

MINISTÉRIO DA SAÚDE

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA



Brasília – DF
2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA



Brasília – DF
2025



1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
Esplanada dos Ministérios, Edifício O, 8º andar
Tel.: (61) 3315-9015
E-mail: desco@saude.gov.br

Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens
Esplanada dos Ministérios, Edifício O, 8º andar
Tel.: (61) 3315-9071
E-mail: dgci@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Esplanada dos Ministérios, Edifício G, 7º andar
Tel.: (61) 3315-6238 / 6236 / 6912
E-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Esplanada dos Ministérios, Edifício G, 9º andar
Tel.: (61) 3315-6231
E-mail: saudemental@saude.gov.br

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Esplanada dos Ministérios, Edifício G, 7º andar
Tel.: (61) 3315-6161
E-mail: dahu@saude.gov.br

Departamento de Prevenção e Promoção à Saúde (Deppros/Saps/MS)
Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas
Esplanada dos Ministérios, Edifício O, 4º andar
Telefone(s) : (61) 3315-9005
E-mail : deppros@saude.gov.br

Secretaria de Saúde Indígena
Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Gestão das Ações de Atenção à Saúde Indígena
Coordenação de Atributos, Promoção e Saúde Digital da Saúde Indígena
Esplanada dos Ministérios, Edifício O, 4º andar
Tel.: (61) 3315-6204
E-mail: dapsi.sesai@saude.gov.br

Secretaria de Informação e Saúde Digital
Departamento de Saúde Digital e Inovação
Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 3º andar
Tel.: (61) 3315-3574 / 3286
E-mail: seidigi@saude.gov.br

Coordenação-Geral:
Arthur de Almeida Medeiros

Organização:
Ana Priscila da Silva Teixeira
Aparecida Bueno Fernandes
Arthur de Almeida Medeiros
Luane Carvalho Costa
Pedro Henrique Santos Vitoriano
Renata Barros Mendonça
Sônia Isoyama Venâncio
Theresa Helena Ramos da Silveira Mota de Queiroz
Victor Fonseca Vieira

Colaboração:
Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques
Ana Paula Alves da Silva Ferreira
Bianca Gonçalves de Almeida Pereira
Carolina Augusta Ribeiro de Almeida
Claudete Raimundo da Silva
Cláudio Antônio Barreiros
Fernanda Luiza Hamze
Gabriela de Andrade Boska
Gisele Maria da Silva
Gustavo Vinicius do Nascimento Ribeiro
Ivan Lima de Carvalho
Janainny Magalhães Fernandes
Jéssica Sousa Silva Leopoldino
Jussara da Cruz Assis
Keyla Antunes Kikushi Câmara
Letícia Toledo do Amaral
Luciana Pelucio Ferreira
Mariana Pinto de Araújo
Neli Maria Castro de Almeida
Raylayne Ferreira Bessa
Ricardo Lugon
Roberta Costa Rangel
Rodrigo de Carvalho Filizola
Spártaco Galvão Fogaça de Almeida
Victor Reis Santos
Virgínia Amâncio Silva

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3º andar, sala 356-A
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 7791
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão textual: Khamila Silva e Laíza Foizer Filgueira
Design editorial: Sátiro Júnior

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

70 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf
ISBN 978-65-5993-884-1

1. Transtorno do espectro autista. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU 616.896

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0383

Título para indexação:

Care Pathway for People with Autism Spectrum Disorder – ASDt

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
1 INTRODUÇÃO	6
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	9
3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS	14
4 TIPOS DE INTERVENÇÕES	16
5 FLUXO ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TEA	18
5.1 Fluxo Assistencial e Modelo de Acesso do Usuário com TEA aos Serviços das Redes de Atenção à Saúde.....	18
5.2 Atenção Primária à Saúde.....	19
5.2.1 <i>Vigilância do desenvolvimento infantil</i>	20
5.2.2 <i>Rastreamento do TEA na APS</i>	22
5.2.3 <i>Avaliação do TEA na APS</i>	24
5.2.4 <i>Cuidado às pessoas com TEA na APS</i>	28
5.3 O papel das equipes multiprofissionais na articulação do cuidado na APS.....	31
5.3.1 <i>Equipes Multiprofissionais (eMulti)</i>	32
5.3.2 <i>Equipes multiprofissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC)</i>	33
5.4 Acompanhamento e os fluxos da rede.....	34
5.5 Cuidado em saúde bucal às pessoas com TEA.....	35
5.6 Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	37
5.7 Atenção Especializada à Saúde.....	40
5.7.1 <i>Serviços da Atenção Especializada</i>	40
5.7.2 <i>Rede Alyne</i>	48
5.7.3 <i>Tratamento medicamentoso</i>	49
5.8 Continuidade do Cuidado.....	50
5.9 Atenção à Crise.....	51
5.9.1 <i>Serviço de Urgência</i>	53
6 REDE DE APOIO E INTERSETORIALIDADE	54
7 ESTÍMULO PARENTAL E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DAS PESSOAS COM TEA	56
8 TEA NA ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA	58
9 ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA	60
REFERÊNCIAS	62

APRESENTAÇÃO

No Brasil, o cuidado integral às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) é um desafio significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido à diversidade de manifestações do espectro e à necessidade de intervenções personalizadas e interdisciplinares. O cenário nacional ainda evidencia desigualdades no acesso a serviços especializados, carência de profissionais qualificados e uma necessidade urgente de articulação entre os diferentes níveis de atenção e setores envolvidos no processo de cuidado.

A elaboração deste material contou com a contribuição das áreas técnicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), sob a coordenação do Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet/Saes/MS), por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/Daet/MS). Também colaborou a Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi/MS), cuja atuação estratégica e transversal às demais secretarias tem promovido a integração entre as diversas áreas do SUS por meio da transformação digital.

Este documento tem como finalidade orientar gestores e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS na qualificação e na estruturação de um modelo assistencial integrado. Sua abordagem baseia-se na coordenação dos serviços e na oferta de intervenções eficazes e humanizadas, com diretrizes objetivas para organizar os fluxos assistenciais desde a identificação precoce até o acompanhamento contínuo, abrangendo todos os níveis de atenção, e considerando os diversos públicos assistidos pelo SUS. É importante destacar a integração do cuidado com a assistência realizada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), as especificidades étnicas, organizacionais, culturais, geográficas, políticas, históricas e modos de vida dos povos indígenas.

Além disso, a Linha de Cuidado apresentada atualiza, complementa e substitui informações constantes nos documentos previamente elaborados pelo Ministério da Saúde (MS): *Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Criança e Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*.

O sumário proposto aborda tópicos essenciais, como a contextualização do TEA e enfatiza a importância da articulação intersetorial e interfederativa (municípios, estado, Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (Dsei) e Distrito Federal), do suporte às famílias, do estímulo parental e do planejamento do cuidado contínuo, especialmente em fases cruciais da vida adulta e em situações de crise.

Questões relacionadas aos instrumentos de rastreio, à avaliação diagnóstica, à elaboração de projetos terapêuticos singulares e às diversas modalidades de intervenção, estarão presentes no *Guia de Cuidado Integral às Pessoas com TEA*, elaborado pelo Ministério da Saúde.

Espera-se que este instrumento contribua significativamente para auxiliar gestores adequando-se a realidade local na implementação de uma linha de cuidado eficiente, equitativa e inclusiva, capaz de atender às necessidades das pessoas com TEA em todas as etapas da vida. Assim, busca-se promover sua autonomia, inclusão, qualidade de vida, e bem viver, fortalecendo os princípios de equidade e de integralidade que sustentam o SUS.

1 INTRODUÇÃO

"...um pequeno artesão, pertencente a um povoado igualmente pequeno confeccionava bonequinhas baseadas no folclore local. Todas as bonequinhas eram diferentes: em seus traços, expressões faciais, cores, vestimentas. Ao ver trabalho tão esmerado, um visitante, encantado com o possível valor comercial de seu produto, propõe ao artesão que então realizasse uma produção em série de um dos modelos de suas incontáveis bonequinhas e lhe oferece um preço mais barato, posto que seu desgaste seria menor, pois dispenderia menos tempo tanto em sua execução como em sua elaboração para confeccioná-las, uma vez que produziria em série. O artesão, ao contrário, retruca que produzindo em série o mesmo modelo, o preço deveria ser mais caro, pois seria muito custoso e os esforços muito maiores, pois teria que suportar realizar a mesma tarefa incontáveis vezes sem que elas fizessem sentido em sua vida."

Do artigo Fazendo da clínica uma oficina: modos de experimentação e produção social em saúde mental em referência ao livro "O desencantamento do Mundo" de Pierre Bordieu (Tallenberg, 2005).

Este documento apresenta a Linha de Cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) no Sistema Único de Saúde (SUS), e para tanto, precisamos que cada um dos seus leitores possa se situar em relação aos princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade) e suas grandes políticas: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, Política Nacional de Atenção Especializada, Política Nacional de Regulação em articulação com os demais marcos normativos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a Lei Federal de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) – Lei n.º 13.146, 6 de julho de 2015. Essas são as balizas éticas que devem guiar as ações que o Estado brasileiro deve implementar para garantir a integralidade das ações de cuidado, de reabilitação e de proteção às pessoas com TEA.

As linhas de cuidado existem para orientar os gestores na organização deste *continuum* assistencial que é atravessado por ações de promoção, de prevenção, de tratamento e de reabilitação com vistas à garantia da integralidade do cuidado.

Toda linha de cuidado precisa estar pautada nas necessidades locais de saúde que são identificadas por meio de dados epidemiológicos, demográficos, recortes étnicos e raciais,

contextos culturais, socioeconômicos e consensos de especialistas e da prática dos serviços. A partir dessas variáveis, os gestores públicos podem planejar, programar e avaliar as modalidades de atendimento e os respectivos procedimentos necessários para prevenir, detectar em tempo hábil e tratar os agravos à saúde, reduzir os impactos negativos e ainda se ocupar da prevenção das iatrogenias ligadas ao excesso ou à inadequação dos procedimentos dos trabalhadores em saúde. Uma boa linha de cuidado também precisa definir quantidade e a tipificação dos serviços assistenciais dentro da rede de saúde local.

Cada trabalhador deve reconhecer nesta publicação um guia ou um roteiro que aborda formas efetivas para o manejo das demandas no cuidado do TEA, em coerência com o tipo de serviço onde está inserido. Os fluxos assistenciais aqui previstos precisam ser centrados no usuário, facilitando o seu "caminhar na rede". E para isso precisamos de instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção e, ainda mais, precisamos cada vez mais de bons processos de contrarreferência para a Atenção Primária em municípios e terras indígenas, que nunca deve abdicar da sua função de vínculo e acompanhamento permanente das pessoas sob cuidados da rede assistencial especializada.

O cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) deve considerar não apenas suas necessidades relacionadas ao espectro, mas também o acesso e o manejo adequados de outras condições de saúde. É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para acolher e atender essas pessoas de forma integral, respeitando suas especificidades e promovendo uma experiência de cuidado humanizada, segura e livre de condutas discriminatórias.

Nesse contexto, o letramento em saúde torna-se essencial para garantir que pessoas com TEA e seus cuidadores compreendam informações relacionadas ao tratamento, promovendo a adesão às terapias propostas e para a tomada de decisões informadas. Ferramentas de comunicação claras e acessíveis, adaptadas às necessidades da pessoa, são indispensáveis para reduzir barreiras e promover a equidade no cuidado, como a Telessaúde, que por meio de tecnologias de informação e comunicação, torna possível promover atendimentos, orientações, capacitações e monitoramentos clínicos de forma remota, garantindo continuidade do cuidado, apoio às famílias e articulação entre os níveis de atenção em saúde, especialmente em regiões de vazios assistenciais ou com escassez de profissionais especializados. Essa abordagem também deve se estender para o contexto do SasiSUS, no qual, acompanha as populações indígenas aldeadas em seus territórios, por meio das diretrizes da Atenção Primária e cuidado intercultural, reconhecendo características étnicas e modos de vida das populações.

Além disso, o atendimento deve estar ancorado no reconhecimento e na garantia dos direitos das pessoas, conforme estabelecido em legislações e políticas nacionais e internacionais. O respeito à dignidade, à autonomia e às escolhas das pessoas com TEA é um elemento central para a promoção de um cuidado que valorize suas especificidades e assegure a inclusão efetiva nos serviços de saúde.

Essa abordagem reforça a necessidade de uma prática profissional ética e capacitada, que contribua para a melhoria dos desfechos clínicos e para a experiência positiva das pessoas com TEA, seus familiares e comunidades ao longo da trajetória de cuidado.

Por fim, a intersetorialidade é um princípio inegociável na concepção e na execução de uma Linha de Cuidados que responda às necessidades das pessoas com TEA vivendo em território brasileiro.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Considerando que a saúde é um direito humano fundamental, compreenderemos inicialmente as questões ligadas ao autismo dentro do escopo dos Direitos Humanos, sobretudo no tema das pessoas com deficiência. O conceito vigente de deficiência não se reduz ao código diagnóstico nem ao reconhecimento do que falha ou falta no corpo ou na mente de uma pessoa.

A Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabeleceu que:

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

O transtorno do espectro autista, portanto, é classificado como deficiência, e em seu sentido atual, deve considerar os impedimentos, as barreiras ou as opressões a que estão sujeitas as pessoas com TEA: sobretudo as barreiras de comunicação e de atitudes que tornam a vida na família, na sociedade e na escola muito mais difíceis. O que não pode ser esquecido nesse texto é que a produção de condições melhores implica não somente as ações de diagnóstico e tratamento da pessoa com TEA, mas também no seu entorno, reconhecendo e minimizando essas barreiras. Além disso, a partir do conceito de neurodiversidade, o autismo não se reduz somente ao diagnóstico biomédico, mas tem sido apresentado por pessoas com TEA como uma forma de existir no mundo que demanda ações em saúde e mudanças no modo como compreendemos regras básicas de interação, de convivência e de ocupação dos espaços públicos ou organizações comunitárias. No contexto intercultural da saúde e dos modos de vida dos povos indígenas, ainda não é possível mensurar com precisão a dimensão do impacto que o transtorno do espectro autista (TEA) causa na vida, organização social e no bem viver dessas populações. No entanto, tais condições podem, em alguns contextos, estar associadas à exclusão social, dificultando a inserção dessas pessoas no convívio e nas dinâmicas comunitárias nos territórios indígenas.

Esta Linha de Cuidado utilizará a Classificação Internacional de Doenças 11ª revisão (CID-11), que é a versão mais recente da classificação oficial do Estado brasileiro e que já conta com sua tradução para o português brasileiro oficializada. O transtorno do espectro autista está

englobado dentro do Capítulo 6 da CID-11, no tópico “Transtornos do Neurodesenvolvimento”, que o descreve como transtorno comportamental e cognitivo – portanto impactam o comportamento e/ou as habilidades/capacidades de cognição que surgem durante o período de desenvolvimento, logo estas dificuldades também podem aparecer na adolescência e na vida adulta, visto que envolvem dificuldades significativas na aquisição e na execução de funções intelectuais, motoras, de linguagem ou sociais específicas.

A CID-11 descreve o TEA a partir dos “déficits persistentes na habilidade de iniciar e manter interações sociais e comunicação social recíprocas, e por uma gama de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritas, repetitivos e inflexíveis, que são claramente atípicos ou excessivos para a idade e o contexto cultural do indivíduo”. Essa descrição parece abrangente e por vezes vaga, por este motivo vai demandar calma e bom senso no sentido de um uso preciso e específico, evitando exageros ou negligências. Ao mesmo tempo, muita coisa pode e precisa ser feita em termos de intervenção, mesmo sem o preenchimento dos critérios formais para diagnóstico.

Importantes considerações para o uso correto da CID

1) Quanto à idade de início, a CID-11 não restringe que o surgimento seja na primeira infância (ela usa a expressão 'ocorre tipicamente'), mas admite a possibilidade de "os sintomas se manifestarem plenamente até mais tarde", destacamos, "quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas". Explicando melhor:

- a) Precisam existir déficits incapacitantes que se enquadrem na descrição dos sintomas nucleares.
- b) Só se compreende o peso e a pressão das demandas sociais e das capacidades da pessoa quando lançar mão de outras perspectivas de diagnóstico que extrapolam os sistemas classificatórios convencionais.

2) Para que seja considerado como TEA, os problemas trazidos pela pessoa e/ou por sua família precisam causar prejuízos no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional e em outras áreas importantes. Assim, precisa estar claro que há impacto da condição na vida. Sem isso, não falamos de transtorno, mas sim de uma característica.

3) Os problemas precisam ser observáveis em todos os ambientes, podendo variar de acordo com o contexto social, educacional etc. Ou seja, descarte essa codificação para as pessoas que relatam a existência de problemas em apenas um ambiente por onde circulam.

4) Como forma de resolver o dilema das comorbidades versus diagnóstico diferencial, a CID-11 possibilita que cada profissional codifique a presença ou a ausência de duas condições:

- a) Transtorno do desenvolvimento intelectual.
- b) Existência ou ausência de linguagem funcional.

5) Repare com muita atenção que a CID considera a coexistência das três condições, os sintomas chamados nucleares:

- a) Os déficits na interação social.
- b) O transtorno do desenvolvimento intelectual.
- c) A ausência ou a presença de linguagem funcional.

Os códigos da CID-11 estão organizados desta maneira:

▽ **6A02** Transtorno do espectro autista

6A02.0 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional

6A02.1 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional

6A02.2 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência da linguagem funcional

6A02.3 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e deficiência da linguagem funcional

6A02.5 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional

6A02.Y Outro transtorno especificado do espectro autista

6A02.Z Transtorno do espectro autista, não especificado

Qual a magnitude do problema em termos epidemiológicos?

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que uma em cada 160 crianças no mundo seja diagnosticada com transtorno do espectro autista (TEA). Essa estimativa representa uma média global, podendo a prevalência variar significativamente entre os diferentes estudos.

A Lei n.º 13.861, de 18 de julho de 2019, sancionada em 2019, teve como objetivo prover dados oficiais sobre o autismo no País, sendo o Censo Demográfico de 2022 o primeiro a incluir informações sobre o transtorno.

De acordo com esse Censo, o Brasil contabilizou 2.168.220 pessoas com TEA, representando 1,0% da população residente. A maior concentração foi registrada na faixa etária de 5 a 14 anos, somando 23,3% do total, o que reflete a importância de políticas públicas voltadas à infância. Além disso, 71,7% das pessoas com TEA informaram ter outra deficiência associada, evidenciando a complexidade do cuidado e a necessidade de abordagens intersetoriais e integradas nos serviços de saúde e de educação (IBGE, 2025).

O SasiSUS, por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), principal sistema de informação utilizado pelos 34 Dsei, registrou entre os anos de 2012 a 2024, o número de 512 notificações no Siasi relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), nas populações indígenas. (Dados preliminares do Siasi, período de 2022 a 2024).

3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2007) é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades das pessoas e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço, e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA.

Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, as redes de apoio, as relações sociais e o processo de cuidado planejado, com vistas à produção de autonomia, inclusão social e a garantia dos direitos. A decisão final deve sempre respeitar a autonomia da pessoa e de sua família, de modo a corresponder à diversificação das demandas de acordo com a singularidade das histórias e seus contextos. Para tanto, se faz importante um trabalho conjunto entre as equipes de referência, o usuário, seus familiares e acompanhantes, de forma matricial na Rede, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

No acompanhamento proposto, é essencial o entendimento ou a tentativa de entender os modos de funcionamento do sujeito, das relações que ele estabelece e seus impasses. A proposta terapêutica deve partir do contexto real da pessoa, das rotinas que estabelece, do seu cotidiano, do que evita, da escuta da família e de outros atores importantes para a pessoa em questão, para que seja possível uma aproximação, com vistas à definição da direção do tratamento. O cuidado às pessoas com TEA deve oferecer recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais, suas possibilidades de circulação e seus modos de estar na vida, bem como sua etnicidade e fatores culturais vivenciado por cada indivíduo.

Ressalta-se que a Saúde Digital e a Telessaúde têm se consolidado como estratégias essenciais para ampliar o acesso aos serviços de saúde em regiões de vazio assistencial, inclusive onde os desafios geográficos e logísticos comprometem a cobertura de serviços de saúde. Essas estratégias também se mostram fundamentais em localidades que não dispõem de profissionais especialistas e para atender pessoas que em situações de mobilidade reduzida, com dificuldade para o atendimento presencial. A inclusão da ferramenta no PTS, nos casos possíveis, permite o fortalecimento da transformação digital no SUS, e continuidade assistencial, resultando na integralidade do cuidado e na equidade de acesso aos serviços de saúde.

A escolha do método de intervenção terapêutica a ser utilizado no tratamento e na avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a pessoa, sua família e as diferentes equipes de saúde que assistem esta pessoa. A perspectiva do cuidado da sua saúde pessoal, o aprimoramento de suas habilidades funcionais e do autocuidado e a intensificação das possibilidades de comunicação, ampliando as oportunidades de interação social, devem ser consideradas práticas contínuas do acompanhamento e cuidado integral à saúde nesses casos.

Para saber mais sobre o Projeto Terapêutico Singular consulte os documentos técnicos do Ministério da Saúde.

– *Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

– *Guia de orientação para implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com Deficiência*/Ministério da Saúde, 2025.

– *Cadernos de Atenção Básica n.º 34 - Saúde Mental*.

– *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*/Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

4 TIPOS DE INTERVENÇÕES

As intervenções para as pessoas com TEA devem ser personalizadas e individualizadas, levando em conta as necessidades e as características únicas de cada indivíduo. Para considerar as especificidades das pessoas com TEA, é essencial que cada intervenção seja adaptada às particularidades, incluindo seu estágio de desenvolvimento, habilidades e áreas de dificuldade.

É fundamental enfatizar que a intervenção no TEA não deve esperar um diagnóstico conclusivo, pois a intervenção precoce é fator fundamental, especialmente na evolução das crianças com TEA. Diversos estudos científicos mostram que quanto mais precocemente a criança nesta condição for estimulada, melhores poderão ser suas oportunidades de desenvolvimento. Este fato está diretamente relacionado à neuroplasticidade ao longo da primeira infância. Portanto, quanto mais precoce a intervenção, melhores os resultados para a criança e para sua família (Kasari; Freeman; Paparella, 2006; Kelley *et al.*, 2006).

A intervenção precoce é um conjunto de modalidades terapêuticas que visam aumentar o potencial do desenvolvimento social e de comunicação da criança, proteger o funcionamento intelectual, reduzindo danos, melhorar a qualidade de vida e dirigir competências para autonomia (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). Essa abordagem tem como objetivo ofertar o cuidado em tempo oportuno, a fim de promover o desenvolvimento global da criança, minimizando impactos a longo prazo.

Crianças com TEA não se desenvolvem no ritmo esperado nos domínios de linguagem, socialização, brincadeiras, motricidade e, em muitos casos, no domínio cognitivo. A aprendizagem incidental, ou seja, aquela que é adquirida por meio de experiências cotidianas, é prejudicada pelo déficit em iniciação social e atenção compartilhada. A intervenção precoce objetiva acelerar a taxa de aprendizado da criança, produzindo generalização das habilidades e maximizando os efeitos da neuroplasticidade (Bairrão; Almeida, 2002).

Assim que a Atenção Primária à Saúde (APS) detecta alterações no desenvolvimento ou identifica uma triagem positiva para o transtorno, é essencial iniciar o acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Essa abordagem tem como objetivo ofertar o cuidado em tempo oportuno, a fim de promover o desenvolvimento global da criança, minimizando impactos a

longo prazo, qualificando o sistema de acesso da regulação para acesso às ações e aos serviços de saúde disponíveis na rede.

Ainda que se considere o período da primeira infância como o momento mais oportuno para se identificar alterações no desenvolvimento e realizar intervenções precoces, é importante destacar que o transtorno do espectro autista pode ser identificado em qualquer etapa do ciclo de vida, sendo assim, a avaliação deve ser congruente com a faixa etária.

Ademais, as intervenções para TEA na idade adulta devem basear-se no acompanhamento interdisciplinar. Ao contrário das crianças, que precisam desenvolver habilidades básicas, a terapia nos adultos vai trabalhar a autonomia, dentro das limitações de cada um, para ajudar na inserção na comunidade e no mercado de trabalho, visando estimular questões de funcionalidade.

Nesse sentido, insta ressaltar que existem vários tipos de intervenções para o transtorno do espectro autista, cada uma com diferentes enfoques e abordagens. Revisões sistemáticas indicam que todas as intervenções para essas pessoas oferecem benefícios e não há evidências suficientes para afirmar que um modelo seja superior a outro (Maglione *et al.*, 2012; Seida *et al.*, 2009; Weissman; Bridgemohan, 2015). A escolha da abordagem deverá considerar a especificidade e a singularidade de cada pessoa e a formação/qualificação do profissional.

5 FLUXO ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TEA

5.1 Fluxo Assistencial e Modelo de Acesso da Pessoa com TEA aos Serviços das Redes de Atenção à Saúde

Um dos fatores que impactam na formação e na manutenção das filas de espera para atendimento das pessoas com TEA é a forma de organização do Fluxo Assistencial para acesso aos serviços de saúde. Esse fluxo deve ser estruturado de maneira a garantir o acesso oportuno e integral aos serviços de saúde no âmbito do SUS.

O modelo de acesso mais adequado parte do princípio de que o diagnóstico do TEA não é um ato pontual, podendo acontecer ao longo do processo de cuidado que envolve avaliação clínica, acompanhamento e intervenções multiprofissionais. Além disso, deve abranger as famílias de modo que estas sejam envolvidas para participarem do cuidado e, também, sejam cuidadas.

A organização do cuidado para as pessoas com TEA deve estar centrada nas necessidades do usuário, priorizando ações que reduzam barreiras de acesso e evitem a fragmentação do cuidado. Para isso, recomenda-se:

- Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada prioritária, responsável por coordenar o cuidado, identificar os sinais do TEA, realizar intervenções precoces e encaminhar o usuário para os serviços especializados, quando necessário.
- Atenção Primária à Saúde (APS) realizada pelo SasiSUS, nesse campo, é importante reforçar a necessidade de fortalecimento dos alinhamentos entre os municípios e os Dsei, para adequado encaminhamento de pessoas indígenas com sinais do TEA, para que estes tenham a garantia do acesso à rede de cuidados necessários.
- Intervenção precoce e intervenção oportuna, independentemente da confirmação diagnóstica, com o objetivo de promover o desenvolvimento funcional e prevenir agravos.
- Processos investigativos e diagnóstico podem ser realizados em qualquer nível de atenção quando houver equipe multiprofissional qualificada, para realização da avaliação global do usuário.

- Que haja integração entre os níveis de atenção, articulando os serviços da APS, SasiSUS e da AES em conformidade com a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- O modelo de acesso deve permitir a entrada do usuário no sistema em tempo adequado e oportuno. Para isso:
 - » O cuidado deve iniciar com base em sinais clínicos e necessidades observadas, sem exigir diagnóstico fechado.
 - » As famílias devem ser envolvidas ativamente no processo de cuidado, recebendo orientações, suporte emocional e orientações para a melhoria da funcionalidade e do bem-estar.
 - » A articulação com dispositivos de reabilitação no território deve ser fortalecida, bem como a inserção dos Dsei nesses debates, para ampliar o suporte multiprofissional.

Em consonância com a [Caderneta da Criança](#), a vigilância dos marcos do desenvolvimento é essencial e deve ser registrada e monitorada em todas as consultas na APS. Além disso, as práticas em reabilitação devem considerar a funcionalidade do indivíduo no contexto do território, como orientado pelo Ministério da Saúde (MS).

Portanto, o fluxo assistencial para pessoas com TEA deve ser dinâmico, centrado na pessoa, sua funcionalidade e etnicidade pautado na articulação entre os níveis de atenção à saúde e os recursos do território. Essa abordagem contribui para reduzir tempo de espera nas filas, prevenir a fragmentação do cuidado e garantir o direito à saúde integral, conforme preconizado pelo SUS.

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), seja a partir dos territórios em municípios, bem como territórios indígenas, é a principal porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI) nos Dsei, sendo a ordenadora do cuidado nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No caso da organização do cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista, destaca-se como responsável pela vigilância, monitoramento e identificação precoce de sinais, acompanhamento do desenvolvimento infantil e ao longo de todo o curso da vida. Além do

rastreamento, a APS tem papel na identificação, no diagnóstico multidisciplinar e no cuidado integral, dentro de um processo de articulação e compartilhamento de cuidado com outros equipamentos e serviços da Rede de Atenção à Saúde, garantindo a continuidade do cuidado e a organização do fluxo junto aos demais serviços de acordo com as necessidades de cada usuário.

5.2.1 Vigilância do desenvolvimento infantil

Por ser a principal porta de entrada, as pessoas com sinais de atraso no neurodesenvolvimento ou suspeita de TEA, seus familiares e cuidadores devem encontrar na APS o acolhimento e o apoio no que se refere aos primeiros cuidados de saúde. A realização das consultas de puericultura com adequada vigilância do desenvolvimento infantil pode indicar a necessidade de avaliação mais detalhada e intervenção oportuna, mediante o acompanhamento do desenvolvimento e a aplicação dos instrumentos de vigilância, conforme orientações previstas na Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania (Menina e Menino).

A Caderneta da Criança é um instrumento de vigilância e monitoramento em saúde que facilita o acompanhamento integral da saúde infantil e induz intervenções necessárias de modo adequado e oportuno.

A vigilância do desenvolvimento realizada por meio dos Marcos do Desenvolvimento Infantil (MDI) e da avaliação clínica durante os contatos assistenciais utilizados na APS, compõem o processo investigativo e diagnóstico para basear as condutas e ações. Os MDI são avaliados até os 10 anos por faixas etárias: do nascimento aos 6 meses, dos 6 meses a 1 ano e meio, de 1 ano e meio a 3 anos e meio, dos 3 anos e meio a 5 anos, dos 5 aos 6 anos e dos 6 aos 10 anos com avaliação do aprendizado na escola, a socialização com outras crianças, desenvolvimento da linguagem e comportamento.






Uma vez que for identificada a ausência de algum marco no desenvolvimento neuropsicomotor, estratégias de estimulação devem ser iniciadas imediatamente pela equipe da Atenção Primária à Saúde, uma vez que a intervenção precoce e oportuna favorece melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica posterior.

Até o momento, não são conhecidos exames laboratoriais ou marcadores biológicos para identificação do TEA. O seu diagnóstico é feito a partir de avaliação multiprofissional, relato dos pais/cuidadores e outras referências, como a creche/escola.

Por isso, é importante orientar aos pais, em consultas de puericultura ou em outras ações realizadas no âmbito da APS, para que eles fiquem atentos aos marcos do desenvolvimento e promovam um ambiente que estimule o desenvolvimento da criança.

Na Figura 1 são apresentados alguns sinais que podem indicar suspeita de TEA na primeira infância:

Figura 1 – 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/limitar 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	Deficuldade 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 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 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: Brasil, 2014, adaptado.

5.2.2 Rastreio do TEA na APS

Compete aos profissionais da APS, incluindo as equipes eMulti e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi), o importante papel de identificar precocemente qualquer sinal indicativo de transtornos ou condições que afetam o desenvolvimento infantil durante as consultas de puericultura (crescimento e desenvolvimento) da criança, a partir dos MDI e da utilização complementar de instrumentos de rastreio, que permitam a identificação precoce de sinais e sintomas do TEA, assim como de outras condições como a paralisia cerebral, transtorno de comunicação, deficiência intelectual, possibilitando que o processo de cuidado seja instituído de maneira adequada e oportuna.

Para complementar a vigilância do desenvolvimento infantil e aumentar as chances de detecção precoce do TEA, optou-se por incluir na Caderneta da Criança a realização da triagem utilizando o M-CHAT-R/F (Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento) que é uma ferramenta de triagem em dois estágios, baseada no relato dos pais/cuidadores, que avalia os sinais precoces do TEA. O acesso à ferramenta é garantido aos profissionais de saúde, pois está incluído na Caderneta da Criança e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no e-SUS APS.

O M-CHAT-R foi validado para crianças entre 16 e 30 meses de idade e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, podendo ser pontuado durante as consultas de puericultura, incluindo pediatras, médicos de família, médicos generalistas ou por outros profissionais que desejem avaliar o risco para o TEA.

O principal objetivo deste instrumento é aumentar a sensibilidade do rastreamento, permitindo a identificação do maior número possível de crianças com risco de TEA. No entanto, é importante considerar que o M-CHAT pode resultar em falsos-positivos, o que não significa que todas as crianças com pontuação de risco receberão, necessariamente, o diagnóstico do transtorno do espectro autista. Para aprimorar o processo, foram incorporadas questões de seguimento, que auxiliam na triagem mais detalhada e na identificação de casos que realmente necessitam de avaliação diagnóstica especializada.

Mesmo após a aplicação das questões de seguimento do M-CHAT-R/F, muitas crianças que apresentam pontuação positiva podem não receber o diagnóstico de TEA. Contudo, essas

crianças frequentemente possuem um risco elevado para outros transtornos ou atrasos no desenvolvimento. Por essa razão, é essencial que sejam submetidas a uma reavaliação, visando identificar possíveis condições associadas e garantir intervenções adequadas e tempo oportuno para atender às suas necessidades de desenvolvimento.

Nesse contexto, o profissional e a equipe devem ter o cuidado ao comunicar aos pais e responsáveis os resultados e conduzem para um processo investigativo clínico, diferencial, multidisciplinar e que considere uma avaliação mais ampla e qualitativa da criança e da família nos casos em que for identificado algum tipo de alerta. A literatura aponta sobre a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem multiprofissional com profissionais treinados e capacitados, sendo a avaliação biopsicossocial uma importante ferramenta para isso.

Considerando que o cuidado da pessoa com TEA abrange todo o ciclo de vida e que a identificação pode ocorrer em qualquer etapa do desenvolvimento humano, se torna aconselhável que os profissionais se apropriem de outros instrumentos de rastreio validados para diversas faixas etárias que possam auxiliar no processo avaliativo. Além dos instrumentos de rastreio, o processo de anamnese que contemple relatos de familiares, professores e colegas de trabalho, pode ser uma ferramenta de grande potencial no diagnóstico em qualquer faixa etária.

Saiba mais consultando o *Guia de Cuidado Integral às Pessoas com TEA*.

É importante destacar que algumas ferramentas exigem treinamento específico antes de sua aplicação e outros podem ter sua utilização restrita a determinadas categorias profissionais. Além disso, os resultados obtidos devem sempre ser analisados por profissionais qualificados, independentemente do nível de atenção, levando em conta as especificidades de cada indivíduo, bem como a avaliação clínica e funcional, pois nenhum resultado isolado é suficiente para fornecer um diagnóstico.

Para atender à necessidade de intervenções oportunas e de início imediato no âmbito da saúde, seja na APS ou na atenção especializada, e da rede intersetorial, independentemente da conclusão diagnóstica, sugere-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir de um conjunto de estratégias de cuidado para a pessoa com TEA e família de acordo com as suas necessidades individuais.

A suspeita de alterações no desenvolvimento neurológico na infância acontece, geralmente, no ambiente familiar, escolar ou na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, a integração entre equipes da APS e as escolas torna-se essencial para a identificação precoce de possíveis dificuldades. O Programa Saúde na Escola (PSE) desempenha um papel relevante como um dispositivo que facilita a comunicação e a colaboração entre profissionais de saúde e da educação, promovendo uma abordagem articulada para o monitoramento do desenvolvimento infantil.

A escola pode fornecer informações relevantes para a avaliação e a definição de condutas, integrando-se à rede de cuidados e aos projetos terapêuticos. Além disso, pode receber apoio matricial e orientações pelas equipes de APS com o objetivo de ampliar a compreensão da comunidade escolar sobre as práticas relacionadas às crianças e aos adolescentes. Esse apoio busca prevenir a estigmatização, o isolamento e a patologização de comportamentos comuns à infância e adolescência, e desenvolver práticas com a comunidade escolar que promovam a saúde mental, o bem-estar emocional e a socialização das crianças e adolescentes, respeitando as especificidades de cada indivíduo, bem como adequar condutas ou suspeitas diagnósticas inadequadas.

5.2.3 Avaliação do TEA na APS

O diagnóstico, mais do que a classificação a nível nosológico, deve indicar o funcionamento multidimensional, que vai direcionar uma compreensão ampla do sujeito, sua subjetividade e seu contexto, e deve vir acompanhado da avaliação da funcionalidade do indivíduo e das condições sociofamiliares e comunitárias.

A gravidade da condição dependerá da funcionalidade da pessoa com TEA e o apoio necessário para o desenvolvimento de diferentes habilidades. A gravidade da condição e as necessidades de apoio vão variar ao longo do ciclo de vida, em qualquer nível de suporte, sendo necessária uma avaliação singular.

Por isso, a avaliação diagnóstica do TEA deve considerar os impactos funcionais e o nível de suporte necessário que cada pessoa apresenta no seu cotidiano, nas relações interpessoais, na sua colocação nos contextos de organizações comunitárias nas habilidades acadêmicas,

instrumentais e laborativas. Recomenda-se que a avaliação seja realizada a partir de diferentes situações contextuais, como em atendimentos individuais, familiares, durante atividades livres e espaços grupais. Sendo assim, ela deve ser biopsicossocial e realizada por profissionais qualificados, adotando uma abordagem interprofissional que envolva as áreas como a medicina, a enfermagem, a psicologia, a terapia ocupacional, a fisioterapia, a fonoaudiologia, o serviço social e outras com o objetivo de contemplar o indivíduo de maneira ampliada e integral.

O processo diagnóstico pode ser realizado na Atenção Primária à Saúde, desde que haja equipe e profissionais qualificados para uma avaliação adequada. Ele também pode ser realizado de modo compartilhado e articulado entre as equipes da Atenção Primária e Especializada, de forma interdisciplinar, e de acordo com os arranjos da rede local.

Tanto a avaliação quanto o cuidado podem ser articulados entre todos os serviços da rede, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Policlínicas, ambulatórios especializados e demais pontos de atenção definidos de acordo com a demanda e a organização dos serviços no território e as necessidades da pessoa com TEA, seus familiares e cuidadores.

A articulação entre os pontos de atenção deve ser feita institucionalmente, de acordo com a organização local, de maneira a evitar que as famílias se desloquem desnecessariamente ou tentem individualmente seu acesso aos serviços de modo desarticulado.

O diagnóstico do TEA deve ser considerado dentro de um espectro de manifestações, portanto, deve-se evitar a comunicação diagnóstica precipitada. Ele deve resultar de um processo criterioso, interprofissional e realizado em diálogo com os responsáveis pela criança e, no caso de adolescentes, adultos e pessoas idosas, compartilhado com familiares e rede de apoio.

Independentemente do diagnóstico, o usuário e sua família devem ser acolhidos e cuidados em suas necessidades, especialmente para minimizar eventuais sofrimentos associados ao processo, conforme sinaliza a *Política Nacional de Cuidados Paliativos* (Brasil, 2024b). A equipe da APS deve atuar ativamente no combate ao capacitismo (que é a discriminação e o preconceito contra pessoas com deficiência) e na prevenção da patologização da vida (que é a tendência de transformar aspectos da singularidade da existência humana em questões médicas

ou psicológicas), evitando a rotulação, medicalização desnecessária e intervenções excessivas sem evidências científicas, e permitindo o máximo de autonomia possível a pessoa com TEA em seu modo de viver.

As agendas dos profissionais da APS devem incluir ações voltadas à promoção da saúde, à inclusão social e à redução da medicalização, em articulação com o território e em parcerias intersetoriais, como escolas e o Programa Saúde na Escola, contribuindo para a construção de um cuidado mais humanizado e integral.

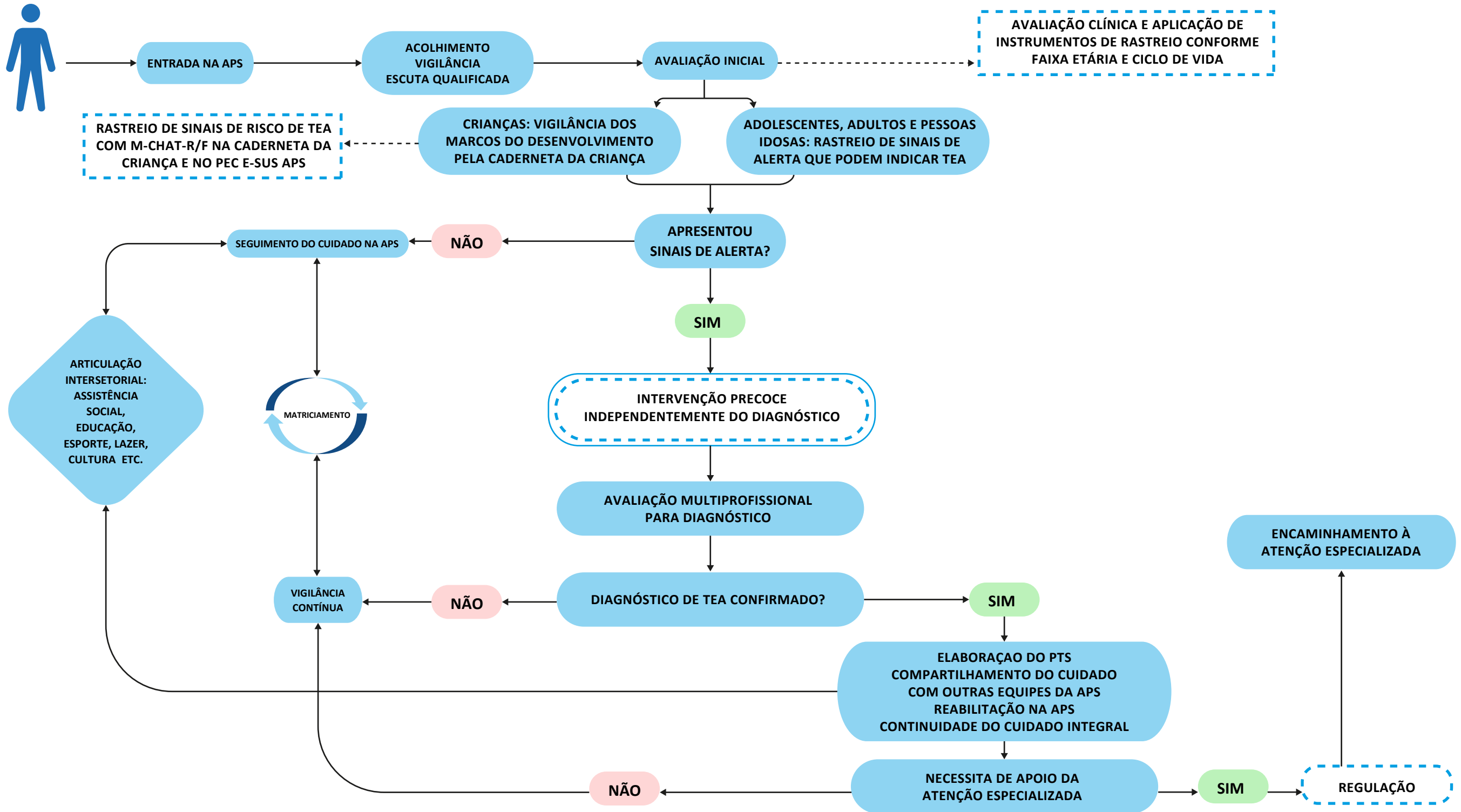
É imprescindível a qualificação de todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde para a identificação dos sinais de TEA e promover a articulação do diagnóstico e do cuidado entre a sua unidade de atuação e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Dado que a avaliação e o cuidado são processos multidimensionais e multiprofissionais, todos os profissionais possuem importância nesse processo de acordo com suas competências e responsabilidades.

Os agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, por sua aproximação com a comunidade e as famílias, quando devidamente qualificados, podem identificar condições de risco para o TEA contribuindo de forma efetiva para o acompanhamento do desenvolvimento infantil ao comunicar à equipe de referência sobre as condições identificadas em seu território. Além disso, atuam no monitoramento das condições de vida do indivíduo e de sua família, considerando seus aspectos biopsicossociais (Costa *et al.*, 2023).

Os agentes indígenas de saúde (AIS), integram as organizações sociais e as comunitárias nos territórios indígenas, suas inserções nas Emsi nos territórios indígenas são fundamentais para o alinhamento de condutas nos territórios e na identificação de sinais relevantes para a vida e saúde das comunidades indígenas. Exercem importantes papéis, como profissionais de saúde e lideranças locais em seus territórios.

Diagrama 1 – Fluxo Assistencial para o Cuidado às Pessoas Com TEA – Atenção Primária à Saúde



Para saber mais sobre a avaliação diagnóstica consulte o *Guia de Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Austista*.

Considerando as especificidades das organizações comunitárias nos territórios indígenas, bem como a gestão da Atenção Primária realizada pelos Dsei, por meio das diretrizes do SasiSUS, é fundamental que os gestores de saúde realizem articulações com os distritos, possibilitando uma linha de encaminhamento e regulação das pessoas indígenas aos serviços de atenção especializada.

5.2.4 Cuidado às pessoas com TEA na APS

Torna-se importante, nesta linha de cuidado, reforçar que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada prioritária do indivíduo para o acesso ao Sistema Único de Saúde, sendo assim a APS e o SasiSUS têm importante contribuição na atenção à pessoa com TEA, na vigilância e na detecção dos sinais de risco ao desenvolvimento, processo diagnóstico e continuidade do cuidado, dentro daquilo que a compete e coordenando o cuidado do usuário na rede, de maneira compartilhada com a atenção especializada, a fim de produzir cuidados cada vez mais corresponsabilizados superando a lógica dos encaminhamentos fragmentados.

Em relação às intervenções, quanto mais precoce for iniciada a estimulação, maiores as chances de se ter a trajetória do desenvolvimento da criança otimizada, além da possibilidade de melhorar o seu funcionamento socioadaptativo a longo prazo. Dessa maneira, a APS torna-se essencial no processo de cuidado integral, promovendo a possibilidade de intervenções antes mesmo que se tenha um diagnóstico.

Sugestão de documentos sobre intervenção precoce:

Guia de Intervenção Precoce: de 0 a 3 anos de idade.

Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação.

Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para pais e cuidadores primários.

É fundamental que, ao serem identificadas, as pessoas com TEA e suas famílias tenham acesso a informações úteis, serviços de referências e apoio prático que atendam às

suas necessidades específicas. Embora não exista uma cura para o TEA, existem intervenções psicossociais fundamentadas em evidências que podem produzir um impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa.

As demandas de saúde das pessoas com TEA são multifacetadas e exigem uma variedade de serviços integrados, que abarquem a promoção da saúde, cuidados, reabilitação, os direitos humanos e parcerias com setores como educação, esporte, emprego e assistência social. As intervenções destinadas às pessoas com TEA e outras dificuldades do desenvolvimento devem ser complementadas por iniciativas que tornem seus ambientes físicos, sociais e culturais mais acessíveis, inclusivos e acolhedores (Opas, [2024]). Ademais, é essencial ressaltar que a pessoa não se reduz a uma condição ou diagnóstico, pois ela possui manifestações e características únicas, bem como necessidades diferenciadas ao longo do ciclo de vida.

Dessa maneira, as intervenções para pessoas com TEA na APS podem ser orientadas à família e aos indivíduos, podendo variar por meio de práticas educacionais, terapias específicas, atividades de grupo etc., sempre em uma perspectiva compartilhada, adequada às necessidades dos sujeitos e multiprofissional, tendo como objetivo maximizar a autonomia e a funcionalidade, e minimizar prejuízos que comprometem a funcionalidade, o bem-estar físico e psicossocial (Simão *et al.*, 2023). Além disso, é importante um olhar para os determinantes sociais e condicionantes de saúde que possam atuar ativamente de forma interseccional às condições clínicas, podendo produzir mais ou menos sofrimento, a depender da conduta, do acolhimento e do olhar integral empenhado pelas equipes aos usuários e familiares.

Pessoas com TEA frequentemente enfrentam estigmas e discriminação, resultando em menores oportunidades de acesso a serviços de saúde, educação e participação em suas comunidades, além de apresentarem os mesmos problemas de saúde que a população em geral, por isso é importante que a APS acompanhe e monitore as pessoas em sua integralidade, para além dos aspectos relacionados ao TEA. Ao mesmo passo que essas pessoas podem ser mais propensas ao desenvolvimento de condições crônicas não transmissíveis, devido aos comportamentos de risco, como sedentarismo e dietas inadequadas, também estão em maior risco de sofrer violência, lesões e abuso. Por isso, o monitoramento, o acompanhamento longitudinal e integral são essenciais. Assim como o restante da população, pessoas com TEA necessitam de serviços de saúde acessíveis, que incluam promoção da saúde e tratamento de condições de saúde agudas e crônicas (Opas, [2024]).

A Atenção Primária à Saúde fará sempre o acompanhamento longitudinal e integral das pessoas com TEA, realizando atendimentos em reabilitação que necessitem de menor densidade tecnológica, atividades coletivas, orientação aos familiares, atenção domiciliar, bem como o encaminhamento e contínuo acompanhamento junto aos outros serviços da Rede de Atenção à Saúde. Esse conjunto de ações irá oportunizar que as pessoas com TEA e suas famílias encontrem na APS o apoio mais imediato aos cuidados básicos de saúde, intervenção precoce, diagnóstico, prevenção de agravos e oferta de tratamento e cuidado.

A assistência à pessoa com suspeita ou diagnóstico de TEA na APS se dá a partir dos cuidados primários, por meio de uma abordagem integrada e multidisciplinar entre todos os profissionais de saúde que compõem as equipes da APS, inclusive Equipes de Saúde Bucal (eSB) e as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), os usuários e suas famílias. Essa proximidade permite implementar intervenções em tempo oportuno, que devem ser iniciadas mesmo antes de um diagnóstico formal ou de encaminhamentos para serviços especializados, quando necessário (Simão *et al.*, 2023).

Na APS, as intervenções podem ser realizadas por meio de atividades que incluem o uso de recursos sensoriais, lúdicos, interpessoais, psicossociais, psicomotores, tecnológicos e/ou assistivos, com foco no desenvolvimento de:

- Habilidades de linguagem e comunicação.
- Capacidade de representar e compreender os símbolos, isso inclui habilidades como criar, interpretar e usar representações abstratas.
- Habilidades de vida diária (AVDs), como cuidados pessoais, alimentação, mobilidade e transporte, tarefas cotidianas e organização, entre outras.
- Competências emocionais, sociais e cognitivas.
- Inclusão educacional, ocupacional e no mercado de trabalho.
- Apoio familiar, com fortalecimento ao vínculo e apoio para lidar com as necessidades individuais.
- Apoio psicológico e promoção de saúde mental.

Essas ações devem ser adequadas e adaptadas à etapa do desenvolvimento do indivíduo, seja na infância, na adolescência ou na vida adulta, e podem ocorrer de forma individual ou

coletiva, sempre respeitando as necessidades específicas de cada pessoa, os contextos culturais e étnicos. Além disso, elas podem exigir a articulação com outros pontos da rede inter e intrassetorial. As intervenções junto à família que promovam apoio e orientações são ações que devem ser estimuladas no cotidiano da APS, assim como a integração e o apoio matricial junto à comunidade escolar. A psicoeducação, o apoio aos pais e/ou cuidadores são abordagens que vão promover o acolhimento e amenizar o sofrimento, bem como a potencialização para eles serem agentes terapêuticos e desenvolverem habilidades e autonomia para lidar com o familiar. Os atendimentos de apoio familiar devem ser feitos de forma a atender às demandas individuais das famílias e a ajudá-los a formar uma rede de apoio.

O trabalho compartilhado deve nortear essas intervenções e a construção e condução do PTS. As ferramentas de gestão do cuidado compartilhado como o apoio matricial se tornam necessárias no processo de compartilhamento do cuidado. A utilização de tecnologias de informação e comunicação a distância podem ser arranjos estratégicos que facilitam o acesso aos serviços especializados e o apoio aos profissionais da APS nas ações que necessitem de orientações especializadas, por meio das modalidades de Telessaúde (Portaria GM/MS n.º 3.691, de 23 de maio de 2024). A articulação também deve compor ações em conjunto com a educação, a assistência social, o esporte, a cultura, o lazer, o trabalho e outros dispositivos da comunidade.

Importante ainda a oferta de um cuidado em todo o ciclo de vida da pessoa com TEA, incluindo crianças, adolescentes e suas complexidades, adultos, gestantes e pessoas idosas com TEA. Deve-se atentar ainda à vigilância, à notificação, ao acompanhamento e ao cuidado destes sujeitos em situações de violência.

Por fim, cabe também à APS ações coletivas no território que visem à conscientização para detecção precoce, como também para o desenvolvimento de ambientes acolhedores e de respeito à alteridade nas comunidades, independentemente do diagnóstico dos sujeitos, fortalecendo práticas cuidadoras corresponsabilizadas e em redes.

5.3 O papel das equipes multiprofissionais na articulação do cuidado na APS

Tendo em vista que o cuidado compartilhado entre equipes de atenção à saúde é parte dessa linha de cuidado, destacamos algumas equipes que fortalecem o cuidado realizado pela APS.

5.3.1 *Equipes Multiprofissionais (eMulti)*

As eMulti são equipes da APS que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma horizontal, complementar e integrada às Equipes de Saúde da Família (eSF). São corresponsáveis pelo cuidado em saúde da população do território junto às eSF, além de oportunizarem a comunicação, a integração e a articulação da APS com os outros serviços da RAS, contribuindo para a continuidade dos fluxos assistenciais.

As eMulti quando existentes, podem configurar como um importante apoio nas ações de identificação precoce e de intervenções oportunas a nível individual e coletivo para as pessoas com TEA e suas famílias. Compete ao gestor local definir a(s) modalidade(s) da eMulti conforme as necessidades específicas do seu território e a demanda para cada especialidade e disponibilidade das categorias profissionais, que incluem assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física na saúde, terapeuta ocupacional, pediatra, psiquiatra, entre outros.

Em relação às eMulti, para facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde e ampliar o escopo de práticas e a resolutividade da APS, de forma integral, contínua e longitudinal, é preconizado que os profissionais da eMulti realizem as seguintes ações prioritárias, de forma equilibrada e de acordo com as demandas, necessidades e potencialidades do território: atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; oferta de ações de saúde a distância; construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais.

Assim, no cuidado às pessoas com TEA, todas as ações descritas anteriormente podem ser realizadas, de acordo com a carga horária disponível dos profissionais e a organização da agenda local, considerando que os mesmos profissionais ofertam cuidado para outras condições apresentadas pela população do território. Na área temática da reabilitação, apesar da eMulti não se constituir em um ambulatório de especialidades que oferta ações de forma sistematizada e regular para as pessoas, os profissionais têm importante atuação na promoção da inclusão social das pessoas com TEA, com ações voltadas para os aspectos funcionais do indivíduo.

As ações em reabilitação devem ser pactuadas e compartilhadas com as equipes de Saúde da Família e diversos arranjos de organização do cuidado em reabilitação podem ser propostos, como práticas terapêuticas – individuais e coletivas, na UBS, domicílio ou em espaços comunitários, conduzidas por um ou mais profissionais – e práticas educativas, sendo que o apoio matricial permeia transversalmente todas as ações. Destaca-se a importância da atuação dos profissionais no acolhimento, na avaliação, na identificação precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor infantil, no apoio e orientação familiar, no monitoramento e acompanhamento longitudinal das condições de saúde ao longo de todo o curso da vida das pessoas com TEA, com intervenções oportunas de acordo com as necessidades apresentadas. Além de promover acesso ao cuidado, os profissionais contribuem para a qualificação dos encaminhamentos aos serviços especializados e organização dos fluxos na RAS.

5.3.2 Equipes multiprofissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC)

No âmbito da atenção domiciliar, a atenção especializada é representada pelas equipes multiprofissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC) (Brasil, 2023c).

Essas equipes, que atuam no território de forma compartilhada com as equipes de APS, são compostas pelas Equipes de Atenção Domiciliar (Emad), Equipes Multidisciplinares de Apoio (Emap) e Equipes Multidisciplinares de Apoio para a Reabilitação (Emap-R), vinculadas ao Programa Melhor em Casa (PMeC). Cada equipe possui sua configuração e atribuição e, em conjunto, atuam no apoio ao cuidado territorial e domiciliar às equipes da APS (Brasil, 2024a).

As Equipes Multiprofissionais (eMulti, Emad I e II, Emap e Emap-R), quando existentes, também podem configurar como um importante apoio nas ações de identificação precoce e de intervenções oportunas a nível individual e coletivo para as pessoas com TEA e suas famílias. São equipes formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que trabalham de forma horizontal, complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação com outros equipamentos de saúde e de outros setores (educação, assistência social, cultura, lazer, esporte, entre outros).

5.4 Acompanhamento e os fluxos da rede

Para a coordenação do cuidado, torna-se necessário realizar a classificação de risco em casos de crises ou situações agudas e momentos de instabilidade para melhor avaliar o compartilhamento do cuidado dentro dos diferentes pontos da rede.

Para o atendimento de urgências em saúde, tanto em casos clínicos agudos quanto em primeiros atendimentos a quadros cirúrgicos ou traumáticos, pessoas com TEA podem ser encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, ou para Portas Hospitalares de Urgência (ressaltamos que hospitais psiquiátricos não compõem os pontos de atenção propostos nesta linha). Nesses estabelecimentos, busca-se a estabilização inicial do paciente, a realização de uma investigação diagnóstica preliminar e, a partir dos resultados, a definição da necessidade de encaminhamento para serviços de maior complexidade ou de seguimento longitudinal, como CER, UBS, Caps e atenção hospitalar.

Em casos de crise aguda, marcada por quadro de agitação psicomotora com necessidade de contenção, hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil física e/ou verbal, ameaçadora ou em franca agressão, torna-se necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), por considerar a situação de risco à pessoa.

Para quadros com necessidade de acompanhamento contínuo, a avaliação do nível de funcionalidade do indivíduo torna-se um processo importante para que seja possível identificar as intervenções necessárias para cada indivíduo, bem como os pontos de atenção da rede em que o usuário deve ser atendido.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um sistema de classificação funcional que avalia as dimensões das atividades (execução de tarefas ou ações), da participação (ato de se envolver em uma situação vital), de desempenho (aquilo que o indivíduo faz no seu ambiente atual/real) e de capacidade (potencialidade ou dificuldade de realização de atividades) nas seguintes áreas: Aprendizagem e aplicação do conhecimento; Tarefas e demandas gerais; Comunicação; Mobilidade; Cuidado pessoal; Vida doméstica; Relações e interações interpessoais; Áreas principais da vida; Vida comunitária, social e cívica. Ela pode ser utilizada pelos profissionais a fim de identificar as necessidades interventivas mais adequadas para cada indivíduo.

Acesse aqui *Um Manual Prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*.

Para a organização dos fluxos, entende-se que casos de menor gravidade, sem grave comprometimento nas aquisições motoras, de linguagem e que apresentam boa tolerância à socialização devem ser mantidos em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, com apoio matricial da atenção especializada (equipes multiprofissionais, CER e Capsi/Caps). As entidades do terceiro setor (Apae, AMA, Abads, AACD, entre outras), podem contribuir no processo de cuidado conforme os arranjos locais pactuados.

Casos de maior gravidade, em que há comprometimento sobre a funcionalidade do sujeito ou riscos psicossociais, devem ser acompanhados pela equipe especializada dos CER, Capsi/Caps e demais componentes especializados.

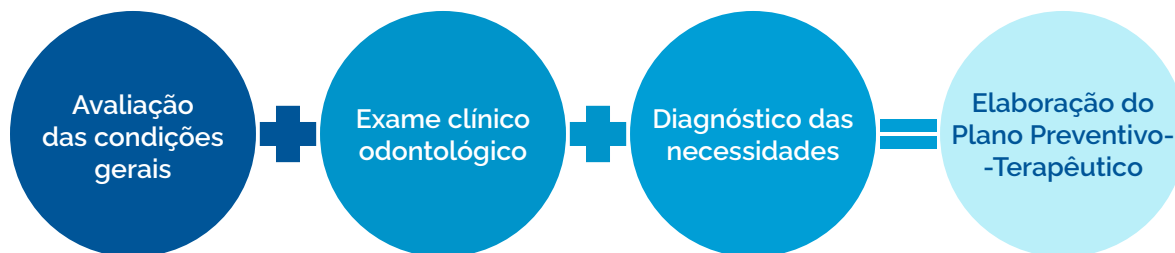
Processos de estimulação e reabilitação auditiva, física, intelectual e visual podem ser realizados nos CER, onde este tipo de unidade estiver disponível na rede. Também há entidades filantrópicas e privadas que atuam no cuidado das pessoas com deficiência em muitos municípios brasileiros, de forma complementar aos sistemas de saúde e de educação. Muitas destas entidades do terceiro setor prestam serviços ao SUS por meio de contratos com estados e municípios, e os arranjos e fluxos devem ser pensados e definidos localmente.

Independentemente do ponto de atenção em que o usuário esteja sendo atendido e complexidade do caso, o vínculo e o acompanhamento com a Atenção Primária à Saúde devem ser mantidos. Além disso, o cuidado à pessoa com TEA será sempre intersetorial, em articulação com as políticas de educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, esporte, entre outras.

5.5 Cuidado em saúde bucal às pessoas com TEA

A saúde bucal de pessoas com TEA enfrenta desafios significativos devido a limitações tanto do indivíduo quanto dos cuidadores na realização de atividades de cuidado em saúde bucal. A acessibilidade reduzida a serviços odontológicos especializados também contribui para esse cenário.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a equipe de Saúde Bucal (eSB) é responsável por realizar a primeira consulta odontológica programática e desempenha um papel fundamental para realizá-la. Essa consulta envolve:



O Plano Preventivo-Terapêutico pode incluir ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde bucal, conforme as demandas de cada usuário. Além da assistência odontológica preventiva e curativa nas Unidades de Básicas de Saúde (UBS), é recomendado que as eSB atuem de maneira integrada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A articulação que envolve a equipe de Saúde da Família (eSF) de referência e a equipe Multiprofissional (eMulti), poderá favorecer o planejamento de atendimentos mais humanizados e adaptados às necessidades individuais das pessoas com TEA.

Tal estratégia possibilita uma abordagem mais ampla e eficiente do cuidado e favorece a elaboração de um PTS, considerando a individualidade de cada usuário, e o planejamento de atendimentos que minimizem fatores de estresse, como a redução de ruídos, agendamentos com tempo de espera reduzido e a presença de familiares, cuidadores e/ou acompanhantes durante os procedimentos, com orientações para o manejo adequado e auxílio no posicionamento na cadeira odontológica.

Dessa forma, o registro de informações detalhadas sobre o cuidado odontológico e outros aspectos na Caderneta de Saúde da Criança é essencial para a construção de estratégias como o PTS voltadas a crianças de até a 9 anos de idade. Esse registro permite que as equipes planejem intervenções mais personalizadas, promovam um ambiente de cuidado menos estressante e incentivem práticas cotidianas de higiene bucal, adaptadas às necessidades específicas de crianças com TEA.

A equipe de saúde bucal deve focar em procedimentos conservadores durante o tratamento de pessoas com TEA, para preservação dos dentes e prevenir perdas desnecessárias. Nas etapas iniciais, é fundamental concentrar-se na eliminação da:



Mais informações sobre a Rede de Atenção à Saúde Bucal podem ser encontradas em:

Brasil Sorridente

A saúde bucal no Sistema Único de Saúde

Guia de Atenção à Saúde Bucal da pessoa com deficiência

5.6 Rede de Atenção à Saúde Bucal

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb), instituída pela Portaria GM/MS n.º 6.213, de 19 de dezembro de 2024, tem como objetivo organizar os serviços de saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Sua implementação busca promover a integralidade, a acessibilidade, a equidade e a eficiência no cuidado e ampliando o acesso aos serviços em todos os níveis de atenção.

Nesse contexto, atenção odontológica a pessoas com TEA na Atenção Primária à Saúde, realizado pelas eSB, deve ser planejada de forma abrangente, incluindo visitas domiciliares, condicionamento para o ambiente odontológico e orientação adequada sobre higiene, hábitos e dietas específicas, além do encaminhamento para serviços especializados, sempre com a responsabilidade de realizar o acompanhamento contínuo e o seguimento do tratamento. Isso permite a prestação de assistência em níveis crescentes de complexidade, desde o acolhimento inicial e anamnese até a gestão das queixas, solicitação de exames complementares, monitoramento da evolução clínica e, quando necessário, encaminhamento para atenção especializada (Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb)) ou hospitalar.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) oferecem, no mínimo, serviços odontológicos nas seguintes especialidades:

- a) Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer bucal.
- b) Periodontia especializada.
- c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.
- d) Endodontia.
- e) Atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Além disso, os CEO podem aderir à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e nesse caso, deverão disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a esse grupo de usuários.

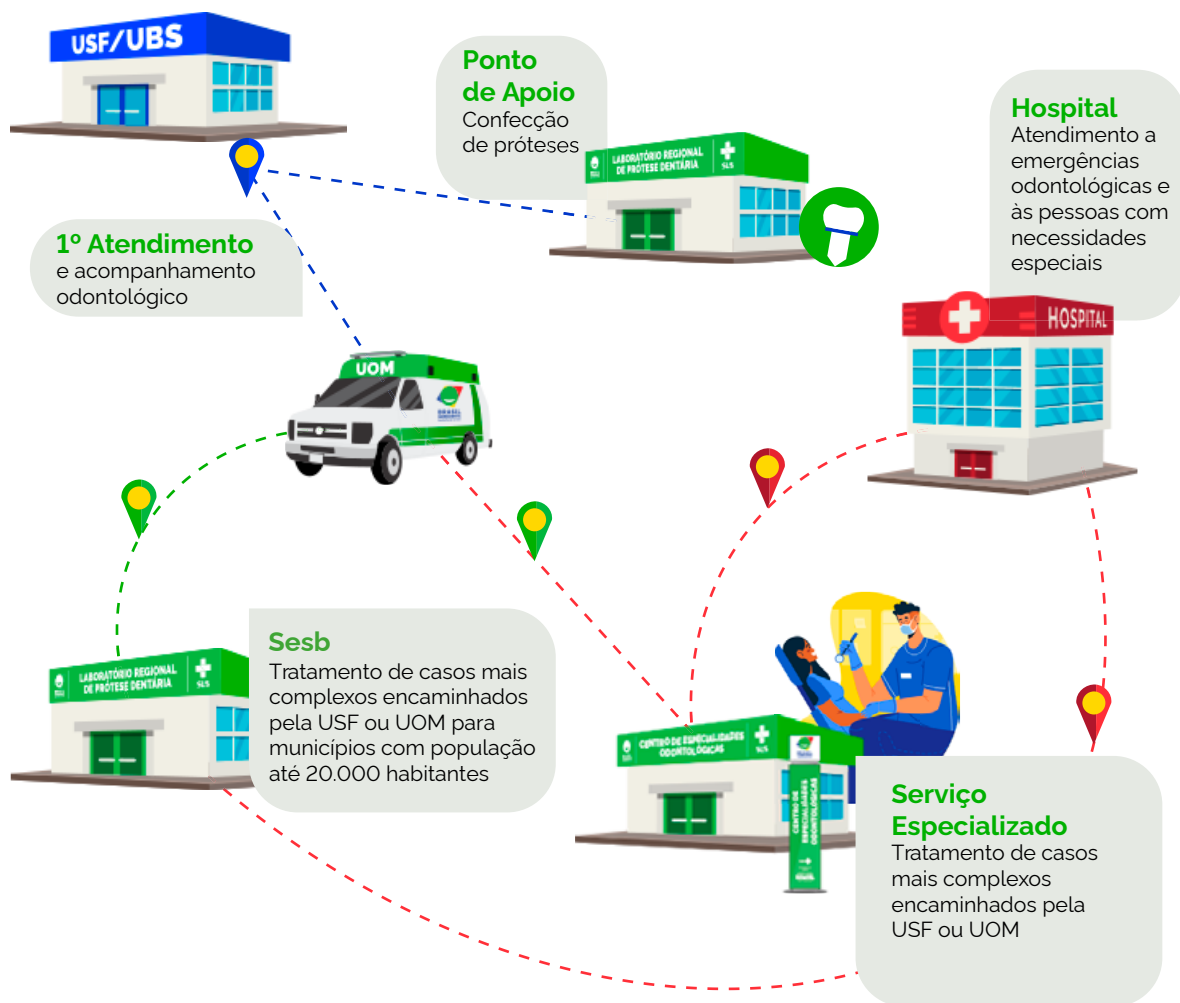
Os Serviços de Especialidade em Saúde Bucal (Sesb) são responsáveis pela oferta de cuidado odontológico especializado para município com menos de 20 mil habitantes, que tenham no mínimo 75% de cobertura em saúde bucal e que não possuam um CEO. O Sesb deve ofertar duas especialidades mínimas, conforme necessidade epidemiológica do seu território.

Pessoas com deficiência de acordo com sua demanda, podem necessitar de assistência odontológica em âmbito hospitalar. Nessas situações, o tratamento sob anestesia geral ou sedação torna-se indispensável para que o profissional especializado possa resolver as condições bucais de forma segura e eficaz.

O ambiente hospitalar favorece a oferta de cuidados em saúde para condições sistêmicas que podem estar associadas, proporcionando um cuidado mais abrangente e integrado ao usuário com TEA. Além disso, a disponibilidade de equipamentos especializados e de exames complementares no hospital contribui para o manejo seguro e eficiente de indivíduos com necessidades específicas, reforçando a importância de uma abordagem centrada na segurança e no bem-estar do usuário.

É essencial que o usuário, seus familiares, cuidadores e acompanhantes sejam informados sobre os riscos envolvidos, as expectativas do procedimento e os cuidados necessários durante o período pré e pós-operatório.

Figura 2 – Pontos de atenção e oferta de cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>.

5.7 Atenção Especializada à Saúde

5.7.1 *Serviços da Atenção Especializada*

O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência ou no território de apoio como ocorre com as pessoas indígenas assistidas pelo SasiSUS, que funcione segundo a lógica territorial, de acordo com critérios de encaminhamento, a partir de parâmetros clínicos e de capacidade estrutural de atendimento de cada Unidade de Saúde, mantendo o vínculo com a unidade de origem/referência na Atenção Primária à Saúde.

A continuidade do cuidado integral depende de uma rede integrada, onde todos os pontos de atenção — como Rede Alyne, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção a Doenças Crônicas e Rede de Urgência e Emergência — trabalham de maneira coordenada para oferecer suporte a cada etapa da jornada. Essas redes temáticas têm funções específicas que, quando interligadas, formam uma abordagem ampla e eficaz, melhorando a promoção, a prevenção e o tratamento. Esse sistema contribui para o acolhimento humanizado e um acompanhamento contínuo que atenda às necessidades de saúde física, psicológica e social das mães autistas e de suas famílias, promovendo uma atenção de qualidade em todas as esferas. Um fluxo de atendimento bem-estruturado diminui a fragmentação do cuidado e promove a confiança das famílias.

É importante promover o acesso à Atenção Ambulatorial e Especializada, levando em consideração a distância desses dispositivos dos usuários visando garantir o transporte sanitário, quando necessário, bem como a gestão das filas de espera para consultas especializadas, estratégias que evitem o efeito-velcro dos que acessam a Atenção Especializada e desassistência enquanto aguarda consulta com especialista pela via do constante compartilhamento do cuidado em rede.

Na RAS, os pontos de atenção especializada que podem receber pessoas com a suspeita do TEA, para além da APS, são:

- Os CER são considerados serviços de atenção especializada em reabilitação de abrangência regional que realizam diagnóstico, tratamento, reabilitação,

habilitação, concessão e adaptação de tecnologia assistiva, bem como acompanhamento multiprofissional centrado na funcionalidade da pessoa.

Sua atuação está alinhada ao modelo biopsicossocial de deficiência, reconhecendo que as barreiras do ambiente são determinantes na limitação da participação social de uma pessoa com deficiência. Assim, os CER operam em uma lógica que visa promover autonomia, inclusão e qualidade de vida.

De acordo com as normativas vigentes, o CER é classificado conforme o quantitativo de modalidades de serviço de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) em que foi habilitado pelo Ministério da Saúde, em CER II, CER III ou CER IV.

Essa classificação permite a organização de uma rede adaptada às realidades regionais e às necessidades da população. Os centros com maior capacidade de atendimento, como os CER IV, são estratégicos em regiões com alta demanda ou pouca cobertura de serviços.

Além disso, os CER têm papel fundamental na concessão e na adaptação de tecnologia assistiva. Os atos normativos reforçam que a indicação desses recursos deve ser feita de forma criteriosa, respeitando os princípios do desenho universal, da acessibilidade e das adaptações razoáveis. Devem também oferecer suporte para manutenção e uso adequado desses dispositivos, sendo corresponsáveis pela sua efetividade e segurança.

A integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde é outro eixo fundamental da atuação dos CER. A Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora do cuidado, deve atuar em articulação com os CER, realizando a identificação precoce de deficiências, o encaminhamento adequado e o acompanhamento longitudinal dos usuários. O funcionamento efetivo da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) depende de fluxos bem definidos entre a APS, os serviços especializados e os demais componentes do SUS, como o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), a atenção hospitalar e os serviços de urgência e emergência.

Em territórios onde não há disponibilidade de CER, o cuidado à pessoa com TEA deve ser garantido por meio da articulação entre outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com as pactuações locais.

Na ausência de CER habilitado no município de residência, o atendimento ao usuário com TEA poderá ser garantido em um CER de referência da Região de Saúde, considerando a organização da Rede. Além disso, poderá ser encaminhado para outros serviços de referência disponíveis no território, tais como Equipes Multiprofissionais na APS (e-Multi), serviços de reabilitação ambulatorial conveniados ao SUS, entre outros.

É fundamental que a Atenção Básica atue como ordenadora do cuidado, promovendo o acompanhamento longitudinal, a coordenação com serviços especializados existentes no município ou em municípios de referência, e a regulação do acesso a outros pontos da rede regional de saúde.

Do ponto de vista técnico e estrutural, os CER devem atender a critérios rigorosos para sua habilitação e funcionamento. A habilitação é realizada junto ao Ministério da Saúde, por meio de processos pactuados com os estados e os municípios, e os estabelecimentos precisam estar cadastrados no Cnes (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), cumprir normas sanitárias, arquitetônicas e de acessibilidade, e dispor de infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados.

No que concerne aos investimentos e em consonância à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que trata do incentivo financeiro de custeio para o componente da Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD no âmbito do SUS, fica instituído recursos para:

- Incentivo financeiro de custeio aos serviços habilitados e Transporte Sanitário Adaptado.
- Incentivo financeiro de custeio adicional de 20% aos serviços habilitados com CER na modalidade intelectual e que realizam atendimentos voltados às pessoas com TEA.
- Recurso financeiro de investimento destinado à construção, à reforma e à ampliação.

- Recurso financeiro de investimento destinado à aquisição de equipamentos e materiais permanentes.
- Recurso financeiro de investimento destinado à aquisição de Transporte Sanitário Adaptado.

Dessa forma, os Centros Especializados em Reabilitação consolidam-se como componentes estratégicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, desempenhando um papel fundamental na promoção da funcionalidade, na autonomia e na inclusão social. Sua atuação regionalizada, multiprofissional e integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde permite qualificar as diferentes demandas das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com Transtorno do Espectro Autista.

- Nas Redes de Atenção Psicossocial, que contam com vários componentes, destacamos os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são serviços de atenção à saúde mental, constituídos por equipe multiprofissional que atuam com enfoque no sofrimento psíquico, que pode ser reconhecido tanto a partir de sintomas físicos e/ou psíquicos quanto a partir do sofrimento produzido pelas barreiras e opressões vivenciadas por essas crianças e suas famílias. Os Caps trabalham sob a lógica da Atenção Psicossocial, com equipes multiprofissionais dentro de uma lógica interdisciplinar, organizados em diferentes modalidades (tipo I, II, III, infantojuvenil e álcool e drogas) para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico intenso e persistente, o que pode incluir pessoas com TEA. Essas equipes realizam o acolhimento, o diagnóstico ampliado, o acompanhamento especializado e o seguimento do cuidado das pessoas em situações graves por meio de diversas ações como o acolhimento diurno, o atendimento individual, o atendimento em grupo, as práticas expressivas e comunicativas e as práticas corporais, a reabilitação psicossocial, a atenção à crise, entre outras ofertas. Os Caps também podem contribuir no processo de articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais de modo a promover a reinserção do usuário na comunidade. A modalidade Capsi (infantojuvenil) é dedicada ao acompanhamento de crianças e adolescentes e deve ser considerada como um dos serviços fundamentais no atendimento aos casos

graves e no apoio matricial para a organização da rede para os casos de menor gravidade para a infância.

A ausência de um Capsi (como nos municípios com menos de 70 mil habitantes) implica que o gestor se responsabilize por organizar o cuidado a crianças e adolescentes (incluindo aquelas diagnosticadas ou em avaliação ampliada para TEA) em algum dispositivo vinculado à rede de saúde do município. Isso pode acontecer dentro de um Caps tipo 1 ou dentro de algum outro serviço de saúde que observe os princípios que guiam o SUS e as Raps.

Nas cidades em que coexistem CER e Caps, não se justifica a exclusão de nenhum desses dispositivos do fluxo assistencial destinado às pessoas com TEA. O acesso deve ser orientado conforme as especificidades: no caso do CER, para atender às demandas de reabilitação; e, no Caps, para o acompanhamento de situações em que haja suspeita ou confirmação de sofrimento psíquico. Há uma necessidade imperativa de que ambos os dispositivos aprimorem seus recursos de trabalho compartilhado, de modo a evitar exclusões. Além disso, os Caps I, II, III, IV e AD fazem parte da rede de referência também para o cuidado psicossocial de usuários com TEA adultos e idosos.

- As policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico que, a depender da forma de organização regional, poderão se constituir como ponto de atenção para a realização do diagnóstico, parte do PTS e do cuidado para o TEA das pessoas referenciadas pela Atenção Primária.
- O Programa Melhor em Casa leva atendimento de saúde até o domicílio, configurando-se como alternativa assistencial substitutiva e/ou complementar aos leitos hospitalares, inclusive de terapia intensiva em alguns casos, além de atuar como suporte à Atenção Básica em situações que demandam maior complexidade e intensidade de cuidados.

No contexto do transtorno do espectro autista (TEA), o Programa pode ser especialmente útil em situações de agudização clínica com manejo de comorbidades associadas, possibilitando a realização de tratamentos temporários no domicílio e contribuindo para a continuidade do cuidado em ambiente familiar.

- Os serviços de referência são serviços de saúde locais que apresentem equipe multiprofissional, e que a depender do desenho da rede local, poderão realizar o acolhimento das pessoas com TEA, bem como conduzir o processo para o diagnóstico, acompanhamento especializado e reabilitação.
- Os ambulatórios especializados desempenham um papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde para o cuidado às pessoas com TEA, oferecendo acompanhamento contínuo e multiprofissional direcionado às necessidades específicas dessas pessoas. Esses serviços, que podem estar vinculados ou não a unidades hospitalares, são estruturados para garantir avaliação diagnóstica, elaboração de PTS, reabilitação, apoio às famílias e articulação com outros pontos da rede, como a Atenção Primária à Saúde, os CER e os Caps. Estas unidades contam com equipes multiprofissionais e fortalecem a integralidade do cuidado, promovendo intervenções precoces, acompanhamento clínico e suporte psicossocial, além de favorecer a inclusão social e educacional das pessoas com TEA.

Os serviços da Atenção Especializada devem realizar o acolhimento e a avaliação global de forma multiprofissional e interdisciplinar e com o envolvimento direto de profissionais, familiares, cuidadores e acompanhantes nos processos de cuidado.

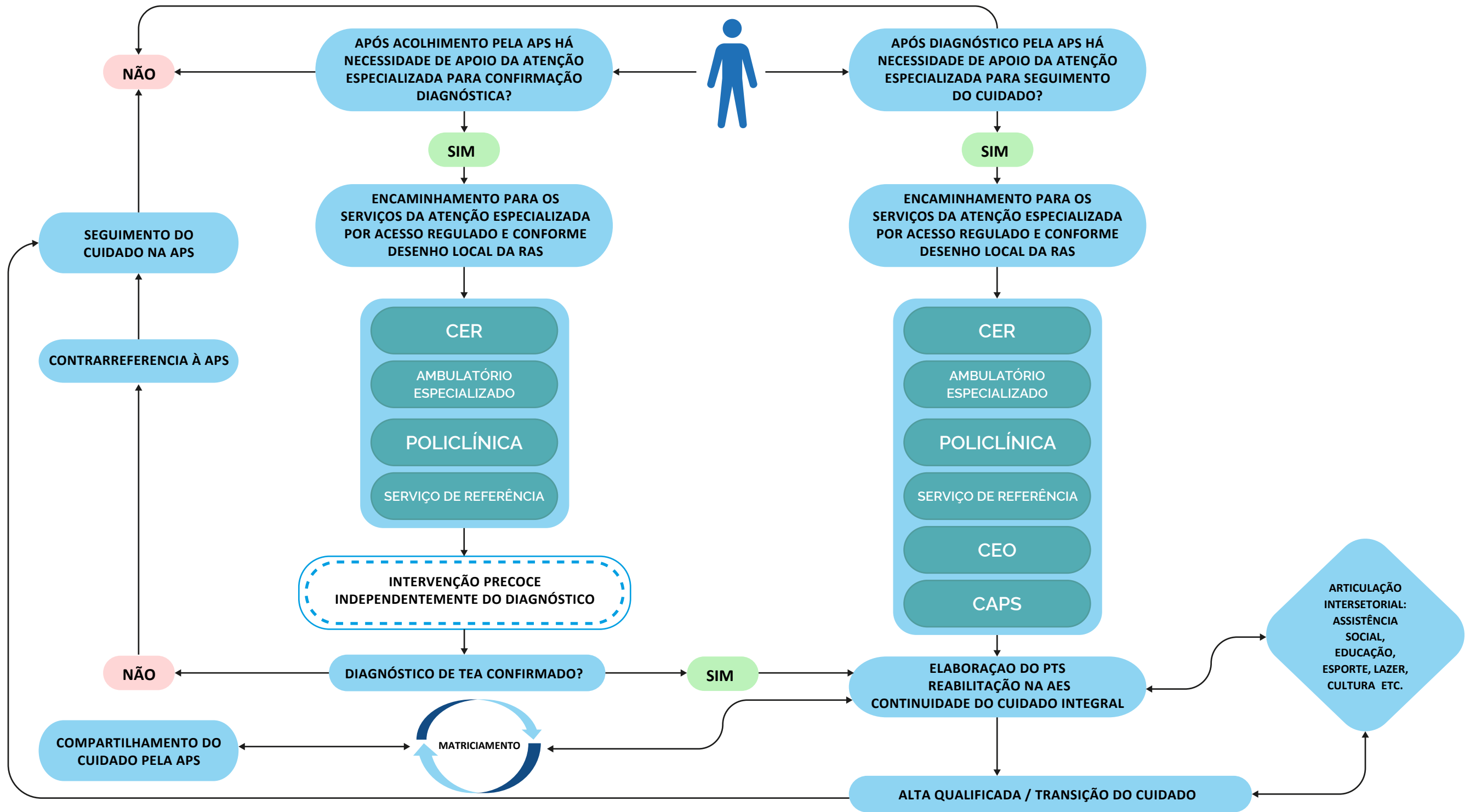
Além das redes temáticas, os gestores poderão considerar a contratualização de serviços de saúde, de maneira complementar, seguindo a lógica da RAS, a partir da identificação das demandas do território e análise situacional em saúde para garantir a qualificação da oferta do cuidado.

O acompanhamento deve ser baseado nas necessidades individuais, considerando o impacto da deficiência sobre a funcionalidade do indivíduo, bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. Essas informações subsidiarão a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve incluir, dentre outras metas, a adaptação da pessoa ao ambiente escolar ou acadêmico e, se for o caso, ao contexto do trabalho. Isso visa integrar outros atores terapêuticos e promover uma melhor adaptação e desenvolvimento no cenário social.

Os serviços devem garantir oferta do cuidado integral e qualificada, tais como:

- Acolhimento do usuário.
- Avaliação Global pela Equipe multiprofissional.
- Diagnóstico a partir da análise dos sinais, sintomas, histórico clínico e social.
- Exames físicos, complementares.
- Avaliação de funcionalidade.
- Avaliação de fontes de sofrimento atreladas a condição de saúde.
- Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Ações de abordagem paliativa visando a melhor qualidade de vida.
- Atendimentos especializados em reabilitação/habilitação.

Diagrama 2 – Fluxo Assistencial para o Cuidado às Pessoas com TEA – Atenção Especializada à Saúde



5.7.2 Rede Alyne

A Portaria GM/MS n.º 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017 anexo II, para dispor sobre a instituição da Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e reforça a necessidade de um atendimento humanizado, integrado e centrado nas especificidades das gestantes, parturientes e puérperas. A normativa atualizou a Rede Cegonha e estabelece que os serviços de saúde devem implementar práticas que contemplem o suporte psicológico como parte essencial do cuidado sobretudo para mulheres em condições de vulnerabilidade, considerando as iniquidades étnico-raciais e suas especificidades.

É fundamental oferecer suporte especializado que contemple as especificidades do autismo, como as dificuldades de comunicação e a sensibilidade a estímulos, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e na redução de riscos obstétricos. A implementação de um pré-natal e assistência ao parto e puerpério adaptado às necessidades de mulheres autistas não apenas promove melhores resultados para a mãe e o bebê, mas também reforça o direito à assistência adequada, humanizada e equitativa, conforme preconizado pelas diretrizes da Rede Alyne. Para garantia desse cuidado integral nas maternidades, é fundamental que as equipes recebam treinamento, e que haja a garantia da presença do acompanhante de livre escolha em todos os momentos de atendimento ao parto e ao puerpério, proporcionando a vivência do parto com um ambiente de baixa estimulação sensorial, com iluminação suave e ruído controlado, promovendo um acolhimento mais confortável e menos invasivo.

A compreensão do ambiente como um fator determinante na qualidade da assistência tem levado o Ministério da Saúde a investir na construção de maternidades e Centros de Parto Normal. Esses espaços foram projetados com uma arquitetura que prioriza uma ambiência acolhedora, com o objetivo de proporcionar uma assistência adequada e humanizada.

É fundamental destacar que a integração dos serviços de saúde, desde as Unidades Básicas até as equipes multidisciplinares, é indispensável para oferecer um cuidado abrangente e de qualidade às gestantes e puérperas com TEA e às suas redes de apoio. Essa integração condiz com o que a Rede Alyne regulamenta em suas ações de promoção de uma assistência humanizada e inclusiva para reduzir a morbimortalidade materna e infantil. O matriciamento

dos serviços de saúde, em articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Atenção Especializada, constitui uma estratégia eficaz para fortalecer a rede de atenção psicossocial e a construção do Projeto Terapêutico Singular para implementação da Linha de Cuidado à gestante e puérpera com TEA. Esse modelo permite uma abordagem integral e contínua, garantindo suporte personalizado, considerando suas necessidades específicas, como maior sensibilidade a estímulos, desafios na comunicação e maior suscetibilidade ao estresse. Além disso, a Rede Alyne reforça a importância da capacitação das equipes de saúde para atender a essas particularidades. A colaboração entre os diferentes níveis de atenção e o suporte psicossocial integrado são pilares para a garantia de um cuidado que abrange tanto a saúde física quanto o bem-estar emocional, promovendo a equidade e a inclusão no atendimento à saúde no ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, a pessoa pode ser encaminhada para uma consulta com um médico especialista para apoiar no fechamento do diagnóstico e na gestão do cuidado, se necessário, sempre de forma integrada com as equipes de Atenção Primária. É importante destacar, no entanto, que o diagnóstico adequado não se dará a partir, apenas, da consulta médica isolada. Como abordado no tópico sobre avaliação diagnóstica, o diagnóstico do TEA é um processo multiprofissional.

Nas situações em que não se identifique atraso no neurodesenvolvimento, a pessoa deverá seguir acompanhada pela Atenção Primária à Saúde para o seguimento do cuidado.

5.7.3 Tratamento medicamentoso

Em relação ao tratamento medicamentoso, os psicofármacos para o TEA atuam nos sintomas como condutas agressivas e autolesivas, episódios de raiva e descontrole, dificuldades para conciliar o sono e a inquietude extrema. Algumas estereotípias motoras ou comportamentos repetitivos também podem ser atenuados com o uso de medicação psiquiátrica.

O tratamento medicamentoso não deve ser utilizado como único ou principal recurso terapêutico para a pessoa com TEA, mas sempre deve vir associado com outras estratégias de cuidado. Sempre que possível, o médico deve discutir a introdução de psicofármacos com outros membros da equipe responsável pelo tratamento, que também devem participar da reavaliação

periódica da medicação. Da mesma forma, o momento de retirada da medicação deve fazer parte do planejamento terapêutico, devendo ser negociado cuidadosamente com os familiares, que muitas vezes temem pela piora do comportamento do paciente quando este estiver sem a substância em seu organismo.

Na abordagem de sintomas, o gerenciamento da dor pode ser particularmente desafiador em pessoas com TEA, considerando possíveis dificuldades em comunicar como se sentem e em descreverem sua dor. Tendo isso em vista, escalas e ferramentas de avaliação de dor específicas (como a *DisDAT Disability Distress Assessment Tool*) podem ser usadas como forma de qualificar indicadores de sofrimento e desconforto (*Journal of Intellectual Disability Research*, 2006).

É importante destacar que não há uma única abordagem, um tratamento único, uma medicação exclusiva ou projeto terapêutico exclusivo específico capaz de atender plenamente às necessidades de todas as pessoas com TEA.

5.8 Continuidade do Cuidado

Diante das metas estabelecidas no PTS, deve-se prever a reavaliação periódica para verificar se os objetivos terapêuticos foram atingidos e assim estabelecer o plano de alta qualificada, ou seja, a transição do cuidado para o seguimento nos demais pontos da rede e contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde.

A alta qualificada/transição do cuidado do serviço de atenção especializada não significa que o cuidado deixará de ser prestado; significa a continuidade dos cuidados por meio da articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo estratégias que envolvem ações intersetoriais, bem como o suporte/acompanhamento dos familiares, cuidadores e acompanhantes.

Nesse contexto, a Telessaúde surge como uma estratégia complementar fundamental para garantir a continuidade do cuidado, especialmente em territórios onde há limitações de acesso a serviços especializados. Por meio de ferramentas como a teleconsultoria, a teleinterconsulta e o telediagnóstico, é possível manter o suporte às equipes da Atenção Primária mesmo após a alta qualificada, assegurando o acompanhamento clínico, a orientação de condutas e a troca de saberes entre profissionais. A utilização da Telessaúde fortalece a articulação entre os diferentes

níveis de atenção e contribui para a efetivação de linhas de cuidado mais resolutivas, ampliando o alcance e a qualidade das ações em saúde, em consonância com os princípios do SUS.

Este processo envolve toda a equipe multiprofissional para promover as orientações necessárias à pessoa assistida, seus familiares, cuidadores ou acompanhantes, proporcionando a transição do seguimento assistencial de forma segura e promovendo a autonomia do usuário, com ações articuladas entre os profissionais de saúde, usuário, família, cuidadores e acompanhantes com outros setores sociais, corroborando com o princípio da integralidade previstos pelo SUS e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD).

5.9 Atenção à Crise

O TEA, em algumas situações, é caracterizado por dificuldades na comunicação e na interação social, que pode prejudicar o processamento de informações de forma adequada. Visto que o TEA pode comprometer a organização dos sentidos, certos sons ou cheiros podem ser intoleráveis. Diante de situações de sobrecarga sensorial como a presença de sons, luzes e cheiros intoleráveis, algumas pessoas podem experimentar momentos de grande desorganização sensorial, o que produz sofrimento e impacta a sociabilidade e o desfrute da convivência dos seus pares (Serrano, 2016).

Os termos *Meltdown* e *Shutdown* têm sido utilizados para se referir as sobrecargas emocionais, sensoriais ou sociais que pessoas autistas podem sentir em diversas situações.

A palavra *Meltdown* é um termo inglês que se refere a “derretimento”, e pode ser entendida como um colapso, ou seja, no autismo é uma crise explosiva com perda de controle emocional, forte acesso de raiva com gritos, choros, enjoos, tremores, mal-estar ou comportamento autoagressivo como se bater, bater a cabeça contra a parede, baterem em seus corpos ou quebrar tudo ao seu redor.

Em relação ao termo *Shutdown*, que também é inglês e se refere a “desligar”, o comportamento do autista neste momento passa a ser vazio, apresentando capacidade limitada ou nula de comunicação. Quando conseguem, enfim, colocar algumas palavras para fora, as frases podem sair sem sentido.

Com isso, é importante que os familiares e a rede de apoio da pessoa com TEA tenham conhecimento sobre os recursos que podem ser utilizados em intervenções durante momentos de crise, com o objetivo de entender o comportamento e, assim, prevenir ou reduzir sua ocorrência, evitando atendimentos de urgência, emergência ou hospitalizações desnecessárias. Entre os recursos que podem ser utilizados, destacam-se:

a) **Técnicas de Desescalamento**

Em momentos de crise, intervenções de desescalamento, como minimizar estímulos externos, evitar confrontos diretos e utilizar tons de voz calmos, podem ajudar a reduzir a intensidade da resposta emocional. Como exemplos dessa técnica podemos citar:

- **Escuta ativa:** permitir que a pessoa expresse suas preocupações sem interrupções.
- **Empatia:** demonstrar compreensão e validar os sentimentos do outro.
- **Tom de voz calmo:** falar de maneira tranquila para evitar reações impulsivas.
- **Uso de linguagem não confrontadora:** evitar palavras ou gestos que possam ser interpretados como ameaçadores.
- **Contato visual adequado:** manter um olhar respeitoso, sem parecer intimidador.
- **Oferecer soluções:** buscar alternativas para resolver o problema sem necessidade de conflito.

b) **Comunicação Alternativa e Aumentativa**

Muitos indivíduos com TEA têm dificuldades na comunicação verbal, o que pode gerar frustrações e crises. O uso de sistemas alternativos, como pictogramas, cartões de crise, dispositivos eletrônicos de comunicação ou linguagem de sinais, pode facilitar a expressão das necessidades e reduzir comportamentos desafiadores.

c) **Técnicas de Regulação Sensorial**

As crises podem ser desencadeadas por sobrecarga sensorial. Estratégias como o uso de fones de ouvido para bloquear ruídos excessivos, espaços de calma, brinquedos sensoriais e técnicas de relaxamento ajudam a reduzir essa sobrecarga.

d) **Suporte Familiar e Educacional**

O envolvimento da família e dos educadores na intervenção é essencial. Treinamentos para os cuidadores e profissionais de educação podem aumentar a eficácia das estratégias, garantindo um ambiente mais previsível e estruturado para o indivíduo.

Diante dessas crises, pais/cuidadores de pessoas autistas também são afetados por comportamentos severos durante os colapsos de seus filhos, como auto e heteroagressão, risco a si e a outros.

Medidas involuntárias são uma exceção, sendo um recurso utilizado apenas após o esgotamento de todas as tentativas de intervenção pactuada de abordagem verbal, mudanças e tranquilização do ambiente e de fatores externos são condutas possíveis.

5.9.1 Serviço de Urgência

Os distintos níveis de atenção devem atuar de forma complementar, utilizando mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contrarreferência. Cada serviço é responsável por reconhecer sua integração na Rede, acolhendo e atendendo adequadamente as demandas apresentadas, além de assumir a responsabilidade pelo encaminhamento quando não dispuser dos recursos necessários.

Em situações de crises agudas, os serviços de urgência oferecidos pelo SUS precisam estar organizados para atender a essas demandas. E estão disponíveis por meio dos componentes: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H), Portas Hospitalares de Urgência e Central de Regulação de Urgências.

6 REDE DE APOIO E INTERSETORIALIDADE

A Rede de Apoio e a Intersetorialidade consistem em estratégias que promovem o cuidado integral e coordenado, de acordo com os princípios estabelecidos pelo SUS. A Rede de Apoio no Sistema Único de Saúde é composta por um conjunto articulado de serviços, ações e equipamentos públicos/comunitários que se conectam para oferecer suporte contínuo aos usuários. Por sua vez, a intersetorialidade é um eixo estruturante da política pública em saúde, que reconhece os determinantes sociais da saúde, como condições de moradia, alimentação, renda, escolaridade e acesso aos serviços básicos.

A integralidade do cuidado pressupõe que o usuário com TEA tenha acesso a intervenções intersetoriais, tais como saúde, educação, esporte, assistência social entre outras, conforme orientam as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência. Assim, o fluxo assistencial deve:

- Garantir o mapeamento dos serviços de referência, permitindo encaminhamentos ágeis e eficazes.
- Promover a qualificação de profissionais da APS para identificação precoce e manejo inicial de sinais do TEA.
- Incorporar tecnologias assistivas e terapias baseadas em evidências, de acordo com as necessidades individuais.

Para além dos equipamentos de saúde, deve ser viabilizado o acesso ao esporte, cultura, lazer, proteção social, educação, entre outros, objetivando a formalização e a articulação de estratégias que oportunizem e fomentem a implementação de ações conjuntas.

A **Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012**, prevê às pessoas com TEA a garantia de acesso aos direitos à educação e ao ensino profissionalizante; à moradia, inclusive à residência protegida; ao mercado de trabalho; à previdência social e à assistência social. Nesse sentido, a saúde torna-se responsável por promover articulações com outros setores visando facilitar o acesso a esses direitos como benefícios socioassistenciais, educação inclusiva, transporte público, entre outros.

Como propósito de construir parcerias e ações destinadas ao envolvimento dos demais setores, exemplifica-se os recursos comunitários e apoio à reintegração social; retorno/reinserção ou acompanhamento em atividades acadêmicas e/ou profissionais, bem como no

âmbito do mercado de trabalho; incentivo a atividades ou ações voltadas às práticas esportivas e outras estabelecidas e planejadas em contexto local nos territórios, de forma compartilhada e coordenada.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma importante política intersetorial de integração entre saúde e educação, voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. A articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. Nesse sentido, orienta-se a adesão da temática do autismo nas ações de saúde nas escolas com toda comunidade escolar.

7 ESTÍMULO PARENTAL E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DAS PESSOAS COM TEA

O ambiente familiar e suas relações formam a base essencial para o desenvolvimento afetivo-social e cognitivo do sujeito. Dessa forma, a família tem um papel crucial tanto na promoção quanto na proteção desse processo. No entanto, além do suporte dos profissionais que trabalham diretamente com a pessoa, o treinamento dos pais exige que a família adquira conhecimento e assuma um papel ativo no processo de reabilitação, o que é crucial para o ganho terapêutico.

Ressalta-se que o principal objetivo da orientação parental é oferecer:

- Acolhimento e apoio às angústias oriundas da recepção do diagnóstico.
- Ações paliativas para assistir e cuidar do sofrimento atrelado à condição de saúde existente no núcleo familiar.
- Acolhimento e apoio adequado para aumentar a confiança e a autonomia dos pais.
- Acolhimento e suporte psicossocial aos pais, família e cuidadores de pessoas com TEA.
- Educação em saúde para ampliar seu conhecimento e reduzir complicações e agravos em saúde.
- Orientação de modo que possam promover os estímulos necessários e adequados no ambiente domiciliar, complementando o trabalho da equipe multiprofissional.

Os profissionais poderão ser capacitados por meio do curso, "Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC *Care for Child Development*)". O Ministério da Saúde oferece o curso "Cuidados para o Desenvolvimento da Criança", uma abordagem voltada aos cuidados responsivos na construção de relacionamentos entre cuidadores e crianças, e incentiva o cuidado responsivo na construção de relacionamentos entre cuidadores e criança. Nessa estratégia, a formação na abordagem CDC utiliza o ensino a distância e autoinstrucional. O público-alvo dessa estratégia são profissionais da APS que atuam diretamente no cuidado de crianças na

primeira infância. A meta é a formação na abordagem CDC entre médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família e demais profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, das equipes multiprofissionais.

Os cuidados à pessoa com TEA não se restringem apenas ao acompanhamento individual nos serviços de saúde e ou intersetoriais, mas também envolvem, imprescindivelmente, o apoio e o suporte à rede de apoio familiar e aos vínculos de referência de cada sujeito.

Tomar os pais e responsáveis como parceiros dos cuidados é, ao mesmo tempo, fundamental, mas também demanda uma atenção das equipes de saúde. A oferta da presença é imprescindível para o desenvolvimento afetivo de toda e qualquer pessoa. Porém, quando uma cuidadora de uma criança com TEA está sozinha, ou os adultos no seu entorno lançam mais demandas do que oferecem apoio, reconhecemos sobrecarga que pode produzir circuitos de retroalimentação de desgastes, sofrimento e piora da vida tanto para as crianças autistas quanto para essas cuidadoras. Nesse caso, coloca-se o grande desafio de articular dois processos de cuidado não mutuamente excludentes: olhar para a criança com TEA em seu processo de desenvolvimento e olhar para a sua cuidadora e disparar processos voltados à ativação e à implicação da sua rede de apoio e cuidar do sofrimento ligado a essa sobrecarga.

Na Atenção Primária à Saúde, a realização de grupos de pais e mães de crianças com TEA configura-se como uma estratégia fundamental de apoio e cuidado ampliado. A realização destes grupos permite o compartilhamento de experiências, fortalecem redes de apoio comunitário e promovem a troca de informações sobre estratégias de manejo do comportamento e recursos disponíveis no território. Além disso, oferecem um espaço de acolhimento e escuta qualificada, reduzindo sentimentos de isolamento e sobrecarga vivenciados pelas famílias. Por meio de equipes multiprofissionais, a APS pode fomentar a corresponsabilização no cuidado, orientar práticas de estímulo ao desenvolvimento infantil no ambiente domiciliar e reforçar a importância da intervenção precoce, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da criança e de sua família.

Por fim, ressalta-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência reforça a importância de ofertar serviços e ações que tratem das demandas individuais de saúde dos familiares e cuidadores das pessoas com deficiência.

Nessa perspectiva, cabe reforçar que ações de apoio, orientação e cuidado aos familiares e cuidadores de pessoa com deficiências fazem parte do escopo de ações das redes temáticas, sobretudo a Raps e a RCPD.

8 TEA NA ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA

O autismo é uma condição vitalícia, e seu impacto pode variar ao longo da vida. Quando o diagnóstico chega de modo precoce, a partir das intervenções adequadas, muitos indivíduos com TEA podem melhorar suas habilidades de funcionamento social, comunicação e vida diária (OMS, 2023). Em contrapartida, quando recebido na idade adulta pode trazer alívio, porque nomeia e legitima o modo diferente de se perceber. É sabido que em muitos casos os desafios são persistentes, especialmente nos contextos sociais e ocupacionais, sobretudo na vida adulta. É fundamental reconhecer a heterogeneidade no desenvolvimento e na adaptação de pessoas com TEA, promovendo estratégias de apoio ao longo de todo o ciclo da vida e favorecendo o máximo de autonomia possível a pessoa com TEA em seu modo de viver.

As UBS costumam ser a porta de entrada de atendimento e onde o usuário vai receber as primeiras avaliações e cuidados. Nem toda região municipal tem uma equipe com especialistas ou profissionais com qualificação para manejar casos relacionados ao TEA na vida adulta, e a UBS tem o papel de compartilhar o caso junto às outras equipes e dispositivos de Rede de Atenção à Saúde, como as eMulti e os Caps, ambulatoriais ou outros serviços, de maneira a articular o cuidado dentro dos arranjos locais, seja na atenção primária ou especializada.

Estudos mostram que receber o diagnóstico, mesmo que tardiamente, parece trazer mais conforto do que descontentamento, já que promove um senso de aceitação, a compreensão de características antes inexplicáveis e possibilidade de alívio dos sintomas, como é possível observar nos relatos de pessoas diagnosticadas após os 50 anos (Feriani; Cruz, 2022; Menezes, 2020; Carbone *et al.*, 2020; Landgraf; Silva, 2023).

De acordo com Stagg e Belcher (2019), além de alívio, o diagnóstico tardio traz também desafios, tanto para o autoconceito do sujeito quanto para o seu possível futuro. Isso envolve a possibilidade de mudanças e de como elas alteram o seu sistema atual de funcionamento. Nesse sentido, ao enfrentar tais desafios, é recorrente os casos de ansiedade e depressão que surgem como comorbidades ao TEA.

Além disso, o envelhecimento da pessoa com TEA é um tema ainda pouco discutido, uma vez que não apenas o sujeito, mas sua família também envelhece. Os desafios que acompanham esse processo irão variar de acordo com as necessidades individuais e nível de autonomia e funcionalidade da pessoa com TEA. Dessa forma, fenômenos como a morte de um familiar ou

de um cuidador pode gerar um grande impacto na vida desta pessoa (aspectos emocionais, financeiros, moradia, entre outros).

O envelhecimento também traz consigo necessidades e problemas específicos do ciclo de vida, como a inclusão laboral, relacionamentos afetivos e o desenvolvimento de alguns agravos comuns em saúde, como hipertensão e diabetes. Esses são fatores que necessitam atenção no cuidado à pessoa com TEA na fase adulta e idosa.

As repercussões clínicas do autismo na vida adulta transcendem as fronteiras do espectro autista, manifestando-se em uma miríade de desafios clínicos e psicossociais. A compreensão de tais implicações é crucial para orientar intervenções terapêuticas adaptativas, promovendo uma abordagem integral que leve em consideração as complexidades e as necessidades individuais dessa população.

9 ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

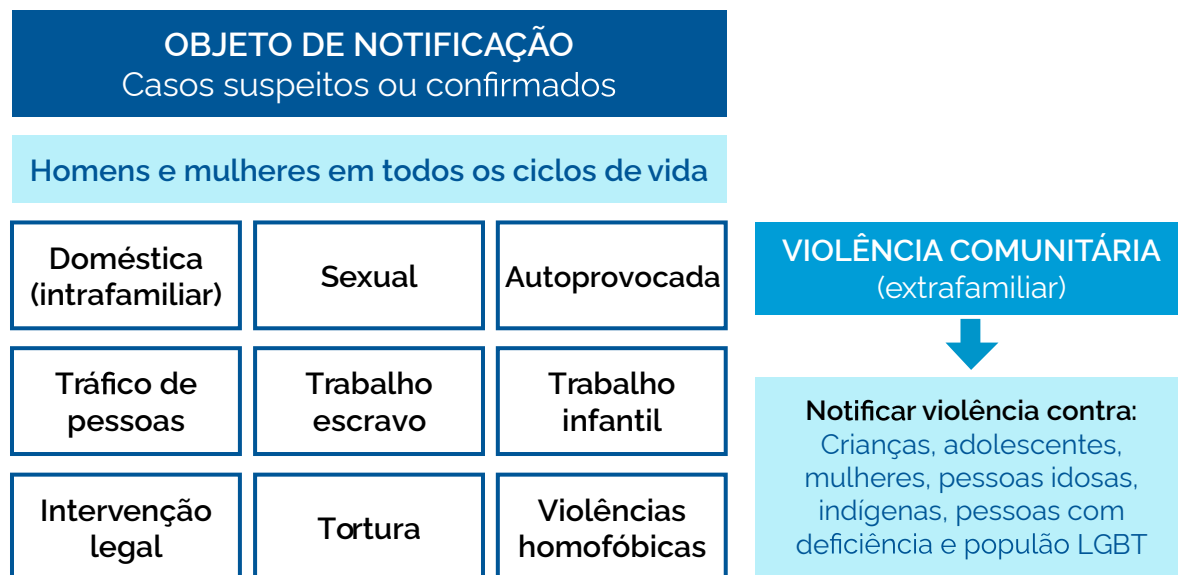
Tanto na atenção primária quanto em qualquer ponto da rede de atenção, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de violência contra usuários com transtorno do espectro autista. A comunicação deve ser adaptada de acordo com as necessidades do usuário, utilizando métodos visuais (imagens, vídeos etc.) ou linguagem simples para facilitar o entendimento. Alterações no comportamento, como isolamento, agressividade, lesões inexplicáveis, sinais de estresse, podem indicar situações de violência.

Ao identificar possíveis casos, o profissional deve seguir os protocolos de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), realizando os encaminhamentos necessários para serviços especializados, garantindo o acompanhamento contínuo e respeitando a confidencialidade. Importante ressaltar que a notificação de violência, confirmada ou suspeita, seja autoprovocada ou interpessoal, doméstica, sexual ou extrafamiliar/comunitária, é compulsória, e requer cuidados posteriores. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015) determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa com deficiência à autoridade policial e ao Ministério Público.

Além da notificação, é essencial o acolhimento com escuta qualificada, acompanhamento, monitoramento, acionamento de apoio para o cuidado interprofissional, visando à proteção e à continuidade do cuidado, e deve envolver a família e responsáveis, quando apropriado. Caso necessário, o acompanhamento psicossocial para o desenvolvimento emocional e comportamental do usuário, acionando a rede de atenção psicossocial, o apoio matricial de outros profissionais, o serviço social e o apoio jurídico, devem ser realizados e incorporados ao Projeto Terapêutico Singular do usuário, respeitando o direito à confidencialidade do usuário.

Para mais informações sobre notificação de casos de violência, acesse:
<https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

Figura 3 – Objeto de Notificação do Viva/Sinan



Fonte: Sinan. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marina S. R. **Mulheres autistas: gravidez e parto**. São Paulo: Instituto Inclusão Brasil, 2019. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/mulheres-autistas-gravidez-e-parto/>. Acesso em: 28 jul. 2025.

AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. S. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011.

AMARAL, Lais David; DE CARVALHO, Talita Fabiano; BEZERRA, Ana Cristina Barreto. Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: A odontologia na estratégia da saúde da família. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 16, n. 1, p. 220-233, 2016.

BAIRRÃO, Joaquim; ALMEIDA, Isabel Chaves. Questões atuais em intervenção precoce. **Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 15-29, fev. 2003. DOI: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.436>.

BEGEER, Sander *et al.* Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 43, n. 5, p. 1151-1156, 2013.

BRASIL. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art8%C2%A711. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Lei n.º 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir, entre os dados coletados pelo Censo, informações específicas sobre pessoas com transtorno do espectro autista. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 19 jul. 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13861.htm. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 14.721, de 8 de novembro de 2023**. Altera os arts. 8º e 10 da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Presidência da República, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 635 de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prto635_22_05_2023.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção suplemento, Brasília, DF, p. 61-192, 3 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 937, de 14 de julho de 2023**. Institui o Programa Melhor em Casa (PMeC), definindo o funcionamento das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prto937_18_07_2023.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.005, de 2 de janeiro de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação n.º 5 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024**. Aprova a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 5.350, de 13 de setembro de 2024**. Regulamenta as diretrizes e ações da Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 6.213, de 19 de dezembro de 2024**. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na Política Nacional de Saúde Bucal — PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6213_20_12_2024.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB**: o olhar para a funcionalidade na interação com o território. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da Cidadania**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024e.

BRITO, Maria Cláudia. **Estratégias Práticas de Intervenção nos Transtornos do Espectro do Autismo**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2017. Disponível em: <https://proinclusao.ufc.br/wp-content/uploads/2018/09/ebook-estrategias-de-intervencao-nos-transtornos-do-espectro-do-autismo-maria-claudia-brito.pdf>. Acesso em: 23 maio 2025.

CAETANO, Maria Clara de Paula *et al.* Intervenções em Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): Revisão de Literatura. **Revista Brasileira Medicina de Excelência**, v. 2, n. 3, jul./ago. 2024. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/REVMEDBRA/article/view/5284>. Acesso em: 23 maio 2025.

CAMPOS, C. C. *et al.* **Manual prático para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais**. Goiânia: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, 2009.

CAMPOS, C. C.; SABBAGH-HADDAD, A. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. *In*: SABBAGH-HADDAD, A. (org.). **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Santos, 2007.

CARBONE, Paul S. *et al.* Primary care autism screening and later autism diagnosis. **Pediatrics**, v. 146, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7397730/pdf/PEDS_20192314.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **About Autism prevalence studies**. Washington, DC: CDC, 2023. Disponível em: <https://data.cdc.gov/Public-Health-Surveillance/autism-prevalence-studies/gmw4-6adp>. Acesso em: 21 nov. 2024.

COSTA, Bruna de Oliveira Cezano *et al.* Transtorno do espectro autista na Atenção Primária à Saúde: desafios para assistência multidisciplinar. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 19, n. 1, p. 13-21, 2023. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.180473.

DA CUNHA, Beatriz Paranhos; DE CARVALHO COSTA, Paulini Malfei; DE ALMEIDA JUNIOR, Paulo André. Estratégias de acolhimento e cuidado em saúde bucal do paciente portador do transtorno do espectro autista. **Ciência Atual: Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, v. 16, n. 2, 2020.

FERIANI, Daniela; CRUZ, Fernanda Miranda da. Entre ilhas fabulosas: etnografia, autismo e demência em relação. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 28, n. 64, p. 31-70, set./dez. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832022000300002>. Acesso em: 28 jul. 2025.

FERREIRA, Lucas; MENDES, Carla. Canabidiol como um Potente Candidato para o Tratamento do TEA. **Revista Científica Recima21**, v. 3, n. 7, 2024. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/4761>. Acesso em: 23 maio 2025.

GANDHI, Roopa P.; KLEIN, Ulrich. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 14, p. 115-126, 2014.

GRIFFITHS, J. *et al.* **Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations**. Doncaster: British Society for Disability and Oral Health, 2000.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: resultados preliminares da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 maio 2025.

KASARI, Connie; FREEMAN, Shelley; PAPARELLA, Tracy. Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, n. 6, p. 611-620, Jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x>.

KATZ, Cíntia Regina Tornisiello *et al.* Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico: [revisão]. **Odontologia Clínico-Científica**, 2009, p. 115-121.

KELLEY, Erica; PAUL, Rhea; FEIN, Deborah; NAIGLES, Letitia. Language and verbal memory in individuals with a history of autism spectrum disorders who have achieved optimal outcomes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 36, n. 6, p. 816-826, jun. 2006.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, p. 3-11, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516. Acesso em: 28 jul. 2025.

LANDGRAF, Leila; SILVA, Hedna Bricio. **Corrente Alternativa**. Curitiba: Editora Appris, 2023.

MAGLIONE, Michael; GANS, David; DAS, Leena (coord.). **Revisão da eficácia de intervenções intensivas em crianças com autismo, indicando que a maior intensidade — próxima a 20 a mais horas semanais — está associada a maiores efeitos, embora efeitos semelhantes possam ocorrer com intervenções de menor intensidade em alguns casos.** [S. l.: s. n.], 2012. (The Australian Journal of Rehabilitation Counselling Published, 2012).

MAREGA, T.; AIELLO, A. L. R. Autismo e tratamento odontológico: algumas considerações. **Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 8, p. 150-157, 2005.

MENEZES, Michelle Zaira Maciel. **Diagnóstico do transtorno do espectro autista na fase adulta**. 2020. Monografia (Especialização em Transtornos do Espectro do Autismo) – Universidade Federal de Minas Gerais, [s. l.], 2020.

MENEZES, S. A.; ZINK, A. G.; MIRANDA, A. F. Transtorno do Espectro Autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico – revisão de literatura. **Revista Odontológica do Planalto Central**, Gama, v. 4, n. 2, p. 8-12, 2014.

NASCIMENTO, I. B.; BITENCOURT, C. R.; FLEIG, R. Estratégias para o Transtorno do Espectro Autista: Interação Social e Intervenções Terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/DQNzt7JYrHxTkrV7kqkFXyS/>. Acesso em: 23 maio 2025.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 12, p. 2072-2078, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

OLIVEIRA, Ana; SANTOS, Pedro. Efeitos do Canabidiol no Controle de Crises em Pessoas com TEA. **Revista de Fisioterapia**, v. 21, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/efeitos-do-canabidiol-cbd-no-controle-de-criSES-em-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-tea-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 23 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtorno do espectro do autismo**. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 23 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transtorno do espectro autista**. Brasília, DF: Opas, [2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>. Acesso em: 21 out. 2024.

PSYCHOPHARMACOLOGY INSTITUTE. **Estratégias não farmacológicas para controlar a agitação: redução da escalada verbal.** [S. l.: s. n.: 20-]. Disponível em: <https://psychopharmacologyinstitute.com/>. Acesso em: 23 maio 2025.

REGNARD, C. *et al.* Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (DisDAT) **Journal of Intellectual Disability Research**. Study on disability and back pain. 2006. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00875.x. Disponível em: <https://www.choiceforum.org/docs/disback.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2025.

ROBINS, D. L. *et al.* Validação da Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças Pequenas, Revisada com Seguimento (M-CHAT-R/F). **Pediatria**, v. 133, n. 1, p. 37-45, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>.

SANT'ANNA, L. F. C.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 8, n. 1, p. 67-74, 2017.

SANTOS, C. M. D. **Manejo de pacientes com Transtorno do Espectro Autista em Odontologia**. 2019. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, 2019.

SANTOS, M. M. **Assistência odontológica a pacientes autistas**: revisão de literatura. 2018. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, 2018.

SEIDA, Jessica K. *et al.* Systematic reviews of psychosocial interventions for autism: an umbrella review. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 51, n. 2, p. 95-104, fev. 2009.

SERRANO, P. **A Integração Sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança**. Lisboa: Papa-Letras, 2016.

SILVA, João; SOUZA, Maria. Aplicação do Canabidiol como Intervenção Terapêutica no TEA. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 32, p. 54, 2024. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_32/Trabalho_54_2024.pdf. Acesso em: 23 maio 2025.

SILVA, L. P. L. **Condutas no atendimento odontológico a pacientes autistas**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdades São Lucas, Porto Velho, Rondônia, 2015.

SIMÃO, D. A. S. *et al.* Evidências sobre a assistência à criança com transtorno do espectro do autismo na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 9, p. 14688-14711, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV3Ng-067>.

SMITH, G. M.; ASHBRIDGE, D. M.; DAVIS, R. H.; STEINMETZ, W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. **Psychiatric Services**, v. 66, n. 3, p. 303-309, 2015.

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, p. 80, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Manual de orientação**: Transtorno do Espectro do Autismo. Rio de Janeiro: SBP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 23 maio 2025.

SOUZA, Tathiana do Nascimento *et al.* Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso. **Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 191-197, 2017.

STAGG, Steven D.; BELCHER, Hanna. Living with autism without knowing: receiving a diagnosis in later life. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 7, n. 1, p. 348-361, 1 jan. 2019.

TALLEMBERG, C. Fazendo da clínica uma oficina: modos de experimentação e produção social em saúde mental. **Revista Eletrônica Academus: Revista Científica de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 18-38, jan./mar. 2005.

UEMURA, Sofia Takeda. Transtorno do Espectro Autista: características bucais e abordagem odontológica. *In*: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: urgências, doenças transmissíveis, gestantes, puérperas e pessoas com deficiência: cuidado em saúde bucal para pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

WEISSMAN, Leah T.; BRIDGEMOHAN, Clarissa. Revisões sistemáticas de intervenções psicossociais para transtorno do espectro autista: análise de múltiplas abordagens de intervenção. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 51, n. 2, p. 95-104, fev. 2009. Revisão publicada por Seida *et al.* no contexto de 2009.

WEISS, A. P. *et al.* Patient- and practice-related determinants of emergency department length of stay for patients with psychiatric illness. **Annals of Emergency Medicine**, v. 60, n. 2, p. 162-171. e5, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report**. Geneva: WHO, 2015.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal