamental para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde do SUS, atendendo as especificidades culturais e promovendo a inclusão social. Estratégias de capacitação de profissionais de saúde com enfoque em

competência cultural e o cuidado intercultural, são essenciais para o enfrentamento das barreiras estruturais e dos determinantes sociais da saúde que atravessam as populações indígenas.

O enfrentamento do preconceito, da estigmatização e racismos estrutural contra as populações indígenas deve ser incorporado às ações governamentais e comunitárias, promovendo a valorização da diversidade cultural e a garantia dos direitos humanos.

CONSULTA PÚBLICA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação de práticas de cuidado integral às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), apresentadas neste documento, consolida o compromisso do Ministério da Saúde e do SUS com a inclusão, equidade e comprometimento com a diversidade humana.

Este guia buscou reunir fundamentos técnicos, normativos e operacionais capazes de orientar profissionais e gestores na organização dos serviços e na qualificação das práticas de atenção às pessoas autistas em todos os pontos da rede.

O cuidado às pessoas com TEA requer olhar ampliado, sensibilidade clínica e articulação intersetorial, reconhecendo que a singularidade de cada indivíduo exige respostas diferenciadas, construídas de forma compartilhada entre equipes, famílias e territórios. Assim, a efetivação do cuidado integral depende da integração entre os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O Ministério da Saúde reafirma que a atenção às pessoas com TEA deve estar pautada na ética do cuidado, na escuta qualificada e na valorização da autonomia. A formação permanente das equipes, a articulação com as políticas de educação, assistência social e direitos humanos, e a participação ativa da sociedade civil são condições essenciais para a consolidação de uma rede de atenção integral e resolutiva.

Mais do que um instrumento normativo, este guia busca inspirar práticas que reconheçam a pessoa com TEA como sujeito de direitos, valorizando suas potencialidades e forma de participação na vida comunitária. A promoção da inclusão, do respeito e da cidadania deve orientar cada ação em saúde, fortalecendo a cultura de cuidado que constitui a essência do SUS.

O Guia de Cuidado Integral às Pessoas com TEA reafirma, portanto, o compromisso do Ministério da Saúde com a construção de políticas públicas baseadas em evidências, na escuta social e no respeito à singularidade humana, contribuindo para um Brasil mais justo, acolhedor e acessível à todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- ANDRADE, Nara Côrtes et al. Adaptação transcultural do Teste de Conhecimento Emocional: avaliação neuropsicológica das emoções. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 19, n. 2, p. 297-306, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401050039012>. Acesso em: 24 jun. 2025.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 24 jun. 2025.
- BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Orientação para Implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- CONNERS, C. Keith. *Connors 3rd Edition (Connors 3)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2008.

DINIZ, Débora. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DONVAN, John; ZUCKER, Caren. Outra sintonia: a história do autismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena (org.). Estudos da deficiência: antipacitismo e emancipação social. Curitiba: CRV, 2020.

GILLIGAN, Carol. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

KITTAY, Eva Feder. Love's labor: essays on women, equality and dependency. New York: Routledge, 1999.

LORD, Catherine et al. Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition (ADOS-2). Torrance: Western Psychological Services, 2012.

MAPURUNGA, Francisco Alexandre Dourado. Capacitismo no contexto escolar: entre preconceito estrutural e perspectivas emancipatórias. 2024. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024

MARANHÃO, Samantha Santos de Albuquerque. Transtorno do Espectro do Autismo: da avaliação à intervenção neuropsicológica histórico-cultural. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças – CID-11. Genebra: OMS, 2022.

PAULA, Cristiane Silvestre et al. Instrumentos disponíveis e validados no Brasil para avaliação de rastreio e diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo. In: _____. Tratado de Autismo. No prelo.

QUEIROGA, M. C. et al. [Título provisório]. No prelo.

ROBINS, Diana L.; FEIN, Deborah; BARTON, Marianne L. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Storrs: University of Connecticut, 1999.

ROBINS, Diana L. et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics, v. 133, n. 1, p. 37–45, 2014.

RUTTER, Michael; LE COUTEUR, Ann; LORD, Catherine. Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R). Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.

SCHOPLER, Eric; REICHLER, Robert J.; RENNER, Barbara R. Childhood Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SCHOPLER, Eric; VAN BOURGONDIE, Mary E.; WELLMAN, Gary J.; LOVE, Steven R. Childhood Autism Rating Scale – Second Edition (CARS-2). Torrance: Western Psychological Services, 2010.

SPARROW, Sara S.; CICCHETTI, Domenic V.; SAULNIER, Cindy A. Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition (Vineland-3). San Antonio: Pearson, 2016.

WENDELL, Susan. The rejected body: feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge, 1996.