

- II. Acessibilidade: é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.
- III. Adaptação razoável: modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem um ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
- IV. Atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família que com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas.
- V. Avaliação ou modelo biopsicossocial de atenção à saúde: processo de cuidado à saúde que compreende os aspectos biológico, psicológico e social. É apresentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS, composto pelos seguintes domínios: condição de saúde (transtorno ou doença); funções e estruturas do corpo; atividades; participação e fatores contextuais (pessoais e ambientais).
- VI. Capacitismo: é uma rede de crenças e práticas que considera as pessoas com deficiência como inferiores em razão dos seus corpos terem características fora do padrão dos considerados normais.
- VII. Centro Especializado em Reabilitação (CER): são pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva e estão organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber, 1) CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação; CER III: prestar atendimentos de três modalidades de reabilitação; CER IV: prestar atendimentos de quatro modalidades de reabilitação. Ainda há aqueles serviços habilitados com apenas um serviço de reabilitação. O CER constitui ponto de atenção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência que presta atenção especializada.
- VIII. Comunicação: abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis.
- IX. Cultura Surda: compreende uma cultura que tem sua base na visualidade da pessoa surda e portanto, tem como principal artefato, a língua de sinais.
- X. Desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, até onde for possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico.
- XI. Discriminação por motivo de deficiência: qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável.
- XII. Língua: elemento articulador de uma coletividade que compreende aspectos culturais, identitários, dentre outros, como as línguas orais/vocais e as línguas de sinais.
- XIII. Meios Auxiliares de Locomoção: são recursos de tecnologia assistiva que proporcionam a mobilidade pessoal independente e ampliam as funções físicas, fornecendo apoio suplementar durante o deslocamento, através da marcha ou não. Entre os meios auxiliares de locomoção, destacam-se: bengalas, muletas axilares e de antebraço, andadores e cadeiras de rodas.
- XIV. Níveis de atenção: estruturam-se por meio de densidades tecnológicas de complexidade que variam do nível de menor densidade (atenção primária à Saúde), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à Saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à Saúde). A organização em níveis de Atenção, considera o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da Rede de Atenção à Saúde.
- XV. Oficina Ortopédica: serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Normalmente vinculadas ao Centro Especializado em Reabilitação, que possui modalidade física.
- XVI. Órtese: definida como uma peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também fixada como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, desde que sua colocação ou remoção não requeira a realização de ato cirúrgico.
- XVII. Pontos de atenção à saúde: espaços onde se ofertam determinados serviços de Saúde, por meio de uma produção singular. Tais como: os domicílios, as unidades básicas de Saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à Saúde.
- XVIII. Prótese: É definida como uma peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- XIX. Tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social. Para pessoas com deficiência, muito mais que um dispositivo, representa a visibilidade de suas demandas e a efetivação de direitos humanos. Dentre os recursos de Tecnologia Assistiva disponíveis para garantir igualdade de oportunidades à pessoa com deficiência, destacam-se as Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).

*** ** *

PORTARIA Nº1033/2025.**INSTITUI A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NO CICLO DE VIDA.**

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, no uso de suas atribuições legais que lhe conferem o art. 93, inciso III, da Constituição Estadual, o art. 17 da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, o art 6º, inciso XIV, do Decreto nº36.193, de 29 de agosto de 2024. CONSIDERANDO a Lei nº12.764 de 27 de dezembro de 2012, a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) passou a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais sendo assegurados direitos em diversas áreas e políticas sociais; CONSIDERANDO a Lei nº13.438, de 26 de abril de 2017, que altera a Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças; CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº3/2017 (referência à portaria nº793, de 24 de abril de 2012) que define a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº6/2017 (referência à portaria nº835, de 25 de abril de 2012) que define os incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente de Atenção Especializada da Rede no âmbito do SUS; CONSIDERANDO a Resolução nº291/2024, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que aprovou a Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Ciclo de Vida; CONSIDERANDO a necessidade de assegurar Cuidado à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Ciclo de Vida, em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde no Ceará. RESOLVE:

Art. 1º. Instituir a Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Ciclo de Vida, no Estado do Ceará, conforme ANEXOS desta Portaria.

Art. 2º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º. Revogam-se as disposições em contrário.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza-CE, aos 07 de março de 2025.

Tânia Mara Silva Coelho

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO I**LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NO CICLO DE VIDA**

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Antônio Silva Lima Neto

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)
Carla Cristina Fonteles Barroso
Secretário Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)
Lauro Vieira Perdigão Neto
Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI)
Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)
Maria Vaudelice Mota

2024. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)
Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC)
Série: Instrumentos técnicos e informativos para o fortalecimento das Políticas e o Cuidado Integral à Saúde
Email: cogecesa.ce@gmail.com

Equipe de elaboração
Coordenação geral
Luciene Alice da Silva - Farmacêutica
Juliana Donato Nóbrega - Fonoaudióloga
Isabella Costa Martins - Enfermeira
Aline Veras Moraes Brilhante - Médica
Davi Queiroz de Carvalho Rocha – Médico
Especialistas convidados
André Pereira Cabral – Médico- Neuropediatra
Antônia Edda Araújo - Terapeuta Ocupacional
Antônio Aldo Melo Filho - Médico- Cirurgião Pediátrico
Arismênia Maria Almeida Lima - Terapeuta Ocupacional
Emília Alves de Castro - Dentista
Evanézia de Araújo Oliveira – Farmacêutica
Erlane Marques Ribeiro - Médica geneticista
Erika Marques Nobre - Terapeuta Ocupacional
Ítalo Lennon Sales de Almeida - Enfermeiro
Luciana da Silva Alencar - Psicopedagoga
Luiza Veruska - Fonoaudióloga e Terapeuta Ocupacional
Maria Magda Alves - Enfermeira
Malbia Oliveira Rolim Barbosa – Terapeuta Ocupacional e Enfermeira
Marilza Lima dos Santos Galvão - Terapeuta Ocupacional
Micael Pereira Nobre – Farmacêutico
Nelcilene dos Santos Silva - Nutricionista
Rebeka Ferreira Pequeno Leite - Fonoaudióloga
Instituição convidada - Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (ALECE)
Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil (CIADI)
Ana Sáskya Vaz de Araújo - Fonoaudióloga
Bráulio Costa Teixeira - Enfermeiro
Colaboração
Ana Beatriz Ferreira Pinheiro
Adélia Holanda Baia Diógenes
Maria Iracema Capistrano Bezerra
Maria Armete Borges
Mônica Souza Lima
Nalber Sigian Tavares Moreira
Rafaelle Dantas Bezerra
Renata Rodrigues Fernandes
Rianna Nargilla Silva Nobre
Rita de Cássia do Nascimento Leitão
Rondinelle Alves do Carmo
Sheila Maria Santiago Borges
Thalita Helena Christian de Oliveira
Virginia Maria Moura Remigio Peixoto
Lucas Sampaio Maia
Sávio Félix Mota

1- Introdução

A partir da Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012, a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) passou a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais sendo assegurados direitos em diversas áreas e políticas sociais.

A referida Lei considera pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) aquela que apresenta síndrome clínica caracterizada da seguinte forma:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social, ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2022) define o autismo como transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos, que se expressam em diferentes níveis de gravidade.

1.1 Aspectos Epidemiológicos

O Center of Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças- CDC) dos EUA divulgou, em março de 2023, que 1 em cada 36 crianças são autistas. Segundo o estudo, esse dado representa um aumento de 22% em relação ao ano de 2021, que foi de 1 a cada 44 crianças. Esse aumento impõe ao sistema de saúde a necessidade de adoção de medidas para identificação, diagnóstico e tratamento deste segmento da população. Quanto aos adolescentes e adultos, ainda baseado em dados de prevalência internacionais, estima-se que hoje temos por volta de 3 milhões de autistas no Brasil, contudo, não dispomos de dados fidedignos oficiais.

No Brasil, não há dados precisos do número de pessoas com TEA. A partir de 2019, a Lei nº13.861 de 18 julho de 2019 alterou a Lei nº7.853, de 24 de outubro de 1989, estabelecendo que os censos demográficos, realizados a partir de 2019, devem incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista. No Ceará, diante da dificuldade de dados e informações sobre as pessoas com deficiência, a Secretaria de Saúde do Estado por meio da Coordenação de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC) da Secretaria Executiva da Atenção Políticas de Saúde (SEAPS), construiu o Cadastro Estadual de Pessoa com Deficiência, em parceria com a Coordenadoria de Tecnologia, Inovação e Soluções Digitais (COTEC), para dispor de informações sobre Pessoas com Deficiência (PCD). O referido cadastro foi lançado oficialmente em dezembro de 2020, pelo governador do estado do Ceará, cujas informações encontram-se disponíveis no Dashboard/Painel no site da Secretaria da Saúde, com registro de mais de 123.000 pessoas inscritas, dentre elas, as pessoas com transtorno do espectro do autismo, conforme as tabelas 1 e 2.



Tabela 1- Pessoas inscritas no Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência com Transtorno do Espectro Autista por Região de Saúde. Ceará, 2024.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE PESSOAS COM TEA	Nº DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA*	TOTAL DE INSCRITOS	PERCENTUAL
Fortaleza	5.628	835	6.463	1,03
Cariri	1.958	350	2.308	0,16
Norte	1.498	250	1.748	0,11
Litoral Leste/Jaguaribe	982	117	1.099	0,21
Sertão Central	834	149	983	0,16
TOTAL GERAL	10.900	1.701	12.601	1,67

Fonte: Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência do Estado do Ceará. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-atencao-pessoas-deficiencia/programa-atencao-pessoas-deficiencia>. Acesso em 04/08/2024. ata dos dados de 20/12/2020 à 16/05/2024. *Deficiência múltipla: condição que envolve mais de uma deficiência, nesse contexto uma delas é o TEA.

A tabela 1 mostra a distribuição de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) inscritas no Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência, por região de saúde no Estado do Ceará, atualizados em maio de 2024. Embora o Cadastro Estadual ofereça uma visão parcial da realidade das pessoas com TEA no Ceará, totalizando 12.601 registros, os dados fornecidos são valiosos para orientar e aprimorar as estratégias e políticas voltadas para essa população.

Tabela 2- Pessoas inscritas no Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência com Transtorno do Espectro Autista por idade e sexo, 2024.

IDADE	SEXO		TOTAL GERAL
	MASCULINO	FEMININO	
0-04	201	47	257
05-09	3.239	832	4.071
10-14	2.752	603	3.385
15-19	1.402	384	1.786
20-24	686	203	889
25-29	385	210	595
30-34	271	135	406
35-39	199	119	318
40-44	150	133	283
45-49	94	68	162
50-54	62	60	122
55-59	63	47	122
60-64	32	44	76
65-69	20	16	36
70-74	12	11	23
75-79	10	13	23
80 +	32	18	50
TOTAL	9.623 (57,6%)	2.978 (42,4%)	12.601 (42,4%)

Fonte: Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência do Estado do Ceará. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-atencao-pessoas-deficiencia/programa-atencao-pessoas-deficiencia>. Acesso em 04/08/2024. ata dos dados de 20/12/2020 à 16/05/2024.

A Tabela 2 oferece uma visão detalhada da distribuição de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) por faixa etária e o sexo. Este levantamento revela a prevalência de TEA entre diferentes grupos etários e de sexo.

A análise mostra que a maioria das pessoas com TEA encontra-se na faixa etária de 05 a 09 anos, com um total de 4.071 registros, o que pode refletir uma maior conscientização e diagnóstico mais frequente nesta faixa etária. O grupo etário de 10 a 14 anos segue com 3.355 registros, indicando uma continuidade no acompanhamento e tratamento da condição à medida que as crianças crescem.

Entre os indivíduos diagnosticados com TEA, há uma predominância significativa do sexo masculino, representando 57,6% do total de casos. Esse padrão é consistente em todas as faixas etárias, com exceção das faixas etárias mais avançadas, onde o número de registros diminui significativamente. Vale ressaltar que a literatura vem considerando um possível subdiagnóstico em meninas e mulheres.

A faixa etária de 0 a 4 anos tem 257 registros, sugerindo que o diagnóstico e a intervenção precoce são áreas de foco importante. À medida que a idade avança, o número de registros tende a diminuir, refletindo possíveis desafios contínuos em relação ao diagnóstico e acompanhamento em idades mais avançadas.

Entre as faixas etárias mais avançadas, observa-se um número reduzido de registros, com 23 pessoas registradas nas faixas de 70-74 e 75-79 anos, e 50 pessoas com 80 anos ou mais. Esses dados podem indicar uma menor visibilidade ou diagnóstico de TEA em idades mais avançadas, possivelmente devido a uma menor conscientização ou a fatores relacionados ao envelhecimento.

Os dados destacam a importância de estratégias contínuas e adaptadas para diferentes faixas etárias e sexos, especialmente no que se refere ao suporte e acompanhamento das pessoas com TEA ao longo de sua vida. Além disso, o predomínio masculino observado nos dados sublinha a necessidade de continuar a investigar e entender os fatores que contribuem para essa discrepância de sexo.

No que se refere ao diagnóstico, tem sido alvo de discussão apontando a importância das abordagens multiprofissionais e de orientação familiar, principalmente iniciadas nos primeiros 3 anos de idade. Estudos têm demonstrado que identificar precocemente os sinais e os sintomas de risco do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é fundamental, pois, quanto antes o tratamento for iniciado, melhores são os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem e habilidades sociais (Dawson et. al, 2010; Howlin et AL., 2009; Reichow., 2012). Considerando-se o subdiagnóstico em adolescentes e adultos, também é importante a identificação dos casos suspeitos nestas fases do ciclo de vida.

Os profissionais da atenção primária têm um papel fundamental na identificação inicial dos sinais e sintomas de risco para o TEA em todas as fases e ciclos de vida (Matson, Rieske & Tureck, 2011). Neste sentido, a atenção à saúde para pessoas com transtorno do espectro autista tem sido pensada diante da importância do atendimento oportuno.

1.2 - Características diagnósticas

O entendimento das características diagnósticas e dos níveis de suporte é fundamental para a orientação do percurso da pessoa com TEA dentro da Rede de Atenção.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, em sua última edição revisada, (APA, 2022), agrupou transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no Transtorno do Espectro Autista. O entendimento da nova revisão é que essas condições representam um único continuum de deficiências nos domínios de comunicação social e comportamentos/interesses repetitivos restritivos variando em termos de necessidade de suporte. Essa mudança foi projetada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico do transtorno do espectro do autismo e para identificar alvos de tratamento mais focados para as deficiências específicas identificadas.

1.3 Critérios diagnósticos para o Transtorno de Espectro do Autismo

Os critérios são divididos em A, B, C, D e E com as seguintes especificidades:

CRITÉRIO A: Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em todos os contextos, não responsáveis por atrasos gerais no desenvolvimento, e manifestam-se por três de três sintomas:

- A1. Déficits na reciprocidade sócio emocional; variando desde uma abordagem social anormal e falha na conversa normal, passando pela redução do compartilhamento de interesses, emoções, afeto e resposta, até a total falta de início da interação social.
- A2. Déficits nos comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para interação social; variando desde comunicação verbal e não verbal mal integrada, passando por anormalidades no contato visual e na linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso da comunicação não verbal, até a total falta de expressão facial ou gestos.
- A3. Déficits no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos adequados ao nível de desenvolvimento (além daqueles com cuidadores); variando desde dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a diferentes contextos sociais, passando por dificuldades em compartilhar brincadeiras imaginativas e em fazer amigos, até uma aparente ausência de interesse pelas pessoas.

CRITÉRIO B: Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades manifestados pelo menos por 2 de 4 sintomas:

- B1. Fala estereotipada e repetitiva, movimentos motores ou uso de objetos; (como estereotípicas motoras simples, ecolalia, uso repetitivo de objetos ou frases idiossincráticas).
- B2. Adesão excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal ou resistência excessiva à mudança; (como rituais motores, insistência no mesmo trajeto ou comida, questionamentos repetitivos ou angústia extrema com pequenas mudanças).

• B3. Interesses fixos e altamente restritos, com intensidade ou foco anormais; (como forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

• B4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente; (como aparente indiferença à dor/calor/frio, resposta adversa a sons ou texturas específicas, cheiro ou toque excessivo de objetos, fascínio por luzes ou objetos giratórios).

CRITÉRIO C: Os sintomas devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento (mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas na vida adulta).

CRITÉRIO D: O quadro causa prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento atual.

CRITÉRIO E: Esses quadros não são suficientemente explicados apenas pela deficiência cognitiva e intelectual ou pelo atraso global do desenvolvimento. O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Deste modo as manifestações do TEA variam muito dependendo do nível de suporte, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro.

1.4 Comorbidades/condições associadas

Uma das razões da grande variação na apresentação clínica dos transtornos do espectro do autismo é que eles podem vir acompanhados de outras manifestações físicas ou mentais – as chamadas comorbidades. Nessas situações, a oferta de cuidados deve levar em conta os diversos aspectos presentes, além daqueles mais diretamente ligados ao TEA.

As principais comorbidades associadas ao TEA, são:

1. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH);
2. Transtorno obsessivo compulsivo (TOC);
3. Transtorno opositor desafiador (TOD);
4. Transtornos de ansiedade generalizada (TAG); e
5. Superdotação/alta habilidade (SD/AH).

Essas condições podem agravar as dificuldades na adaptação e no funcionamento diário. A ansiedade e depressão são mais observadas em adolescentes e adultos devido a frustrações e dificuldades de interação social.

Outras comorbidades/condições associadas de caráter orgânico podem incluir distúrbios gastrointestinais, epilepsia, problemas motores e problemas relacionados a condições genéticas específicas.

1.5 Diagnósticos Diferenciais

Além das comorbidades, há uma série de diagnósticos diferenciais cuja consideração no momento da avaliação ajuda a evitar diagnósticos equivocados (Brasil, 2015). Assim apresentam-se os mais comuns:

1. Deficiência intelectual (DI);
2. Distúrbios específico de linguagem;
3. Mutismo seletivo;
4. Depressão;
5. Transtorno reativo de vinculação;
6. Deficiência Auditiva.

1.6 Estratificação por nível de suporte

A estratificação por nível de suporte é especificada no DSM 5, com a classificação do TEA de acordo com as deficiências de comunicação social e padrões de comportamento restritos e repetitivos, definindo os níveis de suporte, conforme o quadro 1.

QUADRO 1. Níveis do transtorno do espectro do autismo (exemplos de nível de necessidades de suporte)

NÍVEL	COMUNICAÇÃO SOCIAL	COMPORTAMENTOS RESTRITOS E REPETITIVOS
Nível 1 “requer suporte”	Na ausência de apoios, os déficits na comunicação social causam deficiências visíveis. Tem dificuldade em iniciar interações sociais e demonstra exemplos claros de respostas atípicas ou malsucedidas a propostas sociais de outras pessoas. Pode parecer ter diminuído o interesse em interações sociais.	Rituais e comportamentos repetitivos (RCR) causam interferência no funcionamento em um ou mais contextos. Resiste às tentativas de terceiros de interromper RCRs ou de ser redirecionado de interesses fixos.
Nível 2 “Requer suporte substancial”	Déficits acentuados nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; deficiências sociais aparentes mesmo com apoio; iniciação limitada de interações sociais e resposta reduzida ou anormal a propostas sociais de outras pessoas.	Rituais e comportamentos repetitivos (RCR) e/ou preocupações ou interesses fixos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios para o observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. A angústia ou a frustração são aparentes quando os RCR são interrompidos; difícil redirecionar o interesse fixo.
Nível 3 “Requer suporte muito substancial”	Graves déficits nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal causam graves prejuízos no funcionamento; iniciação muito limitada de interações sociais e resposta mínima às aberturas sociais de outras pessoas.	Preocupações, rituais fixos e/ou comportamentos repetitivos interferem marcadamente no funcionamento em todas as esferas. Angústia acentuada quando rituais ou rotinas são interrompidos; é muito difícil redirecionar o interesse fixo ou retornar a ele rapidamente.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022.

É importante enfatizar que os estágios em que a pessoa com TEA se encontra não são fixos, podendo sofrer variação de acordo com múltiplos fatores, bem como as manifestações de prejuízo funcional, como, por exemplo, as características do indivíduo e seu ambiente, a idade cronológica e a evolução terapêutica. Deste modo, a reavaliação e o redirecionamento oportuno na linha de cuidado precisam estar previstos no planejamento.

1.7 Classificação Internacional de Doenças CID-11

A Classificação Internacional de Doenças (CID), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma grande ferramenta utilizada por profissionais da área da saúde e educação para identificar estatísticas e tendências de saúde em todo o mundo. Em sua versão mais atual, a CID 11, que substitui a CID 10, traz modificações na classificação do Transtorno do Espectro Autista, incorporando alterações já realizadas no DSM 5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

A classificação anterior categoriza o autismo em: autismo infantil, autismo atípico, Síndrome de Asperger e Transtorno do Espectro Autista sem outra especificação. A CID 11, por sua vez, agrupa todas essas condições em Transtorno do Espectro Autista, subdividindo a classificação a partir das demandas individuais. Mesmo que não utilize a classificação em níveis de suporte, tal qual o DSM-5, as alterações na CID 11 compartilham com ele o objetivo de caracterizar, de modo mais fidedigno, às demandas individuais, por meio de uma descrição detalhada.

De acordo com os critérios de diagnóstico da CID-11, os diagnósticos de autismo integram a seção “Transtorno do Espectro do Autismo”, prescrito pelo código 6A02. Segundo a OMS, a finalidade desse agrupamento é tornar o diagnóstico mais fácil, minimizar erros e simplificar a codificação, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde.

6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

QUADRO 2 - Tipos de CID na classificação do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

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

Fonte: WHO. ICD-11 Reference Guide. Genebra:WHO 2019. Disponível em inglês em: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>. Acesso em 27 de nov de 2024.

2 - Objetivos

2.1- Geral

Organizar os serviços de saúde para as pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) e sua família, promovendo o acesso e ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos níveis de atenção à saúde.

2.2 Específicos



- I. Promover o cuidado humanizado, oportuno em todas as fases do ciclo de vida.
- II. Fortalecer a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, respeitando as demandas específicas de cada região de saúde, para realização de consultas, exames e disponibilização de insumos de saúde.
- III. Definir equipe mínima de profissionais de saúde para o funcionamento do serviço, bem como competências das equipes e dos pontos de atenção da rede.
- IV. Orientar os serviços de saúde para identificação dos fatores de risco no desenvolvimento infantil;
- V. Estabelecer os fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção;
- VI. Fortalecer a interação entre os três níveis de atenção à saúde e as Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial.
- VII. Garantir o acesso da população em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais.
- VIII. Fortalecer a Atenção Primária, por meio da sua capacidade clínica, de forma articulada com a Atenção Especializada.
- IX. Promover a cultura de segurança do paciente nos serviços, por meio de monitoramento, avaliação e controle de estruturas, processos e resultados assistenciais, para garantir a qualidade no cuidado.

3 - Responsabilidades por nível de Atenção à Saúde

As ações de cuidado à saúde das pessoas com TEA englobam ações de promoção de saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em espaços definidos.

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária é a principal porta de entrada do sistema de saúde, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário no âmbito do seu território.

3.1.1 Compete à Atenção Primária na Linha do Cuidado à pessoa com TEA

- I. Monitorar os fatores de risco no desenvolvimento infantil por meio da qualificação do pré-natal e da atenção à infância.
- II. Realizar a triagem com instrumento de rastreio, para identificação precoce de crianças com suspeita de TEA.
- III. Encaminhar as crianças com suspeita de TEA, com base no instrumento de rastreio, para avaliação por equipe multiprofissional.
- IV. Identificar adolescentes e adultos com suspeita de TEA que ainda não tenham diagnóstico realizado.
- V. Encaminhar adolescentes e adultos com suspeita de TEA para realização de diagnóstico.
- VI. Identificar, no território de abrangência das equipes de Saúde da Família, as pessoas com TEA já diagnosticadas em todas as faixas etárias.
- VII. Inserir as pessoas com TEA ainda não cadastradas no Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência, a fim de alimentá-lo como instrumento norteador de planejamento das ações.
- VIII. Monitorar o percurso das pessoas com TEA ou com suspeição dentro da linha de cuidado, identificando oportunamente desvios ou de assistências, a fim de reordenar o fluxo.
- IX. Identificar condições associadas e outros fatores de risco que possam vir a comprometer o desenvolvimento da pessoa com TEA e encaminhar para atendimento especializado.
- X. Realizar atendimento em saúde bucal e encaminhar quando necessário para aos serviços especializados.
- XI. Desenvolver atividades de educação integral para sexualidade, de acordo as faixas e singularidades das pessoas com TEA, incluindo orientações de prevenção para violência sexual.
- XII. Acompanhar as adolescentes e mulheres com TEA nas diferentes fases de seu ciclo reprodutivo (puberdade, contracepção, gestação, menopausa).
- XIII. Articular e orientar educadores, famílias, comunidade adscrita e comunidade escolar, visando à adequação do ambiente familiar, social e educacional às necessidades e especificidades das pessoas com TEA.
- XIV. Manter articulação permanente com as equipes de saúde dos outros pontos de atenção da rede, bem como com as equipes da Assistência Social (CRAS, CREAS), dos Centros de Convivência, das escolas e dos diversos órgãos intersetoriais.

3.2 Atenção Especializada

De acordo com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES (Brasil, 2023), entende-se que Atenção Especializada é “o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica”. A Atenção Especializada compreende, dentre outras, alguns serviços, dentre as quais:

- I. a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos;
 - II. os serviços de reabilitação;
 - III. os serviços de atenção psicossocial;
 - IV. a rede de urgência e emergência;
 - V. a rede hospitalar.
- ##### 3.2.1 Compete aos serviços de atenção especializada ambulatorial e de reabilitação
- I. Prestar assistência ambulatorial para o cuidado à pessoa com TEA, o que inclui ações de diagnóstico, acompanhamento e de reabilitação.
 - II. Elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir do diagnóstico estabelecido, com uso de abordagens, técnicas e intervenções para ganho funcional de autonomia, independência, interação social e desempenho das atividades diárias (AVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs).
 - III. Prestar orientação e apoio às famílias e cuidadores.
 - IV. Realizar apoio matricial presencial ou por outras formas de comunicação, definidas com o gestor, às equipes de atenção primária.
 - V. Realizar exames complementares, quando necessário.
 - VI. Promover a indicação criteriosa de Tecnologia Assistiva, bem como as adaptações e adequações necessárias, considerando o ambiente físico e social, com vistas ao uso seguro e eficiente.
 - VII. Articular com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) para o acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário.
 - VIII. Articular com a rede de ensino para identificar crianças e adolescentes com TEA, de acordo com as necessidades, fornecendo apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar;
 - IX. Realizar atendimento especializado em saúde bucal.

Dentre às Unidades de Referência da Atenção Especializada tem-se:

- Policlínicas.
- Centro Especializados em Reabilitação (CER).
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

3.2.1.1 Policlínicas

As policlínicas regionais do Estado oferecem uma ampla gama de especialidades médicas e serviços de suporte para diagnóstico e reabilitação dos pacientes. São 22 policlínicas localizadas nas seguintes cidades: Baturité, Tauá, Camocim, Acaraú, Brejo Santo, Aracati, Itapipoca, Russas, Crateús, Quixadá, Caucaia, Sobral, Campos Sales, Pacajus, Barbalha, Tianguá, Icó, Iguatu, Limoeiro do Norte, Canindé, Maracanaú e Crato. As policlínicas são estabelecimentos de saúde de gestão estadual gerida a partir de um modelo consorciado.

As policlínicas desempenham um papel importante no atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), oferecendo serviços clínicos especializados, orientadas por um modelo integrado de cuidado.

3.2.1.2 Centro Especializados em Reabilitação (CER)

De acordo com a Portaria nº1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISP) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Centro Especializado em Reabilitação (CER), de acordo com o artigo Art.19, é

“um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva” (Brasil,2023). Constitui-se como um dos pontos de atenção na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e pode ser organizados de acordo com as modalidades de reabilitação em:

- CER II (composto por duas modalidades de reabilitação).
- CER III (composto por três modalidades de reabilitação).
- CER IV (composto por quatro serviços de reabilitação).

As modalidades de reabilitação a serem ofertadas são física, intelectual, auditiva e visual. Os serviços na modalidade reabilitação intelectual prestam ação específica em reabilitação para pessoas com deficiência intelectual, assim como para as pessoas com transtorno do espectro do autismo, que necessitam de



reabilitação focado nas dimensões cognitivas, sensoriais, interação social e de comunicação, o que engloba a linguagem oral, escrita e não-verbal. O atendimento no CER é realizado de forma articulada e compartilhada com os outros pontos de atenção da RAS com equipe multiprofissional. Além da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, há outros pontos de atenção existentes para atendimento às pessoas com TEA previsto na atenção psicossocial.

3.2.1.3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos que oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade. Uma equipe multiprofissional trabalha em conjunto para atender às necessidades de saúde mental das pessoas, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esses serviços estão disponíveis na região e são especialmente focados para atendimento de média e alta complexidade.

Os CAPS trabalham a integração social e familiar e promover a autonomia e a cidadania, por meio de um trabalho de reabilitação psicossocial. De acordo com a RAPS foi definida pela Portaria GM/MS 3.088/2011, incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017, com as seguintes modalidades:

QUADRO 3- Modalidades e descrição dos tipos de CAPS

MODALIDADES	DESCRIÇÃO
CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.
CAPS II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
CAPS III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.
CAPS i Infante Juvenil	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Há um número reduzido de CAPS infante juvenil, mas eles desempenham um papel crucial na identificação de casos em parceria com as famílias e outros serviços, além de ajudar na realização de diagnósticos precoces.
CAPS ad Álcool e Drogas	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

Fonte: Brasil, 2017.

O perfil de atendimento é de pessoas com transtorno mental e/ou TEA que demandem acompanhamento psiquiátrico e possuam demandas psicossociais, devendo a equipe realizar o acompanhamento familiar, articulação de rede intra e intersectorial.

3.2.1.4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são estabelecimentos de saúde que prestam cuidado especializado ambulatorial em saúde bucal, com vistas a promover a continuidade do cuidado, ofertado, em Rede, pela Atenção Primária à Saúde. Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao usuário e pelo encaminhamento de casos mais complexos aos centros especializados, quando necessário.

De acordo com a Portaria nº1.526, de 11 de outubro de 2023, Art.19, o Centros Especializado Odontológico (CEOs) “são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico” (Brasil,2023).

Os CEOs habilitados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) deverão fortalecer, ampliar e qualificar o cuidado às especificidades à pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEOs.

3.2.2 Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de acordo com a Portaria nº1.526, de 11 de outubro de 2023, Art.22, deverá, entre outras ações:

- I. promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- II. ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- III. ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação;
- IV. ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim; e
- V. promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver.

Importante, adequar a ambiência hospitalar e dos serviços de emergência às necessidades de pessoas com TEA, uma vez que podem apresentar comorbidades e demandas sensoriais de leves a graves. Essas adaptações devem ser aplicadas a depender das necessidades e contar, idealmente, com a participação de profissional da fonoaudiologia, psicologia e/ou terapia ocupacional. São exemplos de adequação: prover a redução de estímulos sensoriais (visuais e auditivos), determinar espaços livres para deambulação e movimentação e buscar estratégias de comunicação.

Quanto ao manejo de crises agudas, pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) requerem uma abordagem cuidadosa e multifacetada. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem um papel crucial nesse contexto, especialmente ao lidar com comportamentos como agitação psicomotora, hiperatividade e atitudes hostis que coloquem a integridade física sua e/ou de outras pessoas em risco.

4 - Organização do Cuidado para as pessoas com TEA

4.1 Avaliação Diagnóstica

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamentalmente clínico e deve ser realizado por médico neurologista, psiquiatra ou neuropediatra. Para o diagnóstico inicial, bem como para as reavaliações subsequentes, o profissional médico deve, idealmente, contar com a avaliação realizada pela equipe multidisciplinar (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais especializados).

Para o diagnóstico e a avaliação do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é crucial considerar os diferentes níveis de suporte necessários para cada indivíduo. O processo envolve o exame clínico, o estado mental, a observação direta da pessoa, entrevistas com os familiares e a coleta de informações de outros serviços nos quais a pessoa está envolvida, como a escola e outros setores relevantes.

A avaliação diagnóstica deve ser construída a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizado por meio do trabalho multiprofissional visando o planejamento da reabilitação, definição de objetivos terapêuticos e a indicação do uso de recursos e metodologias terapêuticas que serão adotadas. Ressalta-se que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Para cada paciente deve ser elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Anexo IV) integrando os diagnósticos e as estratégias terapêuticas dos diversos profissionais assistentes. O PTS deverá ser elaborado logo após a avaliação visando identificar potencialidades da pessoa com transtorno do espectro do autismo, de sua família e/ou atendentes pessoais, bem como as características de comunicação, interação e comportamento.

4.2 Habilitação e Reabilitação

O processo de habilitação e reabilitação, segundo a Lei nº13.146, de 06 de julho de 2015, objetiva “o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas” (Brasil, 2015).

As estratégias de ações para habilitação/reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente. Desse modo, essas ações devem ser desenvolvidas de forma integrada, multiprofissional, interdisciplinar, a partir de uma lógica de trabalho coletiva e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

Segundo a Nota Técnica do Ministério da Saúde de nº14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS, a equipe deve ser composta, no mínimo, pelas seguintes categorias profissionais: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Pedagogia, Assistente Social, Nutricionista, Médico Neurologista ou Psiquiatra, além das categorias opcionais.

Recomenda-se que as equipes de reabilitação sejam organizadas por ciclos de vida:

- Primeira e segunda Infância (até seis anos completos)
- Terceira Infância (sete anos incompletos aos doze anos completos)
- Adolescentes (doze anos incompletos aos 18 anos)
- Adultos (maiores de 18 anos)

Sugere-se que, de acordo com seu julgamento clínico, os profissionais sigam protocolos de avaliação validados para auxiliar no acompanhamento, selecio-



nados de acordo com cada especialidade.

4.3 Tratamento Clínico e Farmacológico

Esforços têm sido empreendidos na busca por evidências científicas quanto à eficácia, segurança, efetividade e ao custo-efetividade para diferentes fármacos comumente usados (incluindo os off label) em intervenções farmacológicas no TEA, visando à sua incorporação ao registro e à adoção em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (De Oliveira, 2023).

É importante ressaltar que não há medicamentos para os sintomas-alvo do TEA, como déficits na comunicação e interação social e padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses e atividades. Os medicamentos atuam nos sintomas acessórios que indicam sofrimento e/ou prejudicam a convivência da pessoa com TEA em seu meio familiar, escolar, tais como nas: condutas agressivas, autolesivas, episódios de raiva, descontrole, dificuldades de sono, inquietação, algumas estereotipias motoras, comportamentos repetitivos entre outros. Não devem ser utilizados como recurso terapêutico único ou principal para a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. Deve ser usado de modo racional e associado com outras estratégias de cuidado multidisciplinar. O uso racional de medicamentos objetiva reduzir os sintomas-alvo, como agitação, agressividade e irritabilidade.

Os efeitos colaterais potenciais (sedação, irritabilidade, efeitos extrapiramidais) dos neurolépticos, limitam o seu uso em pacientes com autismo. Antipsicóticos atípicos podem apresentar efeitos relevantes em sintomas-alvo (irritabilidade, agressividade e hiperatividade) em pacientes com TEA (Gadia; Tuchman; Rotta, 2004).

A retirada do medicamento, deve fazer parte do planejamento terapêutico, com indicação médica. Recomenda-se buscar orientação do farmacêutico em relação aos cuidados, orientação sobre o uso correto do medicamento, forma de uso, efeitos colaterais, mudança nos horários, interações medicamentosas, entre outras informações.

O tratamento farmacológico no TEA visa ao acompanhamento dos transtornos mentais que frequentemente acompanham o TEA como comorbidades. Pessoas com TEA têm uma maior propensão a receber psicotrópicos do que a população geral. Indivíduos com TEA têm alta prevalência de transtornos de humor e de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).

A partir do DSM-5, passou-se a determinar que alguns transtornos mentais podem estar associados ao TEA e não o que era considerado antes uma sintomatologia do próprio TEA. Portanto, o tratamento farmacológico desses transtornos mentais, seguirá as diretrizes do tratamento de cada comorbidade. Já quanto a alguns sintomas-alvo específicos presentes no TEA, como irritabilidade e comportamentos repetitivos, com base em ensaios clínicos, risperidona, aripiprazol e fluoxetina se mostraram promissoras.

4.4 Fluxo do atendimento

4.4.1 Segmento na Atenção Primária

O cuidado direto ao paciente se inicia na Atenção Primária à Saúde (APS), assim cabe a este nível de atenção identificar os usuários com suspeita de TEA, realizar a primeira avaliação e dar seguimento na organização da rede de cuidados.

Nos casos de suspeita de autismo em crianças, a equipe de saúde da família e demais trabalhadores da APS devem aplicar o instrumento de rastreio do autismo, versão traduzida do Modified Checklist for Autism in Toddlers -M-CHAT (Anexo I). Quando o M-CHAT for positivo para autismo, deverá ser encaminhado aos serviços de referência da Região de Saúde para confirmação do diagnóstico, sendo necessário o preenchimento da Ficha de Encaminhamento do TEA (Anexo II) e o formulário do M-CHAT (Anexo I), com a assinatura do profissional que realizou encaminhamento.

No caso em que a suspeita de autismo for confirmada, o usuário passa a ser atendido e acompanhado pelo serviço de referência, que realiza a oferta da reabilitação. Nos casos em que a suspeita de autismo não for confirmada, o usuário retornará aos cuidados da Atenção Primária em Saúde.

Nos casos de suspeita de autismo em adolescente ou adulto, a equipe de saúde da família e demais trabalhadores da APS encaminhará para aos serviços de referência da Região de Saúde, para confirmação do diagnóstico, sendo necessário o preenchimento da Ficha de Encaminhamento do TEA (Anexo II), com a assinatura do profissional que realizou encaminhamento. Ressalta-se que o instrumento de rastreio é direcionado apenas ao público infantil.

Cabe ainda à Atenção Primária à Saúde (APS) qualificar as informações dos seus usuários, cadastrar novos usuários por meio dos sistema de informação, o Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência, disponibilizado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA)

É importante também manter articulação permanente com as equipes da Assistência Social e encaminhar a família para a Rede de Proteção Social de acordo com a necessidade e vulnerabilidade.

4.4.2 Segmento na Atenção Especializada

No intuito de organizar o cuidado e assegurar o acesso ao diagnóstico, acompanhamento e a habilitação/reabilitação, o perfil de usuários atendidos pelo serviço de referência deve ser para pessoas com TEA Nível 2 ou Nível 3, de acordo com o DSM-5. A estratégia de estratificação de risco possibilita a priorização do atendimento, de acordo com o nível de dependência do paciente, sendo o que tem maior dependência admitida antes do que tem menor dependência. Sugere-se que, de acordo com seu julgamento clínico, os profissionais sigam protocolos de avaliação validados para auxiliar no acompanhamento, selecionados de acordo com cada especialidade. As avaliações periódicas dos usuários devem ocorrer, no máximo, a cada seis meses, de acordo com o nível de funcionalidade das pessoas com TEA.

Os atendimentos poderão ser realizados 1 ou 2 vezes por semana, de acordo com a avaliação multidisciplinar. A quantidade de sessões será determinada de acordo com a avaliação multidisciplinar.

Em casos de pessoas com dificuldade comportamental, os atendimentos podem ser realizados individualmente com planejamento terapêutico para atendimento em grupo, visando a socialização. O tempo médio de terapia será em torno de 45 minutos.

A frequência dos atendimentos médicos devem ocorrer a critério do profissional, de acordo com a necessidade identificada.

Para as pessoas que atingirem o menor nível de incapacidade (Nível 1 do DSM-5), o encaminhamento deverá ser feito para seguimento no município de origem, mantendo vinculação com a equipe especializada, que deve manter pelo menos um turno de atendimento para apoio matricial aos municípios para acompanhamento da demanda assistida e suporte às equipes municipais que poderá ser prestado à distância, utilizando-se tecnologias de Telessaúde.

4.5 Exames complementares

Há casos em que o julgamento clínico do especialista demanda a realização de exames complementares. A solicitação de exames deve ser realizada pelo médico especialista que deverá solicitá-los junto ao serviço de regulação, de acordo com a disponibilidade.

4.6 Reavaliação

Sugere-se reavaliação em periodicidade de acordo com a necessidade identificada. Na reavaliação são aplicados os mesmos instrumentos da avaliação. Nestes momentos, serão avaliadas a evolução e as metas que foram atingidas de acordo com o PTS.

4.7 Alta

A alta pode ocorrer por evolução do caso e não mais necessidade de permanecer em terapia contínua; alta por abandono ou quebra de protocolo. Os pacientes, após a alta (por qualquer motivo dos citados), deverão ser encaminhados aos serviços de base territorial ou de referência para sua localidade. Cabe à equipe multiprofissional esse engajamento que deve tomar a frente no agendamento das reavaliações e convocar os participantes.

4.8 Gestão do Cuidado

A gestão do cuidado em saúde abrange a organização, planejamento, execução e monitoramento das ações e serviços de saúde, visando garantir um atendimento eficiente, integrado e de qualidade ao paciente. O objetivo é coordenar os diferentes níveis de cuidado — atenção primária, secundária e terciária — em colaboração com os profissionais envolvidos e os recursos disponíveis, promovendo um cuidado contínuo e centrado nas necessidades do paciente. Além dessa perspectiva, é fundamental considerar a produção do cuidado em ato, com um trabalho em rede que atue como um elo entre as tecnologias em saúde e as necessidades dos usuários, tanto individualmente quanto coletivamente. Isso visa garantir seu bem-estar, segurança e autonomia.

No que diz respeito ao cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Plano Terapêutico Singular (PTS) é crucial para a assistência integral. O paciente deve ser acompanhado pela equipe responsável, com a implementação do plano e um contato frequente com ele e seus familiares. Portanto, o monitoramento e o gerenciamento contínuos são essenciais para a revisão, análise e elaboração de planos de ação que melhorem essa linha de cuidado, sendo uma responsabilidade da equipe multiprofissional.

5- Estrutura física/ ambiência

Quadro 4 – Ambientes específicos para os serviços

AMBIENTE POR SERVIÇO OU EQUIPE	QUANTITATIVO POR SERVIÇO OU EQUIPE
Consultório de Neuropediatria ou Psiquiatria (28h)	1
Consultório Multiprofissional	2
Sala de Atendimento Terapêutico Individual	2
Sala de Atendimento Terapêutico Grupal	1
Sala de Atividade de Vida Diária (AVD)	1
Copa/refeitório	1



AMBIENTE POR SERVIÇO OU EQUIPE	QUANTITATIVO POR SERVIÇO OU EQUIPE
Espaço administrativo	2
Área interna de convivência Espaço adequado para reunião (Sala de reunião)	1
Sala de espera e Recepção	1
Sanitários adaptados para usuários (Sanitário feminino/masculino)	1

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS

6- Dimensionamento da Equipe Multiprofissional

A distribuição das equipes e serviços por território de abrangência segue o descrito a seguir:

QUADRO 5 – Equipe mínima de atenção à Pessoa com TEA

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Assistente Social	40h
Farmacêutico Clínico	20h
Fisioterapeuta	40h
Fonoaudiólogo	60h
Nutricionista	20h
Neurologista, Neuropediatra e/ou Psiquiatra/ Psiquiatra da Infância e Adolescência.	28h
Psicólogo**	120h
Terapeuta Ocupacional	60h
Outros profissionais de Nível Superior	-

*. A equipe ampliada pode ser composta por outros profissionais de nível superior: psicopedagogo, profissional de Educação física; arteterapeuta; musicoterapeuta; recreador; técnico de enfermagem e outros. ** Incluindo Psicólogos com especialização em Neuropsicologia.

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS.

A equipe multiprofissional é responsável por realizar o cuidado direto ao usuário; elaborar e executar o plano de cuidado; realizar um trabalho articulado em rede, para garantia da continuidade do cuidado, bem como gerenciar e monitorar essa Linha de Cuidado, por meio do acompanhamento dos indicadores.

7. Atuação da equipe

7.1 Médico

O profissional médico deve realizar a avaliação, o diagnóstico e o manejo clínico do Transtorno do Espectro do Autismo, bem como de comorbidades e condições associadas, solicitar exames complementares e realizar o seguimento farmacológico.

7.2 Nutricionista

A seletividade alimentar é um dos maiores problemas, com aversão a certos alimentos, muitas vezes por causa de texturas, cheiros e cores que causam desconforto. Assim, é comum que pacientes com TEA enfrentem muitos desafios na alimentação. De tal modo, a atuação do nutricionista envolve os cuidados na melhoria da alimentação, do estado nutricional, da seletividade alimentar, das alterações gastrointestinais e de seus impactos comportamentais na pessoa com TEA.

7.3 Farmacêutico Clínico

Realiza a assistência farmacêutica e orientação à família sobre o uso correto dos medicamentos, os possíveis efeitos colaterais, interação medicamentosa, dosagem, entre outros. O cuidado farmacêutico constitui uma ação integrada do farmacêutico com a equipe da saúde, centrado no uso correto e racional de medicamentos.

7.4 Fonoaudiólogo

Pessoas com TEA apresentam dificuldades de comunicação, presentes no comprometimento linguístico, que se expressa de maneira variada a ocorrer, por exemplo, no padrão repetitivo de fala, dificuldade de manter um diálogo, dificuldade de compreender a linguagem corporal ou mesmo na ausência de fala. O papel do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional tem importância fundamental no cuidado às pessoas com TEA, visto ser o profissional habilitado para atuar no processo comunicativo e suas dificuldades expressas no comprometimento da linguagem oral e escrita.

Além do atendimento clínico, o fonoaudiólogo pode atuar, nas instituições educacionais (de ensino infantil, fundamental, médio e/ou superior), contribuindo para promoção e aprimoramento da comunicação e das habilidades da leitura e escrita, impactando no aprendizado formal, na inclusão social e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com TEA.

O fonoaudiólogo também atua, possibilitando a participação ativa da família junto da equipe multiprofissional, objetivando ampliar a parentalidade ativa, a independência cognitiva, a comunicação funcional e a interação social da pessoa autista.

Quando necessário, o fonoaudiólogo é o profissional apto a conduzir a aplicação de sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa, de baixa ou alta complexidade.

7.5 Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional é o profissional que atua na estimulação das atividades do cotidiano, utiliza da estimulação, inibição, organização, facilitação do processo que constrói o seu cotidiano, oferece apoio e orientações a sua família e cuidadores. Atua também junto a escola e outros ambientes de participação do indivíduo, orientando quanto às formas de manejos em situações desafiadoras e possíveis tecnologias assistivas e adaptações instrumentais e metodológicas. O profissional da Terapia Ocupacional intervém em todas as faixas etárias, de forma precoce ou não. Seja com a criança, adolescente ou o adulto, buscando autonomia e independência em todos os contextos de vida, e em todas as ocupações humanas, que são elas: Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Gestão de Saúde, Descanso e Sono, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer e Participação Social (Aota, 2020).

A integração sensorial de Ayres é um método muito utilizado pelos terapeutas ocupacionais no tratamento da disfunção da integração sensorial que está presente em mais de 90% das pessoas com TEA. Outras manifestações que são tratadas com diferentes métodos e técnicas pelo terapeuta ocupacional, são: déficit cognitivo, seletividade alimentar, desmodulação sensorial, baixo repertório de interesses, hiperfocos, dificuldade na participação social e familiar, dentre outras. Vale ressaltar que vivemos em um mundo sensorial que tem inúmeras solicitações e por isso solicita engajamentos individualizados na sua inclusão social e cultural.

7.6 Psicólogo

Atua na avaliação psíquica, neuropsicológica e na avaliação da interação social (quesitos importantes tanto para o diagnóstico diferencial quanto para o PTS). A avaliação psicológica identifica os alvos que farão parte do trabalho clínico no PTS, mais especificamente os aspectos emocionais, familiares, sociais e comportamentais, bem como avaliando e intervém no impacto emocional da comunicação do diagnóstico à família.

Avaliação para identificar o grau de comprometimento e dependência da pessoa com TEA nos aspectos social e cognitivo (avaliar memória, atenção, pensamento, orientação e inteligência), emocional (identificar alterações de humor, aspectos relacionais e afetivos) e comportamental (interesses restritos e repetitivos, estereotípias, padrão de sono, auto e heteroagressão).

7.7 Fisioterapeuta

- Promove atividades voltadas para o fortalecimento da musculatura, melhora do equilíbrio, da coordenação motora, propriocepção, treino de marcha, abrangendo também aspectos psicológicos da criança referentes à autoconfiança e autoestima.
- Quando necessário, realiza assistência voltada para a aquisição de habilidades motoras, como: controle cervical e de tronco, as transições posturais, engatinhar e deambulação, a fim de proporcionar independência funcional nas atividades cotidianas, ao desenvolver a coordenação, equilíbrio e autocontrole corporal, promovendo uma diminuição dos movimentos atípicos.
- Desenvolve técnicas com os pais técnicas para auxiliar os filhos no desenvolvimento de força muscular, coordenação e habilidades motoras.

7.8 Assistente Social

O Assistente Social desempenha um papel fundamental no atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Algumas de suas funções principais incluem:

- I. Acompanhamento e Orientação: Auxilia famílias e a pessoa com TEA a entender e acessar os serviços e benefícios disponíveis, como educação especializada, terapias e apoio psicológico entre outros..
- II. Desenvolvimento de Planos de Intervenção: Colabora na criação de planos personalizados de intervenção, garantindo que as necessidades específicas do indivíduo sejam atendidas.
- III. Mediação: Atua como mediador entre a família, escolas, serviços de saúde e outros profissionais, facilitando a comunicação e a coordenação dos cuidados.
- IV. Apoio Social e Emocional: Oferece suporte emocional e social tanto para a pessoa com TEA quanto para seus familiares, ajudando a lidar com os desafios



e estresse associados ao transtorno.

V. Assegurar os Direitos do cidadão (ã): Trabalha para garantir que os direitos dos indivíduos com TEA sejam respeitados, defendendo a inclusão e o acesso equitativo aos serviços e oportunidades.

VI. Educação e Sensibilização: Promove a conscientização sobre o TEA na comunidade e nas instituições, contribuindo para a inclusão social.

Sugere-se que, de acordo com seu julgamento clínico, os profissionais sigam protocolos de avaliação validados para auxiliar no acompanhamento, selecionados de acordo com cada especialidade.

8- Estratégias para a Implantação da Linha de Cuidado

Para implantação da Linha do Cuidado, vários requisitos deverão ser observados:

I. Planejamento e Estratégias

- Definição de equipe técnica e/ou referência para coordenar o processo de implantação
- Identificar região/municípios/ Unidades de Referências para implantação do serviço.
- Fonte orçamentária e financeira.
- Cronograma de execução

II. Diagnóstico, mapeamento, levantamento de informações, com o quantitativo de pessoas com TEA por município e região diagnosticadas, em fila para atendimento. (Demanda/oferta)

III. Capacidade instalada para atendimento:

- Estrutura física e ambiência adequada.
- Equipamentos e mobiliário.
- Sistema de informação.
- Sistema de apoio e diagnóstico.
- Apoio Logístico.
- Equipe em quantidade suficiente.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS. Trata sobre os critérios para habilitação dos Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA); os critérios para a adesão ao incentivo de 20% destinado aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que realizam atendimento voltado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e as orientações para habilitação, pelo Ministério da Saúde, de Transporte Sanitário Adaptado no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) Disponível em:
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- WHO. ICD-11 Reference Guide. Genebra:WHO 2019. Disponível em inglês em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113861.htm](https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html. Acesso em 27 de nov de 2024.
● Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº13.861 de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Acesso em: 22.out.2024. Disponível em:<a href=)
- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº1.526, DE 11.10.2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS Nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 27.nov.2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº1.604, de 18 de outubro de 2023. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em 22 nov. 2024.
● De Oliveira, Bruna Gabriele Silva et al. A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ORIENTAÇÃO AO TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA). Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 7, p. 533-544, 2023.
● Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta n. 7, de 12 de abril de 2022, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, 2022.
● Guedes, T. A. L. Contexto histórico, epidemiologia e causas relacionadas aos Transtornos do Espectro do Autismo. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Atenção à Pessoa com Deficiência I: Transtornos do espectro do autismo, síndrome de Down, pessoa idosa com deficiência, pessoa amputada e órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.
● Brasil. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. 2016. Disponível em: <a href=) Acesso em: 27 out. 2017.
- Brasil. Lei nº13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em:
- Brasil. Lei Nº12.764 de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em:
- Howlin, P., Magia, I., Charman, T., & Maclean, W. E. (2009). Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114 (1): 23-41.
- Matson, J. L., RIESKE, R. D., TURECK, K. Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: review of available instruments. Research in Autism Spectrum Disorders, [S.l.], v. 5, n. 4. p. 1319–1326, 2011
- Reichow, B. Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. J Autism and Developmental Disorder, 42: 512–520, 2012.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics, 125(1): 17-23.
- Gadia, C. A., Tuchman, R., Rotta, NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, vol.80, n.2, suppl. [cited 2020-06-30], pp.83-94.

ANEXO II

Versão traduzida do Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Instruções:

- (1) Para esta Linha de Cuidado, o M-CHAT deve ser preenchido pelo profissional que está avaliando;
- (2) Ler as questões para o responsável que mais convive com a criança;
- (3) Caso o comportamento na questão seja raro (ex. observado apenas uma ou duas vezes), responder com se não fizesse o comportamento;
- (4) Encaminhar para o Serviço de Diagnóstico se, pelo menos: (a) Três perguntas respondidas com “Sim” ou (b) Duas das



1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

perguntas sensíveis (2, 7, 9, 13, 14 e 15) respondidas com "Sim".

ANEXO III Triagem - Ficha de Encaminhamento

Nome da criança:
Nome da Mãe:
Responsável (Nome e parentesco):
Município:
Inscrito no Cadastro Estadual da Pessoa com Deficiência? Sim Não
Fonte da História:
Breve Anamnese e avaliação comportamental (com ou sem Exame Mental):
Quais questões marcadas "SIM" no M-CHAT?
Colocar os números das questões marcadas com "SIM"
Critério para encaminhamento:
 Três ou mais questões "SIM" Duas ou mais questões principais (2, 7, 9, 13, 14 e 15) "SIM"
Impressões Diagnósticas:
Código da CID-10, se possível
Orientações ou propostas terapêuticas:

Data:
Assinatura do profissional:
Estabelecimento de Saúde:

Fonte: elaboração própria.

ANEXO IV Ficha de Avaliação para Produção do Relatório Unificado

Avaliação Multidisciplinar
Identificação do Paciente
D.N:

Nome:
Endereço:
Município:
Telefone:
Responsável:
Diagnóstico
CID:
Início da terapia:
Data da (re)avaliação:
Avaliação Observacional - realizar anotações durante o brincar livre.



Contato ocular
 Atenção Compartilhada:
 Imitação:
 Tolerância na atividade
 Interação:
 Movimentos Estereotipados
 Exploração do brinquedo
 Brincar Funcional
 Brincar Simbólico
 Brincar Compartilhado
 Sensorial (ne necessário aplicar instrumento de avaliação específico)

Avaliação Instrumental

Realizar avaliação direcionada através de instrumento de avaliação da instituição

Pessoal Social
 Motor fino:
 Linguagem:
 Motor Grosso:

Necessidades/Dificuldades mais relevantes trazidas pela família/responsável
 Usar como referência o depoimento dos pais e instrumentos de avaliação

CRITÉRIOS DSM-5

Realizar, obrigatoriamente, em crianças em processo de investigação para confirmação do diagnóstico.

Fonoaudiólogo: Nome completo	Assinatura e carimbo
Terapeuta Ocupacional: Nome completo	Assinatura e carimbo
Profissional Complementar:	Assinatura do profissional complementar (psicólogo), se houver
Assinatura dos Responsáveis	
Declaro que recebi uma via desse documento, sendo responsável em repassar essas informações para os profissionais envolvidos no processo terapêutico fora da instituição.	
Responsável 1 Nome completo	Assinatura
Responsável 2 Nome completo	Assinatura

Fonte: o modelo de ficha de avaliação utilizou com instrumento base a ficha produzida pelo Núcleo de Atendimento Interdisciplinar (NAI) da Policlínica do Consórcio de Cascavel.

ANEXO V

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS deve ser criado de acordo com o protocolo utilizado para a avaliação. O planejamento terapêutico deve ser elaborado por equipe multidisciplinar e com metas que possam ser atingidas em curto prazo (até a data da reavaliação).

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: D.N:
 Endereço
 Município:
 Telefone:
 Responsável:
 Diagnóstico
 CID:
 Início da terapia:
 Data da (re)avaliação:
 Estratégias Terapêuticas:
 As estratégias devem seguir as habilidades avaliadas e observadas durante o momento da avaliação que apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Além da avaliação observacional é importante incluir o desejo e necessidades dos pais nas estratégias a serem trabalhadas.
 Linguagem:
 Ex: 1. Imitar sons: emitir sons dos animais com apoio visual;
 2. volta-se para o som: jogar de esconde - esconde
 Motor fino:
 Pessoal social:
 Motor - grosso
 Sensorial:

Assinatura e carimbo da equipe responsável:

Fonoaudiólogo: Nome completo	Assinatura e carimbo
Terapeuta Ocupacional: Nome completo	Assinatura e carimbo
Profissional Complementar:	Assinatura do profissional complementar (psicólogo), se houver
Assinatura dos responsáveis	
Estou ciente da importância da minha atuação e aplicação do PTS nas rotinas diárias, sendo corresponsável pela evolução do quadro clínico global.	
Responsável 1 Nome completo:	Assinatura
Responsável 2 Nome completo:	Assinatura

Prazo para aplicação do PTS:

Fonte: O modelo de ficha de avaliação utilizou como instrumento base a ficha produzida pelo Núcleo de Atendimento Interdisciplinar (NAI) da Policlínica do Consórcio de Cascavel.

*** ** *

PORTARIA Nº1662/2025-1 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o que consta no Processo nº24001.015274/2025-18 (Suite), RESOLVE AUTORIZAR o afastamento do servidor **FRANCISCO BONAVIDES DE SOUZA**, matrícula nº301.618.3-1, Chefe da Unidade Técnica do Cerest da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nos dias 27 e 28 de março de 2025, a fim de que o mesmo possa **viajar** à Brasília/DF, com o objetivo de participar da I Oficina Nacional Mais Vida no Trabalho: Programa Nacional de Prevenção aos Acidentes de Trabalho Fatais, concedendo-lhe passagens aéreas no trecho Fortaleza/Brasília/Fortaleza no valor de R\$4.921,90 (quatro mil, novecentos e vinte e um reais e noventa centavos), em conformidade com o Decreto no. 35.922, de 27 de março de 2024, classe II, anexos I e III e a Portaria 143/2025 - SEPLAG, publicada em 19 de fevereiro de 2025, devendo as despesas correr por conta da dotação orçamentária da Secretaria da Saúde do Estado. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 26 de março de 2025.

Carla Cristina Fonteles Barroso

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

*** ** *