



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

SGD: 2023/30559/335677

RESOLUÇÃO CIB/TO Nº. 522, de 06 de dezembro de 2023.

Dispõe sobre a Linha do Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA), no âmbito do Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas na Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

Considerando a Lei Nº. 4.106, de 2 de janeiro de 2023, que Institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – PEPTA, no âmbito do Estado do Tocantins;

Considerando a necessidade de qualificação da Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência e de nortear e padronizar o processo terapêutico nos serviços ofertados no Estado do Tocantins;

Considerando a apresentação realizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Tocantins, através da Superintendência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 11ª Reunião Ordinária da CIB de 2023;

Considerando o conhecimento do assunto dado à Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 06 dias do mês de dezembro do ano de 2023,

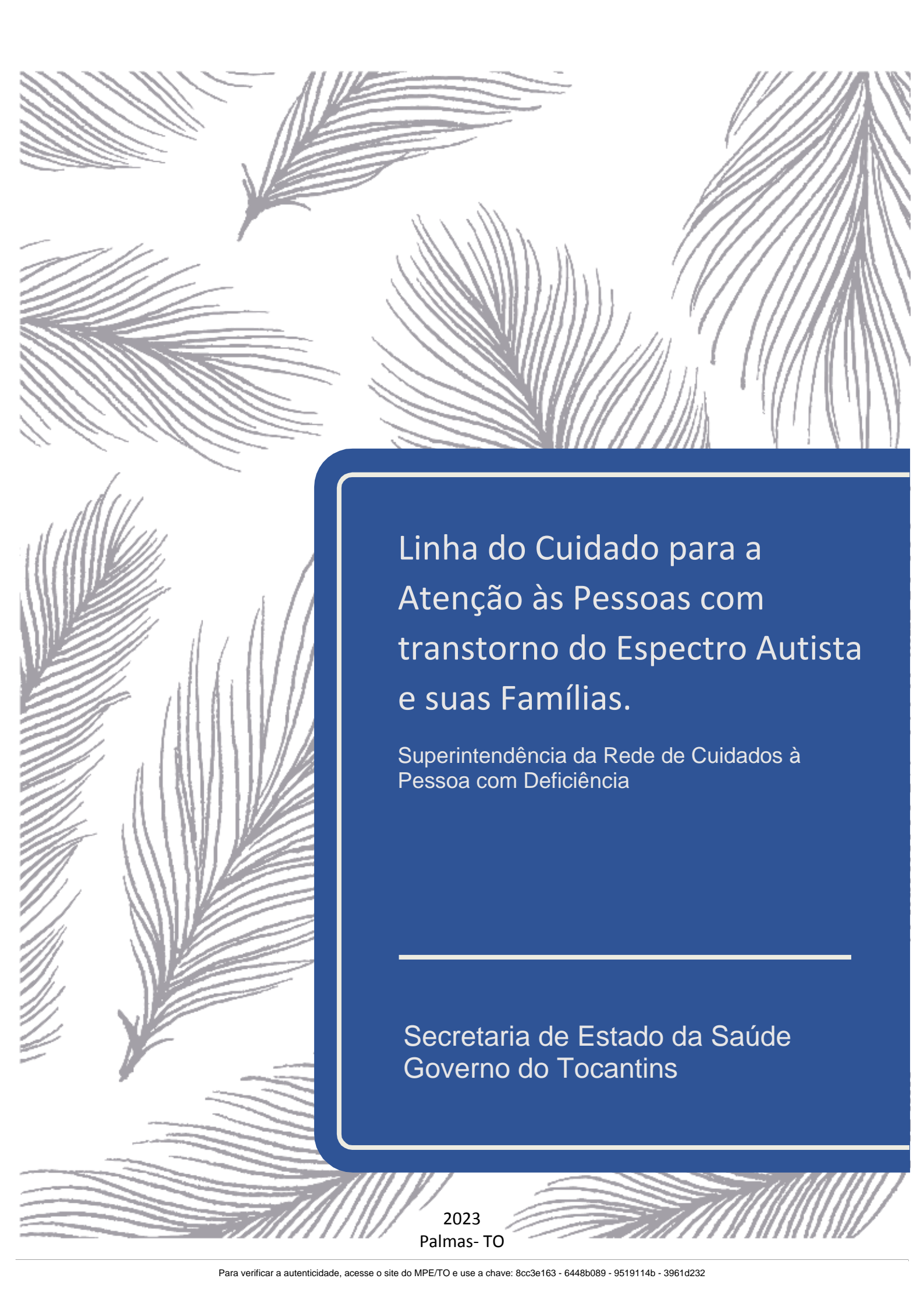
RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Linha do Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA), no âmbito do Estado do Tocantins.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data.

CARLOS FELINTO JÚNIOR
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





Linha do Cuidado para a Atenção às Pessoas com transtorno do Espectro Autista e suas Famílias.

Superintendência da Rede de Cuidados à
Pessoa com Deficiência

Secretaria de Estado da Saúde
Governo do Tocantins

2023
Palmas- TO



WANDERLEY BARBOSA CASTRO
Governador

CARLOS FELINTO JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

ROSA HELENA AMBRÓSIO
Superintendente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

DANIEL HENRIQUE REZENDE DE CARVALHO
Diretor de Prevenção e Identificação Precoce de Deficiências

THAÍS FARIAS PEREIRA
Diretora de Assistência Especializada em Reabilitação

TALASSA COSTA DE MOURA
Gerente de Gestão da Rede PCD

SUZI AMÉRICO NOGUEIRA DA SILVA MARINHO
Gerente de Atenção Odontológica a Pessoa com Deficiência

Equipe Técnica:

ALEXANDRE CAMPOS LIMA
DAVID ANDERSON FERNANDES AGUIAR
DYOVANA THAYNARA ANDRADE DE FRANÇA
EDNALVA DE ARAÚJO NEVES MARINHO
FABIANA DOS SANTOS SIQUEIRA
ISABELLA ROSSELLINE GOMES DA COSTA
JESSICA GOMES BEZERRA
JOSENILDE MACIEL DOS ANJOS

JULIANNY GOMES E COSTA
MARINEZ OLIVEIRA SANTANA
MYLKÉSIA MAURÍCIO MACEDO SILVA
NATALIA VERAS CARDOSO
RAFAELA SOUSA SILVA
RAIMUNDA IRIS SOARES DA CRUZ MARTINS
ROSEMARIA RODRIGUES RIBEIRO
WERBERTH DE OLIVEIRA ALVES

Sumário

1.	32.	42.1.	42.2.	62.3.	82.4.	92.5.	102.6.	103.	123.1.	123.2.	
	143.3.	163.3.1.		163.4.	173.4.1.		183.4.2.		183.5.	193.5.1.	
	213.5.2.		213.6.	213.6.1.		223.6.2.		234.	234.1.	244.2.	275.
	286.	286.1.	336.2.	356.3.	386.3.1.		386.3.2.		396.3.3.		
	406.3.4.		416.3.5.		426.3.6.		426.4.	447.	Erro! Indicador não		

definido.

1. Introdução

Ao longo das últimas décadas, a estimativa do número de indivíduos afetados pelo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem aumentado, impulsionado tanto pelas mudanças na sua classificação quanto pela disseminação do conhecimento sobre o tema. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, aproximadamente uma a cada 60 pessoas é diagnosticada com TEA. Entretanto, os dados relativos à prevalência do transtorno no território nacional e no estado do Tocantins ainda são escassos e fragmentados. Portanto, ao se basear exclusivamente nos indicadores da OMS, corre-se o risco de distorcer a realidade do problema, visto que o TEA é influenciado por múltiplos fatores genéticos e ambientais, os quais se manifestam de maneira única dentro de um contexto populacional.

A complexidade do diagnóstico e a variabilidade nas manifestações do TEA tornam difícil a obtenção de dados precisos. No entanto, é crucial ter em mente a importância do cuidado interdisciplinar e da colaboração intersetorial como fundamentais para garantir inclusão, participação social e acesso a direitos para aqueles afetados pelo transtorno.

Em 10 de janeiro de 2023, foi estabelecida a Superintendência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (SRCPCD), uma nova unidade gestora com o propósito de assegurar, proteger e expandir os direitos das pessoas com deficiência e suas famílias. Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO) tem empreendido esforços em duas frentes: (i) colaborando com outras Secretarias para desenvolver e implementar políticas estaduais; e (ii) internamente, estruturando e organizando uma linha de cuidado específica para pessoas com TEA.

As Linhas de Cuidado foram concebidas como uma forma de otimizar a organização e a coordenação dos recursos e práticas de saúde em determinada região, garantindo uma abordagem eficaz às necessidades de saúde desses indivíduos (MS, 2022). No contexto do TEA, discussões técnicas internas sobre a linha de cuidado incluem o mapeamento das opções de assistência disponíveis para pessoas com TEA nos diversos centros de saúde, o delineamento de fluxos entre esses serviços e a reflexão sobre estratégias aprimoradas para o cuidado dessa população.

Dentro desse cenário, considerando as complexas demandas da população com TEA, a SES tem promovido reuniões com outras secretarias, universidades e agentes públicos, com o objetivo de estabelecer abordagens intersetoriais que atendam efetivamente às necessidades das famílias e indivíduos afetados pelo TEA.

Para além das ações em âmbito estadual, é crucial coordenar esforços com outras esferas, como as Secretarias municipais, a fim de garantir uma linha de cuidado abrangente para essa população, abrangendo todos os níveis de complexidade.

Dessa forma, o presente documento visa complementar a literatura existente, enfatizando a importância da integração da rede de cuidados e do trabalho interdisciplinar na atenção às pessoas com TEA e suas famílias no estado do Tocantins.

2. O Transtorno do Espectro do Autismo – TEA

2.1. Definição

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que se caracteriza por padrões atípicos de desenvolvimento, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e interação social, além de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Os indícios de alerta no neurodesenvolvimento infantil podem ser identificados nos primeiros meses de vida, e o diagnóstico costuma ser estabelecido entre os 2 e 3 anos de idade, sendo mais prevalente no sexo masculino.

A identificação precoce de atrasos no desenvolvimento, um diagnóstico oportuno do TEA e encaminhamento para intervenções comportamentais e apoio educacional nos primeiros anos de vida podem resultar em melhores desfechos a longo prazo, aproveitando a plasticidade cerebral.

Vale destacar que o tratamento oportuno, incluindo a estimulação precoce, deve ser considerado em qualquer suspeita de TEA ou desenvolvimento atípico, independentemente da confirmação diagnóstica.

Apesar dos avanços, a etiologia do TEA permanece desconhecida. Evidências científicas sugerem que não existe uma única causa, mas sim uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais. Essa interação parece desempenhar um papel no desenvolvimento do TEA. No entanto, é importante enfatizar que "risco aumentado" não é sinônimo de causa, pois fatores ambientais podem potencializar ou mitigar o risco em pessoas geneticamente predispostas. Embora nenhum destes fatores pareça ter forte correlação com aumento e/ou diminuição dos riscos, a exposição a agentes químicos, deficiência de vitamina D e ácido fólico, uso de substâncias (como ácido valpróico) durante a gestação, prematuridade (com idade gestacional abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (< 2.500 g), gestações múltiplas, infecção materna durante a gravidez e idade parental avançada são considerados fatores contribuintes para o desenvolvimento do TEA.

Atenção: vacinas não são fatores de risco para o desenvolvimento do TEA.

No que tange ao componente genético, fatores de risco indicam uma influência de alterações genéticas com uma hereditariedade significativa. Entretanto, o TEA é geneticamente heterogêneo, resultando em uma variabilidade fenotípica, tanto em manifestação quanto em gravidade. Ainda que alguns genes e alterações estejam sob investigação, não existe um biomarcador específico para o TEA.

O diagnóstico do TEA é predominantemente clínico e baseado na observação da criança, entrevistas com os pais e uso de ferramentas específicas. Instrumentos de

vigilância do desenvolvimento infantil são sensíveis para a detecção de sinais sugestivos de TEA e devem ser aplicados durante as consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde. O relato da família sobre alterações no desenvolvimento ou comportamento da criança está positivamente correlacionado com o diagnóstico posterior, reforçando a importância de valorizar esse relato durante o atendimento.

Manifestações agudas, muitas vezes caracterizadas por agitação ou agressividade, podem ocorrer. Estes comportamentos podem resultar de diversas causas, como dificuldade na comunicação de necessidades, dor, desconforto sensorial, entre outros. É crucial compreender a razão por trás dessas manifestações para propor estratégias eficazes, como modificações comportamentais, uso de comunicação suplementar/alternativa, abordagens sensoriais e, em casos mais complexos, intervenções médicas.

A partir de janeiro de 2022, entrou em vigor a mais recente edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, conhecida como CID-11, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa atualização abraça a proposta delineada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014), adotando a nomenclatura "Transtorno do Espectro do Autismo" para abranger todas as condições previamente classificadas como "Transtorno Global do Desenvolvimento".

Dentro da CID-11, o Transtorno do Espectro do Autismo é agora identificado pelo código 6A02, substituindo o antigo código F84.0. As subdivisões dessa classificação passam a ser relacionadas com a presença ou ausência de Deficiência Intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional.

Códigos de Identificação na CID-11 para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	
6.A02	Transtorno do Espectro do Autismo.
6.A02.0	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.1	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.2	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.3	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.4	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.Y	Outro Transtorno do Espectro do Autismo
6.A02.Z	Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado

Tabela 1

O Ministério da Saúde, em colaboração com a Câmara Técnica Assessora para Gestão da Família de Classificações Internacionais e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), liderou o processo de tradução da CID-11 para o idioma português. Essa iniciativa envolveu etapas de revisão e validação conduzidas por especialistas na área de classificações, em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A previsão inicial era concluir esse processo até dezembro de 2022.

A transição da CID-10 para a CID-11, incluindo a utilização da nova classificação para a coleta de dados, demanda o estabelecimento de prazos e a implementação de ações estratégicas para essa migração. Conforme a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), esse período de transição deverá ser concluído ao longo de dois a três anos. Portanto, é esperado que a CID-11 esteja plenamente integrada aos sistemas de informação de vigilância a partir de 1º de janeiro de 2025. Nesse contexto de transição, a SES-TO continua empregando a CID-10, apresentando os seguintes códigos:

Códigos de Identificação na CID-10 para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	
F84	Transtorno Global do Desenvolvimento
F84.0	Autismo Infantil
F84.1	Autismo Atípico
F84.3	Outro transtorno desintegrativo da infância
F84.4	Outros Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados
F84.5	Síndrome de Asperger
F84.8	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
F84.9	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

Tabela 2

2.2. Características e Comorbidades Associadas ao TEA

As pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), conforme ilustrado na *Figura 1*, exibem características centrais que variam em grau, incluindo déficits na comunicação social, interesses restritos, comportamentos repetitivos ou estereotipados, e possíveis alterações sensoriais. A gravidade dessas características pode influenciar a presença de comprometimento cognitivo, abrangendo desde Deficiência Intelectual (DI) severa, moderada, leve ou limítrofe, até casos em que o desempenho cognitivo se encontra na média ou mesmo acima da média em quadros de TEA de alto funcionamento.

As habilidades de linguagem variam desde casos não verbais até situações em que a linguagem é fluente. Quanto ao suporte necessário para a adaptação, pode ser desde substancial a moderado, ou até mesmo dispensável em situações em que a independência é evidente.

No âmbito comportamental, é comum encontrar características como irritabilidade, auto e heteroagressividade, muitas vezes desencadeadas por motivos não claros, outras vezes relacionadas a dificuldades neurossensoriais, desconforto, mudanças na rotina e outros fatores.

Indivíduos com TEA podem também lidar com distúrbios do sono, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno Opositor-Desafiador (TOD), que intensificam os desafios adaptativos.

A ansiedade e a depressão são mais frequentemente observadas em adolescentes e adultos, muitas vezes resultado das frustrações e das dificuldades de interação social que enfrentam.

Além disso, comorbidades orgânicas podem incluir distúrbios gastrointestinais, epilepsia, problemas motores e condições genéticas específicas.

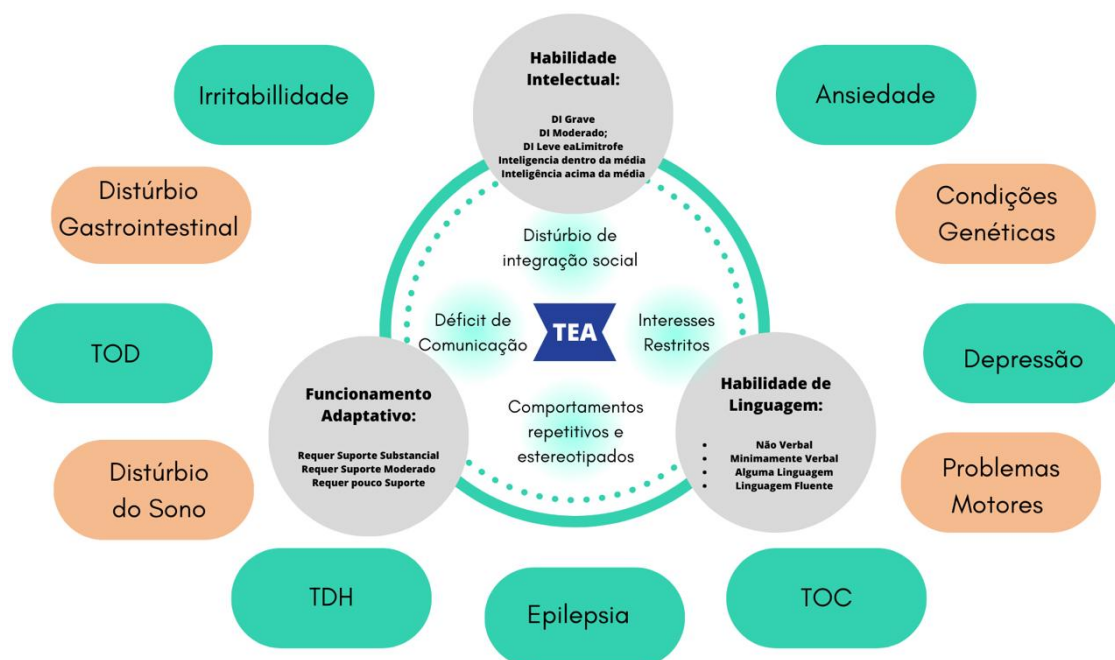


Figura 1 - principais sintomas e comorbidades de TEA (baseado e traduzido de Rosen et al. (2021) - disponível neste [link](#)).

Diante das considerações apresentadas, assume um papel crucial a compreensão por parte dos profissionais de saúde das comorbidades específicas e da intensidade de manifestação do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esses elementos desempenham um papel determinante ao impactar diretamente o nível de suporte exigido para proporcionar um cuidado plenamente adequado às necessidades das pessoas com TEA. O entendimento dessas nuances, permitindo uma abordagem individualizada e holística, constitui um fator essencial para garantir a eficácia e a qualidade dos tratamentos e intervenções direcionados a essa população. Portanto, o aprofundamento nesse conhecimento por parte dos profissionais de saúde se coloca

como um imperativo na busca por um cuidado verdadeiramente efetivo e abrangente para as pessoas com TEA.

2.3. Processo Diagnóstico

A suspeita inicial do Transtorno do Espectro Autista geralmente surge durante a infância, e a detecção ocorre predominantemente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) durante as consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil. Dado o caráter fundamentalmente clínico desse processo, a identificação de traços do espectro autista é conduzida com base nas observações da criança, nas entrevistas com os pais e na aplicação de métodos de monitoramento do desenvolvimento durante as consultas de avaliação do crescimento, que podem ser realizadas em qualquer unidade de APS.

A antecipação da suspeita diagnóstica permite que a APS inicie prontamente intervenções de estimulação precoce e encaminhe a criança de forma oportuna para avaliações mais aprofundadas na Atenção Especializada.

Uma das ferramentas empregadas para análise durante essas consultas é a [Caderneta de Saúde da Criança](#), que contém orientações sobre os marcos de desenvolvimento esperados para cada faixa etária.

Como identificar os primeiros sinais do TEA:

	Interação Social	Linguagem	Brincadeiras			
Dos 0 aos 6 meses 	Crianças com TEA não buscam com o olhar pelo seu cuidador	Prestam mais atenção à objetos que pessoas	Ignoram ou não reconhecem a fala dos seus cuidadores	Tendem ao silêncio ou gritos aleatórios	Choro duradouro sem ligação aparente com eventos ou pessoas	Não exploram objetos e suas formas (sacudir, bater e jogar)
Dos 6 aos 12 meses 	Crianças com TEA tem dificuldade de reproduzir/imitar comportamentos	Não respondem pelo nome, só reagem após insistência ou toque	Não manifestam expressões faciais com significado	Não respondem como se estivessem conversando com gritinhos e barulhos	Não repetem gestos manuais ou corporais quando solicitados (beijinho) mas, podem repetir o gesto aleatoriamente fora de contexto	Precisam de muita insistência dos adultos para engajar nas brincadeiras.
Dos 12 aos 18 meses 	Não aponta objetos, não mostra que objetos despertam curiosidade	Dificuldade para compreender novas situações fora do cotidiano	Apresentam menos variações faciais na hora de se comunicar. Expressam alegria, raiva, frustração, mas não surpresa ou vergonha	Podem não apresentar as primeiras palavras nessa faixa etária	Não brincam de jogos de faz de conta (inicia aos 15 meses)	Exploram menos objetos que as demais crianças e tendem a se fixar em uma ação repetitiva do que explorar as funções dos objetos
Dos 18 aos 24 meses 	Não seguem o olhar do outro ou o apontar para um objeto. Podem olhar para o dedo, mas não fazem a conexão de algo sendo mostrado	Não se interessam por pegar objetos oferecidos por pessoas familiares	Gesticulam menos que outras crianças ou utilizam gestos aleatoriamente. Podem também não saber sinalizar "sim" e "não" com a cabeça	A linguagem não desenvolve, não exploram a fala e tendem a repetir o que escutam. Fala repetida e sem autonomia	Não imitam as ações dos adultos, não se interessam em brincar de casinha ou representar papéis	Não brincam com o que o objeto representa e podem se interessar apenas por um aspecto como girar as rodinhas de um carrinho
Dos 24 aos 36 meses 	Gestos e comentários em resposta aos adultos tendem a ser isolados. Raras iniciativas de apontar, mostrar ou dar objetos	A fala tende a ser a repetição da fala da outra pessoa	Desinteresse em narrativas do cotidiano e no diálogo com os pais	Não fazem distinção de gênero, número e tempo verbal na fala. Tendem a repetir aleatoriamente, não em diálogo com o adulto	Tendem a se afastar de outras crianças ou limitar-se a observá-las à distância	Quando aceitam brincar com outras crianças, tem dificuldade em entendê-las

Fonte: Adaptado de Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

A novidade 3ª edição da Caderneta da Saúde da Criança é a inclusão do instrumento Checklist M-CHAT-R/F. A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível Transtorno do Espectro Autista (TEA). O instrumento é de rápida aplicação, pode ser utilizado por qualquer

profissional da saúde, e deve ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta. A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

Na Caderneta, a orientação é que seja aplicado pela Atenção Primária durante a consulta de puericultura dos 18 meses (ou antecipadamente em caso de suspeita de atraso do desenvolvimento infantil, conforme vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil realizada a partir das orientações).

2.4. Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) requer uma análise cuidadosa para distinguir de forma precisa de outros distúrbios e variações no desenvolvimento. Estes incluem, entre outros: Deficiência Auditiva, Deficiência Intelectual sem relação ao TEA, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Distúrbios Específicos de Linguagem, Esquizofrenia, Mutismo Seletivo, Síndrome de Rett e Síndrome do X-Frágil.

Portanto, a fim de realizar um diagnóstico diferencial adequado, podem ser necessárias avaliações detalhadas e exames complementares, tais como:

Exames	Indicação	Observação
Testes Metabólicos	Pode ser necessário realizar essas avaliações em situações que envolvam histórico de regressões atípicas em crianças com mais de 2 anos, regressão motora ou múltiplas regressões. Além disso, em casos de histórico familiar de óbito na primeira infância ou diagnósticos de distúrbios metabólicos, juntamente com a presença de características físicas como hipotonia ou notável fraqueza.	É de suma importância realizar o teste do pezinho abrangente durante o período neonatal, bem como verificar os níveis de enzimas musculares
Testes Genéticos	Quando apropriado, o profissional médico deve requisitar exames complementares visando a identificação de comorbidades e/ou diagnósticos diferenciais. Se houver múltiplos casos na família ou histórico de consanguinidade, é importante considerar a solicitação desses exames. Caso uma alteração genética seja diagnosticada, é crucial fornecer aconselhamento genético adequado.	Realização de investigação de possíveis alterações cromossômicas, que podem incluir variações no número ou tamanho de partes cromossômicas, translocações, entre outras, bem como mutações no cromossomo X e microdeleções.
Neuroimagem	Podem ser recomendados diante de sinais de regressão atípica no desenvolvimento neurológico, assim como em casos de microcefalia, macrocefalia, alterações no exame neurológico ou episódios de convulsões.	Este exame não é indicado como primeira opção para investigação inicial. Caso seja necessário, a ressonância magnética é a modalidade preferencialmente recomendada.

Eletronecefalograma (EEG)	Recomendado quando houver evidência de regressão atípica ou outros sintomas neurológicos na história ou exame clínico que indiquem sua utilização. Isso inclui situações como a perda tardia ou atípica da linguagem, como aquela observada no estado de mal epiléptico do sono com comprometimento da linguagem. Nestes casos, uma avaliação adicional com um EEG noturno deve ser considerada.	Não se trata de um exame indicado para investigação inicial.
Avaliação Oftalmológica	Deve ser executada sempre que houver suspeita de algum comprometimento, uma vez que a diminuição da acuidade visual pode impactar a interação visual e demandar ajustes ambientais.	Os relatórios devem incluir o registro se foram realizados exames do fundo de olho, refração, exame do cristalino (para detecção de catarata) e avaliação de estrabismo.
Avaliação Auditiva	A mudança na fala e na linguagem pode estar relacionada a perda auditiva, e nesse contexto, os Centros de Educação para Surdos (CER) e outros serviços especializados com enfoque na audição desempenham um papel importante como referência para realizar um diagnóstico diferencial adequado.	É essencial verificar se a Triagem Auditiva Neonatal foi realizada na maternidade. Com base na colaboração da criança/pessoa, deve ser selecionado o exame auditivo mais apropriado.
É importante lembrar que em alguns casos a sedação ou anestesia pode ser necessária para a realização de determinados exames.		

Tabela 3

2.5. Diagnóstico em Fases Avançadas

Alguns indivíduos chegam ao diagnóstico em idade adulta, muitas vezes em paralelo ao diagnóstico de autismo em algum membro mais jovem da família. Isso pode ocorrer devido a um maior conhecimento sobre o assunto, ou devido a desafios e rupturas nas relações profissionais e familiares.

Em tais situações, é crucial explorar a trajetória pessoal ao longo do período de desenvolvimento, levando em consideração as dificuldades autorrelatadas. Sempre que possível, a contribuição dos membros da família para resgatar a história da infância se mostra valiosa.

O diagnóstico deve ser confirmado quando, durante a avaliação clínica, os critérios são cumpridos, exceto nos casos em que indícios de habilidades sociais substanciais na infância estejam presentes.

2.6. Apoio à Família durante o Processo Diagnóstico

O período que vai desde as primeiras suspeitas até a confirmação do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser extremamente angustiante para os familiares e cuidadores. A disponibilidade ininterrupta de informações sobre o TEA na internet muitas vezes resulta em um profundo sofrimento para muitas famílias, devido à precipitação de diagnósticos. Além disso, essa fase traz consigo mudanças na rotina e na dinâmica familiar.

Ao longo da gestação e após o nascimento, os pais idealizam diversos planos para o futuro de seus filhos. Quando a realidade não corresponde a essas expectativas, é comum que as famílias passem por um processo de aceitação que, conforme descrito por Elisabeth Kubler Ross (1991), segue os estágios do luto:

- Negação e isolamento: O primeiro estágio envolve uma negação inicial, total ou parcial, da notícia catastrófica, frequentemente acompanhada de um certo isolamento.
- Raiva: Quando a negação já não é possível, sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento podem emergir quando se fala sobre o evento traumático.
- Barganha: Nessa fase, a pessoa percebe que a raiva não evitou o resultado temido e tenta negociar por meio de um comportamento positivo.
- Depressão: A depressão surge como resultado do processo de lidar com perdas pessoais, emocionais e materiais relacionadas ao nascimento de um bebê com deficiência, percebido e sentido como catastrófico. No entanto, essa fase pode também representar o primeiro passo em direção à aceitação.
- Aceitação: Nesta etapa, "a dor parece ter se dissipado" (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 120). Após enfrentar negação e raiva, a pessoa encontra paz e aceitação diante da notícia inicial.

Outras teorias e modelos sobre o luto sugerem que essas fases não são rigidamente definidas e podem ocorrer simultaneamente.

A maneira como a família vivencia essa fase e como os profissionais de saúde abordam o assunto podem influenciar os próximos passos a serem tomados e o prognóstico do caso. Além de habilidades de comunicação e conhecimento técnico, a equipe de saúde deve acolher dúvidas, preocupações e angústias, fortalecendo o vínculo do serviço com a pessoa com TEA e sua família, desde o momento das suspeitas até todo o processo de cuidado.

É crucial oferecer espaços individuais ou coletivos (como grupos de cuidadores) para ouvir, apoiar e compartilhar experiências e conhecimento. Essas estratégias de suporte são essenciais e devem estar presentes não apenas no momento do diagnóstico e nas fases iniciais da intervenção, mas ao longo de todo o ciclo de vida.

Esses espaços (individuais e coletivos) devem ser dedicados a momentos em que o foco está na pessoa com TEA, mas é igualmente importante não negligenciar o cuidado e o apoio necessários para a família.

3. Diretrizes para o cuidado

3.1. Integralidade

Ao discutirmos cuidados dentro das Redes de Atenção à Saúde, é essencial enfatizar o conceito de integralidade em duas dimensões cruciais: primeiro, reconhecendo o indivíduo como uma entidade completa; em segundo lugar, estabelecendo uma rede de cuidados que responda de maneira abrangente às diversas demandas. Essa abordagem contrasta com a ineficiência resultante de uma visão fragmentada dos indivíduos e da segmentação de ações e serviços, o que acarreta segregação e exclusão da população em foco.

Nesse contexto, a integralidade deve ser um alicerce, visando a ampliar a perspectiva, contemplando as várias relações e interações relacionadas aos indivíduos em várias frentes de atuação, como saúde, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos, além de interações intra e intersetoriais. Para atingir esse objetivo, é necessário provocar uma aproximação e corresponsabilização real entre os serviços e profissionais que fornecem cuidados. Considerando diferentes papéis e especificidades, eles devem compartilhar pressupostos e princípios para garantir um acolhimento imediato e a disponibilidade de opções adequadas.

A articulação em rede de vários pontos de atenção forma um conjunto sólido e concreto de referências capazes de acolher pessoas em situação de sofrimento mental e suas famílias. Essa rede é mais ampla do que apenas os serviços de saúde mental de um município ou estado. A rede se constitui por meio da articulação contínua de outras instituições, associações e cooperativas, além de diversos espaços nas cidades. Portanto, é essencial para a construção dessa rede um movimento constante e direcionado em todos os espaços, buscando a emancipação das pessoas que buscam os serviços de saúde, especialmente aqueles que sofrem de transtornos mentais.

A ideia central é que apenas uma organização em rede, e não apenas um serviço ou recurso isolado, pode lidar com a complexidade das demandas de inclusão de pessoas que historicamente foram estigmatizadas em um país marcado por profundas desigualdades sociais (BRASIL, 2005). A articulação em rede de diversos elementos do território, incluindo e expandindo além do campo da saúde, pode garantir maior capacidade de resolução, promovendo a autonomia e cidadania das pessoas com TEA e suas famílias. A noção de território é especialmente orientadora para a organização dessa rede.

Quando se trata das pessoas com TEA e suas famílias, o foco é direcionado para reconhecer de maneira mais incisiva o lugar social que lhes é destinado, as relações estabelecidas com a vizinhança, creche, escola e outras instituições, bem como as crenças que circulam e as estratégias empregadas para sua inclusão na comunidade.

Considerando as tendências ao isolamento, as dificuldades nas interações com os outros e as limitações na comunicação como questões centrais no processo de cuidado, torna-se ainda mais crucial estabelecer uma rede efetiva que intervenha para

ampliar seus laços sociais. Especificamente no contexto da pessoa com TEA e sua família, a noção de integralidade pode ser concretizada por meio das seguintes concepções:

- **Na concepção de sujeitos:** É essencial adotar uma visão multidimensional e não estereotipada das dificuldades que surgem, garantindo sua contextualização adequada.
- **Na concepção do cuidado:** É essencial providenciar uma gama diversificada de abordagens de cuidado, reconhecendo as várias manifestações do TEA, e evitando a mera reprodução de respostas imediatas e padronizadas. A elaboração de um plano terapêutico único requer a inventividade na proposição de diretrizes que possam guiar a família no caminho do tratamento. Esse tratamento é oferecido por uma equipe multiprofissional, trabalhando em conjunto com a família e o próprio indivíduo. É importante, porém, que cada abordagem criativa não se transforme em um modelo padronizado, uniforme e repetitivo para todos.

É de suma relevância enfatizar que a abrangência do cuidado compartilhado transcende os limites de um único setor ou entidade, e deve se estender a uma coordenação efetiva com serviços intersecretariais. Nesse contexto, é imperativo englobar e sincronizar as ações e esforços de uma ampla gama de áreas governamentais e recursos comunitários, de modo a construir uma rede abrangente de apoio e assistência às pessoas com TEA.

Dentre essas áreas cruciais, destacam-se a Educação, que desempenha um papel fundamental na inclusão e no desenvolvimento educacional de indivíduos com TEA. A colaboração estreita entre os setores de Saúde e Educação é vital para garantir a implementação de estratégias de ensino adaptadas às necessidades específicas de cada pessoa, promovendo um ambiente educacional inclusivo e enriquecedor.

Além disso, a Assistência e Desenvolvimento Social desempenham um papel essencial no fornecimento de suporte às famílias e indivíduos com TEA, incluindo acesso a benefícios sociais, serviços de cuidados especiais e programas de reabilitação. Essa coordenação intersecretarial assegura que as necessidades socioeconômicas e emocionais sejam abordadas de maneira holística e integrada.

Os setores de Esportes e Cultura também têm um papel relevante a desempenhar na promoção da inclusão e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com TEA. Incentivar a participação em atividades esportivas e culturais adaptadas pode contribuir para o desenvolvimento físico, emocional e social, bem como para a promoção da autoestima e do bem-estar.

O setor de Trabalho assume importância ao garantir oportunidades de emprego inclusivas e adaptadas às habilidades individuais das pessoas com TEA. Ao colaborar com o setor de Saúde, podem ser desenvolvidas estratégias de preparação para o mercado de trabalho, treinamento vocacional e apoio contínuo no ambiente de trabalho.

É essencial reconhecer que o sucesso do cuidado compartilhado requer uma colaboração harmoniosa e eficaz entre todas essas áreas intersecretariais. Isso exige comunicação constante, compartilhamento de informações, desenvolvimento conjunto de políticas e planos, além de um compromisso unificado para promover o bem-estar e a inclusão das pessoas com TEA em todas as esferas da sociedade. O resultado desse esforço coordenado é uma rede abrangente de apoio que capacita indivíduos com TEA a alcançar seu pleno potencial e a participar plenamente na vida comunitária.

A seguir, abordaremos o fluxo de atendimento e destacaremos os principais pontos a serem observados e abordados em cada fase da vida.

3.2. Crianças de 0 a 2 anos

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de consultas de rotina, seguindo o calendário de puericultura estabelecido nas Diretrizes da Atenção Básica (2022). Isso envolve a implementação de ações voltadas para promoção, proteção, detecção precoce, atendimento e reabilitação de possíveis alterações que poderiam afetar seu futuro.

Nesse sentido, é crucial consultar e avaliar os marcos de desenvolvimento específicos para cada faixa etária usando o Instrumento de Vigilância ao Desenvolvimento, que está disponível na Caderneta da Criança. Você pode acessar o instrumento nos seguintes links:

Durante o atendimento à criança, é fundamental dar ênfase ao relato e às preocupações da família.



<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2Mw==>

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NA==>

Nessa faixa etária, é possível identificar alguns sinais de alerta para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), tais como:

Atrasos nas marcas de desenvolvimento neuropsicomotor;
Comportamentos estereotipados e repetitivos;
Desinteresse por estímulos do ambiente;
Dificuldades em manter o contato visual com a mãe e com objetos ao redor;
Falta de reação a estímulos sonoros;
Ausência de comunicação verbal ou não verbal;

Ao identificar sinais de atrasos no desenvolvimento, é crucial iniciar imediatamente um processo de intervenção/estimulação precoce tanto para a criança quanto para a família. Essa intervenção deve ser conduzida por uma equipe interdisciplinar em colaboração com os cuidadores e, se aplicável, com a creche onde a criança esteja matriculada.

Considerando as nuances do espectro do autismo e sua natureza multifatorial, o serviço de referência para essa população requer avaliações específicas para estimular suas capacidades em cada etapa do desenvolvimento. As estratégias terapêuticas devem ser moldadas pelas características sociais e ambientais individuais.

Crianças que apresentam aquisições motoras e linguísticas dentro da média e demonstram boa aptidão para interações sociais podem receber acompanhamento da Equipe Multiprofissional na Atenção Básica. Essa equipe desempenhará um papel facilitador, buscando espaços no território que atendam às necessidades atuais e fornecendo acompanhamento de saúde apropriado para as crianças.

Casos que envolvem atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), dificuldades de comunicação e integração sensorial que demandem intervenções mais frequentes devem ser encaminhados para avaliação especializada no Centro Especializado em Reabilitação (CER). O objetivo é oferecer um atendimento mais direcionado tanto à criança quanto à família, reconhecendo que muitas crianças respondem melhor a estímulos focalizados. A meta é maximizar as oportunidades de desenvolvimento, considerando a plasticidade das estruturas anatômicas e fisiológicas do cérebro e as experiências de vida cruciais nos primeiros anos.

Ademais, a equipe deve esclarecer à família sobre as condições de saúde da criança, fornecer orientações para lidar com suas particularidades e incentivar suas habilidades únicas.

Os CER são serviços de reabilitação de base territorial com equipes multiprofissionais que adotam diversas abordagens terapêuticas, personalizadas para cada indivíduo. Eles oferecem atendimentos individuais e em grupo, priorizando intervenções oportunas e fornecendo apoio às famílias por meio de orientações e acompanhamento dos pais e cuidadores.

As vagas nos CER estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio da agenda regulada pelo Sistema SISREG (Sistema de Regulação - MS).

As intervenções terapêuticas, tanto em formatos individuais como em grupo, proporcionam uma forma significativa de vivência para a criança. Isso é alcançado por meio de atividades lúdicas e estímulos sensoriais, com o propósito de realçar as habilidades e interesses únicos da criança com TEA. O foco é estimular a comunicação, a interação social e a conexão com o ambiente ao redor.

A articulação entre os diversos serviços do território é de extrema importância para estabelecer um Plano Terapêutico Singular (PTS) conjunto e para conduzir o caso de maneira eficaz. Portanto, é essencial que a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro Especializado em Reabilitação (CER), e outros serviços inter e intrassetoriais estejam coordenados nesse cuidado colaborativo.

3.3. Suporte às famílias e cuidadores

A família constitui o primeiro grupo com o qual o indivíduo entra em contato, dando início ao processo de socialização. Essa dinâmica desempenha um papel essencial no cuidado prestado às crianças com TEA. Portanto, é crucial estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais da Rede e essas famílias, cultivando vínculos terapêuticos. Isso implica ouvir as demandas, acolher as angústias e respeitar as peculiaridades e estrutura familiar, para que as orientações sejam eficazes.

Nesse contexto, as equipes devem reconhecer a perspectiva da família sobre o desenvolvimento da criança com TEA e incentivar sua participação efetiva no processo terapêutico, considerando que a criança passa a maior parte do tempo com seus cuidadores.

A participação ativa dos pais e cuidadores é absolutamente fundamental em todo o processo. Eles desempenham um papel central na colaboração com a equipe interdisciplinar, com o objetivo principal de fortalecer laços terapêuticos e familiares para promover o cuidado integral.

3.3.1. Saúde Bucal

A literatura destaca uma prevalência significativa de cárie, doença periodontal, má oclusão e maior vulnerabilidade a lesões traumáticas em crianças e adultos com TEA. Fatores como limitações na comunicação, comportamentos atípicos, padrões alimentares ricos em carboidratos, efeitos colaterais medicamentosos (como a diminuição da salivagem), sensibilidade alterada à dor e outros estímulos externos podem agravar ainda mais as condições bucais dessa população. Dessa forma, é de extrema importância que os cuidados odontológicos sejam incorporados à abordagem geral de saúde da pessoa com TEA desde a infância e sejam mantidos ao longo da vida.

O acompanhamento odontológico pré-natal também é relevante para gestantes, visto que, além de zelar pela própria saúde bucal, a mãe recebe orientações sobre o bem-estar bucal do bebê, abrangendo desde a importância da amamentação até a manutenção da higiene oral.

A prevenção começa nos primeiros meses de vida, com a limpeza da gengiva e dentes utilizando gazes umedecidas em água. À medida que a dentição decídua começa a surgir, por volta dos 6 meses, a introdução gradual da escova dental é recomendada, com a escovação supervisionada por um adulto.

No início do processo de erupção dentária, é essencial que haja avaliação e acompanhamento por parte de um cirurgião-dentista. Contudo, vale destacar que crianças com TEA podem apresentar retardo na erupção dentária, especialmente quando há comorbidades.

3.4. Crianças de 2 a 10 anos

Nesta fase do desenvolvimento, é vital atentar cuidadosamente para áreas como linguagem, comunicação, interesses e interações sociais. Dessa forma, a intervenção nessas áreas deve ser iniciada já na Unidade Básica de Saúde (UBS).

As intervenções terapêuticas continuam sendo conduzidas por meio de atividades lúdicas e recursos sensoriais, visando estimular o crescimento do jogo simbólico, imaginação, comunicação, linguagem e habilidades emocionais. É essencial que essas atividades sejam adaptadas conforme o progresso individual da criança.

Por meio de jogos simbólicos, é possível abordar a linguagem e Atividades de Vida Diária (AVDs), como higiene, banho, alimentação e vestimenta. Além disso, cenários podem ser criados para vivenciar situações cotidianas, como ir à escola ou passear no parque.

A disfunção no processamento sensorial também exige atenção, especialmente em casos de hiper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais, que podem prejudicar atividades diárias e devem ser tratados adequadamente.

O processamento sensorial envolve a captação de informações pelos sentidos (toque, movimento, olfato, paladar, visão e audição), organização e interpretação dessas informações e emissão de resposta coerente. Em crianças com TEA, ocorrem alterações nesse processo.

A questão da comunicação e linguagem também requer atenção na população com TEA, pois seu desenvolvimento adequado impacta globalmente o comportamento da criança, reduzindo comportamentos hetero e autoagressivos.

A Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA) é uma ferramenta valiosa para ampliar a capacidade comunicativa em indivíduos com dificuldades verbais. Sua adoção não inibe o desenvolvimento da fala, mas aumenta as opções de expressão verbal.

Por volta dos 2 anos, espera-se que a criança alcance marcos motores principais, incluindo a marcha independente. É fundamental avaliar alterações motoras, como marcha anormal, coordenação motora, planejamento motor, percepção corporal e equilíbrio.

O encaminhamento ao CER e/ou médico ortopedista é importante para casos graves de deformidades na marcha. A UBS deve manter intervenções mesmo com atendimento no CER. O Plano Terapêutico Singular (PTS) deve ser definido em reuniões de matriciamento.

Se a criança está no CER devido a atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) ou suspeita de TEA, o CER pode coordenar com o CAPS I para compartilhamento de diagnóstico. A UBS deve manter o acompanhamento.

É importante considerar o encaminhamento ao CER caso haja queixas e suspeitas nessa faixa etária.

A estratégia de Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) é crucial para fortalecer vínculos familiares e sociais, aprimorar AVDs e autonomia, com suporte no cuidado de saúde.

Os CAPS I oferecem atendimento interdisciplinar, colaborando para diagnóstico e elaboração do PTS. A equipe inclui diversos profissionais e lida com comorbidades e crises.

Nessa fase, a criança amplia seu contexto social para a escola. Dificuldades podem surgir, mas a inclusão escolar é essencial para desenvolvimento global. A articulação entre saúde e educação é fundamental, usando recursos como Tecnologia Assistiva e mantendo colaboração constante.

3.4.1. Suporte às famílias e cuidadores

A colaboração com a família desempenha um papel essencial no estímulo à independência funcional, adaptada a cada ponto do espectro. As atividades de jogo simbólico realizadas nos espaços terapêuticos precisam ser levadas para o ambiente domiciliar, educacional e social, o que pode ser alcançado por meio de abordagens colaborativas com as famílias e escolas.

É crucial destacar que a equipe interdisciplinar desempenha um papel fundamental no acolhimento e cuidado da família. Isso se manifesta por meio de atendimentos individuais e/ou participação em grupos realizados na UBS, CER, de acordo com as necessidades e oportunidades.

3.4.2. Saúde Bucal

Além dos cuidados de higiene bucal em casa, nessa fase, ocorre a erupção completa da dentição decídua e o início da dentição permanente. É recomendável que os primeiros contatos com o cirurgião-dentista ocorram nesse período, visando ao condicionamento e a medidas preventivas.

A demora em buscar atendimento odontológico pode complicar ainda mais a execução de procedimentos necessários. Muitas vezes, o primeiro contato com o

dentista ocorre em emergências, com dor. Portanto, é fundamental que a criança inicie seus cuidados odontológicos ainda na infância, com visitas regulares ao consultório para prevenção.

O manejo clínico para pacientes com TEA envolve a compreensão por parte do profissional das particularidades da idade, da comunicação, interação social e comportamento do indivíduo. A higiene bucal é crucial para prevenir problemas como cáries e doenças periodontais. Hábitos alimentares adequados, escovação após as refeições e uso diário de fio dental são fundamentais para manter a saúde bucal, reduzindo a necessidade de intervenções odontológicas e eliminando possíveis causas de desconforto, como dor, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Nessa fase, podem surgir problemas odontológicos evidentes, como a má oclusão, que podem ser causadas por hábitos como sucção de dedo ou chupeta. Além disso, a alimentação e o uso de medicamentos também devem ser considerados. Cada paciente terá um plano de tratamento único, com foco contínuo na prevenção, através de condicionamento, profilaxia e aplicação de flúor, de acordo com as orientações do cirurgião-dentista.

As consultas odontológicas devem seguir uma rotina preferencialmente, com os mesmos dias e horários matutinos e a mesma equipe profissional. Essas consultas devem ser breves e bem estruturadas, evitando longas esperas na recepção. Durante o atendimento, o cirurgião-dentista deve usar comandos claros, curtos e simples para garantir o entendimento, evitando palavras que possam causar medo.

O ambiente deve ser calmo e iluminado, com redução de estímulos sensoriais, como luz intensa, sons altos e odores fortes. Estratégias de condicionamento são recomendadas, como a técnica "dizer, mostrar, fazer", em que o profissional explica e demonstra a tarefa antes de realizá-la. Reforços positivos constantes, como elogios durante e após o atendimento, são importantes.

Em casos em que a abordagem verbal e comportamental encontra resistência, a contenção física, sedação e/ou anestesia geral podem ser consideradas, conforme a situação. A estabilização protetora, que envolve a contenção física com consentimento dos pais, é usada para limitar os movimentos e evitar lesões durante o procedimento. O uso de abridor de boca também pode ser necessário.

3.5. Adolescente de 10 a 19 anos

O desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (AVDs) torna-se essencial nessa fase do ciclo de vida, visando promover a autonomia e independência do adolescente com TEA. Além disso, a participação em grupos terapêuticos nas UBS, CER, CAPS, desempenhará um papel crucial ao auxiliar e fomentar a comunicação e interação social. Esses grupos proporcionam um espaço propício para abordar questões pertinentes, tais como mudanças corporais, sexualidade, bullying, ansiedade, entre outras. Nesse estágio, muitos indivíduos ainda podem se beneficiar da terapia com recursos sensoriais, mencionada anteriormente neste documento.

A colaboração entre os setores de Saúde e Educação continua sendo de vital importância.

Alguns CER pelo Brasil, estão ampliando suas abordagens terapêuticas ao incorporar recursos complementares. A realidade virtual é um exemplo desses recursos, permitindo que pacientes com TEA desenvolvam habilidades específicas que contribuem para suas necessidades de comunicação, participação social e treinamento de aptidões individuais.

A estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) pode atuar desde estágios anteriores na vida do indivíduo, mas é nesse ciclo de vida que muitas das necessidades de apoio para inclusão e participação social se tornam evidentes. Assim, a estratégia APD desempenha um papel fundamental nesse período, contribuindo para o aprimoramento das AVDs, a promoção de maior autonomia e independência da pessoa com TEA e oferecendo suporte aos familiares e cuidadores conforme o necessário. A estratégia APD empreenderá ações para fortalecer a rede de saúde e interseções setoriais, visando a plena inclusão dessas pessoas na sociedade.

Durante a transição para a adolescência, é importante considerar a possibilidade do surgimento de crises convulsivas e o agravamento de situações de agitação e agressividade. Menos comumente, alguns indivíduos podem manifestar maior apatia e lentidão, mesmo que tenham sido mais inquietos anteriormente. A adolescência também revela de forma mais evidente os desafios associados à socialização, especialmente porque essa fase exige mobilização de habilidades sociais, o que pode ser um aspecto desafiador no contexto do TEA. Isso pode resultar em conflitos, episódios de bullying, situações de violência e um aumento das comorbidades, como episódios depressivos e quadros de ansiedade.

A abordagem das questões de sexualidade pode ser uma dificuldade adicional. Em uma pequena parcela das pessoas com TEA, há uma perda autolimitada, mas permanente, das habilidades de linguagem e um declínio cognitivo durante a adolescência.

Nessa faixa etária, o pré-adolescente e o adolescente passam por um processo de diferenciação do núcleo familiar e construção de individualidade e independência, mediados pelas percepções das mudanças no próprio corpo e pela maior complexidade das interações com os pares. Esse período é geralmente desafiador para todos os jovens e pode ser ainda mais intenso para os jovens com TEA. Sintomas de ansiedade e depressão podem surgir nessa fase, além de um agravamento das crises como forma de expressar o sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) oferecem um cuidado amplo e interdisciplinar para jovens que enfrentam essas dificuldades.

Adolescentes com TEA também podem enfrentar demandas relacionadas à variabilidade de gênero. Dada a diversidade e a necessidade de inclusão, é crucial que os serviços ofereçam suporte aos adolescentes e suas famílias nessa fase, recomendando os serviços públicos especializados para lidar com a disforia de gênero.

Através de atendimentos individuais, em grupo e no ambiente cotidiano, é construído o Projeto Terapêutico Singular, fortalecendo os jovens e suas famílias para enfrentar os novos desafios do dia a dia.

3.5.1. Suporte às famílias e cuidadores

Conforme mencionado anteriormente, o suporte à família pode ser oferecido por meio de consultas individuais ou participação em grupos nas unidades de saúde (UBS), centros especializados (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em outros recursos de saúde disponíveis no território, de acordo com as necessidades específicas. É importante enfatizar que os grupos constituem uma estratégia valiosa para a troca de informações, compartilhamento de experiências e descobertas dos pais durante esse ciclo de vida, oferecendo apoio emocional, orientações em saúde e abordando outros tópicos relevantes para essa fase.

3.5.2. Saúde Bucal

Neste estágio da vida, é crucial manter hábitos sólidos de higiene bucal, incluindo a escovação após as refeições e o uso regular do fio dental, a fim de prevenir problemas bucais como cáries e gengivite. Essa abordagem ajuda a reduzir a necessidade de intervenções odontológicas. É importante motivar o adolescente a assumir a responsabilidade pela sua higiene bucal, enquanto a família desempenha um papel essencial ao supervisionar essa prática.

As consultas odontológicas devem ser planejadas com a criação de um vínculo efetivo, empregando técnicas de condicionamento e procedimentos preventivos, como limpeza profissional e aplicação tópica de flúor. A frequência das consultas deve seguir as recomendações do cirurgião-dentista, garantindo um acompanhamento adequado.

3.6. A partir de 20 anos

O acompanhamento da pessoa com TEA na fase adulta deve ser adaptado às suas necessidades individuais, abrangendo diversas ações da Estratégia APD, conforme mencionado anteriormente. A partir de uma avaliação detalhada e identificação de potencial, a equipe APD pode oferecer suporte no projeto Emprego Apoiado, visando a inclusão no mercado de trabalho.

O CAPS Adulto desempenha um papel crucial como referência no território em situações complexas e de crise. Através do matriciamento de casos, atendimentos interdisciplinares e colaborações intra e intersetoriais, ele integra a rede de cuidados. Em casos de maior complexidade ou riscos identificados, o acionamento dos CAPS Adulto III é recomendado. Estes centros dispõem de leitos de acolhimento integral 24h, por um período de até 14 dias (PORTARIA GB/MS Nº 130/2012), trabalhando em conjunto com a rede hospitalar para promover o cuidado territorial e o bem-estar, convívio e participação social em um ambiente de liberdade.

À medida que a pessoa com TEA envelhece, a família também envelhece, o que pode trazer desafios adicionais. Nesse contexto, é essencial uma articulação eficaz entre os serviços de saúde do território, como UBS, CAPS, CER/APD, para oferecer suporte adequado. Questões de saúde comuns ao envelhecimento, como hipertensão arterial, diabetes e problemas osteomusculares, devem ser abordadas. O envelhecimento do TEA é uma realidade que precisa ser reconhecida e compreendida, com ajustes constantes no Plano Terapêutico Singular para garantir um cuidado apropriado.

3.6.1. Suporte às famílias e cuidadores

A Frente ao processo de envelhecimento da família, frequentemente é necessário reorganizar o núcleo familiar, considerando ajustes na rotina, dinâmica e até mesmo espaços físicos, como mudanças de residência ou modificações arquitetônicas. A readaptação dos cuidados, a redistribuição entre os membros familiares e o tratamento de questões emocionais também se tornam aspectos cruciais devido às exigências e desafios no provimento de assistência (CARVALHO; ARDORE; CASTRO, 2015).

Assim, a participação dos serviços de saúde do território torna-se essencial para garantir um envelhecimento de qualidade tanto para a pessoa com TEA quanto para seus familiares e cuidadores.

Todas as UBS devem desenvolver programações específicas para a população idosa, considerando o perfil local obtido por meio da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica. Essas ações podem ser individuais ou coletivas.

Frequentemente, os familiares e cuidadores idosos não conseguem comparecer às UBS para suas consultas de rotina devido às demandas familiares. Nesses casos, visitas regulares das equipes de saúde permitem identificar as necessidades atuais dessas famílias.

As Unidades de Referência em Saúde da Pessoa Idosa (URSI) atuam como pontos de atenção ambulatorial secundária, com equipes interdisciplinares que utilizam mecanismos de referência e contrarreferência, matriciamento e educação permanente em saúde para assegurar atendimento integral.

Diante da vulnerabilidade social de muitas famílias, é importante que as equipes orientem sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um auxílio assistencial mensal destinado a idosos a partir de 65 anos e pessoas com deficiência, proporcionado pelo INSS. Este benefício visa auxiliar aqueles com limitações de longo prazo que os impeçam de participar plenamente na sociedade (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2022).

A pessoa com TEA e/ou seus familiares/cuidadores podem procurar o CRAS mais próximo da sua residência para dirimir dúvidas sobre os critérios do benefício, além de

receber orientação sobre o preenchimento dos formulários necessários, disponíveis no [MEU INSS](#).

3.6.2. Saúde Bucal

A população idosa está experimentando um crescimento notável tanto no Brasil quanto no cenário global. Conforme o processo natural de envelhecimento se desenrola, o indivíduo se depara com transformações em sua saúde sistêmica, aspectos psicológicos e contextos sociais. Portanto, não se deve negligenciar a saúde bucal, visto que a manutenção de cuidados preventivos e intervenções apropriadas é fundamental. Especial atenção deve ser dada às ausências dentárias, uma vez que a presença de dentes desempenha um papel crucial tanto na fala adequada quanto na mastigação, contribuindo, assim, para o bem-estar geral.

Ademais, é imperativo considerar as interações medicamentosas e condições associadas à faixa etária, tais como a imunidade reduzida e suscetibilidade a infecções oportunistas, modificações cardiovasculares e doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Outros fatores a serem ponderados incluem a diminuição do fluxo salivar, dificuldades na deglutição de alimentos e a perda óssea, que pode complicar a adaptação de próteses dentárias. Consequentemente, um enfoque abrangente na saúde bucal é essencial para garantir a qualidade de vida e o bem-estar abrangente dos idosos.

4. Saúde Nutricional

Os desafios alimentares enfrentados por pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) ao longo de suas vidas. Problemas alimentares frequentemente começam na infância e podem persistir, independente da fase de vida. Crianças com TEA tendem a apresentar seletividade alimentar, com preferência por um conjunto restrito de alimentos. A aceitação de novos sabores pode ser mais difícil devido a comportamentos restritivos. Estudos indicam que entre 46% a 89% das crianças com TEA enfrentam problemas alimentares. No entanto, a seletividade pode variar em termos de causa e gravidade, com algumas crianças aceitando apenas 10 a 15 alimentos.

O fenômeno da seletividade alimentar é observado tanto em crianças com desenvolvimento típico quanto no TEA, mas pode ser mais pronunciado neste último grupo. Os desafios alimentares incluem recusa de alimentos com base em gostos, texturas, temperaturas, aparência, utensílios ou embalagens. Além disso, pacientes com TEA podem apresentar dificuldades em permanecer sentados durante as refeições e exibir comportamentos agressivos. Essas alterações alimentares têm múltiplas origens, incluindo fatores comportamentais, fisiológicos e hábitos familiares.

A consequência desses desafios é frequentemente uma dieta limitada, com preferência por alimentos processados ricos em amido e baixo consumo de frutas e vegetais, o que aumenta o risco de deficiências nutricionais.

Pacientes com TEA também podem lidar com comorbidades, como distúrbios de sono associados a problemas gastrointestinais, como dor abdominal, diarreia e constipação. Além disso, podem ocorrer alergias alimentares, rinite, transtornos de ansiedade e deficiência intelectual.

Diante desses desafios, é crucial garantir cuidados contínuos e personalizados para as pessoas com TEA, com atenção especial à nutrição e à abordagem de comorbidades, visando promover uma qualidade de vida melhor e mais saudável.

4.1. Educação alimentar e nutricional

As crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) constituem um grupo com peculiaridades marcantes no desenvolvimento da Educação Alimentar e Nutricional.

Para conduzir uma Educação Alimentar e Nutricional adequada, é fundamental reconhecer a diversidade alimentar das famílias, respeitando suas tradições culinárias. Isso envolve compreender o período gestacional, considerando se foi planejado e quaisquer intercorrências pós-parto, como parto prematuro, internações e refluxos, que podem influenciar na aceitação alimentar.

Muitos familiares de crianças com TEA enfrentam desafios relacionados a comportamentos alimentares desadaptativos, que variam significativamente entre os indivíduos. A persistência em consumir determinados alimentos e a recusa severa, muitas vezes associadas a padrões sensoriais específicos do transtorno, podem causar esgotamento nos pais. Isso resulta em sentimentos de impotência em relação à promoção de uma alimentação saudável, evidenciando a complexidade dessa questão.

Os estilos parentais influenciam o ambiente emocional durante as refeições e desempenham um papel crucial na abordagem das dificuldades alimentares. A conduta alimentar adotada pelo cuidador principal desempenha um papel central no comportamento alimentar da criança.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2022), a participação ativa dos cuidadores na escolha dos padrões e estilos alimentares é fundamental para a gestão das dificuldades alimentares, sendo definidos quatro padrões e estilos alimentares parentais como parte integrante desse processo.

Quadro Estilos Parentais:

Estilo Parental	Prática Alimentar Parental
Responsivo (Autoritativo).	<ul style="list-style-type: none">● Orienta a alimentação da criança● Estabelece limites● Comem como modelo e conversam sobre comida de forma positiva● Respondem aos sinais de fome da criança
Controlador	<ul style="list-style-type: none">● Tentam controlar a alimentação da criança.

(Autoritário).	<ul style="list-style-type: none"> ● Restringem alimentos da criança. Pressionam a criança para comer. ● Suborna a criança com recompensas. Ignora os sinais de fome da criança.
Indulgente (Permissivo).	<ul style="list-style-type: none"> ● Não estabelece limites. ● Alimenta a criança com o quê, onde e quando ela quer. ● Prepara comidas especiais para a criança. ● Ignora os sinais de fome da criança.
Não envolvido ou Passivo (Negligente).	<ul style="list-style-type: none"> ● Desiste das responsabilidades alimentares. ● Não estabelece limites. ● Ignora os sinais de fome ou as necessidades físicas e psicológicas da criança.

Tabela 4 - Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2022).

É fundamental que profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas e outros envolvidos no cuidado de crianças com dificuldades alimentares, saibam identificar os estilos parentais. Isso possibilita orientar os pais de forma mais eficaz sobre suas atitudes e modificar gradualmente o ambiente e comportamento em direção a práticas mais adequadas.

Nesse contexto, é possível que os profissionais de saúde identifiquem os estilos alimentares por meio de três questionamentos aos pais:

- Como você se sente em relação à alimentação do seu filho?
- Como você descreveria as refeições do seu filho?
- Como você lida quando seu filho recusa comida?

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, práticas alimentares responsivas dos pais ensinam as crianças a compreenderem melhor a fome e a saciedade, a apreciar alimentos saudáveis e a ter experiências positivas com novos alimentos. Por outro lado, práticas controladoras podem levar as crianças a comerem sem fome, associando a alimentação a pressões externas e influenciando suas preferências alimentares.

O nutricionista deve ajustar suas orientações de acordo com o estilo alimentar dos pais e adotar estratégias nutricionais apropriadas, incluindo:

Acolher a família. É importante que a família se sinta acolhida, respeitada frente às dificuldades relacionadas à refeição. Saber, pois, que o nutricionista e os familiares são uma equipe, ante a melhora dos hábitos alimentares;
Avaliar as expectativas familiares frente ao tratamento nutricional;
Avaliar o histórico gestacional, período do puerpério e a fase da introdução alimentar, o que pode trazer pontos importantes acerca do que eventualmente esteja a colaborar para a recusa alimentar;
Questionar o número de pessoas que moram na residência; quem trabalha; recursos financeiros;

Avaliar situações de moradia: espaço, condições de saneamento básico;
Suporte: têm familiares próximos que possam apoiá-los em situações necessárias? Ou os familiares residem em outros estados? Há outras redes de apoio, como vizinhos, amigos, escolas?
Qual é o familiar mais envolvido na alimentação da criança;
Como é o ambiente familiar: tranquilo, agitado, com muitas brigas;
Hábitos alimentares: se apresentam o hábito de realizar a alimentação em família; sentados à mesa ou em frente à televisão;
Qual o padrão alimentar: comportamento; padrões ritualísticos, repetitivos e restritivos de atividade; comportamentos e interesses, em particular; hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais;
Rotina diária: quais pontos de rede estão envolvidos, se está na escola e qual o comportamento nesses ambientes;
Introduzir os alimentos nas atividades recreativas da criança, sem o enfoque em comer;
Realizar artes com o alimento;
Pintar desenhos de alimentos, escutar músicas falando sobre alimentação;
Realizar atividades de culinária:
Envolvê-la na preparação;
Organização da mesa ou local onde se alimenta;
Leitura de receita ou elaborar receitas com gravuras.
Garantir o espaço da criança na mesa ou local que realizam as refeições no início,
Consumindo os alimentos seguros para ela;
Utilizar os alimentos já consumidos e associar outros pela cor, textura, para que a criança se sinta segura;
Criar um ambiente de tranquilidade e harmonia para a refeição;
Trazer felicidade à mesa;
Evite utilizar falas como: “agora é você”; “coma”, “experimente”, “se você comer, te dou/ou não vai fazer”; “vou ficar triste se não comer...”;
Redefinir o termo "experimental": utilizar falas como: “quer sentir na sua mão?”, “que tal lamber?”;
Despertar a curiosidade da criança pelo alimento, contribuindo para o seu aprendizado em comer;
Ser o modelo: saborear; solicitar ajuda da criança para servi-la; brincar em descobrir o alimento;
Apresentar o alimento de forma criativa;
Oferecer o mesmo alimento em preparações diferentes;

Evitar parabenizar, fazer festa quando a criança colocar o alimento à boca;
Afastar pressões e motivações externas: TV, vídeos, brinquedos ou punições;
Não desrespeitar os sinais de fome e saciedade;
Entender que a criança é responsável pela quantidade de alimento que ela come;
Oferecer alimentos adequados às necessidades nutricionais, sensoriais, motoras e emocionais;
Atenção às mudanças bruscas, as quais podem ser dolorosas, podendo retroceder todo avanço já ocorrido (atentar-se à mudança ou férias escolares, perdas familiares, nascimento de irmãos, separações);
Antecipação: importância em antecipar o que será realizado durante o dia ou na semana, para que a criança não se desorganize.

4.2. Abordagens alimentares específicas

Tem havido extensa pesquisa sobre dietas sem glúten ou caseína e o uso de probióticos e suplementos nutricionais como possíveis abordagens para reduzir os sintomas gastrointestinais e melhorar os déficits cognitivos e comportamentais em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). No entanto, esses estudos enfrentam diversas limitações, como duração da intervenção, tamanho reduzido das amostras, falta de especificações detalhadas sobre os métodos de controle da ingestão, grupos heterogêneos, falta de comparação pré e pós-intervenção dentro do mesmo grupo, questões de qualidade metodológica e a ausência de padronização, o que dificulta a validação da eficácia dessas abordagens. Além disso, riscos nutricionais de longo prazo podem surgir na ausência de acompanhamento com um profissional nutricionista.

Devido à complexidade dessas variáveis, é necessário conduzir mais estudos. Portanto, as dietas mencionadas não devem ser consideradas como protocolos nutricionais padrão no tratamento de pacientes com TEA.

O tratamento nutricional de crianças com TEA e seletividade alimentar é um desafio complexo. É essencial entender e respeitar as particularidades de cada criança e sua família. Abordagens criativas e de comunicação devem ser combinadas com o tratamento, e o envolvimento da família é fundamental. Além disso, a colaboração de uma equipe interdisciplinar composta por nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas é crucial para abordar todos os aspectos da seletividade alimentar.

A integração das diferentes redes de cuidado nas quais a criança está inserida, como Atenção Primária em Saúde (APS), escolas e atenção especializada, através do matriciamento, permite discussões e a criação de um Plano Terapêutico Singular (PTS) coordenado. Essa abordagem promove resultados mais eficazes no tratamento das crianças com TEA e seus familiares.

5. Integração com Outros Pontos de Cuidado em Saúde

A colaboração entre diversos pontos de atenção na rede de saúde é de suma importância para acolher e satisfazer as necessidades das pessoas com TEA e suas famílias de maneira abrangente.

Nesse contexto, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), as AMAs e as UPAs desempenham um papel crucial no atendimento de situações de urgência envolvendo pessoas com TEA, enquanto os hospitais assumem um papel fundamental diante de agravamentos clínicos que possam requerer internação.

Considerando as particularidades das pessoas com TEA, além das colaborações dentro do âmbito municipal, é imprescindível uma coordenação eficaz entre diferentes instâncias governamentais para garantir a continuidade do cuidado ao longo dos diversos estágios da vida. Isso implica fornecer o suporte e assistência necessários, bem como facilitar o acesso aos serviços de diferentes níveis de complexidade.

Nesse sentido, esforços têm sido direcionados para estabelecer fluxos de atendimento mais intensivo e especializado em conjunto com o estado, além de assegurar a comunicação de mão dupla entre os serviços de alta complexidade estaduais e os serviços municipais de saúde, para uma efetiva continuidade do atendimento.

Uma parte fundamental dessa integração é a promoção da educação contínua, visando a capacitar os profissionais nos diversos pontos de atenção da RAPS, RCPCD (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência) e Atenção Básica. Essa aproximação também viabiliza a realização de matriciamento presencial e online, o desenvolvimento colaborativo de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), consultas compartilhadas e a definição de protocolos para encaminhamento de casos que necessitem de intervenção nos serviços de alta complexidade estaduais.

6. Estratégias para expansão dos serviços em âmbito estadual

A integralidade e universalidade são princípios fundamentais que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Juntos, esses princípios buscam assegurar o acesso equitativo e abrangente aos serviços de saúde para todos os cidadãos, sem discriminação ou exclusão.

A universalidade no SUS preconiza que todos os indivíduos, independentemente de sua condição social, econômica, cultural ou geográfica, têm direito ao acesso aos serviços de saúde de forma integral e igualitária. Isso significa que o SUS deve estar disponível para todos os brasileiros, residentes no país ou em trânsito, assegurando atendimento desde o nascimento até o fim da vida, incluindo ações preventivas, curativas e de reabilitação.

A integralidade, por sua vez, enfatiza a necessidade de oferecer um cuidado de saúde que considere o indivíduo como um todo, respeitando sua singularidade e promovendo ações interdisciplinares que abordem não apenas a doença, mas também os determinantes sociais, psicológicos e culturais que impactam a saúde. A integralidade reconhece a complexidade das necessidades de saúde e busca evitar a fragmentação dos cuidados, integrando os diferentes níveis de atenção e serviços em um continuum de cuidados.

Esses princípios se complementam, garantindo que o SUS não apenas ofereça atendimento médico, mas também promova ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, visando ao bem-estar geral da população. A busca pela integralidade e universalidade no SUS demanda esforços contínuos para superar desafios como a desigualdade regional, a escassez de recursos e a necessidade de melhorias na infraestrutura e na capacitação dos profissionais de saúde.

Outra diretriz fundamental é a regionalização, considerada como um dos princípios centrais que orienta a estruturação e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Esse princípio reconhece a importância de organizar os serviços de saúde de forma descentralizada, buscando uma maior eficiência na gestão e na oferta de cuidados de saúde, além de promover a equidade no acesso aos serviços.

A regionalização da saúde envolve a divisão do país em regiões de saúde, cada uma delas com a finalidade de articular e integrar os serviços de saúde de maneira estratégica, considerando características geográficas, culturais e socioeconômicas. Essa abordagem visa otimizar a utilização dos recursos disponíveis, promover a cooperação entre municípios e estados, e melhorar a coordenação e a resolutividade dos serviços.

O conceito de regionalização evoluiu ao longo do tempo para além da mera organização de serviços de saúde. A abordagem passou a considerar a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, bem como infraestruturas de comunicação e transporte, que influenciam a configuração das regiões de saúde. Dessa forma, a regionalização visa adaptar as estratégias de saúde às particularidades locais, buscando garantir o acesso, a qualidade e a integralidade dos cuidados de saúde.

O Pacto pela Saúde de 2006, por sua vez, reafirma a importância da regionalização e amplia o conceito de Região de Saúde. Ele considera não apenas a oferta de serviços, como anteriormente proposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), mas também a consideração de identidades culturais, econômicas, sociais e das redes de comunicação e transportes presentes na região. Esse novo enfoque busca adequar a configuração das regiões de saúde às diversidades locais, com o objetivo de assegurar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde. Adicionalmente, o Pacto propõe a criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR) para atuar como estruturas de governança nas Regiões de Saúde, visando uma gestão mais participativa e descentralizada (BRASIL, 2006).

A concepção da regionalização da Saúde transcende a simples organização de recursos e serviços. Ela deve ser entendida como um processo de pactuação política entre os entes federados, ocorrendo no âmbito do planejamento territorial. Esse processo acarreta transformações nas dinâmicas de poder e exige a integração de diversos atores que atuam no território. O planejamento e a formulação de estratégias para a gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços no território vão além da mera delimitação e hierarquização de áreas. Portanto, a regionalização é uma abordagem que envolve a colaboração e o engajamento de múltiplos agentes, com vistas a promover uma gestão mais eficiente e eficaz dos recursos disponíveis e a garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade para toda a população (VIANA et al., 2008; VIANA; LIMA, 2001).

no contexto do Tocantins, podemos resumir a estruturação dos estabelecimentos de saúde pública em três Centros Especializados em Reabilitação. Esses centros estão localizados em diferentes cidades, sendo elas:



Mapa 1. Centros Especializados em Reabilitação - Tocantins

Araguaína, CER IV atendendo todas as modalidades de reabilitação, implementado por iniciativa municipal;

Colinas, CER II nas modalidades auditiva e intelectual, recurso público com gerenciamento filantrópico;

Palmas, CER III atendendo as modalidades físicas, intelectuais e auditivas, sob a gestão estadual

Ao examinarmos os princípios fundamentais que guiam o Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao atendimento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

No Mapa 1, intitulado "Centros Especializados em Reabilitação - Tocantins", é possível realizar uma breve análise da distribuição geográfica dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) no território tocantinense, permitindo a identificação das áreas onde a assistência carece de recursos devido à insuficiência de profissionais qualificados para os serviços de reabilitação. A peculiar configuração da

distribuição populacional no Tocantins revela uma dinâmica única em relação aos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao aprofundarmos essa análise, torna-se evidente que muitas pessoas enfrentam a necessidade de realizar deslocamentos consideráveis para obter acesso aos serviços de reabilitação.

O desafio do acesso aos serviços de saúde em regiões distantes dos centros urbanos é uma realidade amplamente reconhecida em âmbito global. Essa realidade é ainda mais acentuada em áreas rurais, locais remotos ou em regiões economicamente desfavorecidas, algo que também é observado em nosso próprio estado.

No contexto do tratamento do autismo, é de relevância destacar que ele se caracteriza por sua natureza contínua, carecendo de um ponto final definitivo. Essa característica modifica a perspectiva daqueles que, em teoria, teriam de se deslocar para receber os cuidados necessários. Além disso, os indivíduos dependentes do Sistema Único de Saúde também enfrentam o desafio das filas de espera prolongadas, uma vez que a oferta de serviços não consegue atender adequadamente à demanda em todo o estado.

Com base nas informações acima mencionadas, fica evidente a premente necessidade de estabelecer Centros Especializados em Reabilitação em diversas regiões do estado do Tocantins. Essa medida busca não apenas garantir um atendimento de qualidade, mas também promover a inclusão abrangente das pessoas com deficiência.

O objetivo primordial é assegurar um acesso equânime aos serviços de reabilitação, com a finalidade de aprimorar a qualidade de vida e impulsionar o desenvolvimento das habilidades funcionais desses indivíduos. Esses benefícios seriam proporcionados independentemente de sua localização geográfica ou situação socioeconômica.

Diante da iminente necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, identificamos uma oportunidade valiosa na Portaria Emergencial nº 544/2023, emitida pelo Ministério da Saúde. Dentro deste contexto, estamos empenhados em cadastrar novas propostas visando à construção de centros de reabilitação adicionais. Além disso, incentivamos os municípios interessados na gestão local dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) a se envolverem ativamente nessa iniciativa.

Por meio das propostas que desenvolvemos e apresentamos ao Ministério da Saúde, traçamos um cenário altamente promissor, refletido no Mapa 2 – Moldando o Futuro da Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência. Nesse mapa redesenhado, contemplamos as configurações que resultariam da concretização dessas ideias, abrindo caminho para uma rede mais sólida e inclusiva de centros de reabilitação.

A análise é conduzida tendo em vista a abrangência total da rede, considerando que os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) não se limitam apenas a atender as necessidades relacionadas ao tratamento do autismo, mas também abarcam uma variedade de terapias destinadas à reabilitação de diversas deficiências. Nesse sentido, a proposta almeja a expansão do acesso visando atender a toda a abrangente rede de cuidado à pessoas com deficiência (RCPCD).



Mapa 2 – Pintando o Futuro da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

O Mapa 2 ilustra a reconfiguração da rede de assistência à pessoa com deficiência no Tocantins. Os serviços em Palmas e Colinas evoluem para a categoria de CER IV, equiparando-se ao CER de Araguaína, englobando todas as modalidades de reabilitação. Isso resulta em uma ampliação das referências em reabilitação física, auditiva e visual em todo o estado.

É relevante destacar a aproximação dos municípios de Araguaínas e Sítio Novo, que manifestaram interesse em propor a criação de Centros Especializados de Reabilitação sob gestão municipal. Em decorrência dessa situação, ambas as cidades submeteram propostas ao Ministério da Saúde. Caso alguma dessas propostas seja aprovada, ou ambas, a região do Bico do Papagaio passará a dispor de serviços de reabilitação, abrangendo uma população numerosa e com índices significativos de pessoas com deficiência.

É ainda notável que Gurupi já possui infraestrutura estabelecida, com instalações modernas, e está em fase de habilitação pelo Ministério da Saúde, prestes

a tornar-se uma referência para a região Sul do estado. A cidade também pleiteia a habilitação para estabelecer uma oficina ortopédica vinculada ao CER de Gurupi. Caso aprovado, isso conferirá ao Tocantins oficinas ortopédicas em suas principais localidades, dado que o CER de Araguaína já dispõe desse recurso, e o CER de Palmas também busca aprovação junto ao Ministério da Saúde.

Propostas em âmbito estadual também foram apresentadas para os municípios de Guaraí, Paraíso, Porto Nacional e Dianópolis, visando a expansão do acesso e a proximidade dos serviços a todas as regiões do estado. Esse esforço visa reduzir tanto o tempo de deslocamento entre cidades para atendimento quanto as filas de espera, ao ampliar os serviços e os atendimentos.

Ao pleitear os recursos, a proposta deve ser enviada com diversas informações, tais como a identificação do lote e o documento que garante a destinação do mesmo para a finalidade e as plantas para o projeto arquitetônico. Na ocasião, todos os lotes foram doados pelos municípios para a construção dos Centros solicitados por proposta estadual, para os projetos arquitetônicos a alternativa mais viável foi aproveitar os modelos de projeto já preconizados pelo Ministério da Saúde.

Com essa nova estruturação dos recursos de saúde, o estado aliviará a carga dos CERs já existentes e trará o atendimento mais próximo da população por meio das novas instalações.

6.1. Garantia de acesso – Linha do Cuidado do Autismo

Assim como foi descrita a realidade do estado do Tocantins para com rede de cuidado à pessoas com deficiência, entrando na especificidade do cuidado à pessoa autista, fica ainda mais evidente a ausência de serviços na rede pública voltados para atender a demanda crescente.

O desafio de fornecer atendimento adequado às necessidades das pessoas com autismo na rede pública traz consigo uma série de complexidades para estados e municípios. Uma das principais questões reside na escassez de profissionais qualificados, como terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, que possuam o conhecimento especializado necessário para atender às demandas específicas desses indivíduos. No Tocantins por exemplo, temos os seguintes números dos respectivos profissionais registrados em seus conselhos de classe:

Terapeutas Ocupacionais	Fonoaudiólogos
45	170
Fonte: https://crefито12.org.br/crefито-12/	Fonte: https://crfa-go.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=02dcbf8d-5d99-465b-ae3a-48fa13088769

Insta esclarecer que, atualmente, temos apenas um curso de Fonoaudiologia disponível na rede privada de ensino do Tocantins, não havendo opções na rede pública. Além disso, não contamos com nenhum curso de Terapia Ocupacional, seja na rede pública ou privada. Essa carência de oferta educacional resulta em uma demanda reprimida por profissionais qualificados nessas áreas de atuação.

Ressaltamos que, a escassez de profissionais de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia têm impactos significativos na saúde e no bem-estar da população tocaninense, em especial daqueles com deficiências, incluindo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

Para abordar a questão da escassez de mão de obra qualificada, a Superintendência iniciou diálogos com a Universidade Estadual do Tocantins - Unitins, visando facilitar a oferta de cursos voltados para áreas estratégicas no cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Além do desafio da falta de profissionais, a problemática das longas listas de espera para diagnóstico e intervenção é uma barreira significativa. A alta demanda por serviços, aliada à limitação de recursos e capacidade de atendimento, gera atrasos que prejudicam o início do tratamento adequado, impactando diretamente o desenvolvimento infantil.

A adaptação dos espaços públicos surge como uma preocupação premente. Muitas vezes, as instalações não são projetadas para atender às necessidades sensoriais das pessoas com autismo. Ambientes ruidosos, iluminação inadequada e aglomerações podem causar desconforto e inibir a participação efetiva em terapias e atividades.

A disparidade no acesso aos serviços também é um desafio crucial. A distribuição desigual de recursos e centros especializados entre diferentes regiões dos estados e municípios dificulta o acesso para aqueles que vivem em áreas remotas ou economicamente menos favorecidas.

Adicionalmente, a falta de integração entre os setores de saúde, educação e assistência social prejudica a oferta de atendimento abrangente e eficaz às pessoas com autismo. A ausência de políticas claras e diretrizes bem definidas amplifica a complexidade da situação, resultando em abordagens fragmentadas e inconsistentes.

Diante de todos esses desafios intrínsecos às demandas relacionadas ao TEA, é imperativo estabelecer uma estrutura que promova uma gestão tripartite abrangente, envolvendo a colaboração entre os governos federal, estadual e municipal. Isso inclui a participação ativa da união e dos municípios na construção de um ecossistema favorável cuidado integral à pessoa com autismo.

Com a análise da rede, a particularidade que se tem as terapias realizadas com as pessoas com TEA que envolve uma constância para obter resultado, voltamos à uma abordagem que nem mesmo a rede ampliada pelas concessões pleiteadas junto ao MS seria capaz de levar atendimento digno para todas as pessoas nos mais diversos municípios do estado. Com todo o desafio apontado, identificamos então no Marco

Legal da Inovação a possibilidade de lidar com um desafio que se mostra desafiados para o SUS.

6.2. Aplicando inovação para superação dos desafios do SUS.

O Novo Marco Legal da inovação surgiu em iniciou a reforma na legislação com a publicação da emenda constitucional nº 85/2015, onde dentre diversas alterações no texto da carta magna, alterou o art. 200 no inciso V, onde compete ao SUS incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação. Após isso, no ano de 2016 houve a publicação da lei 13.243/2016, que altera boa parte dos dispositivos da lei 10.973/2004, e que além de regulamentar o artigo 200 da CF, também traz uma nova concepção sobre o que é inovação para o estado brasileiro, passando a vigorar a definição como “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos ou que compreenda a agregação de novas funcionalidades ou características a produto, serviço ou processo já existente que possa resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho”(BRASIL, 2016 , art.2º. IV).

Outras reformas realizadas ainda na lei 10.973 nos artigos 9º e 9ºA, onde possibilita o pagamento de bolsas de inovação aos pesquisadores, e regulamenta por meio do decreto 9.283/2018, art. 34.

Visualizando tal estrutura legal estabelecida pelo estado brasileiro, optamos por criar o Centro de Especializado em Transtorno do Espectro Autista – CETEA como uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT) a especializada em desenvolver formação, pesquisa e inovação voltadas para o cuidado à pessoa com autismo, onde será um ponto de integração entre a academia e o serviço em saúde, estudando novas abordagens, desenvolvimento de projetos para implantação de novos produtos, processos ou serviços ou melhorar os já existentes.



O CETEA está empenhado em implementar seu primeiro projeto, que visa aprimorar o atendimento a indivíduos autistas na atenção primária em saúde. Neste contexto, a instituição busca colaborar efetivamente com os municípios por meio de

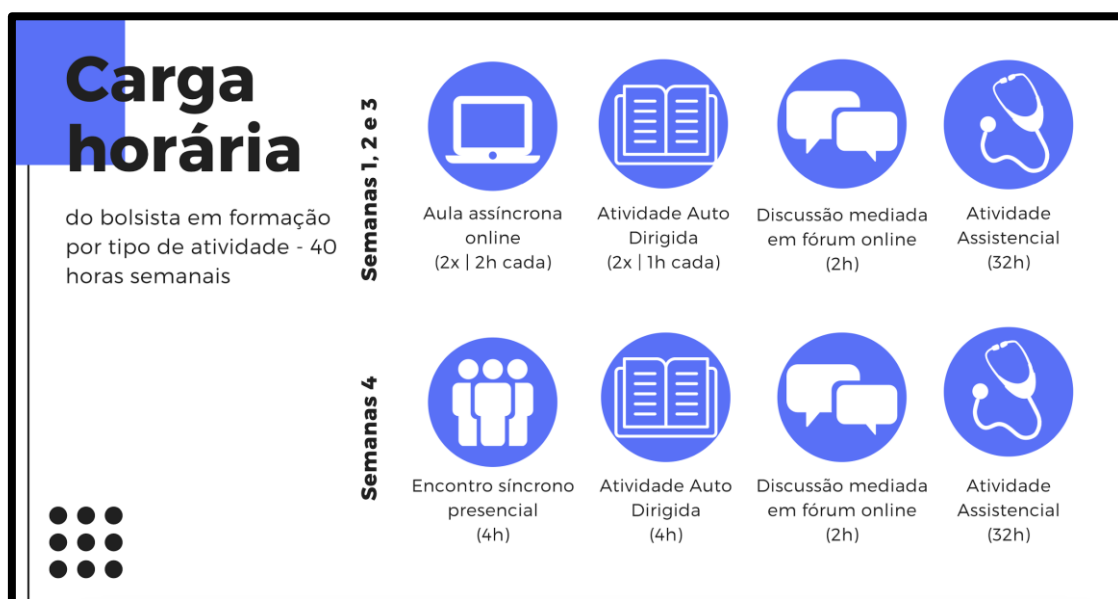
um programa abrangente de provimento e formação em serviço, alinhado com as disposições do artigo 26 da Lei 10.973.

Conforme estabelecido nesta lei, as Instituições de Ciência e Tecnologia (ICT) têm a prerrogativa de aplicar todos os benefícios do marco legal em suas ações educacionais. Este projeto se baseia na premissa de que é possível potencializar os esforços do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

O programa proposto se estrutura de maneira a permitir que os profissionais envolvidos desempenhem tanto um papel prático no serviço quanto se engajem em um componente formativo, garantindo assim uma abordagem abrangente. Toda a iniciativa será conduzida com valores competitivos, estabelecidos em conformidade com o mercado das regiões fronteiriças com Tocantins.

A formalização desse compromisso será realizada por meio de um termo de outorga, proporcionando um arcabouço legal e transparente para a execução eficaz do programa.

De forma eficaz e precisa, o programa se aplica conforme a figura:



O CETEA, por meio de suas ações de pesquisa aplicada e formações, visa contribuir significativamente para a oferta de terapias inovadoras na atenção primária em saúde. Este esforço está alinhado com as prerrogativas da Lei da Inovação, que proporciona às ICT's a capacidade de realizar pesquisas que impactem diretamente nas práticas de educação e saúde.

Ao aplicar tais prerrogativas, preencheremos lacunas no atendimento, especialmente no caso de terapias como ABA (Análise do Comportamento Aplicada) e DENVER, as quais ainda não contam com evidências científicas suficientes para serem oficialmente orientadas pelo Ministério da Saúde.

O programa se fundamenta na execução de pesquisas de alta qualidade, alinhadas com as demandas e necessidades identificadas, visando gerar conhecimento sólido e aplicável. Essa abordagem, respaldada pela legislação, permite ao CETEA explorar terapias inovadoras que, por sua vez, podem agregar valor ao cuidado prestado na atenção primária.

Assim, o CETEA não apenas busca fortalecer a formação de equipes especializadas, mas também se compromete a ser um agente catalisador na introdução de práticas terapêuticas baseadas em evidências científicas, contribuindo para o avanço e aprimoramento contínuo do atendimento à população. Este compromisso reflete não apenas a missão do CETEA, mas também a responsabilidade e o potencial das Instituições de Ciência e Tecnologia no cenário da inovação em saúde no Brasil.



Por meio de Termo de cooperação, o CETEA aproximará as universidades do SUS, uma vez que se apresentará como um espaço de aplicação de tecnologias desenvolvidas pela academia, fomentando assim ainda mais o parque industrial da saúde no Tocantins, bem como todo o ecossistema de inovação do estado e ainda seguindo as premissas do marco legal da inovação, trabalhar em conjunto com a Educação, provendo e formando tutores que atuam de apoio no desenvolvimento de atividades educacionais, e poderá apoiar a Assistência Social para desenvolver políticas públicas, formações e outras estratégias voltadas para a melhoria da vida em sociedade da pessoa autista.

Por meio de ações de ensino, pesquisa e inovação, o CETEA ofertará vagas para diversas áreas que hoje não constam na tabela de profissionais de saúde, ajudando a ter uma visão multiprofissional externa ao negócio saúde, podendo assim cooperar mais facilmente para chegar a soluções dos desafios enfrentados pelo SUS.

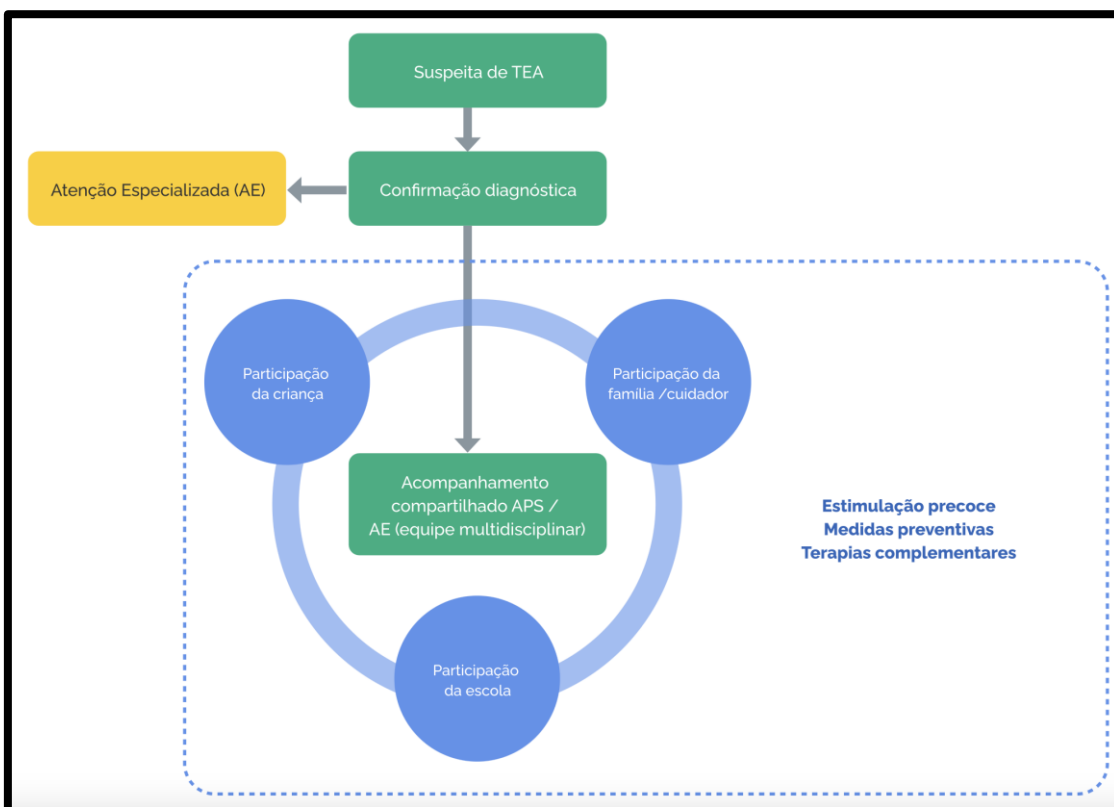
Os benefícios que se obtém ao aplicar a lei da inovação é justamente o pagamento de bolsas, pois assim você poderá ter um grupo de pessoas aplicando inovação, realizando formação em serviço, realizando pesquisas aplicada e com isso ainda ser capaz de reduzir custos ao mesmo tempo em que gera valor para o SUS e para os usuários.



Como é o caso de poder contar com mais pessoas aplicando o mesmo recurso, realizar mais atendimentos com a melhoria dos processos e as inovações, melhorar a satisfação do usuário do SUS e ainda assim não impactar nos índices previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal para a folha de pagamento.

6.3. Fluxo do cuidado

6.3.1. Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde

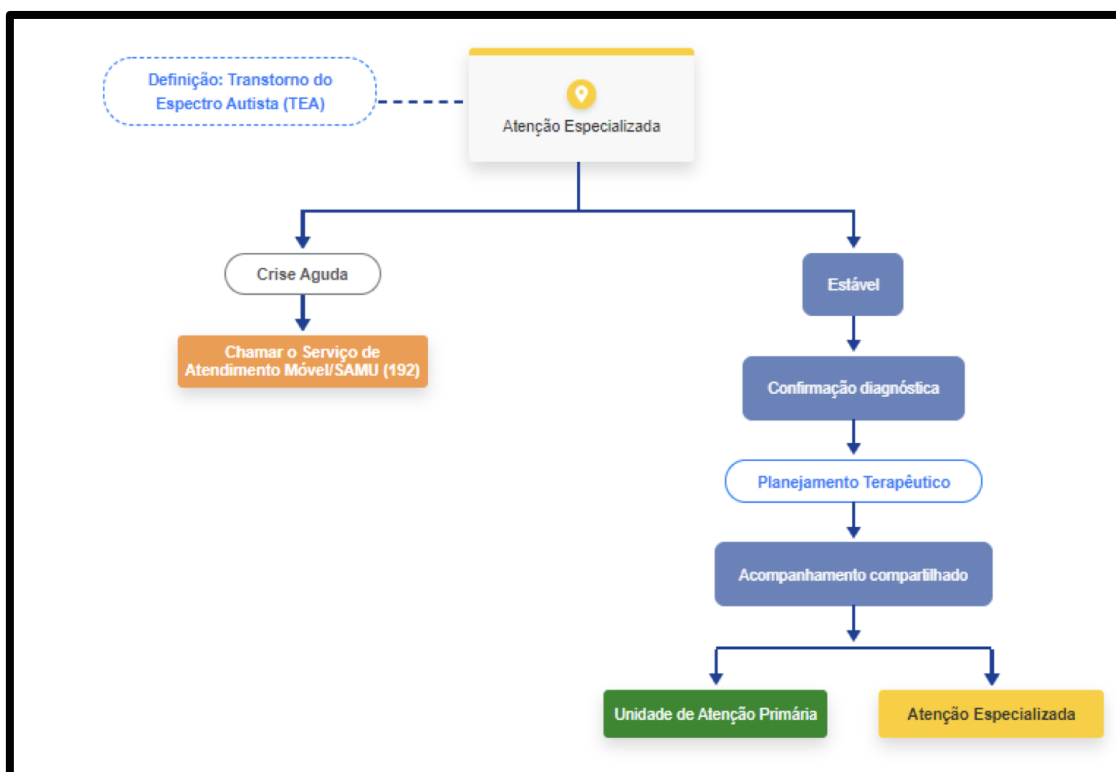


É de suma importância ressaltar que a estimulação e intervenção precoce são reconhecidas pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP como o padrão-ouro no tratamento de pacientes com autismo. Essa abordagem deve ser iniciada desde a detecção de atrasos no desenvolvimento, independentemente da confirmação diagnóstica por uma equipe interdisciplinar. A estimulação e intervenção precoces devem ser embasadas na "[Diretriz de Estimulação Precoce](#)", publicada pelo Ministério da Saúde em 2016. Tal abordagem engloba diversas modalidades terapêuticas que têm como objetivo ampliar o potencial de desenvolvimento social e de comunicação da

criança, resguardar o funcionamento intelectual minimizando adversidades, elevar a qualidade de vida e direcionar competências para a autonomia.

Um instrumento de notável relevância é a Caderneta da Criança, que compreende marcos essenciais de desenvolvimento para realizar avaliações objetivas das habilidades motoras, comunicação, interação social e cognitiva. Essa ferramenta, quando empregada devidamente durante as consultas, contribui substancialmente para a avaliação e o acompanhamento do progresso das crianças, fornecendo uma base concreta para a tomada de decisões e a elaboração de estratégias terapêuticas mais eficazes.

6.3.2. Diagrama da Atenção Ambulatorial Especializada

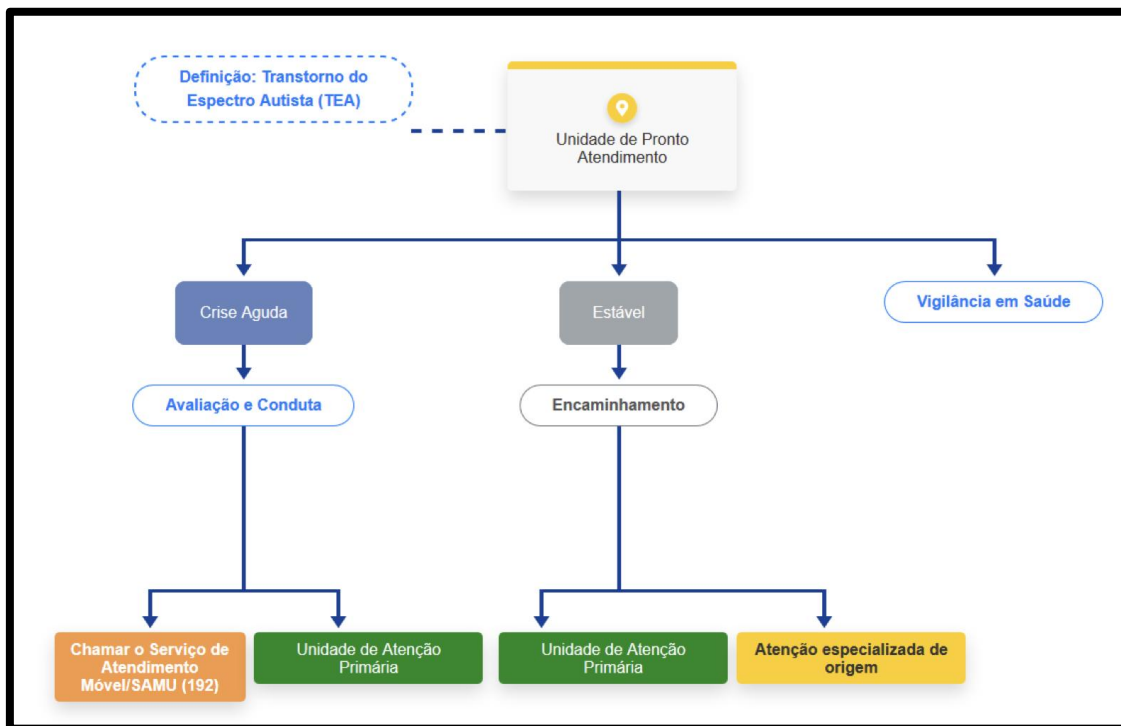


Os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada desempenham um papel fundamental ao abranger diversas etapas essenciais no cuidado. Isso inclui a avaliação minuciosa para confirmar diagnósticos funcionais e nosológicos, identificar comorbidades e colaborar, em conjunto com familiares e profissionais, na elaboração de planos de atenção abrangentes, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou o Planejamento Terapêutico Compartilhado (PTC).

A avaliação clínica, nesse contexto, engloba uma análise profunda que incorpora a anamnese, exame clínico, diagnóstico, diagnóstico diferencial e de comorbidades, além da classificação diagnóstica e avaliação da funcionalidade. Essa abordagem holística visa compreender plenamente o quadro do paciente, considerando suas particularidades e contextos.

No âmbito do tratamento, há uma ênfase na construção do PTS, que envolve ativamente familiares e, quando aplicável, a escola. Essa colaboração ampla e integrada é vital para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes, adaptadas às necessidades individuais e contextos sociais dos pacientes. Em suma, os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada formam um alicerce crucial para a jornada de cuidado, garantindo avaliações precisas e intervenções que refletem um entendimento completo das complexidades associadas ao quadro de cada indivíduo.

6.3.3. Diagrama da Unidade de Pronto Atendimento

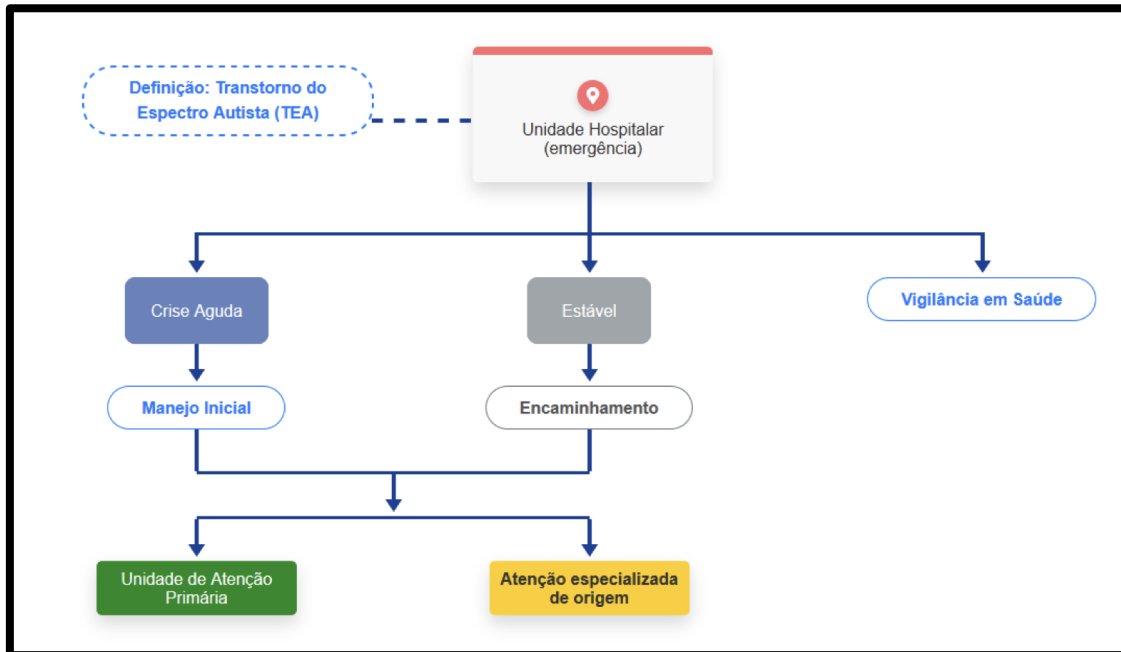


As Unidades de Pronto Atendimento desempenham um papel fundamental ao proporcionar acolhimento, classificação de risco e intervenções imediatas diante das demandas de urgência relacionadas à saúde mental. Especificamente, trata-se de situações marcadas por episódios de agitação psicomotora intensa e/ou comportamento agressivo. As intervenções abrangem uma gama de ações com o objetivo de mitigar riscos tanto para o paciente quanto para seus familiares. Estas medidas variam desde a identificação de fatores desencadeantes até o uso de medicamentos, conforme diretrizes estabelecidas pelo [Protocolo do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo](#), elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

É crucial destacar que essas Unidades devem operar em harmonia com outros pontos de atenção no sistema de saúde, a fim de garantir a continuidade eficaz do cuidado prestado. A coordenação e a articulação entre diferentes serviços são essenciais para assegurar que as pessoas em situações de urgência em saúde mental, particularmente aquelas com Transtorno do Espectro do Autismo, recebam a

assistência adequada, não apenas no momento crítico, mas também ao longo de todo o processo de tratamento e recuperação.

6.3.4. Diagrama da Unidade Hospitalar



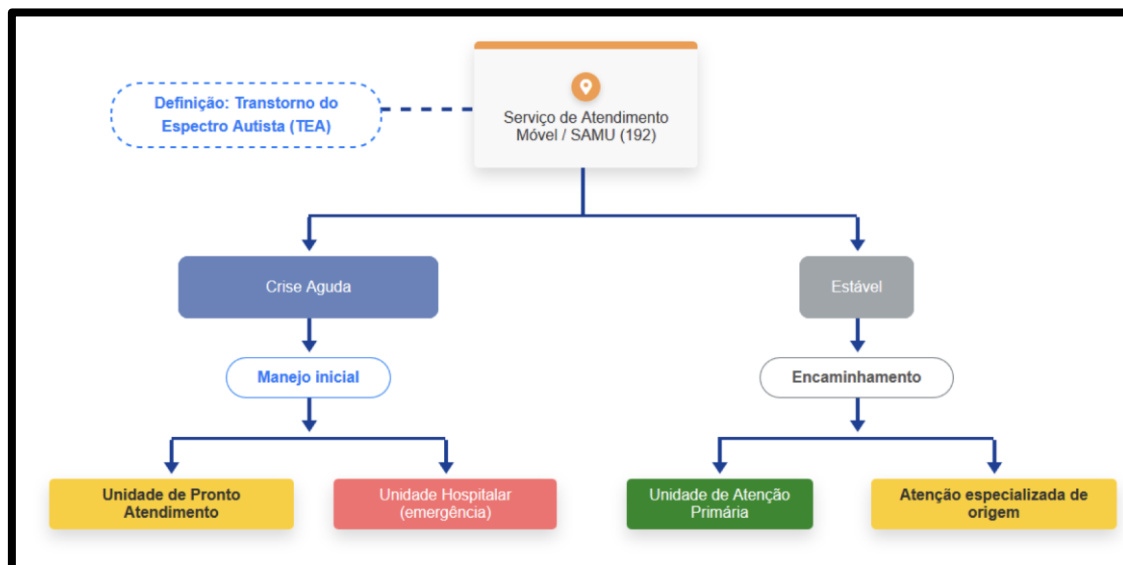
De maneira análoga às Unidades de Pronto Atendimento, as Unidades Hospitalares também assumem a responsabilidade de efetuar acolhimento, classificação de risco e intervenções imediatas em situações de urgência envolvendo saúde mental. Tais situações são frequentemente caracterizadas por episódios de agitação psicomotora intensa e/ou comportamento agressivo. As intervenções adotadas abrangem medidas que têm como alvo a minimização dos riscos tanto para o(s) paciente(s) quanto para seus familiares. Essas ações variam desde a identificação de fatores desencadeantes até a aplicação de abordagens medicamentosas, em conformidade com o [Protocolo do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo](#) da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

É fundamental destacar a necessidade de integração entre essas Unidades e outros pontos de atenção no sistema de saúde, a fim de garantir a coerência e a continuidade do cuidado prestado. A colaboração eficaz entre diferentes serviços é essencial para garantir que indivíduos enfrentando urgências em saúde mental, especialmente aqueles com Transtorno do Espectro do Autismo, recebam a assistência adequada não apenas em momentos críticos, mas também durante todo o processo de tratamento e reabilitação.

Além das ações mencionadas, essas Unidades também desempenham um papel relevante ao oferecer atendimento em regime de internação de curta ou curtíssima duração. Esse tipo de atendimento visa restaurar as condições clínicas dos pacientes, elucidar diagnósticos e/ou investigar comorbidades que possam estar contribuindo para situações de agravamento. Essas práticas estão alinhadas com as diretrizes

estabelecidas na Linha de Cuidado do Ministério da Saúde, buscando promover uma abordagem completa e eficiente no tratamento de questões relacionadas à saúde mental.

6.3.5. Diagrama da Unidade Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192)

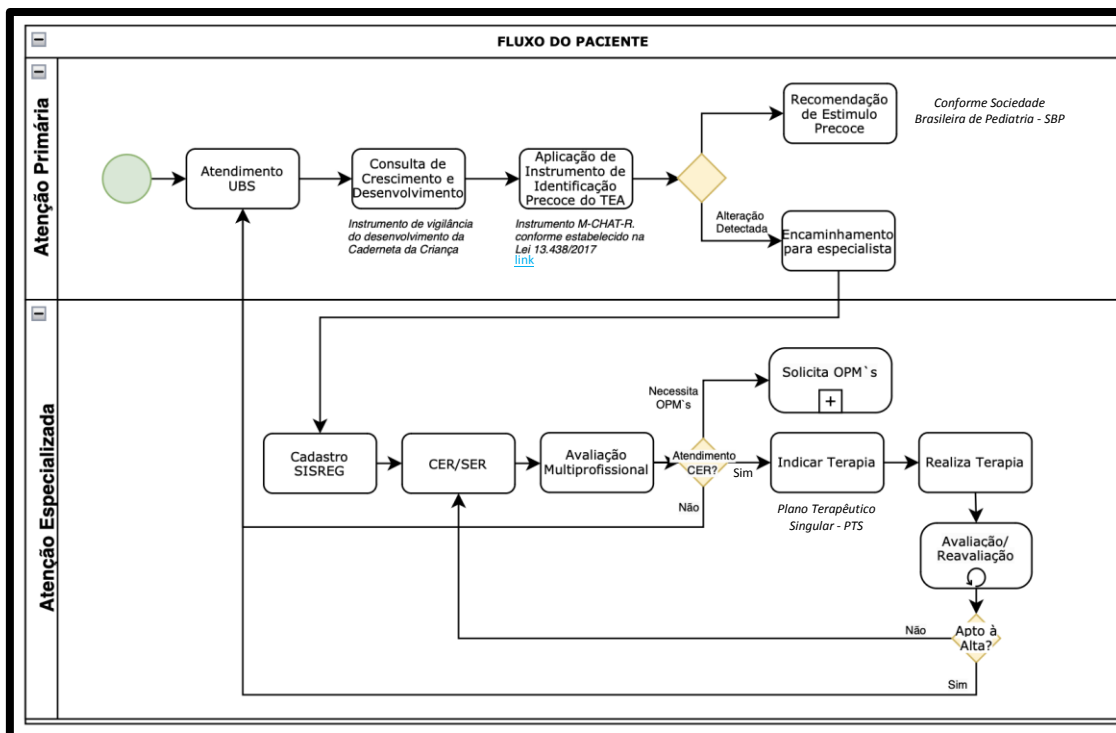


De acordo com as diretrizes delineadas na Linha de Cuidado do Ministério da Saúde, as crises agudas englobam situações em que os pacientes apresentam um quadro de agitação psicomotora que demanda intervenção: sintomas como hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia, ou mesmo manifestações hostis físicas e/ou verbais, incluindo ameaças ou atos agressivos evidentes. O manejo inicial dessas situações abrange desde a aplicação de uma abordagem adequada até o uso de medicamentos, conforme prescrito pelo Protocolo do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo estabelecido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

6.3.6. Encaminhamento do Paciente APS para o CER

Fundamental destacar que a estimulação precoce não tem contraindicações. Ao mínimo sinal de alteração em qualquer um dos marcos do desenvolvimento ou simples queixa/suspeita do cuidador, deve ser implementada de forma imediata e concomitante à qualquer abordagem para confirmação diagnóstica.

Após apresentar o cenário desenhado para a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, especificamente para a pessoa autista, vale destacar que o fluxo de atendimento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/> onde se conecta com o fluxo do paciente no CER, ficando o seguinte caminho a ser percorrido:



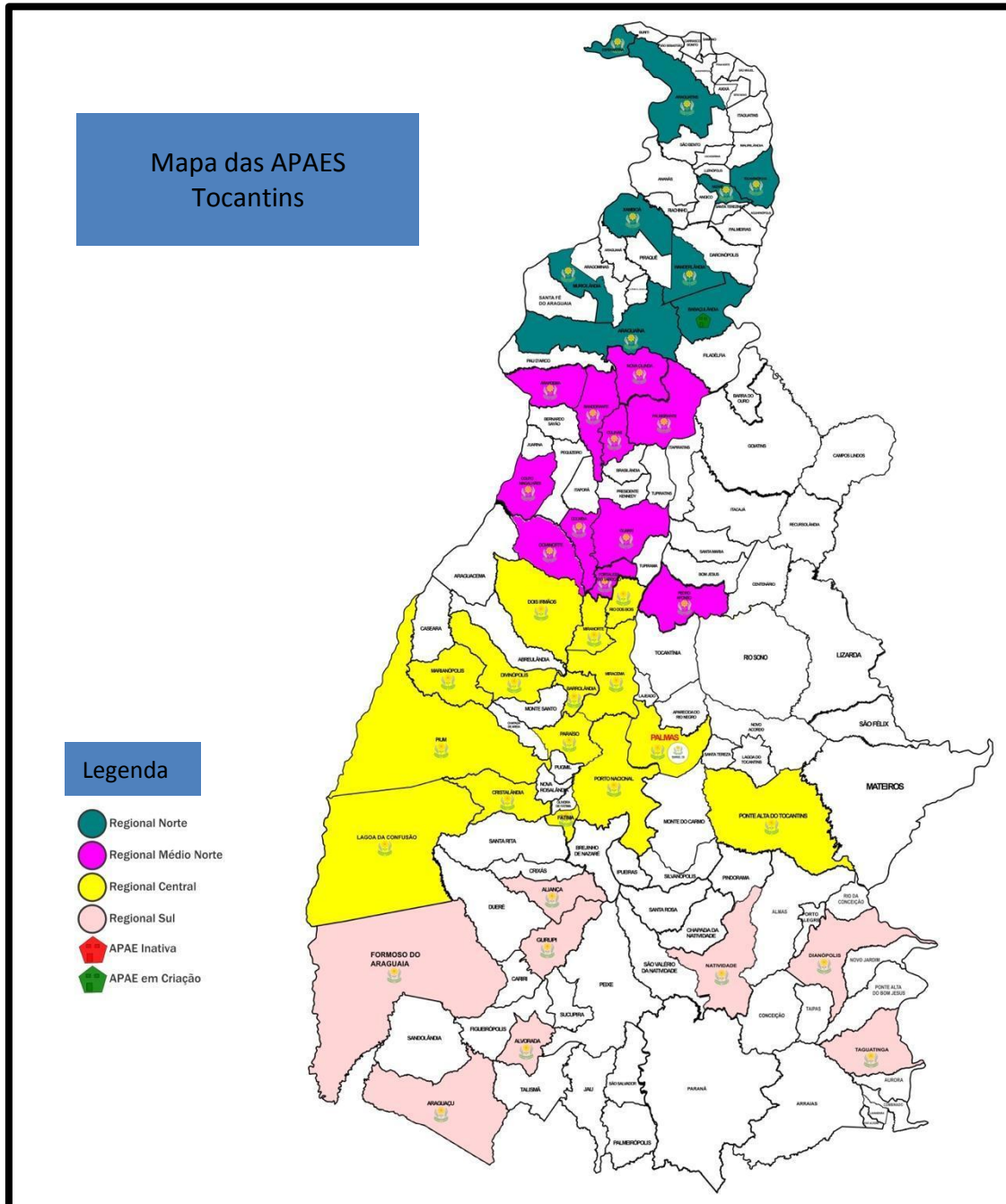
Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas)
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou interações psiquiátricas atuais e/ou passados
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia)
- História familiar de transtorno do espectro autista (TEA) / deficiência intelectual ou pais consanguíneos
- Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde (0800 644 6543)

O percurso do paciente engloba a integração dos princípios preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para a Atenção Primária à Saúde (APS) e o encaminhamento nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs). O ponto de ênfase reside na interligação dessa trajetória, onde emergem vários obstáculos na condução do paciente pela rede. Esses desafios, por vezes, surgem devido à falta de familiaridade dos profissionais com o Sistema de Regulação (SISREG), levando a encaminhamentos físicos que excluem o paciente da fila do sistema de regulação, resultando em espera por um atendimento que não se concretiza. Outra situação é o encaminhamento para especialistas, cuja disponibilidade na rede é limitada. Essa sincronização precisa de ajustes, os quais podem ser efetivados por meio de capacitações acerca do uso das ferramentas de regulação. Ademais, é imperativa a formação de uma rede ampla de profissionais habilitados para realizar diagnósticos de autismo. Essa estratégia encontra viabilização por meio do Centro Especializado em Transtorno do Espectro Autista (CETEA), abarcando tanto profissionais da APS quanto da rede especializada, em âmbito municipal e estadual. A convergência dessas ações promoverá uma

articulação mais fluida e eficaz no encaminhamento dos pacientes, otimizando a jornada de cuidado e assegurando um atendimento mais completo e oportuno para as pessoas com TEA.

6.4. Oportunidade de Cooperação rede filantrópica



As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAEs desempenham um papel fundamental na rede filantrópica, contribuindo significativamente para a estruturação e fortalecimento da rede de apoio às pessoas com deficiência. Sua atuação, historicamente reconhecida pela comunidade, abrange áreas cruciais como a educação inclusiva e os cuidados com a saúde.

É importante ressaltar que as APAEs podem estabelecer contratos de prestação de serviços alinhados com o governo, consolidando parcerias essenciais por meio de termos de colaboração, consórcios, convênios, cessão de servidores, entre outras modalidades. Contudo, a criação de uma Instituição Científica e Tecnológica (ICT), em colaboração com o CETEA, oferece uma oportunidade única para enriquecer ainda mais essas parcerias e contribuir para a modernização desses espaços.

A possibilidade de as APAEs desenvolverem programas de formação e inovação em conjunto com o CETEA representa um passo importante. Essa colaboração permite que essas instituições desfrutem plenamente dos benefícios previstos no Marco Legal da Inovação, incentivando a construção de ambientes especializados e cooperativos de inovação, conforme estabelecido no decreto nº 9.283, de 7 de fevereiro de 2018, que regulamenta as leis 10.973/2004.

Assim, a parceria entre as APAEs e o CETEA não apenas amplia as oportunidades de formação e inovação, mas também representa um avanço significativo na promoção de práticas inclusivas e na criação de ambientes mais adaptados às necessidades das pessoas com deficiência, alinhando-se aos princípios do Marco Legal da Inovação. Essa colaboração enriquece o escopo das parcerias já existentes e contribui para a modernização contínua desses espaços dedicados ao cuidado e desenvolvimento das pessoas com deficiência.

7. Conclusão

Em síntese, o documento que aborda a linha de cuidado à pessoa com autismo no Tocantins reflete um compromisso significativo e uma abordagem abrangente para atender às necessidades dessa comunidade tão especial. Ao longo deste estudo, examinamos os principais pontos que delineiam a importância da conscientização, detecção precoce, intervenção adequada e inclusão social.

À medida que avançamos na implementação dessas diretrizes de cuidado, é imperativo reconhecer que a jornada em direção à compreensão e apoio ao autismo é contínua. A colaboração entre profissionais de saúde, educadores, famílias e a própria pessoa com autismo desempenha um papel vital na construção de uma sociedade mais inclusiva e empática.

Através da colaboração entre entidades governamentais, organizações da sociedade civil e a comunidade em geral, estamos pavimentando o caminho para um futuro mais igualitário para as pessoas com autismo no Tocantins. No entanto, é essencial manter um compromisso constante em aprimorar os serviços, a educação e as políticas para garantir que todas as necessidades individuais sejam atendidas da melhor maneira possível.

Ao refletirmos sobre as informações compartilhadas neste documento, fica claro que a linha de cuidado à pessoa com autismo no Tocantins não é apenas um plano abstrato, mas sim uma série de ações tangíveis e sustentáveis que visam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de todos os indivíduos dentro do espectro do autismo. Avançar nesse caminho exige dedicação contínua, sensibilidade e uma

mentalidade aberta para aprender e adaptar as abordagens à medida que adquirimos mais conhecimento sobre as necessidades únicas dessa população.

Portanto, à medida que olhamos para o futuro, renovamos nosso compromisso em fortalecer a linha de cuidado à pessoa com autismo no Tocantins, contribuindo para uma sociedade que celebra a diversidade e promove a inclusão, garantindo que cada indivíduo tenha a oportunidade de alcançar seu potencial máximo e viver uma vida plena e significativa.

REFERÊNCIAS

ROSEN, Nicole E.; LORD, Catherine; VOLKMAR, Fred R. **The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond.** J Autism Dev Disord, 2021; 51(12): 4253–4270. Publicado online em 24 de fevereiro de 2021. doi: 10.1007/s10803-021-04904-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **On Death and Dying.** 1991. Página 120.

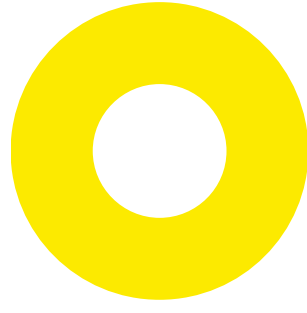
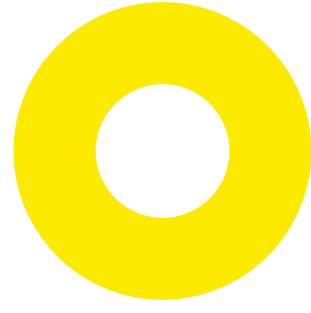
CARVALHO, C. L.; ARDORE, M.; CASTRO, L. R. de. **Cuidadores Familiares e o Envelhecimento da Pessoa com Deficiência Intelectual:** Implicações na prestação de cuidados. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 333-352, jul./set. 2015. ISSN 2176-901X.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Criança.** 5ª edição – 2022 – versão eletrônica. Elaboração, distribuição e informações: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil, Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de orientações - Dificuldades alimentares. São Paulo: SBP, 2022.P233 p. 33. Autores: Virginia Resende Silva Weffort; Hélcio de Sousa Maranhão, Elza Daniel de Mello, Junaura Rocha Barretto, Mauro Fisberg, Mônica de Araújo Moretzsohn, Mônica Lisboa Chang Wayhs, Tulio Konstantyner, Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida. Revisores: Dirceu Solé, Luciana Rodrigues Silva. Vários colaboradores. ISBN: 978-65-992921-5-6.

BRASIL. **Marco Legal da Inovação.** Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004. Estabelece medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE). Site da APAE. Disponível em: <https://www.apaebrasil.org.br>. Acesso em: 26 de outubro de 2023

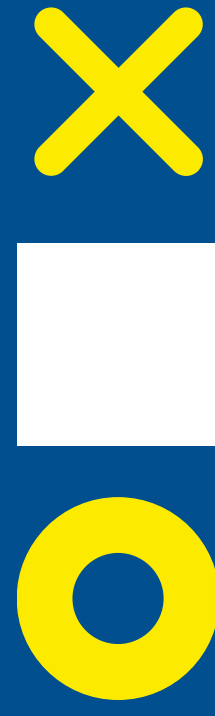


Linha do Cuidado para a Atenção às Pessoas com transtorno do Espectro Autista e suas Famílias.



Superintendência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Secretaria de Estado da Saúde - Governo do Tocantins

O Transtorno do Espectro do Autismo – TEA



Definição do TEA.

Características e Comorbidades
Associadas ao TEA.

Processo Diagnóstico.

Apoio à Família durante o
Processo Diagnóstico.

Definição do TEA.



O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que se caracteriza por padrões atípicos de desenvolvimento, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e interação social, além de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.



Códigos de Identificação na **CID-11** para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

6.A02	Transtorno do Espectro do Autismo.
6.A02.0	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.1	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.2	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.3	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.4	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.Y	Outro Transtorno do Espectro do Autismo
6.A02.Z	Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado



Códigos de Identificação na **CID-10** para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

6.A02	Transtorno Global do Desenvolvimento
6.A02.0	Autismo Infantil
6.A02.1	Autismo Atípico
6.A02.2	Outro transtorno desintegrativo da infância
6.A02.3	Outros Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados
6.A02.4	Síndrome de Asperger
6.A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.Y	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento



Características e Comorbidades Associadas ao TEA.



As pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), conforme ilustrado na Figura 1, exibem características centrais que variam em grau, incluindo déficits na comunicação social, interesses restritos, comportamentos repetitivos ou estereotipados, e possíveis alterações sensoriais. A gravidade dessas características pode influenciar a presença de comprometimento cognitivo, abrangendo desde Deficiência Intelectual (DI) severa, moderada, leve ou limítrofe, até casos em que o desempenho cognitivo se encontra na média ou mesmo acima da média em quadros de TEA de alto funcionamento.

Irritabilidade

Distúrbio
Gastrointestinal

TOD

Distúrbio
do Sono

TDH

Epilepsia

TOC

Ansiedade

Condições
Genéticas

Depressão

Problemas
Motores

Habilidade Intelectual:
DI Grave
DI Moderado;
DI Leve e Limitrofe
Inteligência dentro da média
Inteligência acima da média

Distúrbio de
integração social

Déficit de
Comunicação

Interesses
Restritos

Comportamentos
repetitivos e
estereotipados

**Habilidade de
Linguagem:**

- Não Verbal
- Minimamente Verbal
- Alguma Linguagem
- Linguagem Fluente



Processo Diagnóstico








A suspeita inicial do Transtorno do Espectro Autista geralmente surge durante a infância, e a detecção ocorre predominantemente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) durante as consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil. Dado o caráter fundamentalmente clínico desse processo, a identificação de traços do espectro autista é conduzida com base nas observações da criança, nas entrevistas com os pais e na aplicação de métodos de monitoramento do desenvolvimento durante as consultas de avaliação do crescimento, que podem ser realizadas em qualquer unidade de APS.

Uma das ferramentas empregadas para análise durante essas consultas é a Caderneta de Saúde da Criança, que contém orientações sobre os marcos de desenvolvimento esperados para cada faixa etária.

A novidade 3ª edição da Caderneta da Saúde da Criança é a inclusão do instrumento Checklist M-CHAT-R/F. A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível Transtorno do Espectro Autista (TEA). A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.



Uma das ferramentas empregadas para análise durante essas consultas é a Caderneta de Saúde da Criança, que contém orientações sobre os marcos de desenvolvimento esperados para cada faixa etária.

	Interação Social	Linguagem	Brincadeiras
<p>Dos 0 aos 6 meses</p> 	<p>Crianças com TEA não buscam com o olhar pelo seu cuidador</p>	<p>Ignoram ou não reconhecem a fala dos seus cuidadores</p>	<p>Não exploram objetos e suas formas (sacudir, bater e jogar)</p>
<p>Dos 6 aos 12 meses</p> 	<p>Não respondem pelo nome, só reagem após insistência ou toque</p>	<p>Não respondem como se estivessem conversando com gritinhos e barulhos</p>	<p>Precisam de muita insistência dos adultos para engajar nas brincadeiras.</p>
<p>Dos 12 aos 18 meses</p> 	<p>Dificuldade para compreender novas situações fora do cotidiano</p>	<p>Podem não apresentar as primeiras palavras nessa faixa etária</p>	<p>Exploram menos objetos que as demais crianças e tendem a se fixar em uma ação repetitiva do que explorar as funções dos objetos</p>
<p>Dos 18 aos 24 meses</p> 	<p>Não se interessam por pegar objetos oferecidos por pessoas familiares</p>	<p>A linguagem não desenvolve, não exploram a fala e tendem a repetir o que escutam. Fala repetida e sem autonomia</p>	<p>Não brincam com o que o objeto representa e podem se interessar apenas por um aspecto como girar as rodinhas de um carrinho</p>
<p>Dos 24 aos 36 meses</p> 	<p>A fala tende a ser a repetição da fala da outra pessoa</p>	<p>Não fazem distinção de gênero, número e tempo verbal na fala. Tendem a repetir aleatoriamente, não em diálogo com o adulto</p>	<p>Quando aceitam brincar com outras crianças, tem dificuldade em entendê-las</p>



Apioio à Família durante o Processo Diagnóstico.



O período que vai desde as primeiras suspeitas até a confirmação do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser extremamente angustiante para os familiares e cuidadores. A disponibilidade ininterrupta de informações sobre o TEA na internet muitas vezes resulta em um profundo sofrimento para muitas famílias, devido à precipitação de diagnósticos. Além disso, essa fase traz consigo mudanças na rotina e na dinâmica familiar.



Os Estágios do Luto

Ao longo da gestação e após o nascimento, os pais idealizam diversos planos para o futuro de seus filhos. Quando a realidade não corresponde a essas expectativas, é comum que as famílias passem por um processo de aceitação que, conforme descrito por Elisabeth Kubler Ross (1991), segue os estágios do luto:

Negação e isolamento:	O primeiro estágio envolve uma negação inicial, total ou parcial, da notícia catastrófica, frequentemente acompanhada de um certo isolamento.
Raiva:	Quando a negação já não é possível, sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento podem emergir quando se fala sobre o evento traumático.
Barganha:	Nessa fase, a pessoa percebe que a raiva não evitou o resultado temido e tenta negociar por meio de um comportamento positivo.
Depressão:	A depressão surge como resultado do processo de lidar com perdas pessoais, emocionais e materiais relacionadas ao nascimento de um bebê com deficiência, percebido e sentido como catastrófico. No entanto, essa fase pode também representar o primeiro passo em direção à aceitação.
Aceitação:	Nesta etapa, "a dor parece ter se dissipado" (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 120). Após enfrentar negação e raiva, a pessoa encontra paz e aceitação diante da notícia inicial.



Cuidados



Saúde Bucal

Saúde Nutricional.

Abordagens alimentares
específicas.

Saúde Bucal

Nossa abordagem integral aos cuidados odontológicos abrange todas as fases da vida. Iniciamos com a atenção especial aos pequenos, enfatizando a prevenção desde os primeiros meses até os 2 anos. Dos 2 aos 10 anos, concentramos esforços no condicionamento e prevenção, essenciais para a saúde bucal a longo prazo. Na adolescência, incentivamos a autonomia na higiene, enquanto mantemos consultas preventivas. Para a população acima dos 20 anos, nosso foco é a manutenção de cuidados preventivos, considerando as nuances do envelhecimento. Com isso, garantimos qualidade de vida e bem-estar ao longo de todas as etapas da jornada odontológica.



Saúde Nutricional

Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente enfrentam desafios alimentares desde a infância, incluindo seletividade alimentar e dificuldade na aceitação de novos sabores. Estudos indicam que entre 46% a 89% das crianças com TEA enfrentam esses problemas. A seletividade pode resultar em dietas limitadas, ricas em amido, aumentando o risco de deficiências nutricionais. Comorbidades como distúrbios do sono e gastrointestinais também são comuns. Cuidados personalizados são cruciais para melhorar a qualidade de vida e promover hábitos alimentares saudáveis.



Integração com Outros Pontos de Cuidado em Saúde



Estratégias para expansão dos serviços em âmbito estadual.

Garantia de acesso – Linha do Cuidado do Autismo.

Aplicando inovação para superação dos desafios do SUS.



Estratégias para expansão dos serviços em âmbito estadual.

- Proposta Estadual
- Proposta Municipal
- Ativos
- Oficinas Ortopédicas



Garantia de acesso – Linha do Cuidado do Autismo.



Terapeutas Ocupacionais	Fonaudiólogos
45	170
Fonte: https://crefito12.org.br/crefito-12/	Fonte: https://crfa-go.implanta.net.br/portalttransparencia/#publico/Conteudos?id=02dcbf8d-5d99-465b-ae3a-48fa13088769



Aplicando inovação para superação dos desafios do SUS.



Art. 200, inciso V, CF e Lei 10.973, art. 1º.

Fluxo do Cuidado



Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde.

Diagrama da Atenção Ambulatorial Especializada.

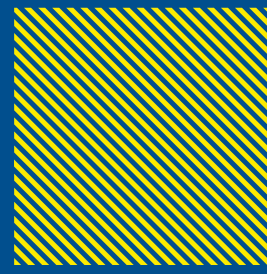
Diagrama da Unidade de Pronto Atendimento.

Diagrama da Unidade Hospitalar.

Diagrama da Unidade Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192).

Encaminhamento do Paciente APS para o CER.

Oportunidade de Cooperação rede filantrópica.



Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde.

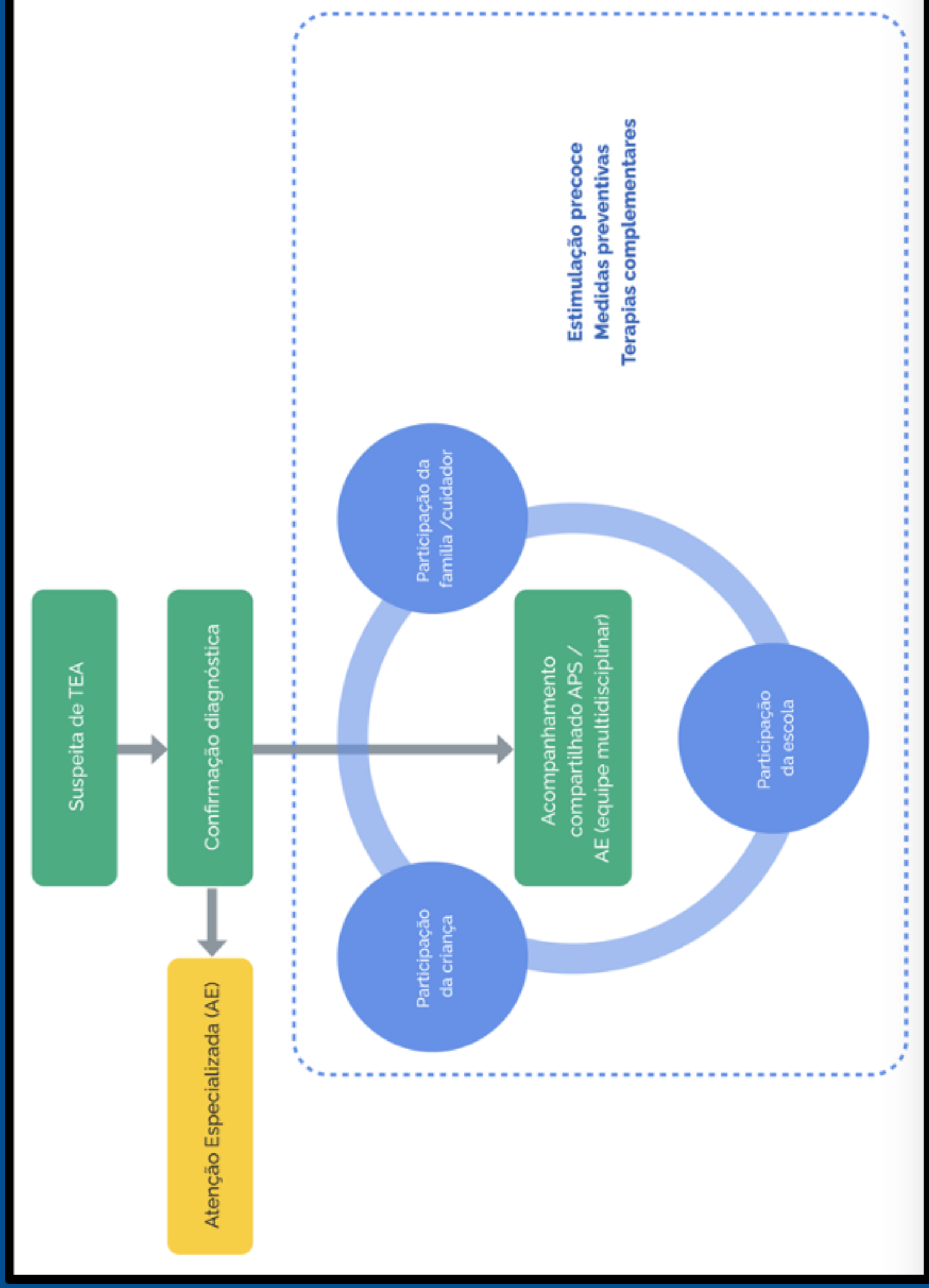


Diagrama da Atenção Ambulatorial Especializada.

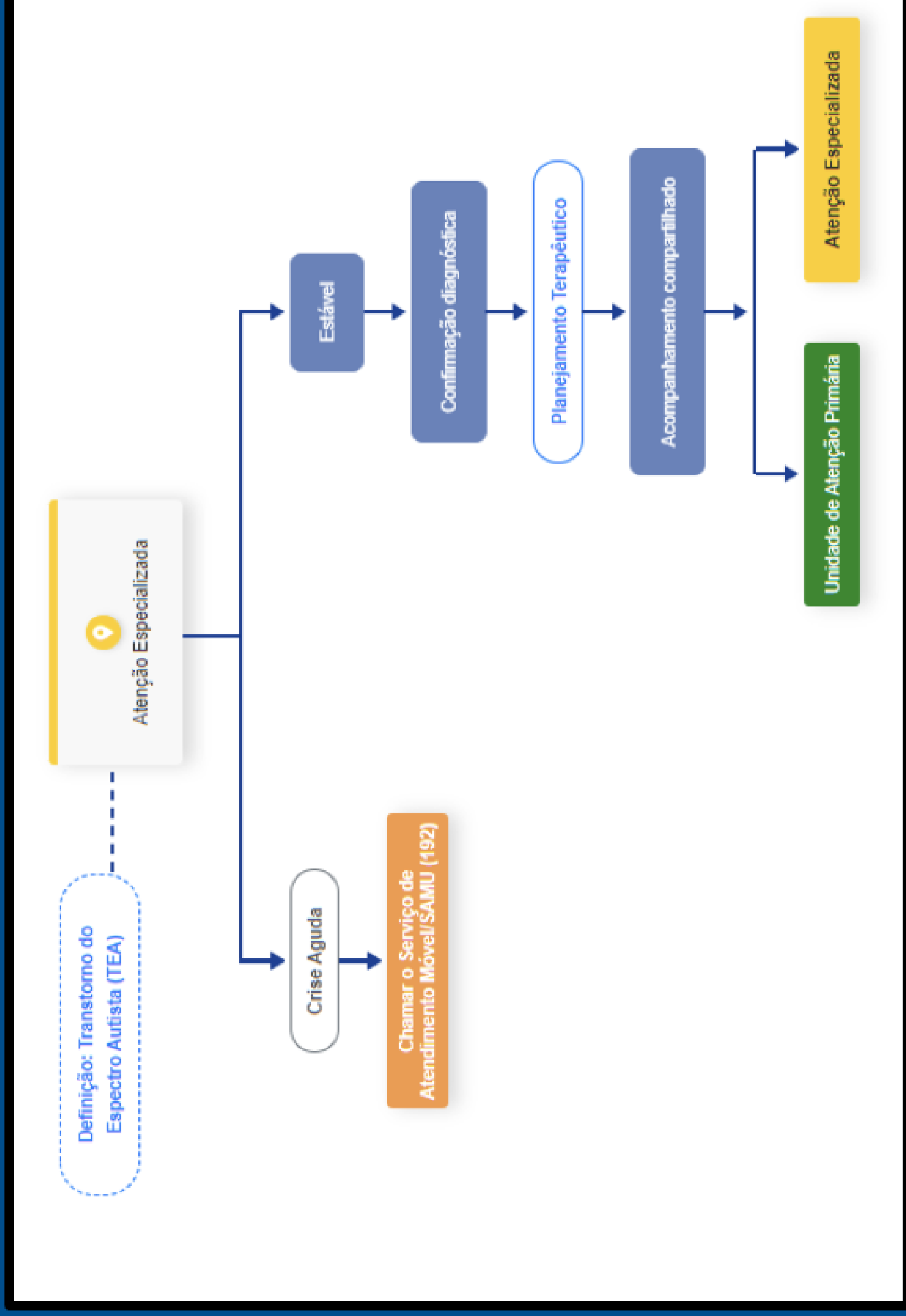


Diagrama da Unidade de Pronto Atendimento.

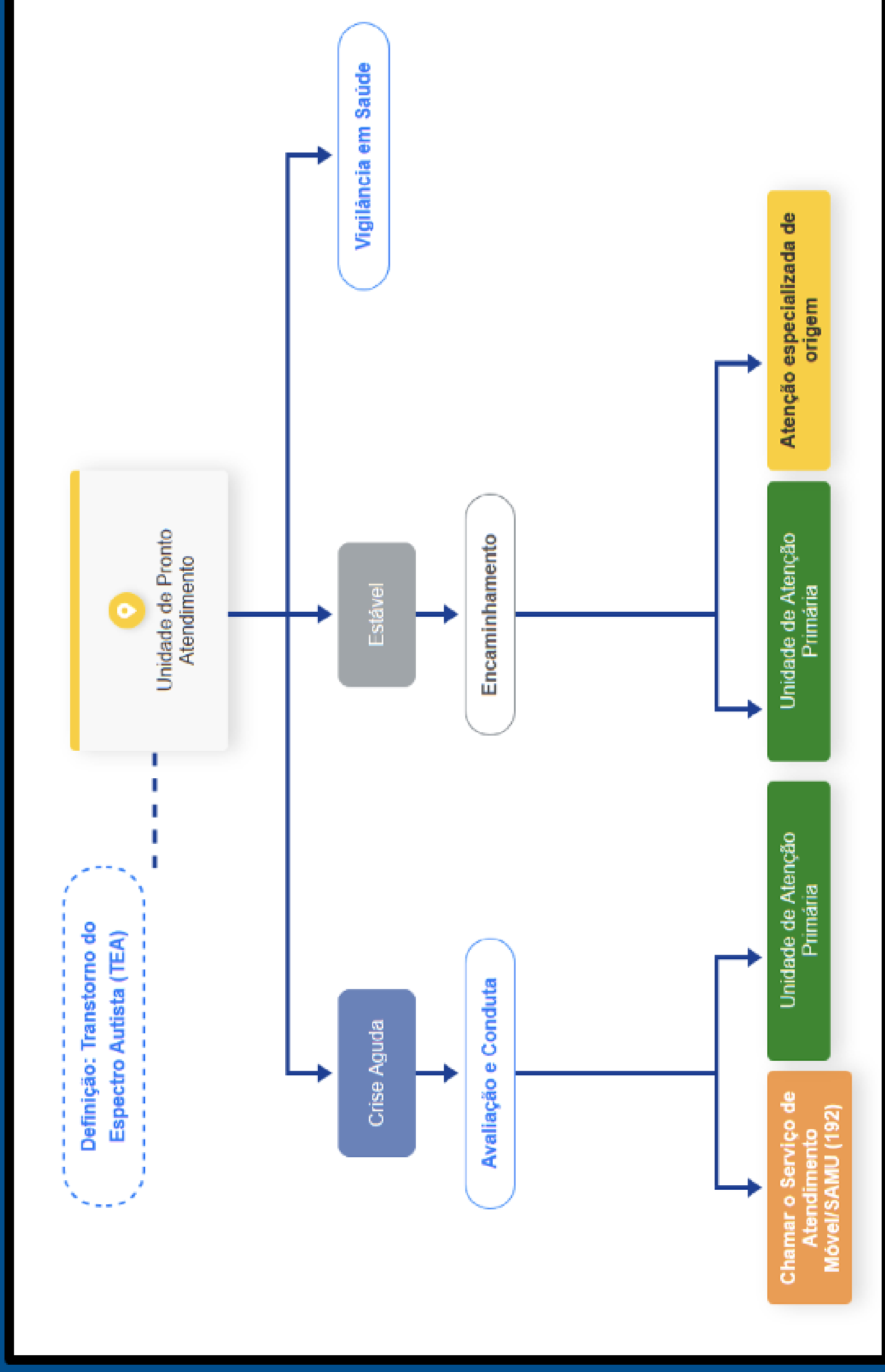


Diagrama da Unidade Hospitalar.

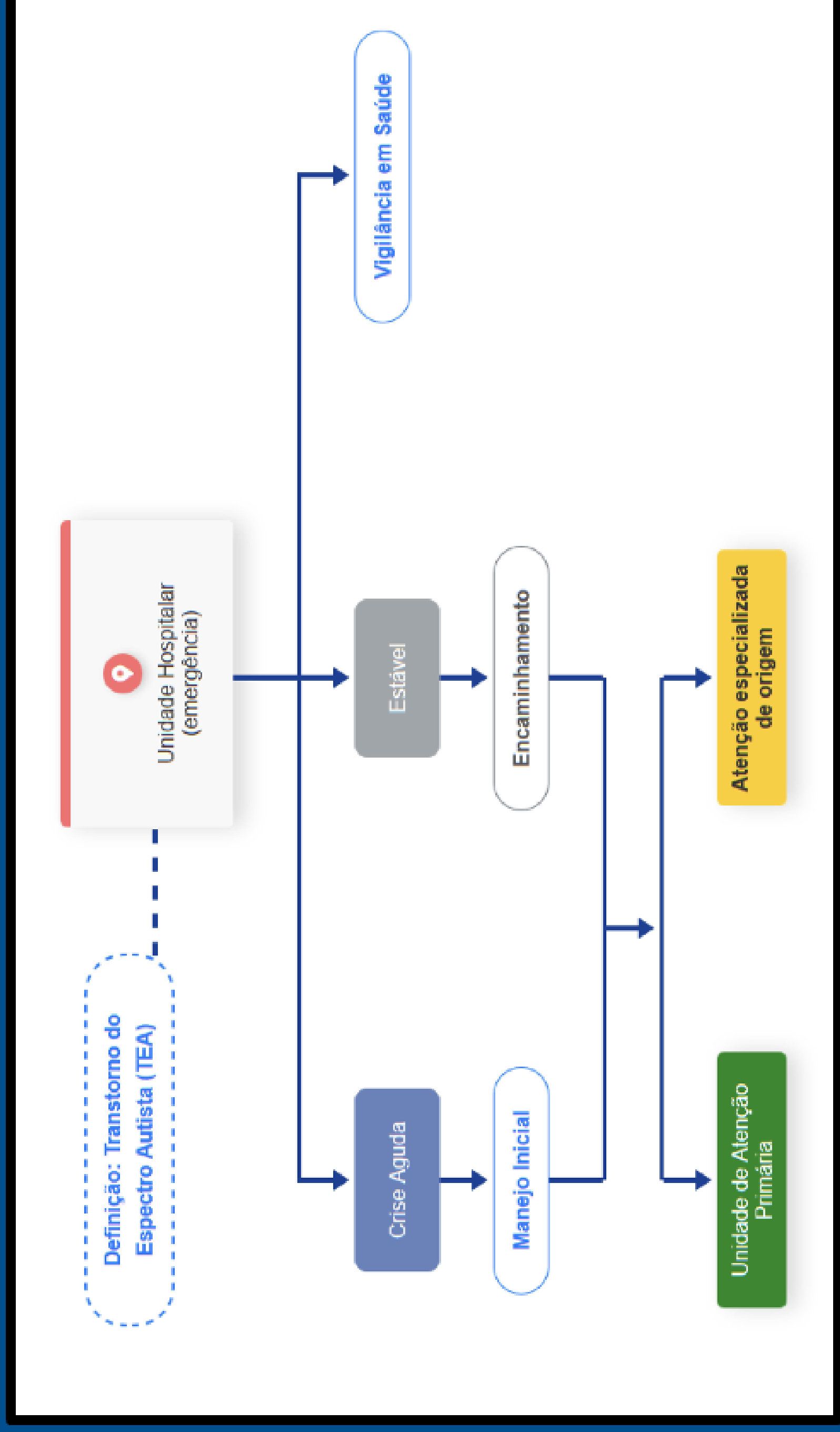
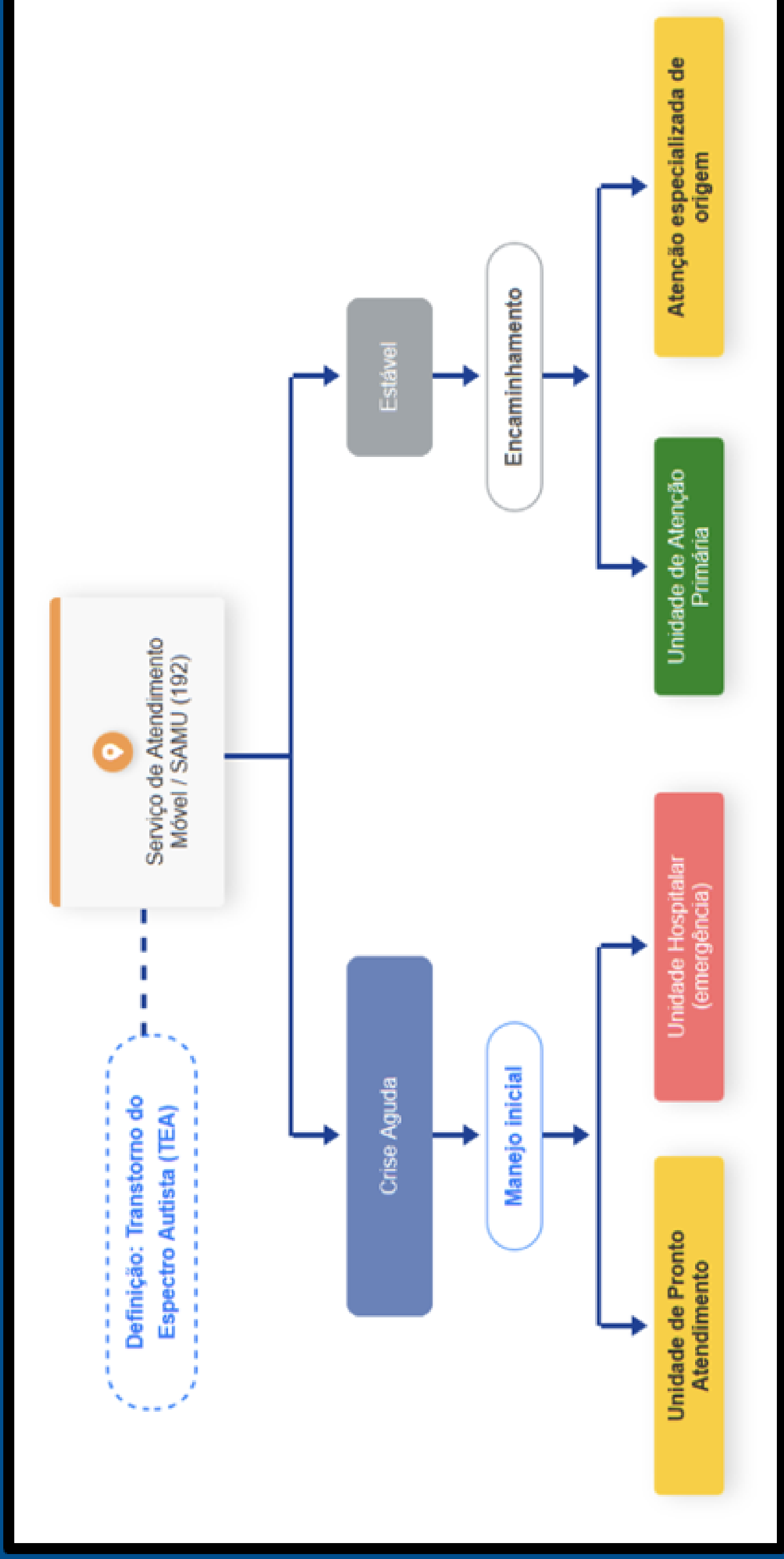
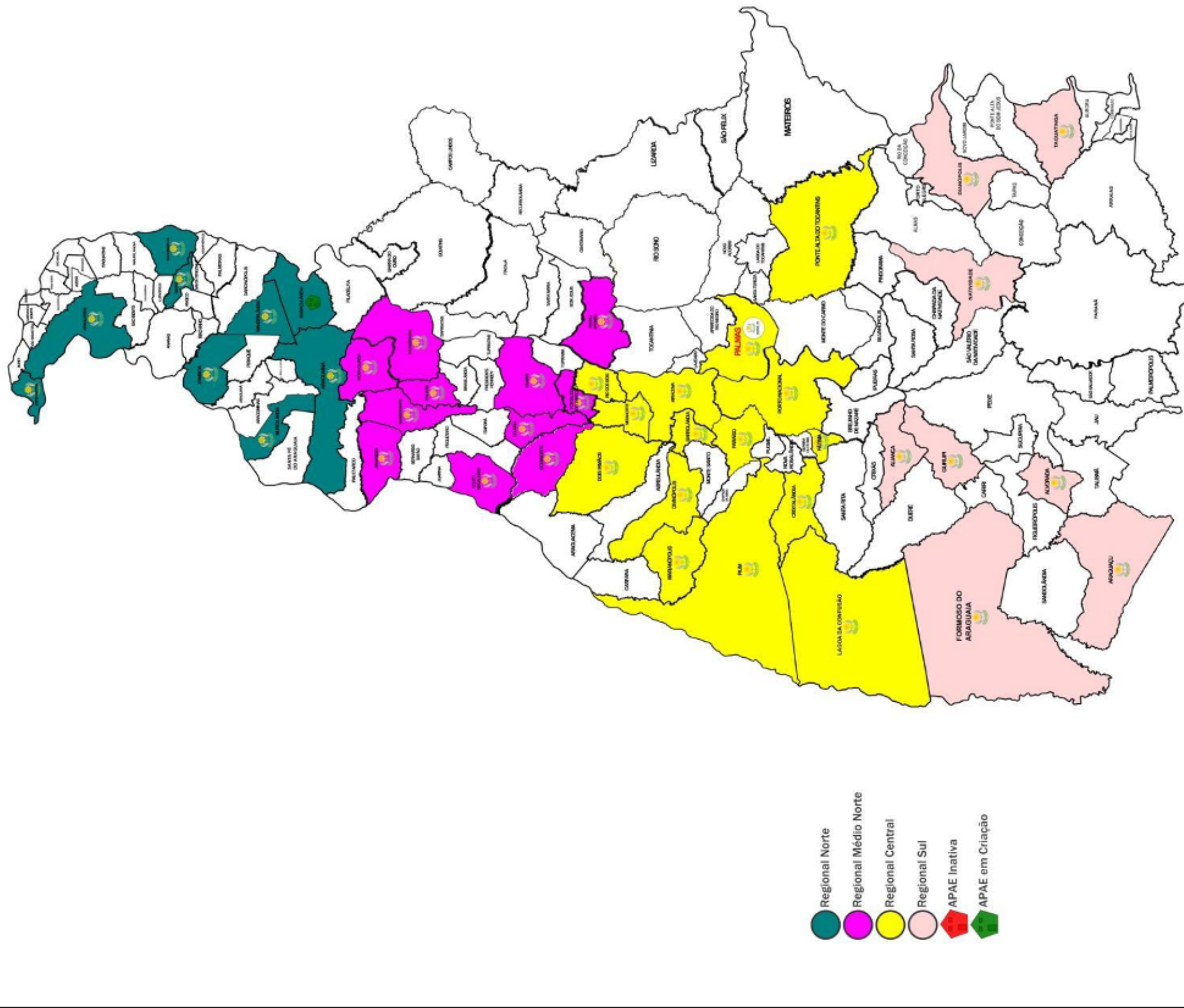


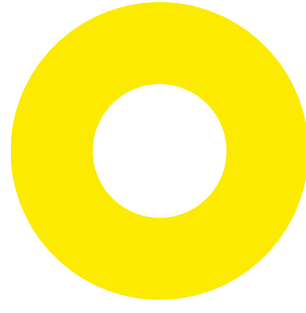
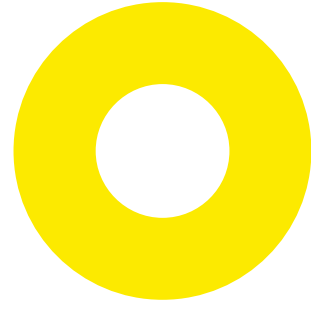
Diagrama da Unidade Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192).



Oportunidade de Cooperação rede filantrópica.



Fonte: FEAPAES - Federação das Apaes do Estado do Tocantins
Link: <https://www.apaeto.org.br/menu/mapadasapaesto>



Conclusão

