

**LINHA DE
CUIDADO DA
PESSOA COM
TRANSTORNO DO
ESPECTRO DO
AUTISMO - TEA**

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Luiz Carlos Zamarco

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Sandra Sabino Fonseca

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Giselle Cacherik

SÃO PAULO, 2022

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO

Adriana Brazão Pileggi de Oliveira: Divisão de Saúde Mental

Lígia Maria Brunetto Borgianni: Coordenação da Atenção Básica

Nathália Monteiro de Oliveira: Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

Silmara Figueira: SEABEVS

COLABORADORES

Athene Maria de Marco França Mauro

Ana Paula D'Imbério

Carlos Eugênio Fernandez de Andrade

Claudia Ruggiero Longhi

Heloísa Di Nubila

Josie Cleia Santos Miranda

Lilian Cordeiro de Queirós

Marta Lopes de Paula Cipriano

Octávio Ferraz Bortolim

Samanta Pereira De Souza

Sandra Vieira Tristão de Almeida

Agradecemos aos demais profissionais das áreas técnicas da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, aos interlocutores regionais da Atenção Básica, Saúde da Pessoa com Deficiência e Saúde Mental das Supervisões e Coordenadorias Regionais de Saúde e aos profissionais da Rede Municipal de Saúde pela colaboração na construção deste documento.

Lista de Siglas

AMA: Assistência Médica Ambulatorial

AMPI – AB: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APD: Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência

APS: Atenção Primária em Saúde

AVDs: Atividades de Vida Diária

BPC: Benefício de Prestação Continuada

CAA: Comunicação Alternativa Aumentativa

CAEI: Centros de Acolhida Especial para Idosos

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CAPSIJ: Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CCAs: Centros de Crianças e Adolescentes

CECCOS: Centros de Convivência e Cooperativa

CEInfo: Coordenação de Epidemiologia e Informação

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

DI: Deficiência Intelectual

DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAN: Educação alimentar e nutricional

EEG: Eletroencefalograma

EMAB: Equipe Multiprofissional da Atenção Básica

ESB: Equipes de Saúde Bucal

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HD: Hospital Dia

ILPI: Instituições de Longa Permanência

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

IRDI: Instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAI: Programa Acompanhante de Idosos

PC: Perímetro Cefálico

PNE: Pacientes com Necessidades Especiais

PS: Pronto Socorro

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RCPD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria

SIGA Saúde: Gestão Sistema Integrado de Assistência à Saúde de São Paulo

SMADS: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SME: Secretaria Municipal de Educação

SMPED: Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência

SMS-SP: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

TDH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

TEA: Transtorno do Espectro Autista

TOC: Transtorno obsessivo compulsivo

TOD: Transtorno opositor desafiador

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

URSI: Unidades de Referência em Saúde da Pessoa Idosa

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Introdução	7
1. O Transtorno do Espectro do Autismo - TEA.....	9
1.1. Definição.....	9
1.2. Etiologia e fatores de risco.....	12
1.3. Características e comorbidades associadas ao TEA	13
1.4. O processo diagnóstico	14
1.4.1. Entrevista	17
1.4.2. Observação dirigida e espontânea	19
1.5. Diagnóstico Diferencial	20
1.6. O Diagnóstico Tardio	22
1.7. O apoio a família durante o processo diagnóstico.....	22
2. O cuidado integral nos diversos ciclos de vida	23
2.1. Crianças de 0 a 2 anos.....	25
2.1.1. Apoio às famílias/cuidadores	27
2.1.2. Saúde Bucal	27
2.2. Crianças de 2 a 10 anos.....	28
2.2.1. Apoio às famílias/cuidadores	32
2.2.2. Saúde Bucal	32
2.3. Adolescente de 10 a 19 anos.....	34
2.3.1. Apoio às famílias/cuidadores	35
2.3.2. Saúde Bucal	35
2.4. A partir de 20 anos	36
2.4.1. Apoio às famílias/cuidadores	37
2.4.2. Saúde Bucal	39
3. Saúde Nutricional	39
3.1. Educação Alimentar e Nutricional	41
4. Fluxo de atendimento	45
5. Articulação com outros pontos de atenção à saúde.....	46
6. Bibliografia Consultada	47

Introdução

A estimativa de pessoas com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) vem aumentando nas últimas décadas em virtude das mudanças de sua classificação e da disseminação do tema. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, cerca de 1 a cada 60 pessoas apresentam Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Os dados referentes à prevalência no território nacional e no município de São Paulo são ainda escassos e desagregados, por isso, ao basearmos nossa prevalência a partir dos indicadores da OMS corremos o risco de distorcer a realidade sobre o problema, já que o TEA tem causas multifatoriais envolvendo aspectos genéticos e ambientais que se manifestam individualmente dentro de um contexto populacional.

A dificuldade em levantar dados precisos tem relação com a complexidade do diagnóstico e sua variabilidade de manifestações. De todo modo, o que se deve ter em mente ao pensar em TEA é a importância do cuidado interdisciplinar e da atuação intersetorial como premissa para garantia de inclusão, participação social e acesso a direitos.

Segundo os dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), no município de São Paulo, em 2021, apesar de ser um ano impactado pela pandemia COVID-19, foram atendidos 5.528 pacientes com diagnóstico de TEA nos Centros Especializados em Reabilitação – CER e nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Secretaria Municipal da Saúde.

Em 2020 foi publicada a Lei Municipal nº 17.502/2020 que tem como objetivo a garantia, proteção e ampliação dos direitos das pessoas com TEA e seus familiares; tal normativo atualmente se encontra em processo de regulamentação via grupo de trabalho intersecretarial estabelecido pela Portaria conjunta de SMPED/SMS/SMADS/SME nº 01, de 07 de junho de 2022.

Em concordância com a lei, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) vem empreendendo ações em duas esferas: (i) em interlocução com outras Secretarias, desenhando e operacionalizando a política municipal, (ii) e, internamente, sistematizando e fortalecendo sua linha de cuidado para pessoas com TEA.

As Linhas de Cuidado foram desenvolvidas como uma forma de melhor organizar e articular os recursos e as práticas de produção de saúde em determinado território, de modo a garantir uma condução resolutiva às necessidades em saúde desses usuários (MS, 2022).

Em relação ao TEA, debates técnicos internos sobre a linha de cuidado vêm abrangendo o mapeamento das ofertas existentes para as pessoas com TEA nos diversos equipamentos da SMS, o desenho de fluxos entre esses serviços e a reflexão sobre melhores estratégias para o cuidado desta população.

Nesse contexto, considerando as demandas multifacetadas da população com TEA, a SMS tem realizado reuniões com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), a Secretaria Municipal de Educação (SME) e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPED), visando articular a melhor forma de estabelecer atuações intersetoriais junto às famílias e às pessoas com TEA.

Para além das ações em âmbito Municipal se faz necessária a articulação com outras esferas, como as Secretarias Estaduais, de modo a proporcionar a esta população uma linha de cuidado em todos os níveis de complexidade.

Desta forma, o presente documento tem como objetivo compor com a literatura já existente, reforçar a importância da integração da rede e do trabalho interdisciplinar para o cuidado à pessoa com TEA e suas famílias no município de São Paulo.

1. O Transtorno do Espectro do Autismo - TEA

1.1. Definição

O Transtorno do Espectro do Autismo é definido como um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, prejuízo na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades (MS, 2021).

É uma condição mais encontrada no sexo masculino, embora exista uma discussão na literatura atual sobre a subnotificação do TEA no sexo feminino.

A última versão da edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014) ressalta, ainda, que as manifestações podem aparecer em diferentes intensidades e para tanto classifica diferentes graus de suporte, considerando desde casos que necessitam de suporte mais pontuais até casos que necessitem de apoio mais intensivo durante os diversos ciclos da vida.

Desde janeiro de 2022, está em vigor a nova versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-11, lançada pela OMS e que contempla a proposta do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014), passando-se a adotar a nomenclatura Transtorno do Espectro do Autismo para englobar todos os diagnósticos anteriormente classificados como Transtorno Global do Desenvolvimento.

Na CID-11, o Transtorno do Espectro do Autismo é identificado pelo código 6A02 em substituição ao F84.0, e as subdivisões passam a estar relacionadas com a presença ou não de Deficiência Intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional.

Códigos na CID -11 utilizados no TEA	
6.A02	Transtorno do Espectro do Autismo.
6.A02.0	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.1	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente de linguagem funcional.
6.A02.2	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.3	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada.
6.A02.4	Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional.
6.A02.Y	Outro Transtorno do Espectro do Autismo
6.A02.Z	Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado

Segundo a OMS, a transição da CID-10 para a CID-11 deve durar alguns anos e ser simultânea à utilização da CID-10. Considerando esta fase de transição, a SMS-SP ainda utiliza em seus sistemas a CID 10, sendo:

Códigos na CID -10 utilizados no TEA	
F84	Transtorno Global do Desenvolvimento
F84.0	Autismo Infantil
F84.1	Autismo Atípico
F84.3	Síndrome de Rett
F84.4	Outros Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados
F84.5	Síndrome de Asperger
F84.8	Outros transtornos globais do desenvolvimento
F84.9	Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

É importante lembrar que os códigos da CID são elaborados para uso estatístico e acabam também sendo usados para fins administrativos (por exemplo, atestados para acesso a benefícios), mas não representam a totalidade das manifestações e as situações de vida do indivíduo. A representação das manifestações do TEA e suas consequências na vida da pessoa podem ser apresentadas de maneira mais abrangente pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, com foco na funcionalidade, nas capacidades e nas potencialidades dos sujeitos, levando em conta a interação com fatores contextuais, os que incluem os próprios fatores pessoais (idade, sexo, nível socioeconômico, nível de instrução etc.), e os fatores ambientais na forma de facilitadores ou barreiras, dentro de um modelo denominado biopsicossocial. Considerando que pressupõe uma condição de déficit no corpo e estruturas, limitações na atividade e restrições à participação, associadas a fatores pessoais e ambientais, há de se classificar a necessidade de apoio da pessoa com TEA para atividades.

De acordo com o DSM-V, são classificados 3 níveis de apoio: Nível 1: “Exigindo apoio”; Nível 2: “Exigindo apoio substancial”; Nível 3: “Exigindo apoio muito substancial”.

O nível de apoio se refere aos campos de comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos, conforme descrito no quadro abaixo:

Nível de Apoio	Comunicação Social	Comportamentos restritivos e repetitivos
Nível 1 “Necessidade de apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente mal sucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.
	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança

Nível 2 “Necessidade de apoio substancial”	verbal, prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio, limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as atenções.
Nível 3 “Necessidade de apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações, e quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

1.2. Etiologia e fatores de risco

O TEA apresenta uma multiplicidade de fatores etiológicos envolvidos, os que podem incluir predisposições genéticas, influência de fatores epigenéticos e ambientais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), os fatores ambientais podem aumentar ou diminuir o risco de TEA em pessoas geneticamente predispostas. Entre os fatores ambientais que podem propiciar o aparecimento do quadro, podemos incluir idade parental avançada na concepção, uso de substâncias (como ácido valpróico) durante a gestação, prematuridade (com idade gestacional abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (< 2.500 g), infecção materna durante a gravidez, gestação múltipla e negligência extrema dos cuidados da criança.

Do ponto de vista genético, o TEA pode ou não estar associado às Síndromes Genéticas e Doenças Raras. Dessa forma, compreender o componente genético dos casos de TEA pode trazer informações sobre diagnóstico etiológico, prognóstico,

intervenção para as condições tratáveis ou complicações, encaminhamento e aconselhamento genético adequado.

Existem mais de 40 síndromes genéticas associadas ao TEA, entre as quais as mais comuns são a Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, Síndrome de Angelman e a Síndrome de Rett.

1.3. Características e comorbidades associadas ao TEA

Pessoas com TEA, de acordo com a Figura 1, apresentam como manifestações centrais déficits na comunicação social em graus variáveis, interesses restritos, comportamentos repetitivos ou estereotipados, além de possíveis alterações sensoriais. Dependendo da gravidade, encontramos acometimento cognitivo, variando desde uma Deficiência Intelectual (DI) grave, moderada, leve ou limítrofe, podendo também estar dentro da média ou até acima da média nos quadros de TEA de alto funcionamento.

As habilidades de linguagem podem manifestar-se desde um quadro não verbal até quadros com linguagem fluente. Quanto ao suporte para o funcionamento adaptativo, pode ser necessário suporte substancial ou moderado, ou mesmo nenhum suporte ao indivíduo que se mostra independente.

No campo comportamental, as características mais encontradas são irritabilidade, auto e heteroagressividade desencadeadas por vezes sem uma razão óbvia, outras vezes provocadas por dificuldades neurosensoriais, dores, mal-estar, quebra da sua rotina, entre outros.

Pessoas com TEA também podem apresentar distúrbios do sono, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno opositor desafiador (TOD), os quais aumentam as dificuldades adaptativas.

A ansiedade e depressão são mais observadas em adolescentes e adultos devido a frustrações e dificuldades de interação social.

Outras comorbidades de carácter orgânico podem incluir distúrbios gastrintestinais, epilepsia, problemas motores e problemas relacionados a condições genéticas específicas.

Diante do exposto, é de suma importância, no atendimento da pessoa com TEA, o conhecimento do profissional da saúde das comorbidades do indivíduo e da intensidade da sua manifestação, considerando que esses aspectos definirão o grau de suporte necessário para o cuidado.

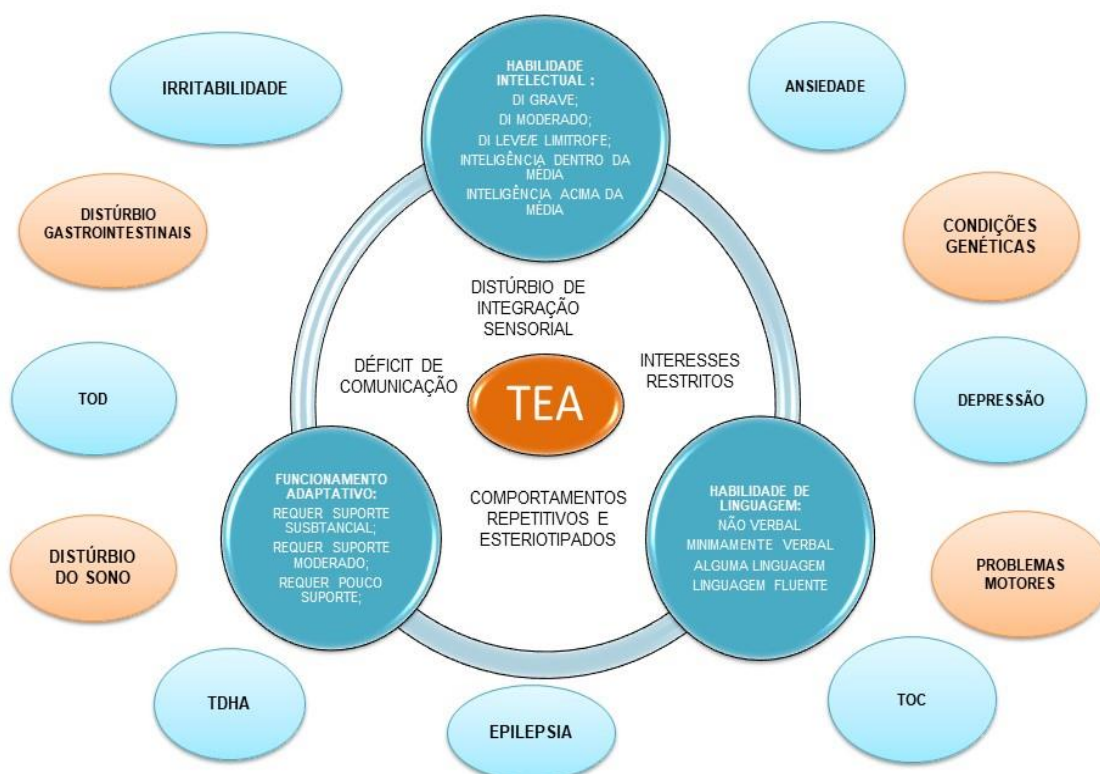


Figura 1 - principais sintomas e comorbidades de TEA (baseado e traduzido de Rosen et al. (2021) - disponível [neste link](#)).

1.4. O processo diagnóstico

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar composta por médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros, e deve considerar os diversos níveis de suporte. Para tanto, a observação da pessoa, a entrevista com os familiares, bem como as observações e informações de outros serviços nos quais a pessoa está vinculada, como a escola, os Centros de Crianças e Adolescentes (CCAs), são etapas importantes a serem seguidas. Além disso, existem diversos instrumentos de rastreio que podem compor este processo.

A suspeita do TEA ocorre normalmente na infância, através do acompanhamento do desenvolvimento global pela UBS (Unidade Básica de Saúde), pela observação da família ou até mesmo da creche. É importante destacar a necessidade de valorizar as queixas dos cuidadores e familiares em relação ao processo de desenvolvimento da criança, visto que muitas vezes é o que indica a necessidade de uma investigação mais aprofundada.

Existem diversos instrumentos validados que podem contribuir com as equipes nesta observação e encaminhamentos.

O Instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) é um protocolo validado para rastreio e inespecífico para diagnóstico, composto de 31 indicadores voltados à relação cuidador-criança, nos primeiros 18 meses de vida – a ausência de dois ou mais indicadores sinaliza possíveis riscos ou tendência de problemas de desenvolvimento com expressão no aspecto relacional, abrindo a possibilidade de intervenções oportunas (MORAIS, 2013).

A Caderneta de Saúde da Criança também traz orientações sobre os marcos do desenvolvimento esperados para cada idade e contém a escala M-CHAT-R, que é um instrumento de rastreamento precoce para o TEA, a auxiliar na identificação de crianças sob risco nos primeiros anos de vida. Segundo o Ministério da Saúde, a aplicação do M-CHAT-R deve ocorrer, pelo menos, 1 vez durante a puericultura, na idade entre 18 e 24 meses, independentemente de queixa da família, podendo ser antecipada para 16 meses em casos com suspeita de TEA.

Esse instrumento pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde de nível superior, através de 20 perguntas para pais/cuidadores, com respostas “SIM” ou “NÃO”, cujo objetivo é detectar a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. As perguntas incluem itens relacionados com:

- Interesses da criança e interação social;
- Habilidade de manter o contato visual;
- Imitação;
- Brincadeira repetitiva e de jogos simbólicos.
- Uso do contato visual e de gestos para direcionar a atenção social do outro ou para pedir ajuda.

A tradução para o português da escala M-CHAT-R foi realizada em 2008 e está disponível [neste link](#).

Considerando que pode haver risco de falso positivo e que nem todas as crianças que apresentarem pontuação elevada serão diagnosticadas com TEA, foi prevista escala de seguimento M-CHAT-R/F nos casos de rastreio positivo, na qual é substituído o termo “SIM” ou “NÃO” por “PASSA” ou “FALHA”.

Os usuários do instrumento devem estar cientes de que, mesmo com a aplicação da escala de seguimento M-CHAT-R/F, um número significativo de crianças com pontuação elevada não será diagnosticado com TEA. Entretanto, essas crianças são de alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento (Tradução Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento, 2020).

O M-CHAT-R/F completo e a orientação quanto à sua aplicabilidade estão disponíveis [neste link](#).

Ao aplicar o MCHAT-R:

- Pontuação total entre 0 a 2: a criança manterá seu acompanhamento na UBS, e caso seja identificado algum comportamento atípico, reaplicar o M-CHAT-R;
- Pontuação entre 3 a 7: aplicar a escala de seguimento MCHAT-R/F após 2 meses na UBS durante o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Ao aplicar o MCHAT-R/F:

- Se a pontuação for de 0 a 1, a criança manterá seu segmento na UBS, e caso seja identificado algum comportamento atípico, a escala deverá ser reaplicada;
- Se a pontuação for de 2 a 7, a UBS/EMAB (Equipe Multiprofissional da Atenção Básica) deverá iniciar o atendimento e articular com o CER (Centros Especializados em Reabilitação) e CAPSIJ (Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil) do território para que sejam realizadas a discussão do caso e, se necessário, avaliação e definição de PTS (Projeto Terapêutico Singular) compartilhado;
- Se a pontuação for maior que 8, a UBS/EMAB deverá imediatamente iniciar o atendimento e articular com o CER e CAPSIJ do território para que sejam realizadas a avaliação, discussão do caso e definição de PTS compartilhado.

Ressaltamos que:

- **as escalas IRDI e M-CHAT fazem apenas rastreio ou contribuem no seguimento de crianças de risco para TEA, ou seja, servem de alerta e não são escalas diagnósticas.**
- **a equipe deve ser cuidadosa para a comunicação dos resultados da aplicação das escalas, para que não interfiram negativamente na relação cuidadores-crianças.**
- **o diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, interdisciplinar e parte da observação e avaliação da criança.**

A partir de atraso no desenvolvimento ou sinais de TEA, a criança deve ser incluída em atividades de intervenção oportuna na UBS, independentemente da conclusão do diagnóstico. Essa intervenção também deve dar início à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que contemple atendimento interdisciplinar à criança, visando à estimulação focada nas dificuldades apresentadas, bem como apoio à família.

Vale ressaltar que, na construção do PTS, as equipes devem estar atentas a outros fatores que serão importantes para o direcionamento do cuidado, tais como:

- Disfunções na vida familiar e na inserção escolar, perda de vínculo com genitores, ausência de vinculação a grupos sociais, baixos níveis de suporte social;
- Altos níveis de estresse familiar, separação dos pais, perda de pessoa afetivamente significativa, evasão escolar;
- Violência intrafamiliar, violência em contexto escolar ou comunitário, abuso físico ou sexual;
- Baixa renda, más condições de moradia, acesso limitado à saúde e à educação.

As habilidades pessoais e a rede de apoio devem estar incluídas e exploradas no desenvolvimento do PTS.

A linha de cuidado da pessoa com TEA, no município de São Paulo, preconiza que a avaliação diagnóstica seja realizada de modo conjunto e articulado entre as equipes da UBS, CAPS IJ e CER do território, nunca por um profissional isolado em algum equipamento de saúde. Na ausência de um desses serviços, caberá à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) elencar o equipamento que dará suporte.

1.4.1. Entrevista

A entrevista é o primeiro passo do processo diagnóstico, devendo ser realizada a partir da escuta qualificada da pessoa em questão (quando possível) e da sua família.

É a partir desta escuta que procuramos conhecer a pessoa, sua história, contexto familiar e contexto social em que está inserida.

Devem fazer parte da entrevista:

Parte da Anamnese	Pontos importantes	Observação
Identificação	Anotar quem é o informante ou informantes.	Registrar sempre a data, idade atual da pessoa e demais informações pertinentes.
Queixa principal	Fala espontânea da pessoa ou da família, queixa da pessoa e/ou da família.	Motivo da busca por auxílio.

História da Queixa	Quando observaram os primeiros sintomas e sinais de atraso no desenvolvimento.	Presença de problemas de comportamento, intervenções e terapias já realizadas previamente.
História pregressa	Doenças prévias importantes, internações por mais de 2 dias, cirurgias, histórico de acidente grave ou traumatismos.	Documentação (se necessário).
História da gestação, parto e nascimento	Dados sobre a gestação, do nascimento, realização do Teste do pezinho (simples ou ampliado) e Triagem Auditiva.	Peso maior que 3 Kg, alta breve, necessidade de UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
Desenvolvimento	Informações sobre os marcos do desenvolvimento, inserção em creche ou escola, terapias prévias, desfralde.	Atraso na fala com atraso motor associado; informações sobre a comunicação, interação social e afetividade. Checar curva de PC (Perímetro Cefálico) na Caderneta.
Condições e Hábitos de Vida	Características do lar onde mora e laços familiares. Quem se ocupa prioritariamente do cuidado.	Rotina de vida diária (creche, escola, grupos sociais, dia a dia, autonomia, como brinca, hábitos alimentares). Interesses da pessoa e da família de um modo geral.
Medicação	Medicação atual.	Medicação já utilizada.
História familiar	Histórico de problemas de transtornos do desenvolvimento/neurológicas e/ou saúde mental dos pais, irmãos ou outros familiares.	Consanguinidade, diferentes gerações.
Outras queixas	Visão, audição, sono, manchas na pele, doenças respiratórias, cardíacas, gastrintestinais ou urinárias.	Perguntar se fez avaliações objetivas em relação a estas outras queixas.

Exames	Eventuais exames já realizados.	Checar triagem neonatal e auditiva.
--------	---------------------------------	-------------------------------------

1.4.2. Observação dirigida e espontânea

A observação dirigida e espontânea deve ocorrer durante os atendimentos interdisciplinares e acontecer em contextos individuais e coletivos, de modo a avaliar a comunicação, interação social e padrões de comportamento. É importante observar como acontecem a comunicação e relacionamento através das iniciativas, demandas e interesses compartilhados com o outro; necessidade ou conforto em estar só; além de observar como está a capacidade de ter um comportamento flexível que possibilite adaptação a mudanças e adequação às regras estabelecidas.

Além disso, é importante observar como os familiares/cuidadores se dirigem ao usuário, como brincam, como se comunicam e como têm lidado com a parentalidade. Deve-se atentar também para a história familiar e o contexto em que a pessoa com TEA está inserida.

Preconiza-se que as equipes aprofundem a investigação, em caso de sinais que sugiram a necessidade de maior esclarecimento em relação aos diversos aspectos implicados no desenvolvimento.

Entre os diversos aspectos a serem observados pela equipe, cabe destacar:

- **Função Cognitiva:** avaliar as características da atenção, memória, orientação, pensamento e inteligência. É possível nessa etapa a identificação de deficiência intelectual associada.
- **Comunicação:** observar como ocorre a comunicação (verbal e não verbal). Uma avaliação de linguagem identifica possíveis atrasos no desenvolvimento, presença de ecolalia, trocas fonológicas, uso de jogo simbólico, léxico, semântica e habilidades da linguagem escrita. Em algumas situações a equipe poderá identificar a necessidade de uma avaliação audiológica de forma a descartar perdas auditivas.
- **Habilidades Motoras:** avaliar a presença de estereotípias, hábitos como andar na ponta dos pés, correr e girar pelo ambiente ou ficar parado observando a movimentação de mãos e dedos. Importante também avaliar a noção corporal, coordenação motora global e visomotora. A hipercinesia motora também pode se apresentar, bem como os déficits de coordenação motora grossa e fina e questões relacionadas à práxis (ideação, planejamento motor e execução motora). Desta forma, sempre que necessário, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional deverão realizar avaliações específicas, tendo como base de intervenção o processo de desenvolvimento neuropsicomotor.

- **Aspectos sensoriais:** observar se há sinais de respostas sensoriais não esperadas ou ausentes, como hiper ou hipossensibilidade a estímulo auditivo, visual, gustativo, vestibular, tátil e proprioceptivo.
- **Habilidades e repertório social:** observar se há comprometimento importante das habilidades comunicativas, de entendimento de contexto social, com alteração da prosódia da fala, de entender figuras de linguagem, com capacidade de abstração e simbólica reduzidas, de dificuldade de compreender expressões faciais de sentimentos, além de prejuízos no uso da comunicação não verbal.

Além dos aspectos acima, é importante que a equipe esteja atenta para a identificação de sinais que possam indicar a presença de síndromes genéticas, distúrbios metabólicos, doenças neurológicas ou outras alterações que possam requerer avaliações e/ou exames específicos para obter um diagnóstico diferencial.

1.5. Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico do TEA deve ser diferenciado de outros distúrbios e outras alterações do desenvolvimento, a saber: Deficiência Auditiva, Deficiência Intelectual sem TEA, TDAH, Distúrbios Específicos de Linguagem, Esquizofrenia, Mutismo Seletivo, Síndrome de Rett, Síndrome do X-Frágil.

Desta forma, para o diagnóstico diferencial poderão ser necessárias avaliações e exames complementares, como:

Exames	Indicação	Observação
Testes Metabólicos	Podem ser necessários quando houver história de regressões atípicas em crianças maiores de 2 anos de idade, regressão motora ou regressões múltiplas, história familiar de morte na primeira infância ou distúrbios metabólicos diagnosticados e características físicas, como hipotonia ou fraqueza significativa.	Importante checar teste do pezinho – triagem neonatal ampliada. Checar enzimas musculares.

Testes Genéticos	Quando necessário o médico deve solicitar exames complementares no intuito de identificar comorbidades e/ou diagnósticos diferenciais, ocorrência de diversos casos na família, histórico de consanguinidade. Diagnosticada alteração genética, importante fazer o aconselhamento genético.	Investigação de alterações cromossômicas (aumento ou redução de partes ou cromossomos inteiros, translocações etc.), mutações no cromossomo X, microdeleções etc.
Neuroimagem	Podem ser necessários na presença de indícios de regressão atípica no neurodesenvolvimento, microcefalia, macrocefalia, alterações no exame neurológico ou convulsões.	Não é um exame para investigação inicial. Se solicitado, preferencialmente Ressonância magnética.
Eletroencefalograma (EEG)	Recomendado quando houver regressão atípica ou outros sintomas neurológicos na história ou exame que sugeriram a indicação, tal como perda tardia ou atípica da linguagem, como pode ser observada no estado de mal epilético do sono com perda da linguagem, deve ser avaliada com um EEG noturno.	Não é um exame para investigação inicial.
Avaliação Oftalmológica	Deve ser realizada quando houver suspeita de comprometimento, visto que a acuidade visual diminuída pode afetar o olhar interativo e exigir adaptações no ambiente.	Relatórios devem conter registro se foi feito exame do fundo de olho, refração, exame do cristalino (catarata), estrabismo.
Avaliação Auditiva	A alteração de fala e linguagem pode estar associada a uma perda de audição, sendo que os CER ou outros serviços especializados com modalidade auditiva são referência para o diagnóstico diferencial.	Importante checar se fez Triagem Auditiva Neonatal na maternidade. Dependendo da colaboração da criança/pessoa, escolha do exame auditivo.
Lembrar que pode ser necessária sedação/anestesia para realização de alguns exames		

1.6. O Diagnóstico Tardio

Alguns indivíduos aparecem pela primeira vez para o diagnóstico na idade adulta, isso pode ocorrer em concomitância com o diagnóstico de autismo em alguma criança da família, por maior conhecimento do tema ou por dificuldades e rompimentos enfrentados nas relações profissionais ou familiares.

Nesses casos é importante obter a história pessoal durante o período de desenvolvimento e considerar as dificuldades auto relatadas, sempre que possível é oportuna a contribuição de membros da família no resgate do histórico do período da infância.

O diagnóstico deve ser firmado quando, durante a observação clínica, os critérios estão presentes, desde que não existem indícios de boas habilidades sociais durante a infância.

1.7. O apoio a família durante o processo diagnóstico

O período de suspeita até a conclusão diagnóstica do TEA pode ser muito angustiante para os familiares e cuidadores, sendo que o acesso irrestrito de informações sobre o TEA na internet tem produzido em muitas famílias um intenso sofrimento diante da precipitação diagnóstica. Além disso, este período vem acompanhado de mudanças na rotina e na dinâmica familiar.

Durante todo o processo de gestação e nascimento, os pais fazem diversos planos para o seu filho, que é idealizado por eles. Diante disso, quando algo não sai como planejado, é comum que algumas famílias passem por um processo de aceitação que, segundo Elisabeth Kubler Ross (1991), se assemelha aos estágios do luto:

1. Negação e isolamento: o primeiro deles constitui-se por uma negação inicial, completa ou parcial, a uma notícia catastrófica, podendo vir acompanhada de certo isolamento.

2. A raiva: quando não há mais como manter o estágio da negação, e a pessoa consegue falar sobre aquele evento traumático, ela passa a nutrir sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento.

3. A barganha: nesse estágio a pessoa se dá conta de que sua raiva não evitou o desfecho previsto e, com isso, tenta negociar, fazendo uso de um bom comportamento.

4. A depressão: decorre da forma de elaboração das inúmeras perdas pessoais, emocionais e materiais às quais a pessoa está sujeita, devido ao nascimento do bebê com deficiência, visto e sentido como catastrófico. Neste caso, há a possibilidade de um desfecho que se aproxima como um primeiro passo para a aceitação.

5. A aceitação: nessa fase “é como se a dor tivesse esvanecido” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 120), e a pessoa, após ter lidado com sentimentos de negação e raiva, conseguirá encontrar a paz e a aceitação diante da notícia inicial.

Outras teorias e modelos relacionados ao luto entendem que estas fases não são tão delimitadas como proposto e acontecem de forma simultânea.

O modo como essa fase é vivenciada pela família e como o tema é abordado pelos profissionais de saúde poderá influenciar nos próximos passos a serem adotados, bem como no prognóstico do caso.

Além de possuir habilidade comunicacional e conhecimento técnico, a equipe deve acolher as dúvidas, preocupações e angústias, fortalecendo assim o vínculo do serviço com a pessoa com TEA e sua família, desde a suspeita e durante todo o processo do cuidado.

A garantia de um espaço individual ou coletivo (por exemplo, grupos de cuidadores), como espaços de escuta, de apoio e de compartilhamento de experiências e saberes, são estratégias essenciais de suporte e devem ocorrer não somente no momento do diagnóstico e nas fases iniciais da intervenção, mas em todo o ciclo de vida.

Esses espaços (individuais e coletivos) devem ser compostos por momentos em que o foco é a pessoa com TEA, porém não se pode negligenciar a necessidade do cuidado para com essa família.

2. O cuidado integral nos diversos ciclos de vida

O cuidado com a saúde da pessoa com TEA deve ser norteado pelos pressupostos teóricos da integralidade, da clínica ampliada e do cuidado compartilhado, atentando-se à humanização, à autonomia e ao protagonismo da pessoa e sua família nas diferentes fases da vida.

Não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro do autismo. Desta forma, recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere a singularidade de cada caso. Neste sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve buscar a articulação efetiva dos serviços, reunindo as diferentes práticas e saberes com objetivo de garantir o melhor resultado na abordagem terapêutica.

A estratégia farmacológica quando utilizada deve compor o plano de cuidados visto que isoladamente não produz resultados.

Até o momento não existem evidências que apontem para benefícios no enfrentamento de sintomas nucleares característicos do TEA representados por déficits

na comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos; as evidências atuais apontam para o papel de alguns medicamentos no tratamento de comorbidades ou de sintomas alvo.

A avaliação dos sintomas alvo como irritabilidade e comportamento agressivo deve ser ampla tendo em vista que eles podem representar a manifestação de um sofrimento pré-existente tais como dores, desconforto físico, resistência a mudanças de ambientes/comportamentos, situações de violência, dentre outros.

Para o tratamento da irritabilidade e comportamento auto e heteroagressivo existem evidências para uso de antipsicóticos, sendo em nosso meio a Risperidona o fármaco de eleição conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo da CONITEC 2022. Compete ao médico conduzir a discussão e análise dos riscos e benefícios do tratamento com o usuário, família e equipe interdisciplinar. É recomendável o início com baixas doses e ajustes subsequentes, assim como monitoramento de potenciais efeitos colaterais. É fundamental destacar o comportamento alvo da estratégia farmacológica e constantemente monitorar o benefício do tratamento.

A participação da pessoa com TEA e da sua família/cuidadores deve ser valorizada em cada etapa deste processo.

A avaliação e o cuidado devem ser realizados de forma integrada e articulada entre todos os serviços de saúde do território (UBS, CER, CAPS, CECCOS - Centros de Convivência e Cooperativa, etc.) em arranjos específicos conforme a demanda, serviços e a necessidade de trabalho intersetorial e de inclusão.

Esta articulação deve estar presente desde o processo diagnóstico e ao longo de todo o acompanhamento na rede, levando em consideração as necessidades atuais da pessoa com TEA e sua família/cuidadores.

Os serviços envolvidos no cuidado devem ser organizados de modo a criar espaços e metodologias de trabalho que façam sentido naquele território, para o melhor desenvolvimento do trabalho compartilhado, como por exemplo: fóruns, espaços para matriciamento, reuniões presenciais, reuniões online, entre outros.

Desta forma, destacamos a importância da figura do gestor do caso, também nomeado profissional de referência. Este profissional poderá estar vinculado a qualquer serviço de saúde da Rede e deverá ser escolhido a partir do vínculo com o usuário e sua família. Este profissional terá um papel fundamental na articulação com os outros serviços e atores envolvidos. Esses serviços necessitam ter pontos focais que conheçam e estejam apropriados do caso, para que o cuidado seja realmente articulado.

Por fim, porém não menos importante, o cuidado compartilhado também deve envolver a articulação com serviços intersecretariais, tais como Educação, Assistência e Desenvolvimento Social, Esportes, Cultura, Trabalho, Habitação e demais recursos da comunidade.

A seguir discorreremos sobre o fluxo de atendimento e os principais pontos a serem observados e trabalhados em cada ciclo da vida.

2.1. Crianças de 0 a 2 anos

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança acontece na UBS mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto nas Diretrizes da Atenção Básica (2022), pressupondo-se ações de promoção, proteção, detecção precoce, atendimento e reabilitação de alterações que possam repercutir em sua vida futura.

Desta forma, faz-se indispensável consultar e avaliar os marcos do desenvolvimento de faixa etária no Instrumento de Vigilância ao Desenvolvimento, presente na Caderneta da Criança e que pode ser acessado nos seguintes links:

[Caderneta da Criança - menino;](#)

[Caderneta da Criança - menina.](#)

O relato e a queixa da família devem ser valorizados durante o atendimento da criança.

Nesta faixa etária, alguns sinais de alerta para o TEA já podem ser identificados, como:

- Atraso nas aquisições neuropsicomotoras;
- Comportamentos estereotipados e repetitivos;
- Apatia frente a estímulos do ambiente;
- Dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente;
- Ausência de resposta aos estímulos sonoros;
- Ausência de comunicação e expressão verbal ou de desenvolvimento de algum tipo de comunicação não verbal;
- Não atender quando é chamada pelo nome e não compartilhar atenção.

A partir da identificação de sinais de atrasos no desenvolvimento, tanto a criança quanto a família devem ser inseridas, imediatamente, em um processo de intervenção/estimulação precoce. Tal intervenção deve envolver a equipe interdisciplinar, a família/cuidadores e a creche (quando já estiver inserida).

Considerando as particularidades do espectro do autismo e sua característica multifatorial, o serviço de referência para esta população também dependerá de avaliações específicas, objetivando estimular as potencialidades em cada fase do desenvolvimento, em que as estratégias terapêuticas deverão ser pautadas nas características socioambientais e individuais.

Crianças sem grandes comprometimentos nas aquisições motoras, de linguagem e que apresentam boa tolerância à socialização podem ser acompanhadas pela Equipe Multiprofissional da Atenção Básica – EMAB, a qual será uma facilitadora neste processo, buscando espaços no território que contemplem as necessidades do momento, além de ofertar o acompanhamento em saúde pertinente às crianças.

Os casos com atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), dificuldades na área da comunicação, integração sensorial que necessitem atendimentos mais frequentes – tais casos devem ser encaminhados para avaliação especializada no CER, com o intuito de ofertar um atendimento mais direcionado tanto à criança, quanto à família, considerando que muitas crianças respondem de maneira mais satisfatória a estimulações focadas. A ideia neste momento é estimular ao máximo as possibilidades globais de desenvolvimento, tendo em vista que a plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro e as experiências de vida da criança nos primeiros anos de vida são fundamentais para o seu desenvolvimento integral. Além disso, a equipe deverá proporcionar à família esclarecimentos sobre as condições de saúde da criança, sobre como lidar com suas particularidades e estimular suas potencialidades.

Os CER são serviços de reabilitação, de base territorial, que contam com equipe multiprofissional e podem atuar com diferentes abordagens terapêuticas, tendo em vista a singularidade de cada pessoa. Realizam atendimentos individuais e em grupos, com foco na intervenção oportuna, e também realizam o suporte às famílias a partir de orientação e acompanhamento dos pais e cuidadores.

As vagas do CER estão disponíveis nas UBS por meio da agenda regulada do Sistema SIGA (Sistema Integrado de Assistência à Saúde de São Paulo), a saber:

Especialidade – Especialista em Reabilitação Intelectual/Desenvolvimento.

Procedimento – Avaliação Multiprofissional em Reabilitação.

As intervenções terapêuticas, sejam individuais ou em grupo, possibilitam dar sentido àquilo que é vivido pela criança, por meio de atividades lúdicas e recursos sensoriais, tendo como objetivo valorizar as habilidades e interesses da criança com TEA, estimular a comunicação, socialização e interação com o meio.

O CAPS IJ é serviço de porta aberta que atua como componente dessa rede de cuidados. Desta forma, é essencial o envolvimento do CAPS IJ nas discussões de casos e no atendimento compartilhado das crianças neste ciclo de vida assim como de suas famílias/cuidadores, sob a lógica matricial e territorial.

É fundamental a articulação dos serviços do território para definição do PTS conjunto e condução do caso. Desta forma UBS, CER, CAPS IJ e outros serviços inter e intrasetoriais deverão estar articulados neste cuidado.

2.1.1. Apoio às famílias/cuidadores

A Família é o primeiro grupo no qual o indivíduo tem contato e em que se inicia a socialização do sujeito, de modo a desempenhar um papel fundamental no cuidado às crianças com TEA. Por isso, é indispensável que seja construída uma relação de confiança entre profissionais da Rede com estas famílias, bem como vínculos terapêuticos, de forma a escutar as demandas, acolher as angústias, respeitando sempre as diferenças e a organização familiar para que as orientações possam ser dadas.

Nesse sentido, as equipes devem valorizar o olhar da família sobre o desenvolvimento da criança com TEA e sua efetiva participação no processo terapêutico, uma vez que a criança permanece a maior parte do tempo com seus cuidadores.

O envolvimento de pais e cuidadores no processo como um todo é imprescindível, pois são os protagonistas na ação junto a equipe interdisciplinar, tendo como objetivo principal o fortalecimento de vínculos terapêuticos e familiares para promover o cuidado integral.

2.1.2. Saúde Bucal

A literatura mostra uma alta prevalência de cárie, doença periodontal, má oclusão e maior risco de lesões por trauma em crianças e adultos com TEA. Limitações na comunicação, alterações comportamentais, hábitos alimentares com alta ingestão de carboidratos, efeitos colaterais de medicamentos (como a hipossalivação), alteração da sensibilidade à dor e a outros estímulos externos podem piorar ainda mais a condição bucal desta população. Dessa forma, é de extrema importância que os cuidados odontológicos sejam integrados aos cuidados à saúde da pessoa com TEA desde a primeira infância e que sejam mantidos ao longo da vida.

O pré-natal odontológico é importante para a gestante, pois além de cuidar de sua saúde bucal, a mãe recebe orientações sobre a saúde bucal do bebê, desde questões relacionadas à importância da amamentação até os cuidados com a higiene bucal.

A prevenção começa quando ainda bebês, devendo a limpeza da gengiva e dos dentes ser realizada em casa com o uso de gazes umedecidas em água. Por volta dos 6 meses inicia-se o processo de erupção dentária da dentição decídua, e aos poucos é introduzido o uso da escova dental, com a escovação sendo supervisionada por um adulto.

Com o início da erupção dentária, é importante que sejam realizadas a avaliação e acompanhamento pelo cirurgião-dentista. No entanto, vale ressaltar que, em crianças com TEA, poderá haver retardo na erupção dentária, principalmente quando na presença de comorbidades.

No Município de São Paulo, o acesso aos atendimentos em Saúde Bucal é através da UBS com o agendamento da triagem para classificação do paciente quanto ao risco odontológico.

Das 469 UBSs, 426 possuem Serviço de Saúde Bucal. Nas demais Unidades, a família é informada sobre qual é a UBS de referência para o atendimento odontológico.

A rede municipal de saúde conta hoje com Equipes de Saúde Bucal (ESB) compostas por profissionais que estão aptos a fornecer o atendimento odontológico para pacientes com TEA de acordo com as necessidades apresentadas, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada (PNE – Pacientes com Necessidades Especiais).

2.2. Crianças de 2 a 10 anos

Nesta fase de desenvolvimento, devemos observar as questões de linguagem, comunicação, interesses e interação social. Desta forma, a intervenção sobre essas questões deve começar ainda na UBS.

As intervenções terapêuticas continuam ocorrendo por meio das atividades lúdicas e de recursos sensoriais, estimulando o desenvolvimento do jogo simbólico, da imaginação, da comunicação e linguagem e das habilidades emocionais. É importante que tais atividades sejam adequadas e adaptadas de acordo com o desenvolvimento da criança.

A partir dos jogos simbólicos é possível trabalhar a linguagem e as Atividades de Vida Diária (AVDs), como higiene, banho, alimentação, vestuário, e organizar cenários que possibilitem vivenciar situações cotidianas como ir à escola, passear no parque, entre outros.

A disfunção do processamento sensorial é outro aspecto a ser trabalhado quando na presença de hiper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais, a comprometer severamente várias atividades cotidianas.

O processamento sensorial envolve captar informações através de nossos sentidos (toque, movimento, olfato, paladar, visão e audição), organizar e interpretar essas informações e dar uma resposta significativa. Para a maioria das pessoas, esse processo é automático, porém, nas crianças com TEA, apresenta alterações importantes.

A comunicação e linguagem é outro aspecto que precisa ser amplamente trabalhado na população com TEA, pois o desenvolvimento da linguagem e de uma comunicação funcional impacta no comportamento global da criança, inclusive com a redução de comportamentos heteroagressivos e auto agressivos.

A Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA) apresenta-se como uma ferramenta com grande potencial de ampliar a capacidade comunicativa em pessoas que não conseguem utilizar a comunicação verbal de forma funcional e eficaz. Ao contrário do que se acreditava, a utilização da CAA não dificulta o desenvolvimento da oralidade, mas aumenta as possibilidades de a criança desenvolver fala.

Aos 02 anos normalmente a criança já alcançou os marcos motores principais, incluindo a marcha independente.

É fundamental observar se a criança apresenta alterações motoras, como alterações na marcha (andar na ponta dos pés, marcha anserina, marcha atáxica etc.), prejuízos na coordenação motora (motor grosso e fino), no planejamento motor, percepção corporal, lateralidade, coordenação visomotora ampla, assim como dificuldades de equilíbrio dinâmico; estereotípias motoras, entre outros. Além dos aspectos motores, é preciso estar atento também aos aspectos sensoriais.

As melhores respostas para a marcha em ponta são observadas em pacientes que receberam intervenção oportuna. Em casos mais graves, com deformidades instaladas, podem ser usados outros recursos como órteses e até mesmo tratamento cirúrgico para alongamento de tendão. Por este motivo, o encaminhamento ao CER e/ou médico ortopedista é essencial.

Não havendo evolução com as intervenções realizadas, deverá ser encaminhada para avaliação nos serviços especializados, e realizado o compartilhamento do cuidado.

É fundamental que a UBS mantenha as intervenções, mesmo que a criança esteja em atendimento no CER e CAPS, devendo o PTS ser estabelecido durante as reuniões de matriciamento.

Caso a criança já esteja em acompanhamento no CER, por conta de atraso no DNPM ou suspeita de TEA, o CER poderá articular com o CAPS II do território para compartilhamento de diagnóstico e definição de PTS. Da mesma forma, a UBS deverá manter o acompanhamento regular desta criança.

Caso as queixas e suspeitas apareçam nessa faixa etária, entende-se que o caso pode ser direcionado para o CAPS e CER.

A estratégia de Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) é parte integrante dos CER que atendem a modalidade de reabilitação intelectual. Tem como objetivo desenvolver ações que contribuam para a criação, manutenção e fortalecimento de vínculos familiares e sociais, auxiliando na reorganização da dinâmica familiar, a fim de estimular a cooperação de todos no cuidado. Além disso, tem como objetivo desenvolver e aprimorar as AVDs, ampliar a autonomia e independência dessas pessoas, visando à inclusão na sociedade. A estratégia APD também poderá fornecer o suporte para o cuidado em saúde no território. Desta forma, identificadas demandas, a estratégia APD pode iniciar suas ações já neste ciclo de vida.

Os CAPS IJ ofertam atendimento interdisciplinar, contribuindo para o processo diagnóstico biopsicossocial e compondo junto ao usuário o PTS, considerando todas as questões atreladas ao desenvolvimento infantojuvenil. Os casos vinculados aos CAPS IJ geralmente possuem sofrimento psíquico, auto ou heteroagressão, causando prejuízos no convívio psicossocial.

Podem compor a equipe do CAPS IJ: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social, arte educador, técnico de enfermagem, farmacêutico, médico pediatra, psiquiatra e neurologista. Os atendimentos da equipe interdisciplinar visam identificar os fatores psicossociais envolvidos nos entraves apresentados ao desenvolvimento psíquico da criança e nos comportamentos prejudiciais à autonomia, de modo a ampliar a possibilidade da habilidade de circular nos diversos contextos sociais e estabelecer laços.

O atendimento médico no CAPS IJ auxilia na identificação de comorbidades e alterações que indiquem necessidade de intervenção medicamentosa. Esta intervenção tem como objetivo o controle de alguns sintomas alvos, como irritabilidade, impulsividade e agressividade, além de comorbidades que porventura estiverem associadas, como hiperatividade, alterações de sono, de humor, entre outras.

O CAPS IJ também atua nas situações de crise que em geral representam sinais de desconforto físico, psíquico ou dificuldades na dinâmica de interações do círculo social, sendo esses instrumentos de trabalho da equipe no cuidado longitudinal. O CAPS IJ compõe a rede de apoio, tendo um papel fundamental no matriciamento e articulação do cuidado junto à UBS, CER e os diversos equipamentos da rede intersecretarial, tais como escola, assistência social, esporte lazer e cultura.

Nessa faixa etária a criança passa por um processo de ampliação do contexto social, que inicialmente estava restrito ao núcleo familiar e que, então, passa a contar também com o contexto escolar. Podem ocorrer dificuldades na aprendizagem, na

adaptação em sala de aula, com potencial de acarretar angústia e sofrimento para as crianças e suas famílias. Podem ocorrer crises de agitação e agressividade motivadas pelas dificuldades na assimilação de estímulos do ambiente, dificuldades em flexibilizar comportamentos e rotinas repetitivas, dificuldades em expressar desconforto durante a socialização, dentre outras causas.

O direito inalienável e incondicional de todos à educação é efetivado por meio da escolarização, em sistema educacional inclusivo, garantido pela portaria 8.763, de 23 de dezembro de 2016, que regulamenta o decreto 57.379, de 13 de outubro de 2016, desde a educação infantil até a educação superior. Para tanto, devem ser assegurados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação os apoios necessários para seu pleno desenvolvimento, por meio de serviços, recursos pedagógicos, Tecnologia Assistiva, recursos humanos e acesso aos modos e meios de comunicação mais adequados a cada estudante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A escola, entendida como um discurso social, oferece a esses estudantes não só a chance das experiências escolares, como também a possibilidade de um ordenamento do campo simbólico e das leis que regem as relações entre os humanos, bem como a abertura para o convívio social, tão enriquecedor para a construção de novas aprendizagens e para todas as áreas do desenvolvimento desde a primeira infância. Neste sentido, a inclusão escolar desses estudantes possibilita, em termos de seu desenvolvimento, que a circulação discursiva e o trabalho educacional promovidos na escola possam produzir efeitos em seu desenvolvimento físico, psicomotor, da linguagem e cognitivo (SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO, 2021).

Desta forma, a articulação entre os serviços de saúde e a educação se torna imprescindível para potencializar os ganhos em todos os âmbitos da vida. É importante o estabelecimento de espaços sistemáticos para esta articulação nos territórios como estratégia a garantir o trabalho conjunto das duas Redes.

Dentre tantas possibilidades, a equipe de saúde pode contribuir com os recursos de Tecnologia Assistiva, assim como agregar nas intervenções pautadas na melhora da socialização, comunicação e interação. O trabalho de todas as esferas (atenção básica, atenção especializada e educação) deve ser permanente e integrado.

Para maiores informações sobre o atendimento de estudantes com TEA na rede municipal de educação, acesse:

[Orientações para atendimento de estudantes: Transtorno do Espectro do Autismo.](#)

2.2.1. Apoio às famílias/cuidadores

O trabalho em conjunto com a família é fundamental para estimular a independência funcional de acordo com cada grau do espectro. O jogo simbólico realizado nos espaços terapêuticos deve ser transferido para os ambientes domiciliar, educacional e de convivência social, o que ocorrerá através de abordagens junto à família e escolas.

É importante salientar que o acolhimento e o cuidado da família devem ocorrer pela equipe interdisciplinar, através de atendimentos individuais e/ou participação em grupos na UBS, CER, CAPS, de acordo com as demandas e oportunidades.

2.2.2. Saúde Bucal

Além dos cuidados domiciliares com a higiene bucal, nessa faixa etária há a erupção completa da dentição decídua e início da erupção da dentição permanente. Sugere-se que sejam iniciados os primeiros contatos com o cirurgião-dentista nesta época, para condicionamento e procedimentos preventivos.

O contato tardio do paciente com o consultório odontológico pode dificultar ainda mais a execução dos procedimentos necessários. Ou, ainda, muitas vezes o primeiro contato com o dentista ocorre em uma situação de urgência, com quadro de dor. Assim, é fundamental que a criança já inicie na primeira infância seus cuidados bucais no consultório, e que a prevenção ocorra periodicamente.

O manejo clínico para o atendimento odontológico ao paciente com TEA envolve o conhecimento do profissional quanto aos aspectos relacionados à idade, à comunicação e interação social e ao comportamento do indivíduo. A higiene bucal é fundamental para a prevenção de agravos, como a cárie e a doença periodontal. Alimentação adequada, escovações após as refeições e o uso diário do fio dental são determinantes para a manutenção da saúde bucal, reduzindo, dessa forma, a frequência de intervenções odontológicas e eliminando fatores potenciais para agitação, como a dor, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Nesta faixa etária, são mais evidenciadas alterações odontológicas que por ventura possam surgir, tais como a má-oclusão, que pode ser decorrente de hábitos como chupar dedo ou do uso de chupetas. Hábitos alimentares e uso de medicações também devem ser considerados. Dessa forma, o plano de tratamento será único para cada paciente, com foco constante na prevenção, através de condicionamento, profilaxia e aplicações de flúor, com a periodicidade indicada pelo cirurgião-dentista.

Os atendimentos devem seguir preferencialmente uma rotina, seguindo os mesmos dias, horários matutinos e equipe profissional.

As consultas odontológicas devem ser curtas e bem estruturadas, evitando-se longas esperas na recepção. Durante o atendimento, o cirurgião-dentista deverá utilizar comandos claros, curtos e simples para melhor entendimento, evitando palavras que provoquem medo no paciente.

O ambiente deverá ser claro e tranquilo, com redução da estimulação sensorial, como luz forte, sons e odores.

São recomendadas estratégias de condicionamento, como, por exemplo, as técnicas de controle de voz, “dizer, mostrar, fazer” (na qual o profissional explica a tarefa fazendo demonstrações para, então, realizar o procedimento demonstrado), além do constante reforço positivo, que consiste em elogios imediatos durante e ao final do atendimento. Na técnica de utilização de figuras, também muito utilizada, o cirurgião-dentista apresenta ao paciente uma sequência de imagens de algum procedimento, como a escovação e o uso do fio dental, por exemplo. Conforme o paciente realiza cada etapa, o profissional troca a figura para a que representa o próximo passo naquele procedimento, elogiando sempre a criança por cada etapa concluída.

Naqueles casos em que haja resistência ao manejo verbal e condicionamento comportamental, a contenção física, sedação e/ou anestesia geral devem ser consideradas, de acordo com cada quadro. A estabilização protetora, com o uso de contenção física, sempre com o expresso consentimento dos pais e/ou responsáveis, é utilizada para restringir os movimentos do paciente, a fim de reduzir o risco de lesões durante o procedimento. O uso de abridor de boca também deverá ser considerado em muitos casos.

Como mencionado anteriormente, no Município de São Paulo, o acesso aos atendimentos em Saúde Bucal é feito pela UBS com o agendamento da triagem para classificação do paciente quanto ao risco odontológico.

As urgências odontológicas são atendidas em UBS, AMA (Assistência Médica Ambulatorial), UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou PS (Pronto Socorro) que tenham cirurgião-dentista.

Além das UBSs, em casos de maior complexidade, após criteriosa avaliação da ESB da Atenção Básica, podem ser encaminhados via Regulação (SIGA Saúde), para o atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por profissionais capacitados e especialistas no atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

Para os casos em que seja necessária sedação ou anestesia geral para a realização do tratamento odontológico, o CEO encaminhará o paciente para as seguintes referências: HD (Hospital Dia) Vila Maria/Vila Guilherme, HD São Mateus, HD São

Miguel, Hospital Municipal Saboya e HD Flávio Giannotti. O Hospital Municipal do Campo Limpo realiza somente procedimentos odontológicos cirúrgicos.

2.3. Adolescente de 10 a 19 anos

O treino AVDs é imprescindível neste ciclo de vida, com vistas à autonomia e independência do adolescente com TEA. Além disso, a participação em grupos terapêuticos na UBS, CER, CAPS e CECCO irá auxiliar e favorecer a comunicação e socialização, possibilitando trabalhar questões pertinentes como: mudanças corporais, sexualidade, bullying, ansiedade, entre outros. Nesta faixa etária, ainda é possível que muitos sejam beneficiados pela terapia com recursos sensoriais, descrita anteriormente neste documento.

A articulação da Saúde com a Educação ainda se mantém necessária e extremamente importante.

Alguns CER contam com recursos terapêuticos complementares para implementar as ações de reabilitação já existentes. Um destes recursos é a realidade virtual, na qual os pacientes com TEA têm conseguido desenvolver determinadas habilidades que dão suporte às necessidades de comunicação, participação social e treino de habilidades específicas.

A estratégia APD poderá atuar conjuntamente desde momentos anteriores da vida do sujeito, porém é neste ciclo que grande parte das necessidades de apoio para inclusão e participação social se expressa. Desta forma, a estratégia APD terá papel fundamental neste ciclo de vida e poderá contribuir para o aprimoramento das AVDs, promoção de maior autonomia e independência da pessoa com TEA, além de oferecer suporte aos familiares/cuidadores sempre que necessário. A estratégia APD irá realizar ações que possam fortalecer a rede de saúde e intersetorial, visando à inclusão dessas pessoas na sociedade.

Na passagem para a adolescência, além da possibilidade do surgimento de crises convulsivas, pode acontecer piora das situações de agitação e agressividade ou, menos comumente, maior apatia e lentidão em crianças que eram mais inquietas. Também na adolescência ficam mais evidentes os prejuízos associados à socialização, principalmente porque a fase implica mobilizar habilidades sociais, o que é uma questão no TEA. Desta forma, pode gerar maiores situações de conflito, bullying, violência, além de questões de surgimento de comorbidades que podem estar mais evidentes nesta fase, como episódios de humor depressivo, quadros ansiosos dentre outros.

O manejo das questões de sexualidade pode apresentar-se como uma dificuldade associada. Em pequena parcela das pessoas com TEA, há perda autolimitada,

mas permanente, de habilidades de linguagem e declínio cognitivo no período da adolescência.

Nessa faixa etária, o pré-adolescente e adolescente passam por um processo de diferenciação do núcleo familiar e construção de individualidade e independência, mediadas pelas percepções de modificações no próprio corpo e maior complexidade nas interações com seus pares. Costuma ser um período desafiador para todos os jovens e pode ser ainda mais intenso para os jovens com TEA. Podem aparecer nessa fase sintomas de ansiedade e depressão, além de exacerbação de crises que comunicam esse sofrimento. Os CAPS IIJ, em relação a tal fase, ofertam o cuidado ampliado e interdisciplinar para os jovens em sofrimento.

Adolescentes com TEA também poderão passar por demandas relacionadas à variabilidade de gênero. Considerando a diversidade e a necessidade de inclusão, é importante que os serviços apoiem o adolescente e suas famílias nessa fase, recomendando os serviços públicos de apoio especializado no contexto da disforia de gênero.

Através de atendimentos individuais, em grupo e no território compõem o projeto terapêutico singular, fortalecendo o jovem e sua família para os novos contextos cotidianos.

2.3.1. Apoio às famílias/cuidadores

Assim como falamos anteriormente, o acolhimento da família poderá ocorrer através de atendimentos individuais e/ou participação em grupos na UBS, CER, CAPS ou em outros equipamentos de saúde do território, de acordo com as demandas. Vale ressaltar que o grupo é uma importante estratégia para troca de informações, vivências e descobertas dos pais diante deste ciclo de vida, para apoio emocional, realização de orientações em saúde e outros temas relevantes a esta faixa etária.

2.3.2. Saúde Bucal

Neste ciclo de vida é importante a manutenção dos hábitos relacionados à higiene bucal, com a escovação após as refeições e o uso diário do fio dental, para prevenção dos agravos bucais, como a cárie dentária e a gengivite, diminuindo, dessa forma, o número de intervenções odontológicas. O adolescente deve ser estimulado quanto à independência dos cuidados de sua higiene bucal, e a família exerce um importante papel na supervisão desta tarefa.

As consultas odontológicas devem prever estabelecimento de vínculo, técnicas de condicionamento e procedimentos preventivos, como profilaxia e aplicação tópica de flúor, e devem ocorrer conforme a periodicidade sugerida pelo cirurgião-dentista.

2.4. A partir de 20 anos

A pessoa com TEA na fase adulta deve manter seu acompanhamento na rede de acordo com suas necessidades específicas.

Além das diversas ações da Estratégia APD já citadas anteriormente, a partir de avaliação e identificação de potencial, a equipe APD poderá auxiliar no projeto Emprego Apoiado, o que visa à inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

O CAPS Adulto se constitui como referência para o território em situações de crise e complexidade e compõe a rede de cuidado através de matriciamento de casos, atendimentos interdisciplinares, articulações intra e intersetoriais.

Em situações de maior complexidade ou outros riscos identificados pelo profissional de referência, os CAPS Adulto III podem ser acionados, pois dispõem de leitos de acolhimento integral, 24h, por um período de até 14 dias. Este serviço trabalha articulado com a rede hospitalar a auxiliar na construção do cuidado territorial, a fim de estabelecer/restabelecer o bem estar, o convívio e participação social, sob a perspectiva do cuidado prestado em liberdade.

As pessoas com TEA podem ser referenciadas para os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs), os quais também compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estes serviços promovem o cuidado em saúde mental e desenvolvem ações que visam à inclusão social, ambiental, cultural e no trabalho, com o propósito de incentivar a autonomia e poder de contratualidade de usuários e familiares.

À medida que a pessoa com TEA envelhece, sua família também envelhece. Assim, a morte dos pais ou de um irmão causa um impacto na vida desta pessoa (aspectos emocionais, financeiros, moradia, entre outros). Nesse contexto, faz-se necessária a articulação dos serviços de saúde do território (UBS, CAPS, CER/APD, CECCO) para suporte a essa pessoa, seja em seu domicílio, seja em serviço socioassistencial de acolhimento (Instituição de Longa Permanência para Idoso, Serviço de Residência Terapêutica ou Residência Inclusiva, a depender da avaliação do caso). Além disso, é imprescindível olhar para outras questões de saúde inerentes a este ciclo de vida, como hipertensão arterial, diabetes, comprometimentos osteomusculares e demência e outros agravos comuns ao processo de envelhecimento da população em geral. Todos esses fatores devem ser considerados para o cuidado e acompanhamento de um adulto e idoso com TEA (AUTISMO E REALIDADE, 2021).

Para Carvalho (2018), o envelhecimento do TEA não consta nos dados demográficos brasileiros, mas está presente nos espaços de convivência e em instituições que prestam atendimento especializado para este público. Entre os fatores de risco presentes no envelhecimento precoce em pessoas com TEA, destacam-se: uso

de medicamentos prolongados para tratamento de doenças pré-existentes, predisposição da pessoa com TEA para desenvolver comportamentos e condutas de riscos no dia a dia e declínio cognitivo subestimado; também é comum a permanência das doenças neurológicas e psiquiátricas adquiridas ainda na infância, sobrepondo-se às habilidades sociais e de comunicação, interesses restritos e comportamentos estereotipados. Essas alterações impactam de maneira direta no envelhecimento da pessoa com TEA, requerendo adequação constante do PTS proposto.

2.4.1. Apoio às famílias/cuidadores

Diante do envelhecimento da família, muitas vezes, há necessidade de uma reorganização desse núcleo, envolvendo questões como mudanças na rotina e dinâmica da família, reorganização e readaptação de espaços físicos (mudanças de casa ou modificações arquitetônicas), reorganização dos cuidados (rodízio entre os membros da família), bem como tratamento de questões emocionais, devido às necessidades e dificuldades na prestação de cuidados (CARVALHO; ARDORE; CASTRO, 2015).

Desta forma, é imprescindível o envolvimento dos serviços de saúde do território, a fim de garantir um envelhecimento de qualidade à pessoa com TEA e aos seus familiares/cuidadores.

Conforme descrito no documento “Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa”, a SMS vem organizando o atendimento à população idosa com o objetivo de promover ações que trabalhem pela educação e promoção da saúde, prevenindo agravos e melhorando a qualidade de vida dessas pessoas (PASCHOAL, 2014; MARCUCCI, 2015; LIMA, 2015)

O Programa Nossos Idosos está apoiado pela Portaria SMS nº 202/2019, a qual regulamenta a Política Municipal de Atenção à Saúde da População Idosa no município, com ênfase na autonomia e independência da pessoa idosa. São prioridades do Programa Nossos Idosos:

- A manutenção e melhoria da capacidade funcional;
- A reabilitação da capacidade funcional restrita e psicossocial;
- O estímulo à prática cotidiana de atividades físicas e corporais como promotoras do envelhecimento ativo e de combate ao sedentarismo;
- O controle de doenças crônicas tais como diabetes, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica);
- O desenvolvimento de ações de capacitação aos profissionais de saúde que prestam serviço ao município, visando ao atendimento específico às necessidades da população idosa.

Todas as UBS devem ter uma programação específica para a população idosa, com enfoque gerontológico e de acordo com o perfil local obtido através da AMPI-AB (Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica). Essas ações têm caráter individual ou coletivo.

Muitas vezes os familiares/cuidadores idosos não conseguem ir até a UBS para realizar suas consultas de rotina, tendo em vista sua dinâmica familiar, desta forma visitas frequentes das equipes possibilitam identificar as necessidades atuais desta família.

As Unidades de Referência em Saúde da Pessoa Idosa (URSI) são pontos de atenção ambulatorial secundária, compostas por uma equipe interdisciplinar, que utilizam os mecanismos de referência e contra referência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento.

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas AVD e para suprir outras necessidades de saúde e sociais (SMS, 2017). Ao garantir a acessibilidade e equidade na atenção às pessoas idosas com suas ações, o PAI propicia a reinserção no sistema e na sociedade dos idosos assistidos, estimulando ou resgatando a autonomia, diminuindo a dependência para o autocuidado e melhorando a qualidade de vida (BERZINS, 2009; FERREIRA, 2014; MARCUCCI, 2018).

Os serviços sócios sanitários públicos surgiram da necessidade de organização e integração da assistência já prestada à população idosa pelos serviços da SMADS, como as Instituições de Longa Permanência (ILPI), Centros de Acolhida Especial para Idosos (CAEI) e Centros Dias, aos serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio de sua rede de Atenção Básica, Especialidade e Urgência e Emergência.

É de extrema importância a articulação intersetorial, a fim de garantir o cuidado integral da pessoa com TEA e de seus familiares/cuidadores que estão envelhecendo.

Ressaltamos que a SMADS oferta diversos serviços à população idosa. Os serviços variam entre convivência e acolhimento, de acordo com as necessidades apresentadas pelo idoso. As formas de acesso são pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Tendo em vista a vulnerabilidade social em que muitas famílias se encontram, é necessário que as equipes possam orientar sobre o BPC (Benefício de Prestação Continuada): trata-se de benefício assistencial mensal, no valor de um salário mínimo,

que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) proporciona ao idoso com 65 anos ou mais ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos) que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2022)

A pessoa com TEA e/ou seus familiares/cuidadores podem procurar o CRAS mais próximo da sua residência para dirimir dúvidas sobre os critérios do benefício, além de receber orientação sobre o preenchimento dos formulários necessários, disponíveis no [MEU INSS](#).

Para maiores informações:

[Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa \(versão resumida – clique aqui\).](#)

[Serviços e legislação referentes a idosos no âmbito de SMADS \(clique aqui\);](#)

[Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência \(BPC – clique aqui\).](#)

2.4.2. Saúde Bucal

A população de idosos vem crescendo em ritmo acelerado, no Brasil e no mundo. Com o processo natural de envelhecimento, o indivíduo está sujeito a alterações em suas condições sistêmicas, psicológicas e sociais. Dessa forma, a saúde bucal também merece atenção, na manutenção dos cuidados preventivos e intervenções necessárias, principalmente em decorrência de ausências dentárias, uma vez que a presença dos dentes é fundamental para a fonação e mastigação adequadas, contribuindo assim para a manutenção da saúde como um todo. É importante, também, verificar interações medicamentosas e condições relacionadas à faixa etária, como diminuição da imunidade e presença de infecções oportunistas, alterações cardiovasculares e doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, diminuição do fluxo salivar, dificuldades em engolir alimentos, bem como perda óssea, o que pode dificultar a adaptação de próteses dentárias.

3. Saúde Nutricional

Os problemas alimentares das pessoas com TEA em geral iniciam-se na infância e podem permanecer ao longo da vida, desta forma o cuidado deve ocorrer conforme a necessidade de cada um, independentemente do ciclo de vida em que se encontra.

Crianças com desenvolvimento típico, normalmente apresentam dificuldades na aceitação de novos sabores e alimentos entre 18 a 24 meses, período este caracterizado pela neofobia alimentar, o que é comum no desenvolvimento infantil. Esse aspecto

poderá ser exacerbado no contexto de comportamento restritivo de TEA (LÁZARO; CARON; PONDE, 2018).

Estudos apontam que de 46 a 89% das crianças com TEA apresentam problemas alimentares, sendo a seletividade alimentar a alteração na alimentação mais comum.

A seletividade alimentar pode ser classificada de acordo com a sua causa e com o seu grau de gravidade. Considera-se leve quando uma criança experimenta novos alimentos, mas gosta apenas de um conjunto restrito. Pode apresentar desenvolvimento adequado em relação à idade.

Nos casos das crianças altamente seletivas, comumente aceitam entre 10 a 15 alimentos, o que é considerado grave, pois pode comprometer ou atrasar as funções motoras orais normais (BRAGA et al., 2021).

Em 1943, Leo Kanner publicou o artigo: “Os distúrbios autísticos do contato afetivo”.

Segundo Kanner, tudo o que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma “intrusão assustadora”, o que explicava não só a tendência de ignorarem o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento.

Alterações da função alimentar (seletividade, recusa, regurgitação), embora não sejam exclusivas e específicas para identificação de risco para TEA, também devem ser consideradas e investigadas.

Na alimentação, geralmente, observam-se dificuldades quando a criança recusa diversos alimentos com base no gosto, textura, temperatura, aparência, tipo de utensílio e nas embalagens dos alimentos. Além disso, os pacientes com TEA podem apresentar problemas em recusar a comida, dificuldade em permanecer sentado durante as refeições e comportamentos agressivos. Estas alterações alimentares têm causas multifatoriais, dentre as quais fatores comportamentais (comportamentos repetitivos e ritualísticos), fisiológicos (processamento sensorial, saúde gastrointestinal) e hábitos familiares.

As consequências disso são a pouca variedade alimentar, tendo-se como preferência alimentos processados e ricos em amido, e a baixa ingestão de frutas e vegetais. Esse tipo de alimentação pode aumentar o risco de deficiências nutricionais, por conta da ingestão deficiente de micronutrientes.

Os pacientes com TEA podem apresentar algumas comorbidades associadas com potencial de influenciar na sintomatologia e no tratamento. Muitas vezes os problemas relacionados ao sono estão associados a distúrbios gastrointestinais, condição muito

comum nestes pacientes. Dentre as alterações gastrointestinais, a dor abdominal, diarreia e constipação são as mais frequentes. Além das alergias alimentares imunológicas, rinite e doenças, transtorno de ansiedade e deficiência intelectual.

3.1. Educação Alimentar e Nutricional

As crianças com TEA integram um grupo de desordens do neurodesenvolvimento e possuem particularidades mais acentuadas no desenvolvimento de sua educação alimentar e nutricional (EAN).

É importante destacar que, para realizar uma EAN, se deve levar em conta as diversidades alimentares das famílias, suas tradições em relação à alimentação, para identificar os desafios às práticas de uma alimentação saudável. É necessário perpassar pelo período gestacional, se foi planejado/desejado, e pelas intercorrências ocorridas pós parto, tais como parto prematuro, se houve intubação, internações, refluxos, a ficar, sugere-se, armazenado na memória, podendo também refletir aceitação alimentar.

Muitos familiares de TEA enfatizam os comportamentos alimentares desadaptativos que enfrentam durante a alimentação, podendo gerar implicações no cotidiano, tendo uma variabilidade sintomática para cada indivíduo. A persistência em consumir certos alimentos, a severidade da recusa, ativadas principalmente pelos padrões específicos da sensibilidade gustativa, os quais são características típicas do transtorno, apresentando uma rigidez comportamental, muitas vezes concorrem para a exaustão de alguns pais. Eles acabam se sentindo impotentes em relação às suas ações diárias por uma alimentação saudável, apontando para uma complexidade envolta nessa temática.

Os estilos parentais refletem o clima emocional durante as refeições, e a condução alimentar realizada pelo principal cuidador sobre a criança é de extrema importância na abordagem e tratamento das dificuldades alimentares, pois as ações dos pais/responsáveis/cuidadores alteram o comportamento alimentar da criança.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP – (2022), a participação dos estilos de alimentação do cuidador deve ser considerada parte essencial do gerenciamento, sendo estabelecidos quatro padrões e estilos alimentares parentais.

Quadro Estilos Parentais:

Estilo Parental	Prática Alimentar Parental
Responsivo (Autoritativo).	Orienta a alimentação da criança Estabelece limites Comem como modelo e conversam sobre comida de forma positiva

	Respondem aos sinais de fome da criança
Controlador (Autoritário).	Tentam controlar a alimentação da criança. Restringem alimentos da criança. Pressionam a criança para comer. Suborna a criança com recompensas. Ignora os sinais de fome da criança.
Indulgente (Permissivo).	Não estabelece limites. Alimenta a criança com o quê, onde e quando ela quer. Prepara comidas especiais para a criança. Ignora os sinais de fome da criança.
Não envolvido ou Passivo (Negligente).	Desiste das responsabilidades alimentares. Não estabelece limites. Ignora os sinais de fome ou as necessidades físicas e psicológicas da criança.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2022).

É importante que o profissional de saúde — médico, nutricionista ou outro que lida com crianças com dificuldade alimentar — saiba reconhecer os estilos parentais, para melhor orientar os pais acerca de suas posturas, bem como para manifestar de que forma o ambiente e comportamento pessoal, familiar e doméstico podem ser modificados, aproximando-se gradativamente do mais adequado.

Nesse sentido, há possibilidade de os profissionais de saúde diferenciarem mais facilmente os estilos alimentares através de três questionamentos aos pais:

- O quanto você está ansioso em relação à alimentação de seu filho?
- Como você descreveria o que acontece durante a refeição de sua criança?
- O que você faz quando sua criança não come?

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, os pais com práticas alimentares responsivas ensinam o filho a ter melhor compreensão de fome e saciedade, que alimentos são bons e comer é prazeroso; bem como a ter experiências com novos alimentos sem stress e estabelecer padrões de refeições culturais e familiares. Por outro lado, os pais controladores ensinam ao filho a comer quando não se está com fome, a comer para agradar outras pessoas ou para obter algo, que comer não é prazeroso, a não gostar de alimentos saudáveis e a gostar de alimentos não saudáveis. Em geral, os pais negligentes dão respostas vagas, já que não estão envolvidos com a alimentação dos filhos. Portanto, conhecem esta muito pouco. Já os controladores tendem a responder que pressionam ou forçam a criança a comer. Por fim, os indulgentes tendem à ação de implorar ou suplicar para a criança comer, assim como preparar alimentos de forma especial.

O nutricionista deve ajustar suas recomendações baseado no estilo de alimentação dos pais, além de utilizar as estratégias nutricionais pontuadas a seguir:

- Acolher a família. É importante que a família se sinta acolhida, respeitada frente às dificuldades relacionadas à refeição. Saber, pois, que o nutricionista e os familiares são uma equipe, ante a melhora dos hábitos alimentares;
- Avaliar as expectativas familiares frente ao tratamento nutricional;
- Avaliar o histórico gestacional, período do puerpério e a fase da introdução alimentar, o que pode trazer pontos importantes acerca do que eventualmente esteja a colaborar para a recusa alimentar;
- Questionar o número de pessoas que moram na residência; quem trabalha; recursos financeiros;
- Avaliar situações de moradia: espaço, condições de saneamento básico;
- Suporte: têm familiares próximos que possam apoiá-los em situações necessárias? Ou os familiares residem em outros estados? Há outras redes de apoio, como vizinhos, amigos, escolas?
- Qual é o familiar mais envolvido na alimentação da criança;
- Como é o ambiente familiar: tranquilo, agitado, com muitas brigas;
- Hábitos alimentares: se apresentam o hábito de realizar a alimentação em família; sentados à mesa ou em frente à televisão;
- Qual o padrão alimentar: comportamento; padrões ritualísticos, repetitivos e restritivos de atividade; comportamentos e interesses, em particular; hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais;
- Rotina diária: quais pontos de rede estão envolvidos, se está na escola e qual o comportamento nesses ambientes;
- Introduzir os alimentos nas atividades recreativas da criança, sem o enfoque em comer;
- Realizar artes com o alimento;
- Pintar desenhos de alimentos, escutar músicas falando sobre alimentação;
- Realizar atividades de culinária:
 - envolvê-la na preparação;
 - organização da mesa ou local onde se alimenta;
 - leitura de receita ou elaborar receitas com gravuras.
- Garantir o espaço da criança na mesa ou local que realizam as refeições no início, consumindo os alimentos seguros para ela;
- Utilizar os alimentos já consumidos e associar outros pela cor, textura, para que a criança se sinta segura;
- Criar um ambiente de tranquilidade e harmonia para a refeição;
- Trazer felicidade à mesa;

- Evite utilizar falas como: “agora é você”; “coma”, “experimente”, “se você comer, te dou/ou não vai fazer”; “vou ficar triste se não comer...”;
- Redefinir o termo "experimental": utilizar falas como: “quer sentir na sua mão?”, “que tal lamber?”;
- Despertar a curiosidade da criança pelo alimento, contribuindo para o seu aprendizado em comer;
- Ser o modelo: saborear; solicitar ajuda da criança para servi-la; brincar em descobrir o alimento;
- Apresentar o alimento de forma criativa;
- Oferecer o mesmo alimento em preparações diferentes;
- Evitar parabenizar, fazer festa quando a criança colocar o alimento à boca;
- Afastar pressões e motivações externas: TV, vídeos, brinquedos ou punições;
- Não desrespeitar os sinais de fome e saciedade;
- Entender que a criança é responsável pela quantidade de alimento que ela come;
- Oferecer alimentos adequados às necessidades nutricionais, sensoriais, motoras e emocionais;
- Atenção às mudanças bruscas, as quais podem ser dolorosas, podendo retroceder todo avanço já ocorrido (atentar-se à mudança ou férias escolares, perdas familiares, nascimento de irmãos, separações);
- Antecipação: importância em antecipar o que será realizado durante o dia ou na semana, para que a criança não se desorganize.

Dietas específicas:

Tem-se estudado muito as dietas sem glúten ou caseína e a utilização de probióticos e prebióticos ou suplementos nutricionais como recursos para diminuição dos sintomas gastrointestinais, bem como sua relação com a melhora nos déficits cognitivos e comportamentais. Mas há muitas limitações nesses estudos, tais quais: tempo de intervenção; tamanho da amostra; ausência de especificações do método realizado para o controle de ingestão; grupos heterogêneos; falta de comparações pré e pós intervenção intragrupo; qualidade metodológica; fato de a ausência de padronização dos estudos dificultar na validação da eficácia das condutas empregadas; riscos nutricionais a longo prazo – sem acompanhamento com nutricionista.

Com todas as variáveis apresentadas, são necessários mais estudos, e essas dietas pontuadas acima não devem ser utilizadas como protocolo nutricional no atendimento a pacientes com TEA.

O tratamento nutricional às crianças com TEA e que apresentam seletividade é um trabalho desafiador. É importante conhecer e respeitar a individualidade de cada criança e sua família. Deve-se associar o tratamento com atividades que utilizam a criatividade e a comunicação, acolhendo e envolvendo sempre a família. Além disso,

também é imprescindível envolver a equipe interdisciplinar: nutricionista, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, para poder trabalhar todos os aspectos que envolvem a seletividade alimentar.

Deve-se integrar as redes de cuidado em que a criança é inserida – APS (Atenção Primária em Saúde), escolas, atenção especializada –, por meio de matriciamento, para realizar discussões e elaborar um PTS articulado, propiciando, assim, um melhor resultado frente ao tratamento das crianças com TEA e seus familiares.

4. Fluxo de atendimento

Na Figura 2, apresentamos o fluxograma de atendimento e acompanhamento das pessoas com TEA na rede de serviços da Atenção Básica:

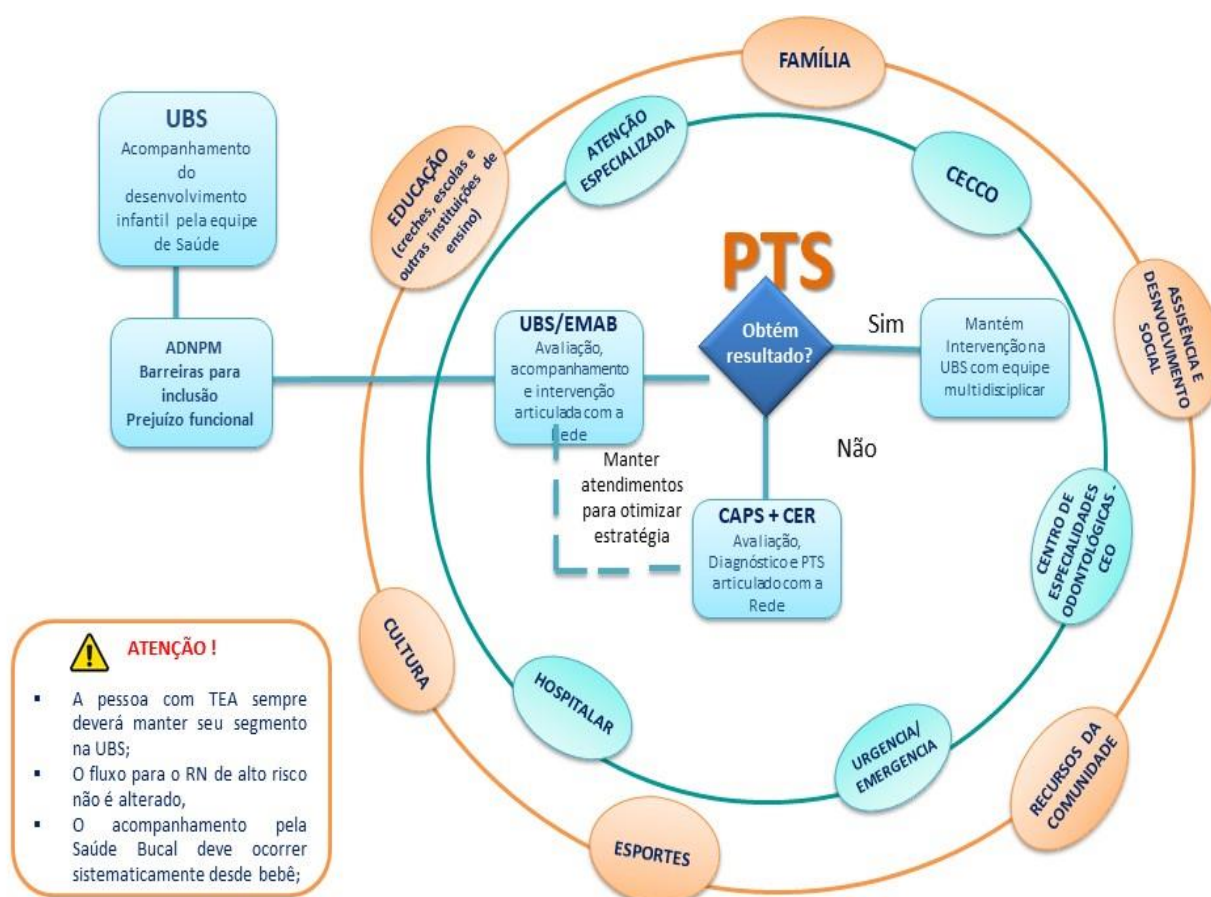


Figura 2 - Fluxograma de atendimento TEA na rede.

5. Articulação com outros pontos de atenção à saúde

É de extrema importância a responsabilização de todos os pontos de atenção da rede para acolher e atender as demandas das pessoas com TEA e suas famílias.

Para tanto, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), AMA e UPAS têm papel essencial no cuidado das pessoas com TEA diante de situações de urgência, bem como os hospitais diante de agravamento clínico que requeiram internação.

Tendo em vista as especificidades das pessoas com TEA, além das articulações dos serviços no âmbito municipal, a articulação entre as diferentes esferas governamentais se faz essencial para que possamos garantir a integralidade do cuidado nos diferentes ciclos de vida, considerando as necessidades de suporte e apoio, assim como o acesso aos serviços de diferentes complexidades.

Desta forma, o município e o estado vêm se aproximando a fim de estabelecer fluxos para os casos que necessitam de uma intervenção mais intensa e específica, bem como garantir a contra referência dos usuários que estão nos serviços de maior complexidade do estado para os serviços municipais de saúde.

Através desta articulação, está prevista a disponibilidade de ações de educação permanente, a fim de qualificar os pontos de atenção da RAPS, RCPD (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência), Atenção Básica e a aproximação dos serviços de referência do estado com os serviços do município, possibilitando a realização de matriciamento presencial e online, construção conjunta de PTS, atendimento compartilhado e definição de protocolos para encaminhamento de casos que necessitem de intervenção nos serviços de alta complexidade do estado.

6. Bibliografia Consultada

AMARAL, COF *et al.* Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archives of Oral Research*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 143-51, 2012.

DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais., Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 3 jun./2022.

ARAUJO, JAM. R.; VERAS, AB.; VARELLA, AAB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 11, n. 1, p.89-98, abr./2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 nov./2022.

AUTISMO E REALIDADE. Desvendando a adolescência: sexualidade e autismo. TEA no dia a dia. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2022/04/29/desvendando-a-adolescencia-sexualidade-e-autismo/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

Guia para leigos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo, 2021. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/convivendo-com-o-tea/cartilhas/cartilha-guia-para-leigos-sobre-o-transtorno-do-espectro-autista-tea/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

AUTISM SPEAKS. Applied Behavior Analysis (ABA). Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRAGA, M. C. S.; NOGUEIRA, L. R.; OKUIZUMI, A. M.; ROCHA, N. O.; ALMEIDA, A. R. de; MAXIMINO, P.; FISBERG, M. Seletividade alimentar e o papel da escola: crianças que frequentam regularmente a escola apresentam maior repertório alimentar? *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 54, n. 3, p. e-172886, 2021. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.172886. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/172886>. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

Cadernos de Atenção Básica (nº 23) - Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. ISBN 978-85-334-2290-2.

Definição - Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. Portal. Brasília: Ministério da Saúde [ca. 2020]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso: em 12 abr. 2022.

Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022

Linhas de Cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em: 10/03/2022.

Ministério da Saúde. Autismo: orientação para os pais. Brasília: Ministério da Saúde/Casa do Autista, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

Sou Gestor - Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. Portal, Linhas de Cuidado. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/sou-gestor>. Acesso em: 11 nov. 2022.

TEA: Saiba o que é o Transtorno do Espectro Autista e como o SUS tem dado assistência a pacientes e familiares. Notícias. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/tea-saiba-o-que-e-o-transtorno-do-espectro-autista-e-como-o-sus-tem-dado-assistencia-a-pacientes-e-familiares>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CAMARGOS Jr., W. et al. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3o Milênio. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria

Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. Disponível em: <https://www.fcee.sc.gov.br/busca?searchword=3%20mil%C3%AAnio&searchphrase=al>. Acesso em: 16 nov. 2022.

CARVALHO, C.L.; ARDORE, M.; CASTRO, L.R. de. Cuidadores Familiares e o Envelhecimento da Pessoa com Deficiência Intelectual: Implicações na prestação de cuidados. Revista Kairós Gerontologia, 18(3), pp. 333-352. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

CARVALHO, C. L. Os desafios do envelhecimento e do autismo. In: Longevidade e Saúde. Instituto Longevidade MAG, 2018. Disponível em: [https://institutodelongevidademag.org/longevidade-e-saude/os-desafios-do-envelhecimento-e-do-autismo#:~:text=Entre%20os%20fatores%20de%20risco,cognitivo%20subestimado%20\(n%C3%A3o%20avaliado\)](https://institutodelongevidademag.org/longevidade-e-saude/os-desafios-do-envelhecimento-e-do-autismo#:~:text=Entre%20os%20fatores%20de%20risco,cognitivo%20subestimado%20(n%C3%A3o%20avaliado)). Acesso em: 11 nov. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Frequently Asked Questions. Autism Spectrum Disorder (ASD), 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/topics.html>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CONITEC. Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. In: Relatório de Recomendação. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nº 716. Brasília: Ministério da Saúde, 2022 Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220425_pcdt_comportamento_agressivo_no_tea_final.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

DA SILVA, S.N. et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2017 Sep;27(5):388-398. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27796062/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DOSHI-VELEZ, F.; GE, Y.; KOHANE, I. Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis. Pediatrics, v. 133, n. 1, p. e54-e63, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24323995/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DRASH, P. W.; TUDOR, R. M. An analysis of autism as a contingency-shaped disorder of verbal behavior. Anal Verbal Behav. 2004; 20: 5–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755437/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FERRAZZANO, G.F.; SALERNO, C.; BRAVACCIO, C.; INGENITO, A.; SANGIANANTONI, G.; CANTILE, T. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. Eur J Paediatr Dent. 2020 Mar;21(1):9-12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32183521/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

HYMAN, S. L. et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. American Academy of Pediatrics, Volume 145, Issue 1 January 2020. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20193447/36917/Identification>

[-Evaluation-and-Management-of?autologincheck=redirected | Pediatrics](#). Acesso em: 11 nov. 2022.

LAZARO, C. P.; CARON, J.; PONDÉ, M. P. Escalas de avaliação do comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro autista. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 42-59, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872018000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2022.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M Chat para rastreamento precoce do autismo. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 30 (3) - Dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJsx7JhDNbjswLKPZ7Td69J/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LOVAAS, O. I. Behavior treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55 (1): 3-9. Disponível em espanhol em: <http://portal.uarg.unpa.edu.ar/material/2modulo/6%29%20articulo%2087.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MATSON, J. L.; GOLDIN, R. L. Comorbidity and autism: trends, topics and future directions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 7, n. 10, p. 1228-1233, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no. - 324, de 31 de março de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0324_31_03_2016.html. Acesso em: 16 nov. 2022.

MORAIS, A. S. de. Usos e apropriações de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil por agentes comunitários de saúde: uma experiência de formação. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-122005/pt-br.php>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PAULA, C. S.; RIBEIRO, S. H.; FOMBONNE, E.; MERCADANTE, M. T. Brief report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 41(12), 1738-1742, 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1200-6#page-1>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PINTO, R. N. M. et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2016, v. 37, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Qp39NxcyXWj6N6DfdWWDDrR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022

QUEIROZ, M. S. F. de; MARTINS, M. J. M. L.; PAIXÃO, J. A. da. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em crianças com Transtorno Espectro Autista (TEA) no Sistema

Único de Saúde (SUS): uma revisão de literatura. Revista Artigos. Com | ISSN 2596-0253. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7726/4989>. Acesso em: 11 nov. 2022.

ROSEN, N. E.; LORD, C.; VOLKMAR, F. R. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. J Autism Dev Disord. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8531066/>. Acesso em: 15 set. 2022.

SÃO PAULO (SP). Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/Content/uploads/20154117642_CARTILHA_AUTISMO_PROTOCOLO_TEA.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

Orientações para atendimento de estudantes: transtorno do espectro do autismo. São Paulo: SME/COPED, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de orientações - Dificuldades alimentares. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23419b-Guia_de_Orientacoes-Dificuldades_Alimentares_SITE_P-P.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

SOUZA, L. P. N. Diagnóstico diferencial entre transtorno do espectro autista (TEA) e distúrbio específico de linguagem (DEL). Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 1465–1482, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1891>. Acesso em: 20 set. 2022.

TÂMEGA, I. das E.; ANTILA, C. C. P. G.; GASPERINI, F.; SHIN, C.; SAMPAIO, A. F.; ANTILA, A. G. Prevalência dos fatores de risco associados ao transtorno do espectro autista. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S. l.], v. 20, n. Supl., 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40084>. Acesso em: 14 set. 2022.

WELLS, R. H. C. et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP. 2011.

WILES, J. M. et al. A Pesquisa IRDI e seus desdobramentos: uma revisão da literatura. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1140-1161, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) – CID 11. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/201200685>. Acesso em: 03 jun. 2022.



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE