

LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, NO DISTRITO FEDERAL



SUMÁRIO

Apresentação	6
2. Metodologia de Busca de Literatura	8
2.1. Bases de Dados Consultadas	8
2.2. Palavras-chave	9
2.3. Período Referenciado e Quantidade de Artigos Relevantes	9
3. Justificativa	9
4. Objetivos	9
4.1. Objetivo Geral	9
4.2. Objetivos Específicos	9
5. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)/ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM V	10
6. Rede de Atenção à Saúde (RAS)	10
7. O Cuidar em Saúde Voltado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)	
7.1. Atenção Primária à Saúde (APS)	14
7.1.1. Acolhimento e Acesso no Serviço de Saúde	14
7.1.2. Avaliação e detecção precoce de risco para o TEA	14
7.1.3. Fluxograma de encaminhamentos da APS	15
7.1.4. Projeto Terapêutico Singular (PTS)	17
7.1.5. Vigilância no ambiente escolar	21
7.1.6. Acompanhamento domiciliar na APS	22
7.1.7. Acompanhamento do adolescente em medida sócio educativa (SSE)	23
7.1.8. Acompanhamento das equipes de saúde prisional	23
7.1.9. Gestão do Cuidado na Atenção Primária à Saúde	25
7.1.10. Cuidado Odontológico	26
7.1.11. Práticas Integrativas	27
7.1.12. Cuidados com a Alimentação	28
7.1.13. Cuidados com a Reorganização Sensorial	29
7.1.14. Cuidados com a rotina	32
7.1.15. Cuidados com a linguagem	34
7.1.16. Compartilhamento do cuidado com a atenção especializada(AE)	35
7.1.17. Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde	36
8. Atenção Especializada (AE)	37
8.1. Atenção Secundária (AASE)	38
8.2. Ambulatórios De Especialidades Médicas	38
8.2.1. Pediatria	39
8.2.2. Neuro Pediatria	40
8.2.3. Neurologia Adulto	41
8.2.4. Genética	41
8.3. Ambulatórios de Saúde Funcional (ASF)	42
8.3.1. Fisioterapia	43
8.3.2. Fonoaudiologia	44
8.3.3. Terapeuta Ocupacional (TO)	45
8.4. Centro Especializado em Reabilitação (CER)	46
8.5. Serviços de Saúde Mental	46
8.5.1. Encaminhamentos	47
8.5.1.1. Encaminhamentos para População Infantojuvenil	49
8.5.1.2. Encaminhamentos para população adulta	50
8.5.1.3. Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo	50
8.5.2. Ambulatórios de Saúde Mental Infanto Juvenil	50
8.5.2.1. Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) e Adolescentro	51
8.5.2.2. Ambulatórios de Saúde Mental Adulto	53
8.5.2.3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	53
8.5.2.4. Centros de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil (CAPSi)	53
8.6. Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)	55
8.7. Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)	56
8.8. Atenção Hospitalar (Terciária)	57
8.8.1. Pré-hospitalar	57
8.8.2. Serviço de Atendimento Móvel/SAMU	59
8.8.3. Unidade de pronto Atendimento — UPA	59
8.8.4. Unidade Hospitalar	60
8.8.5. Assistência Domiciliar	60
8.9. Tratamento Medicamentoso	61
8.10. Plano terapêutico na AE	61
8.11. Matriciamento na AASE	63
9. Cuidando do Cuidador nos diferentes pontos de atenção da RAS	63
10. Sistemas de Apoio	63
11. Vigilância em Saúde	70

SUMÁRIO

12. Rede Intersetorial	72
12.1.1. Articulação com o Sistema de Justiça e Direitos Humanos	73
12.1.2. Ministério Público - Promotoria de Justiça da Pessoa com Deficiência (PROPED)	73
12.1.3. Defensoria Pública do Distrito Federal	73
12.1.4. Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por orientação sexual ou contra a pessoa idosa ou com deficiência (DECRIN)	73
12.1.5. Articulação com a Secretaria de Estado de Educação	74
12.1.6. Articulação com a Sociedade Civil Organizada	74
12.1.6.1. Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência do DF (CODDEDE-DF)	75
12.1.7. Associações	75
12.1.7.1. Associação Brasileira de Autismo Comportamento e Intervenção (ABRACI)	75
12.1.7.2. Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial - CETEFE	75
12.1.7.3. Associação dos Amigos dos Autistas (AMA/DF)	75
12.1.7.4. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	75
12.1.7.5. Associação Tudo Azul Autismo - ATA	76
12.1.7.6. Movimento Orgulho Autista (MOAB)	76
12.1.8. Articulação com o SEL	76
12.1.9. Articulação com a Secretaria Extraordinária da Pessoa com Deficiência (SEPD)	77
12.1.10. Articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES)	77
12.1.11. Unidades de Referência da Assistência social	79
12.1.11.1. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	79
12.1.11.2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV	79
12.1.11.3. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	79
13. Referências Bibliográficas	81
14. Fluxogramas Assistenciais	85
15. Anexos	86
15.1. Momento da notícia e comunicação com a pessoa com TEA e sua família	86
15.2. Guias para Acompanhamento	87
15.3. Manual de Orientação do Desenvolvimento e Comportamento - Transtorno do Espectro do Autismo do Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria.	87
15.4. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência	87
15.5. Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor	87
15.6. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)	87
15.7. Caderneta de Saúde da Criança	87
15.7.1. Menina	87
15.7.2. Menino	87
15.8. MCHART R	87
15.9. Diretrizes de estimulação precoce	88
15.10. Comportamento agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo	88
15.11. Práticas em Reabilitação na AB o olhar para a funcionalidade na interação com o território	88
15.12. Notas Técnicas/ Protocolos	88

1. APRESENTAÇÃO

Como parte dos transtornos do neurodesenvolvimento, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por dificuldades na comunicação, na interação social e pela presença de padrões de comportamentos repetitivos. As pessoas com TEA podem apresentar repertório restrito de interesses e atividades, com impacto em todas as etapas do desenvolvimento humano. As manifestações do TEA podem ser percebidas nos primeiros anos de vida, sendo que a trajetória inicial não é uniforme e a gravidade de apresentação é variável.

O termo espectro autista é utilizado em razão da grande diversidade de manifestações clínicas observadas. Alguns indivíduos apresentam prejuízos leves, ao passo que outros apresentam prejuízos mais graves, podendo ser permanentemente dependentes em suas atividades de vida diária (2, 3). Apesar de não haver uma cura para o TEA, as intervenções adequadas podem modificar o prognóstico, especialmente se forem iniciadas precocemente (3).

A incidência de casos de TEA tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas (4). Os dados de estimativas vêm sendo revisados sistematicamente, visto que mudanças nas práticas de diagnóstico do TEA tiveram um efeito substancial no aumento do número de casos. O que reflete a presença de critérios diagnósticos mais específicos e a melhor compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre o TEA. Dessa forma, há maior disseminação de informações, maior e melhor esclarecimento dos familiares e início da intervenção em idade cada vez mais precoce (5).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula atualmente que o TEA afeta uma em cada 44 crianças no mundo. Dados de prevalência revelam que cerca de 1 a 2% de crianças e adolescentes no mundo apresentam TEA.

Estes dados estão sendo sistematicamente atualizados, conforme novos estudos são publicados. Ao aplicar a prevalência global de 1% da população conforme consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V), aproximadamente 2 milhões de pessoas têm TEA no Brasil (5, 6) e, no DF, cerca de 30 mil pessoas.

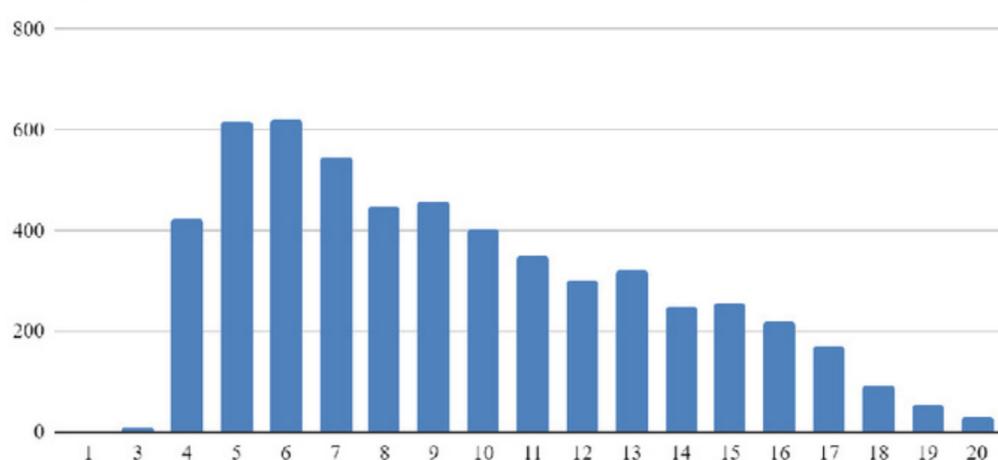
O TEA manifesta-se em indivíduos de diversas etnias ou raças e em todos os grupos socioeconômicos, sendo mais prevalente entre meninos do que entre meninas (3:1), conforme revisão sistemática realizada em 2017 (6, 7).

Dados do Censo Escolar da Educação Básica (2019) demonstram que o percentual de matrículas de alunos incluídos em classe comum (4 a 17 anos) aumentou gradativamente ao longo dos anos, saindo de 88,4% em 2015 para 92,8% em 2019, e que o percentual de alunos que estão incluídos em classe comum e têm acesso às turmas de atendimento educacional especializado (AEE) também cresceu no período, passando de 37,4% em 2015 para 40,8% em 2019 (7, 8).

No DF, os atuais sistemas de informação não permitem sistematizar dados de pessoas com autismo, por isso, os dados mais atualizados são os referentes à deficiência intelectual/mental sem maiores especificações. Entretanto, podemos citar dados de matrículas da Secretaria de Estado de Educação (SEE), em que estudantes entre 0 a 20 anos matriculados na Educação Especial da Rede de Ensino do DF, cerca de 5.500, têm diagnóstico de TEA, conforme o Gráfico 1:

GRÁFICO 1 - DADOS DE MATRÍCULAS DE ALUNOS COM TEA NA REDE DE ENSINO DO DF -2022

Dados de matrículas de alunos com TEA na Rede de Ensino do DF -2022



Fonte: Secretaria de Estado de Educação -DF Adaptação Própria



O avanço da ciência, pesquisas e novas tecnologias fortalecem os entendimentos da genética do TEA. Há evidências das variações em números de cópias de segmentos do DNA como fatores de risco.

Essas variações correspondem a deleções gênicas que podem ser herdadas ou ocorrem por mutações do tipo de NOVO, essa última com uma frequência próxima a 15%.

Alguns cromossomos, em especial o 2, 7, 15 e X, estão envolvidos na transição sináptica, na programação e no desenvolvimento das redes neurais.

Os achados de natureza genética com implicações na maturação sináptica têm sua relevância e atribui-se a eles as alterações encontradas em estudos de neuroimagem⁹.

Esses estudos sugerem alterações na conectividade cerebral, estrutural e funcional, principalmente no cerebelo, giro fusiforme, amígdala e córtex pré-frontal. Os achados no seu conjunto corroboram com a hipótese neurobiológica de ser o TEA decorrente de alterações da maturidade e conectividade das sinapses geneticamente mediadas.

As condições de etiologia geneticamente determinadas correspondem a 10% dos casos de TEA. Não está bem estabelecido o processo ou processos pelos quais a predisposição genética interage com os fatores ambientais, para causar o TEA.



Há muitas condições geneticamente determinadas no TEA como comorbidades em sua expressão clínica. Várias condições de diferentes etiologias genéticas se apresentam com o TEA:

1. Síndrome do X-Frágil.
2. Síndrome de Rett.
3. Fenilcetonúria.
4. Esclerose Tuberosa.
5. Síndrome de Down.
6. Distrofia Muscular Progressiva tipo Duchenne.
7. Neurofibromatose tipo I.

Evidências crescentes^{9, 11} sugerem que o TEA possa estar associado a:

- Erros Inatos do Metabolismo, seja por alterações do transporte ou metabolismo de Aminoácidos como na Fenilcetonúria;
- Homocistinúria;
- Deficiências enzimáticas do Ciclo das Adenosil Cobalaminas;
- Leucinose ou Doença do xarope de bordo;
- Defeitos do Ciclo da Ureia;
- Acidemias orgânicas como a Acidemia Propiônica;
- Acidemia Glutárica I;
- Defeitos da biosíntese do colesterol como a síndrome de Smith Lemli Optiz;
- Doenças mitocondriais como MELAS;
- Desordens de neurotransmissores;
- Desordens do metabolismo do Folato;
- Doenças do metabolismo de Cobre;
- Doenças Lisossomais.

Sabe-se que os sintomas podem ser amenizados ao longo do tempo; e a identificação de atrasos no desenvolvimento, o diagnóstico oportuno de TEA e encaminhamento para intervenções comportamentais, funcionais e de apoio educacional na idade mais precoce possível pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral.



Desse modo, a identificação dos fatores de risco e da TEA, em seu estágio inicial, possibilita o início das intervenções oportunas, o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, conferindo à Atenção Primária atribuição essencial para melhores resultados terapêuticos e prognóstico dos casos.



Nessa perspectiva, o presente documento objetiva a construção e apresentação da Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito desta Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Cumpre-nos esclarecer que o documento em apreço é resultado da ação conjunta de profissionais de saúde de diversas especialidades, como, também, do amplo diálogo, articulação e cooperação intersetorial.

2.METODOLOGIA DE BUSCA DE LITERATURA

2.1 BASES DE DADOS CONSULTADAS

Diretrizes e Linha de Cuidado do Ministério da Saúde, Protocolos de assistência, artigos científicos, e outros.

2.2 PALAVRAS CHAVES

Transtorno do Espectro Autista; Transtornos do Neurodesenvolvimento; Reabilitação; Transtorno Global do Neurodesenvolvimento, Linha de Cuidado.

2.3 PERÍODO REFERENCIADO E QUANTIDADE DE ARTIGOS RELEVANTES

As referências utilizadas foram publicações do Ministério da Saúde, protocolos assistenciais e artigos científicos dos últimos 10 anos.

3.JUSTIFICATIVA

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipes multidisciplinares em cada serviço de saúde, viabilizando a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial.

Um de seus objetivos é apresentar os fluxos assistenciais pactuados e estabelecidos nas RAS, de maneira a possibilitar que o cuidado disponibilizado atenda, diretamente, às demandas do usuário e às suas necessidades de saúde.

Nessa seara, e diante da grande variabilidade etiológica, de sinais e sintomas, das especificidades do cuidado requerido pelas pessoas com TEA e da necessidade de se definir e organizar a rede assistencial de saúde no DF a essa população específica, a proposta, ora apresentada, se justifica.

4. OBJETIVOS

A presente Linha de Cuidado tem por objetivo estabelecer o itinerário do cuidado integral e multidimensional nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e suscitar um olhar intersetorial primado pela articulação e integração das ações com os órgãos governamentais, sociedade civil, conselhos e Ministério Público.

4.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer e implantar a Linha de Cuidado da pessoa com TEA do Distrito Federal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Destacar a importância da identificação dos fatores de risco para problemas no desenvolvimento.
- Orientar os serviços de saúde para centrar o cuidado na pessoa e nas suas necessidades;
- Estabelecer os fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção;
- Construir e implementar ações estratégicas à saúde da população com TEA;
- 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;
- Fortalecer a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

5. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)/ MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM V

Esta Linha de Cuidado se refere à saúde de todas as crianças com atraso de desenvolvimento, adolescentes e adultos com suspeita e/ou confirmação de TEA.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª Edição (CID-10) inclui a classificação para os Transtornos Globais do desenvolvimento (TGD), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1- Classificação para Transtornos Globais do desenvolvimento (TGD)

Classificação Internacional de Doenças (CID-10) - F84

F 84.0 Autismo Infantil

F 84.1 Autismo Atípico

F 84.2 Síndrome de Rett

F 84.3 Outro transtorno Desintegrativo da Infância

F 84.4 Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados

F 84.5 Síndrome de Asperger

F 84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento

F 84.9 Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

Segundo o DSM-V, da *American Psychiatric Association*, para o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer-se a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, e devem ser analisados em múltiplos contextos.

Além disso, recomenda-se que haja uma investigação da função intelectual, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, particularmente na infância.

Quadro 2 - Transtorno do Espectro Autista - Critérios Diagnósticos 299.00 (F84.0)

a) Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia.

1. Déficits na reciprocidade sócio emocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal, a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada, a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, à dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos e a ausência de interesse por pares.

b) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados, ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível as rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal, ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3. Interesses fixos e altamente restritos anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4. Hiper ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais, ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos excessivamente, fascinação visual por luzes ou movimento).

c) Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do Desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

d) Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

e) Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

A gravidade deve ser registrada como nível de apoio necessário a cada um dos dois domínios: Comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos da Tabelas 2 e 3

Quadro 3 - Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista, com relação a comunicação social

**NÍVEL 1
"EXIGINDO
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 parecer 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 malsucedidas.

**NÍVEL 2
"EXIGINDO
APOIO
SUBSTANCIAL"**

Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não 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.

**NÍVEL 3
"EXIGINDO
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 a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.

Fonte: DSM V 5ª Edição - adaptação própria

Quadro 4 - Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista com relação aos comportamentos restritos e repetitivos

**NÍVEL 1
"EXIGINDO
APOIO"**

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.

**NÍVEL 2
"EXIGINDO
APOIO
SUBSTANCIAL"**

Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança 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 ações.

**NÍVEL 3
"EXIGINDO
APOIO
MUITO
SUBSTANCIAL"**

Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em 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.

Fonte: DSM V 5ª Edição - adaptação própria



Para fins de classificação/diagnóstico, esta Linha de Cuidado do TEA considera o disposto no DSM V, até que seja publicada nova classificação tanto pelo próprio DSM quanto pela CID.

6. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Promove a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica 15.

Na SES DF, a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) é a unidade responsável por planejar, dirigir, coordenar, avaliar e apoiar a implementação de ações e serviços de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e hospitalar, no contexto de redes de atenção à saúde, com o desenvolvimento de programas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A RAS surge como uma forma de organização do sistema de atenção à saúde, baseada na oferta de serviços efetivos, seguros e de qualidade que se adequem às necessidades de saúde da população. Para atingir seus objetivos, a RAS envolve os três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e a Atenção Hospitalar (AH), os quais se comunicam por meio de fluxos e de regulação entre os serviços, buscando garantir a integralidade do cuidado.

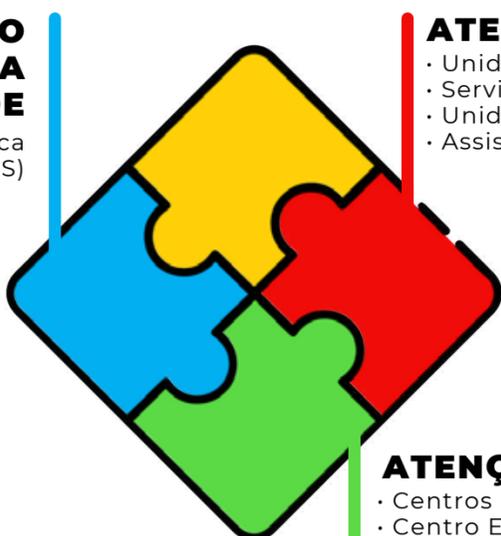
O processo diagnóstico inicia na APS e é compartilhado com a AASE, devendo ser realizado por equipe multidisciplinar com o objetivo de compreender as dificuldades do paciente, o que inclui o diagnóstico funcional e nosológico.

O diagnóstico do TEA, estabelece o espectro da condição, que vai desde o muito discreto e leve, até condições intensas e graves. Essa classificação está diretamente relacionada à funcionalidade da pessoa com TEA e a quantidade de apoios que necessita para diferentes habilidades. Desta maneira, a intensidade pode variar ao longo da vida, a depender das situações que são expostas, os locais onde frequenta e as necessidades de apoio que são necessárias.

O cuidado à pessoa com o TEA, envolve em especial duas Redes Temáticas: a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPCD) que busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, visando à garantia da integralidade do cuidado e acesso à reabilitação em tempo oportuno; e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa promover a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Unidade Básica de Saúde (UBS)



ATENÇÃO HOSPITALAR

- Unidade Hospitalar
- Serviço de Atendimento Móvel (SAMU)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Assistência Domiciliar (NRAD)

ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro Especializado de Reabilitação (CER)
- Ambulatório de Saúde Funcional (ASF)
- Centro de Especialidades médicas e multiprofissional
- Ambulatórios Especializados em Saúde Mental
- Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)

Destaca-se também que, a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais a partir da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, além disso, o TEA é classificado como sendo um transtorno mental de início na infância, portanto, essa população deve ser assistida tanto pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências como pela Rede de Atenção Psicossocial.

7.0 CUIDAR EM SAÚDE VOLTADO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

7.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

Conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Sendo assim, a APS é a porta de entrada preferencial das crianças, adolescentes, adultos e idosos com TEA e seus familiares na atenção à sua saúde, com mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade, em tempo oportuno, da atenção ao contingente 17.

A atenção ao usuário com TEA, na APS, envolve ações preventivas, diagnósticas, de acesso ao tratamento e a reabilitação, que pressupõe a existência de um trabalho multiprofissional e intersetorial, com desenvolvimento de competências e abordagens ampliadas.

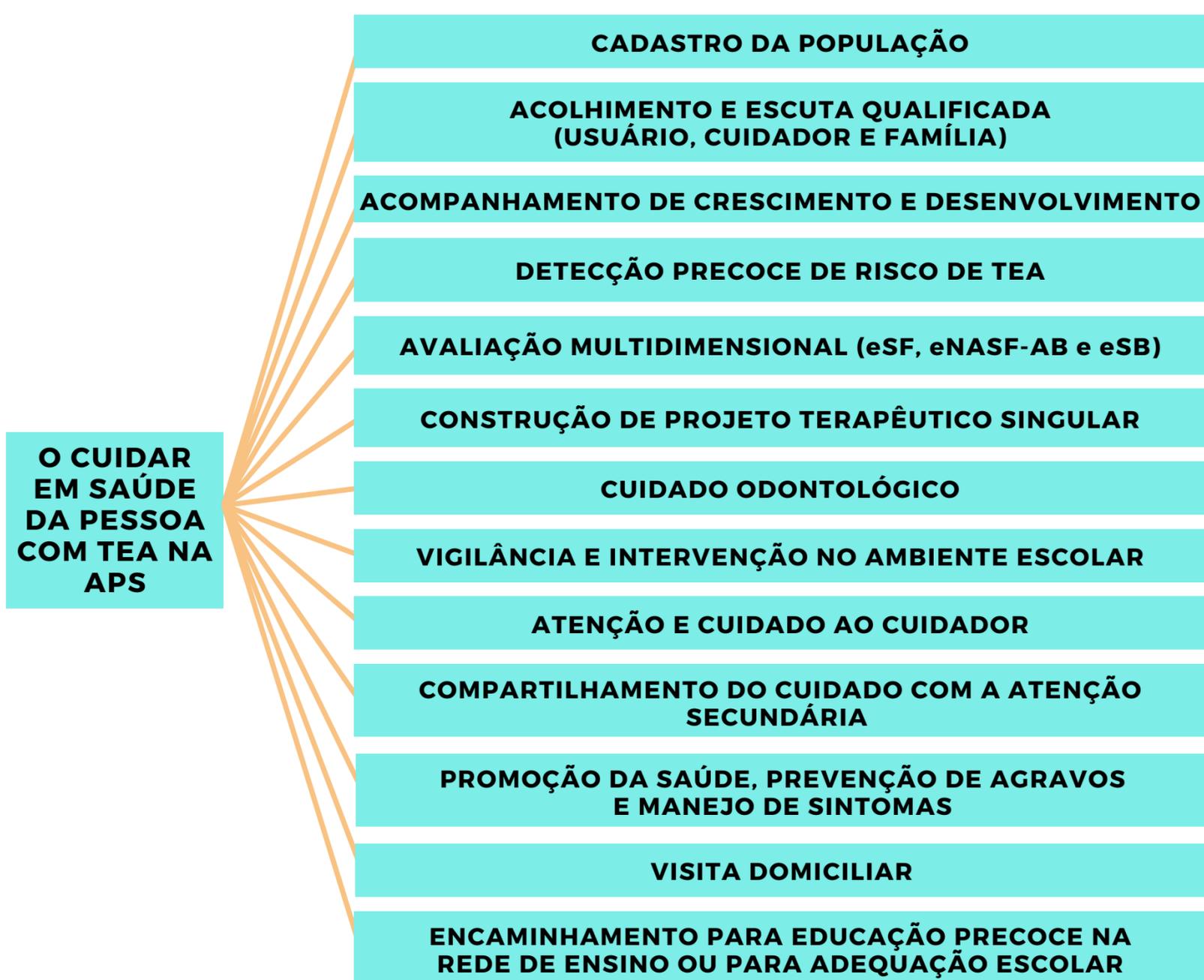
É no âmbito da APS que ocorre o acompanhamento ao longo da vida das pessoas e, no caso da organização da atenção às pessoas com TEA, destaca-se o acompanhamento do pré-natal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, especialmente da primeira infância.

O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NA APS, SE BASEIA NOS CRITÉRIOS PRECONIZADOS PELA CADERNETA DA CRIANÇA



O olhar multidimensional favorece o cuidado em rede, em que a porta de entrada é a APS, e o usuário é acompanhado por sua equipe de saúde da família (eSF) de referência. A organização de profissionais e equipe de referência favorece a longitudinalidade do cuidado, mas não minimiza a corresponsabilização dos demais profissionais perante o acompanhamento da pessoa e da família em questão. É exatamente a assistência em rede que possibilita discussões e avaliações frequentes sobre os planos terapêutico singular (PTS), garantindo continuidade do cuidado e modificações necessárias às necessidades e respostas 17, 18.

A vinculação, o acolhimento, a avaliação e acompanhamento multidimensional possibilitam identificar o panorama de perfis dos indivíduos da comunidade, conforme as suas demandas e necessidades, para traçar conjuntamente com o usuário e a família o seu plano de cuidados. A criança e os seus familiares, ao serem acolhidos em outros pontos da RAS, devem ser referenciados às equipes da APS, mesmo que estejam sendo assistidas por serviços especializados.



7.1.1 Acolhimento e Acesso no Serviço de Saúde

Para identificar a população do território e suas demandas, é realizado o cadastramento e o acolhimento da população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada eSF. As eSF, as equipes dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasfs-AB), assim como as equipes de Saúde Bucal (eSB) e as equipes de Consultórios na Rua das Unidades Básicas de Saúde devem realizar o mapeamento da comunidade, das suas necessidades de saúde, incluindo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

O acolhimento se dá quando o usuário é recebido na unidade de saúde, por sua equipe de referência na APS. É um importante passo do cuidado em saúde, contribuindo para a vinculação e a construção de uma relação de confiança e respeito entre profissional e usuário 17, 18,20.

Segundo Nascimento, Pereira e Garcia (2017) os profissionais de saúde e o sistema de saúde devem estar preparados para realizar o acolhimento e o atendimento das pessoas com transtorno do espectro autista e suas famílias 19, 21.

É de extrema importância que as equipes de saúde construam uma relação de cumplicidade com as famílias das crianças atendidas por elas, oferecendo acolhimento e escuta qualificada das demandas, necessidades e queixas da família em relação à saúde e desenvolvimento das crianças ou do usuário com TEA.

No recorte do desenvolvimento infantil, os profissionais da APS atendem às crianças com maior frequência nos 2 primeiros anos de vida, portanto devem estar atentos a todos os sinais que possam sinalizar para desenvolvimento atípico, como: atrasos de linguagem verbal ou não-verbal, déficits de contato social, interesses repetitivos e/ou movimentos auto-estimulatórios (chamado tradicionalmente de estereotipias motoras) e brincar restrito (que não é de faz de conta ou que tem pouca variação de tema).

Nestas situações é importante uma avaliação multidimensional da eSF, bem como por profissionais da equipe interdisciplinar (NASF) e o estabelecimento do PTS, a partir das demandas identificadas. Nos casos em que a eSF e o Nasf observarem que a criança necessita de uma atenção de maior complexidade, deve ser realizado o compartilhamento do cuidado com outras especialidades de outro nível de atenção 19, 12.

A equipe interdisciplinar, na APS, deve trabalhar de forma transdisciplinar, no sentido de promover o cuidado longitudinal e integral, com intervenções em tempo oportuno. Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional na APS são:

- Enfermeiro ou Enfermeiro da Família e da Comunidade;
- Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem;
- Médico de Família e Comunidade;
- Agente comunitária de Saúde;
- Cirurgião Dentista;
- Técnico em Saúde Bucal;
- Auxiliar em Saúde Bucal;
- Assistente Social;
- Farmacêutico;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Terapeuta Ocupacional.

Importante salientar que o NASF, não sendo um ambulatório, não se constitui como porta de entrada do SUS, mas sim um dispositivo de apoio às eSF, tendo como eixos a co-responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. Tem como objetivos apoiar a inserção da eSF na RAS e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização.

Sabe-se que sistemas universais de saúde orientados por uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, resolutiva, abrangente e acessível apresentam maior potencial para responder às necessidades sociais da população. A importância do papel APS em trazer respostas mais efetivas e sustentáveis merece destaque, uma vez que apresenta lacunas preexistentes nos sistemas de saúde diretamente relacionadas com as iniquidades sociais 20, 22.

7.1.2 Avaliação e detecção precoce de risco para o TEA

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida 21, 22.

A identificação dos sinais iniciais de problemas no desenvolvimento é de extrema importância para que as intervenções necessárias sejam iniciadas o mais precocemente possível, já que, quanto antes se inicia o tratamento, melhores são os resultados. Durante os primeiros anos da infância, a criança apresenta uma maior plasticidade neuronal, o que contribui para os melhores resultados nas intervenções 12, 23.

Na APS, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é importante estar atento aos principais sinais e sintomas de alertas para o risco do TEA.

A equipe de saúde deve estar atenta ao processo contínuo de vigilância do desenvolvimento das crianças, empenhando-se na identificação dos sinais iniciais de alterações no desenvolvimento. Os sinais de alerta para o possível diagnóstico de TEA podem aparecer já nos primeiros meses de vida da criança. De forma simplificada, o quadro abaixo elucida as principais características que podem estar relacionadas ao risco para TEA.

Características que podem estar relacionadas ao risco para TEA

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

INTERAÇÃO SOCIAL

LINGUAGEM

BRINCADEIRAS

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Criança. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em: 08 mar 2022)
Adaptação Própria



Para a vigilância do crescimento infantil, a APS utiliza a Caderneta de Saúde da Criança 2ª edição, 2021. A caderneta é um instrumento de vigilância do desenvolvimento e traz o Checklist Modificado para TEA em crianças com idade entre 16 e 30 meses (M-CHAT-R), utilizado para rastreio de risco para o TEA24.

M-CHAT-R

- É um questionário de aplicação restrita a crianças para o rastreio específico do TEA.
- M-CHAT-R junto com a Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) é um instrumento de 2 etapas,
- É de rápida aplicação podendo ser utilizado por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta.
- A soma dos pontos pode indicar risco do TEA, mas não confirma o diagnóstico,
- O M-CHAT é um teste de triagem e não de diagnóstico e é exclusivo para sinais precoces de TEA e não para uma análise global do neurodesenvolvimento.
- A recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é o Questionário Modificado para Triagem do TEA em Crianças entre 16 e 30 meses, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F)™.
- Trata-se de 20 questões claras, com resposta sim e não para o M-CHAT-R (anexo 1), ao final do questionário terá um resultado indicando baixo risco, risco moderado ou alto risco. Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA,

TRIAGEM COM M-CHAT-R



Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™ Adaptação própria



O principal objetivo do M-CHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o máximo possível de casos de TEA. Contudo, existe alta taxa de falso positivo, o que significa que nem todas as crianças que apresentarem escore de risco serão diagnosticadas com TEA, essas crianças apresentam alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, de modo que, devem ser investigadas. Sendo também de extrema importância a escuta ativa da família em relação ao desenvolvimento da criança 23, 24.



É obrigatória a aplicação do M-CHAT-R para crianças, em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017

"Recomenda-se que todas as crianças sejam submetidas a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, pela eSF, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos que cursem com desvios e atrasos do desenvolvimento.

Nesses casos, sugere-se que a eSF realize o agendamento para realizar a triagem, no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade²⁴."



O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 12 meses de idade.



A identificação precoce dos sinais de desenvolvimento atípico permite que as medidas de intervenção adequadas sejam tomadas imediatamente pela equipe, tendo em vista que a intervenção precoce contribui fortemente para um melhor prognóstico. Volkmar (2019) enfatiza os benefícios da intervenção precoce, sendo "A oferta precoce de serviços parece ser muito importante na determinação dos desfechos", e, para algumas crianças, a diferença está entre crescer e se tornar independente e autossuficiente ou depender de serviços residenciais".

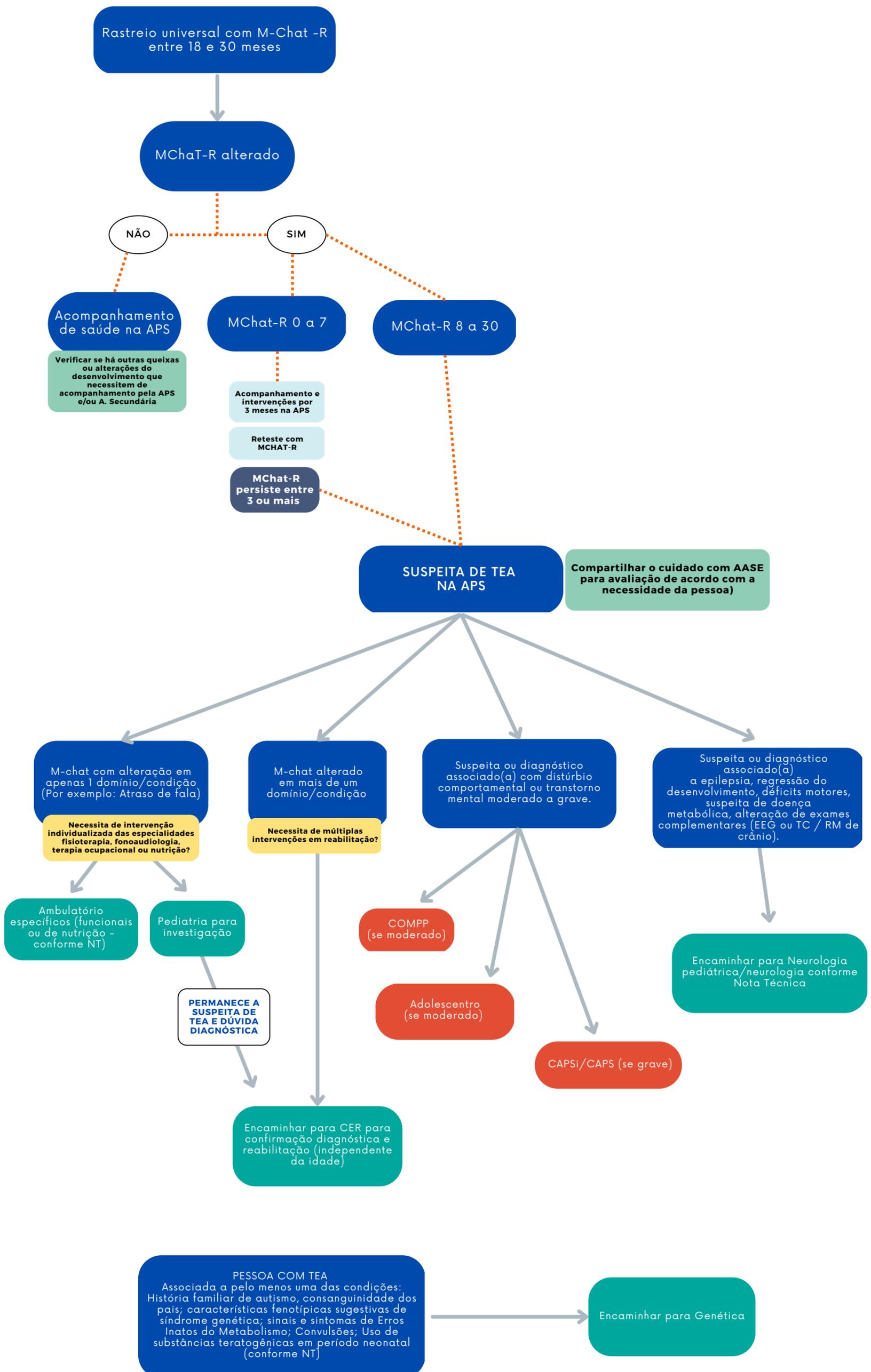
É importante frisar que é necessário o acompanhamento e a intervenção precoce durante todo o processo de investigação diagnóstica, mesmo que o fechamento do diagnóstico ocorra após os 3 anos, conforme recomendado pelas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA.

Em algumas crianças, os sintomas se apresentam logo após o nascimento, no entanto, pode ser melhor identificado entre os 12 e 24 meses.

Embora a idade média de diagnóstico seja, hoje, aproximadamente 3 anos, estudos recentes demonstram que o diagnóstico precoce do TEA pode ser feito ainda nos primeiros meses de vida da criança, pois estas podem manifestar sinais antes mesmo dos 18 meses de idade.



7.1.3. Fluxograma de encaminhamentos da APS



Todo atraso de linguagem verbal ou não-verbal, déficits no contato social e interesse no outro, interesses repetitivos proeminentes e estereotípias ou perda de habilidades adquiridas em qualquer idade, devem ser investigados e encaminhados para intervenções precoces.



A eSF deve acompanhar a criança com suspeita ou diagnóstico de TEA, através da Escala de Denver II, contida na Caderneta da Criança: Menino e na Caderneta da Criança 24 e complementado pelas Diretrizes de estimulação precoce 23, mantendo as avaliações dos desenvolvimentos:



Auditivo



Visual



Motor



Cognitivo e de Linguagem

7.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O projeto terapêutico singular (PTS) se caracteriza por ser uma construção onde são definidas as propostas de condutas terapêuticas para um indivíduo ou uma comunidade. Essas propostas devem ser pensadas por uma equipe multiprofissional levando em consideração as demandas da pessoa com TEA e de sua família. Deve ser elaborado e sistematicamente reavaliado em conjunto da família e da equipe de referência 26, 25.

A partir da lógica de cuidado à saúde em redes, o PTS da pessoa com TEA deve ser capaz de responder às demandas e necessidades do indivíduo nos diferentes cenários do sistema de saúde, sejam elas de reabilitação, saúde mental, odontológicas e médicas.

Uma importante estratégia no tratamento de pessoas com TEA é o encaminhamento para os pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, já que, características, como dificuldades na linguagem e na socialização, podem acarretar comprometimento funcional no cuidado de si e nas interações sociais.

O projeto terapêutico deve ser fundamentado nos seguintes pontos:



- O diagnóstico elaborado;
- As sugestões decorrentes da avaliação interdisciplinar da equipe;
- As decisões da família.



É fundamental que o PTS seja elaborado levando em consideração as diferentes situações clínicas envolvidas no TEA e que esteja articulado com outros setores como a educação, o lazer, a proteção social, a cultura e o trabalho, assegurando assim um cuidado integral e que atenda às necessidades do indivíduo 12, 23.

7.1.5 Vigilância no ambiente escolar

A observação da criança no ambiente escolar nos fornece muitas informações acerca de seu desenvolvimento motor, cognitivo e social. As escolas, com o apoio das equipes de saúde, devem ser capacitadas para identificar os sinais de alerta de atraso no desenvolvimento.

Caso observem um aluno com sinais de atraso, a família deverá ser informada pela escola para que a criança receba atendimento na atenção básica e, assim, inicie a intervenção, quando necessário, o mais precoce possível.



As intervenções conjuntas entre escola e serviço de saúde trazem grandes benefícios para o desenvolvimento da criança. Para além da identificação dos sinais de atraso, as escolas devem estar capacitadas para receber as crianças com autismo e, assim, estarem preparadas para prevenir e manejar comportamentos disruptivos ou desfavoráveis à aprendizagem 25, 26.

Algumas características apresentadas pelas crianças com TEA, como a dificuldade de socialização, de comunicação e as características comportamentais, podem se tornar grandes desafios dentro do ambiente escolar, interferindo em sua aprendizagem 12.

Dessa forma, é necessário o engajamento da família e dos professores em elaborar um plano de ação que favoreça a aprendizagem, a adaptabilidade e a inclusão da criança no ambiente escolar 26.

7.1.6 Acompanhamento domiciliar na APS

Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que dispõe acerca da redefinição da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualização das equipes habilitadas, a atenção domiciliar 27, 12

“é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.”

O ambiente domiciliar é o lugar onde se dão as principais relações interpessoais e sociais, como, também, o local onde o paciente interage com a maioria dos fatores que afetam sua saúde, seu adoecimento e sua reabilitação. Dessa forma, a AD contribui para reduzir a possibilidade de hospitalização e favorece a humanização 28, 25.

A realização de visitas domiciliares é determinada como uma atividade inerente das eSF, dessa maneira, os profissionais têm a possibilidade de se inserir no cotidiano da pessoa com TEA e identificar as potencialidades e as fragilidades da família. As visitas proporcionam a humanização do cuidado, a diminuição de casos de iatrogenia hospitalar e a preservação das formas de cuidado culturalmente utilizadas pela comunidade 28, 12.

O acompanhamento em domicílio realizado pela Atenção Primária se dá em casos com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, que se encontram em estabilidade clínica e que apresentam cuidados satisfatórios pelos cuidadores. Essas ações devem ser acompanhadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pelos ambulatorios de especialidades e pelos centros de reabilitação 27..

A AD constitui uma ferramenta de extrema importância para a garantia da ampliação do acesso ao serviço de saúde, do acolhimento, da equidade, da humanização e da integralidade, assim como permite a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. No entanto, para que as eSF consigam realizar o planejamento e organização da AD, faz-se necessário o conhecimento e o diagnóstico da população e do território, assim como o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para se alcançar esse conhecimento o Ministério da Saúde sugere as seguintes ações 27:

Levantamento de dados	Participam dessa ação os profissionais das equipes que atuam na APS;
	Realiza-se o mapeamento de pessoas que necessitam de AD com base na avaliação da equipe, identificando as principais patologias e os principais aspectos relacionados aos determinantes sociais;
	É papel do ACS coletar informações em sua microárea de atuação em relação a necessidade de AD.
Oficina de planejamento em equipe	Reunião de equipe para apresentação dos dados e do mapeamento. Após o reconhecimento da população a ser visitada, faz-se a estratificação do risco de vulnerabilidade funcional e a priorização por grau de dependência, necessidade e vulnerabilidade;
	Para casos já conhecidos e visitados pela equipe, em especial aqueles com maior complexidade e fragilidade multidimensional, pode-se iniciar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estabelecendo objetivos de cuidado e organizando um cronograma de visitas e atendimentos domiciliares;
	É importante eleger um profissional de referência, especialmente para os casos mais complexos, que irá fazer a gestão do caso.

As eSF se encarregam de diversas atividades dentro do território, sendo o serviço de Assistência Domiciliar uma delas, dessa forma é necessário que haja organização e planejamento para os atendimentos, que envolve:

- Mapear os pacientes e suas demandas;
- Realizar avaliação multidimensional a cada seis meses, desenvolver grupos de suporte com os cuidadores, avaliar as condições do domicílio, acompanhar paciente de acordo com os objetivos traçados, entre outros.
- Construir o PTS para a pessoa e o cuidador;
- Realizar visitas domiciliares, que devem ser articuladas entre os atendimentos programados e a demanda espontânea na APS, de forma que toda a equipe esteja envolvida no desenvolvimento das visitas e não apenas o ACS. Sugere-se que as equipes avaliem a vulnerabilidade clínica-funcional e a partir disso, programem as visitas futuras.

A Transição do Cuidado (TC) é de extrema importância para que se evite uma fragmentação da assistência entre os serviços. Trata-se de condutas tomadas para que se tenha uma coordenação da continuidade do cuidado à saúde quando ocorre a transferência do paciente entre setores de complexidade diferentes da RAS. Algumas das ações propostas pelo Ministério da Saúde para uma TC segura são:

- Construir plano de cuidados;
- Capacitar o usuário e cuidador;
- Preparar o usuário e o cuidador para receber cuidados no próximo contexto;
- Reconciliar medicamentos;
- Valorizar a comunicação bidimensional entre profissionais de saúde, alta hospitalar segura e qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente em relação a TC.

Em situações onde há transferência de cuidado entre hospital e APS podem ocorrer eventos adversos pós-alta. Por conta disto é necessário que ocorra uma comunicação entre os serviços e que a equipe da APS faça o acompanhamento por meio de visitas e chamadas telefônicas (telemonitoramento), realização da reconciliação dos medicamentos, entre outras ações 28.

7.1.7 Acompanhamento do adolescente em medida sócio educativa (SSE)

Para a linha de cuidado de pessoas com TEA no SSE, seguimos a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei (PNAISARI), instituída por portarias federais, consolidadas na Portaria de Consolidação nº 02 GM/MS, de 2017 e as diretrizes preconizadas na Linha de cuidado do Ministério da Saúde - TEA.

Dentro do fluxo de atendimento de saúde no SSE que engloba, o atendimento inicial realizado no Núcleo de Atendimento Integrado (NAI), o atendimento realizado nas Unidades de Internação pelas Gerências de Saúde (GESAU) da Secretaria de Justiça (SEJUS) em trabalho conjunto com a eSF/APS, e o atendimento aos adolescentes em Semiliberdade e Meio Aberto, os casos já diagnosticados ou com a hipótese diagnóstica de TEA são encaminhados para a APS e destas, se necessário, por meio da regulação para os Serviços Ambulatoriais especializados em Saúde Mental Infanto-juvenil (COMPP e Adolescento) ou para os Centros Especializados em Reabilitação (CER) existentes ou para os CAPSi e CAPS II/III, a depender da idade, tendo em vista que no SSE a faixa etária é de 12 a 20 anos completos, verificando o local mais apropriado às necessidades de cada caso.

No DF existe uma Portaria Conjunta entre esta SES e o Sistema Socioeducativo (SEJUS) - Portaria Conjunta nº 04/2018, que organiza as competências de cada Secretaria na atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Dessa forma, a saúde no sistema socioeducativo possui normativas (portarias federais e distrital) que definem o percurso dessas pessoas pela rede e os fluxos pactuados com a Subsecretaria do Sistema Socioeducativo - SUBSIS/SEJUS.

7.1.8 Acompanhamento das equipes de saúde prisional

A Lei no 12.764 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista em seu Art. 4º garante que: "a pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar..." porém, ao observar a incidência do TEA na população, as dificuldades de diagnóstico, e a inadequação do comportamento comum nestas pessoas (que podem apresentar agressividade nos momentos de crises), esta situação nos leva a crer que podem haver muitas pessoas que não receberam julgamento justo, que não foram devidamente diagnosticadas no processo e podem estar privadas de liberdade por algum delito praticado, sem observância da sua condição de saúde.

O encarceramento puro e simples de uma pessoa com TEA, pode ser indevida, na medida em que este pode não ter a consciência prévia e lógica da natureza do ato praticado e pode ter consequências desastrosas na piora da sua condição, além do impacto familiar.

Não há pesquisas que apontem as penas aplicadas a pessoas com TEA e se as medidas de segurança (medida prevista no Código Penal, nos artigos 96 a 99) são adequadas às suas condições ou de como se dá o manejo dessas pessoas no ambiente prisional.

Nesse sentido, podemos identificar as seguintes peculiaridades:

a) Pessoas não diagnosticadas, custodiadas em estabelecimento penitenciário comum (regime provisório, fechado e semiaberto)

As equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde Prisional - UBSP e de segurança do Sistema Prisional, devem estar alertas e preparadas para suspeitar e contribuir para o diagnóstico e tratamento adequado, colaborando com o devido processo legal, encaminhando para intervenção multiprofissional e emitindo relatórios necessários que possam contribuir para o correto manejo, bem como, garantindo os direitos previstos em cada caso.

Havendo a necessidade de encaminhamento para os serviços especializados da rede, é garantido pela PNAISP o seguimento do cuidado à pessoa privada de liberdade. Nesse sentido, a saúde prisional do DF possui Nota Técnica que define o percurso dessas pessoas pela rede e os fluxos pactuados com a Administração Penitenciária do DF - SEAPE e Polícia Civil do DF. Quando há necessidade de internação por condição clínica geral, encaminhar para Alas de Segurança nos hospitais de referência, com leitos exclusivos para pessoas privadas de liberdade.

b) Pessoas diagnosticadas, com medida de segurança em regime de internação ou ambulatorial previstos em lei.

O Código Penal, nos artigos 96 a 99, descreve as chamadas Medidas de Segurança, que consistem em formas de tratamento compulsório para pessoas que cometeram atos que configuram crimes, mas por possuírem doenças ou problemas em sua saúde mental, não podem sofrer as penas cabíveis.

A lei prevê dois tipos de medidas de segurança:

- 1) internação em hospital psiquiátrico ou estabelecimento equivalente;
- 2) tratamento ambulatorial.

As medidas podem ser impostas por tempo indeterminado e podem permanecer enquanto não for verificado, por perícia médica, o encerramento da periculosidade do internado. Todavia, a lei determina que, no mínimo, a internação ou tratamento deve durar de 1 a 3 anos.

No DF, a referência para os cuidados de saúde nos casos de medida de segurança de internação é a Ala de Tratamento Psiquiátrico - ATP, localizada na Penitenciária Feminina do DF - PFDF (Gama). A ATP é um equipamento da SEAPE/DF em que a SES/DF atua no atendimento de saúde para homens e mulheres, por meio da UBSP 16, portanto, no nível da atenção primária. Nos casos de medida de segurança ambulatorial, a referência é o CAPS do território.

O Projeto Terapêutico deve ser elaborado contemplando o atendimento integral, observando as necessidades individuais e deve ser amplamente discutido com a equipe de segurança, judiciário, educação, nutrição do Sistema Prisional, considerando as implicações para o manejo e prevenção das crises.

7.1.9 Gestão do Cuidado na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora do cuidado, é responsável por integrar o usuário com TEA na rede. As equipes de saúde devem planejar e garantir o seu percurso assistencial através da periodização das visitas às unidades de saúde, das visitas domiciliares, do acesso às teleconsultas considerando, em todo caso, as particularidades, o perfil dessa população e dos seus cuidadores formais e informais. O planejamento deve fazer parte do dia a dia das equipes de saúde, sendo importante os profissionais conhecerem a população assistida, a fim de viabilizar a acessibilidade aos serviços ofertados. No que tange à promoção do cuidado à pessoa com TEA, faz-se necessário priorizar rotinas de atendimentos compatíveis com a realidade de cada indivíduo. A sistematização do cuidado para essa população deve abranger as suas especificidades e a de seus cuidadores, quando houver. Os agendamentos não podem ser estáticos e universais; eles devem ser dinâmicos, individualizados e adaptados à rotina de todos os envolvidos no processo de cuidado 29.

O reconhecimento da situação de saúde da referida população e de seus cuidadores em um território, por meio da avaliação multidimensional, permite que os profissionais de saúde organizem o cuidado em torno das necessidades reais. Dessa forma, é possível programar idas à unidade em maior frequência àqueles que podem fazer ou dispõem de cuidadores. Deve-se considerar a disponibilidade de horários do cuidador ao realizar os agendamentos.

As visitas domiciliares devem priorizar os usuários com maior grau de dependência, que possuem diminuição da capacidade funcional, redução percebida do autocuidado, encontram-se em situação de vulnerabilidade ou que não têm o auxílio do cuidador. Deve-se otimizar a assistência por meio da teleconsulta e do telemonitoramento a quem possui acesso aos meios que viabilizem essa forma de contato, como também, programar os atendimentos em um mesmo horário aos que residem na mesma residência ou vizinhança.

É preciso, além da rotina preestabelecida de cuidado, que os profissionais de saúde estejam aptos também a acolher os usuários com TEA que procuram o serviço através da demanda espontânea e a integrá-los no percurso assistencial. Para isso, a sensibilização e a capacitação devem fazer parte do dia a dia das equipes de forma que sejam instrumentalizadas para gerir e organizar o cuidado à pessoa com TEA e seus familiares.

Tanto na gestão das agendas programadas, quanto na organização da demanda espontânea dessa população, deve-se priorizar o acolhimento, a integralidade da assistência e as práticas humanizadas. Contemplando os aspectos multidimensionais que envolvem a pessoa com TEA, a família, o cuidador e o serviço de saúde na produção e manutenção de ações resolutivas na gestão do cuidado em saúde.

7.1.10 CUIDADO ODONTOLÓGICO

O primeiro e principal contato do usuário com TEA com o serviço de saúde odontológico deve acontecer como ocorre para todo e qualquer paciente, ou seja, por meio da APS, nas UBS que possuem equipe de saúde bucal.

O usuário de demanda espontânea, sem agendamento, será encaminhado para o espaço adequado de escuta qualificada e será avaliado e classificado conforme o risco pelo cirurgião-dentista, conforme Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017, do Distrito Federal.



A demanda programada origina-se do trabalho coletivo da equipe de saúde no território, domicílios, espaços sociais, escolas, creches ou mesmo da própria UBS após a realização de grupos de acolhimento, informações sociais, epidemiológicas e classificação das diversas necessidades.^{30, 31}

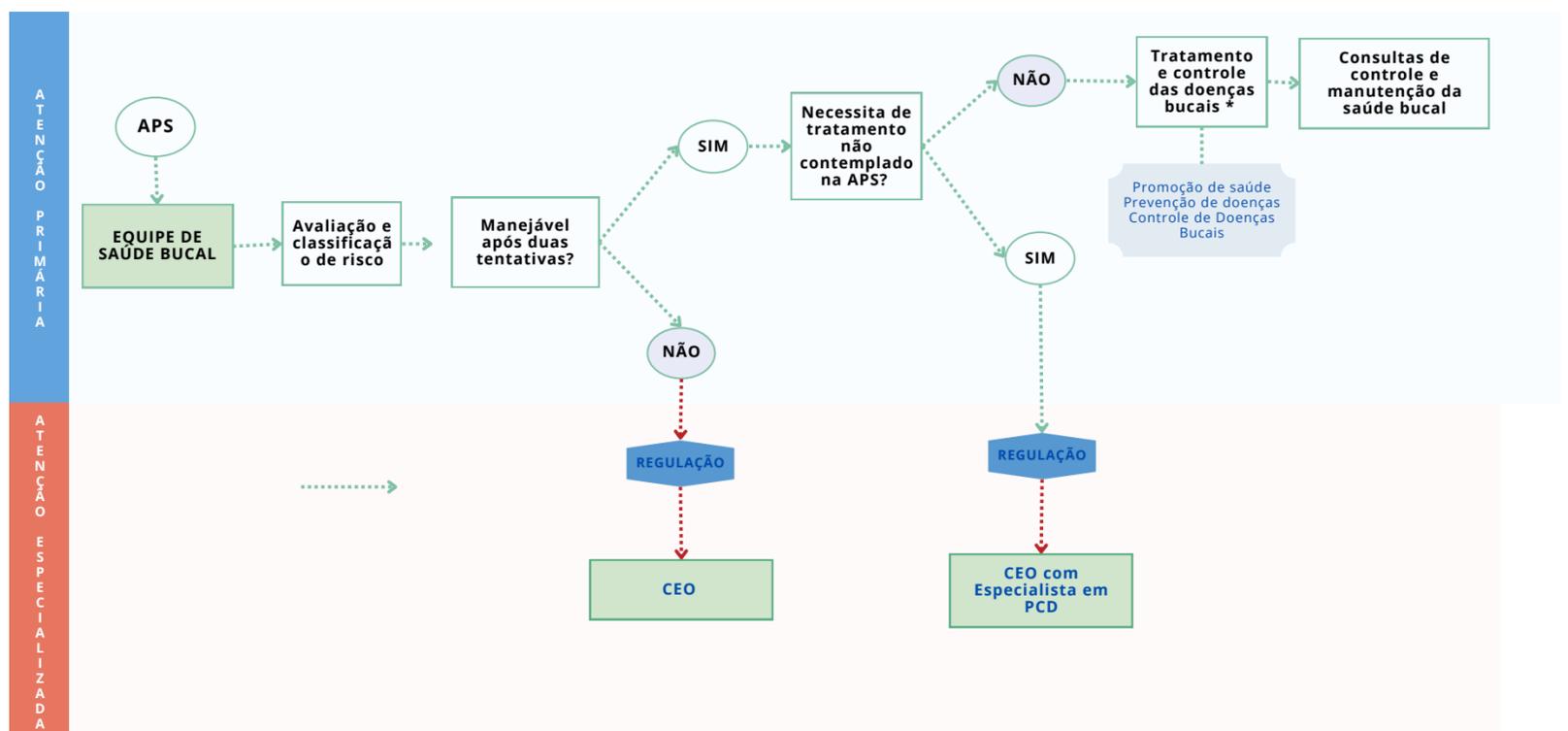
Pessoas com TEA não têm características bucais peculiares relacionadas a essa condição, no entanto, distúrbios relacionados ao comportamento, à comunicação e aos processos sensoriais podem ter consequências na cavidade bucal ³⁰. Uma vez que esses indivíduos proporcionam maior desafio em exercer a higiene oral adequada, pode-se esperar que o risco de cárie e doença periodontal seja mais evidente nesses pacientes.

O atendimento odontológico é complexo para as pessoas com transtornos sensoriais, devido à presença de diversos gatilhos em um consultório odontológico ³², portanto, trata-se de um ambiente com alta probabilidade de ocasionar uma crise comportamental.



Pacientes que aceitam o manejo, devem ser atendidos na UBS, realizando procedimentos de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle de doenças bucais. Por outro lado, pacientes que não respondem ao manejo, após duas tentativas na APS, devem ser referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs), via Sistema de Regulação -SISREG.

7.1.10.1 FLUXO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO



7.1.11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são recursos terapêuticos que buscam promover e recuperar a saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, em uma abordagem ampliada do processo saúde/doença, considerando-o aspectos físico, psíquico, emocional e social.

Apresentam grande potencial de cuidado para pessoas com TEA e seus familiares, contribuindo com maior expressão dos sujeitos, autonomia, empoderamento e convívio em sociedade. Se somam ao tratamento convencional, em busca de diminuição de sintomas e de progresso no desenvolvimento saudável do ser humano e da sociedade, tanto na perspectiva interpessoal/ comportamental quanto no quesito mental e afetivo.

Estão disponíveis nos três níveis de atenção à saúde do Distrito Federal, com ênfase na Atenção Primária, de forma individual ou coletiva:

<p align="center">Conceito resumido de cada PIS incluída na Política distrital de práticas integrativas em saúde (PDPIS)</p>	
ACUPUNTURA	Técnica de intervenção em saúde originária da Medicina Tradicional Chinesa. Compreende procedimentos que estimulam pontos anatômicos específicos do corpo, por meio de agulhas, com o objetivo de regular o funcionamento do organismo, promover e recuperar a saúde e prevenir doenças.
ARTETERAPIA	Processo terapêutico que usa a arte (desenho, pintura, colagem, música e outros) para promoção e recuperação da saúde em seus aspectos físico, emocional, mental e social. Ajuda a pessoa a conhecer a si mesma e suas potencialidades, dando um novo sentido para a vida. Pode ser praticada individualmente ou em grupo.
AUTOMASSAGEM	Prática corporal milenar da Medicina Tradicional Chinesa. O contato com o próprio corpo com intenção de cura é um caminho de autocuidado e autoconhecimento. Busca a harmoniosa conexão entre corpo e espírito com a natureza. Inclui a prática do cultivo da energia vital (Qi Gong) nos canais e pontos energéticos do corpo, os mesmos da acupuntura. Promove a circulação sanguínea, relaxa as tensões do corpo, melhora o sono, alivia dores articulares, traz disposição, equilíbrio interno e serenidade.
AURICULOTERAPIA	Utiliza sementes ou outros elementos para fazer pressão em pontos específicos da orelha, relacionados aos órgãos do corpo e às emoções, de forma não invasiva, com inúmeras indicações terapêuticas.
AYURVEDA	Sistema tradicional de saúde originário da Índia cujo foco primordial é a prevenção de doenças, manutenção da saúde e promoção da longevidade. Sua abordagem transdisciplinar, integral e holística, cuida do ser na sua inerente relação com o meio ambiente, família e sociedade. Utiliza métodos naturais como orientação de rotina diária, alimentação, procedimentos corporais, uso de plantas medicinais, recomendação de práticas de yoga e meditação, de acordo com lugar, clima, época do ano, constituição individual e idade de cada pessoa.
FITOTERAPIA	Terapêutica que utiliza plantas medicinais e suas diversas formas farmacêuticas para prevenir e tratar doenças. O uso das plantas medicinais é fundamentado em conhecimentos tradicionais e científicos.
YOGA	Originário da Índia, é um sistema amplo e milenar de conhecimentos. Promove o pleno desenvolvimento do ser humano, harmonizando seus aspectos físico, energético, emocional, mental, espiritual, assim como sua interação com o universo em torno de si. Atua na prevenção de agravos, na promoção e reabilitação da saúde por meio de técnicas de respiração, de concentração, de meditação, de relaxamento e/ou de posturas psicofísicas.

Conceito resumido de cada PIS incluída na PDPIS	
HOMEOPATIA	Abordagem terapêutica baseada no princípio vitalista e na lei dos semelhantes. Utiliza medicamentos de origem animal, vegetal e mineral, em doses diluídas e dinamizadas, para estimular os mecanismos naturais de cura do organismo. O foco do tratamento homeopático é o sujeito em sua integralidade.
LIAN GONG EM 18 TERAPIAS	Prática corporal sistematizada em 3 séries de 18 terapias cada, que reúne o saber milenar das práticas corporais chinesas e da medicina moderna. Os exercícios desbloqueiam e restauram a circulação da energia vital (Qi) e do sangue, prevenindo e tratando as dores e desequilíbrios osteo-musculares. Os movimentos contínuos e lentos associados à respiração e à intenção terapêutica, proporcionam um estado de saúde plena e integral.
ANTROPOSOFIA	Significa 'conhecimento do ser humano', e foi criada por Rudolf Steiner em 1913. É uma racionalidade que amplia a concepção de saúde e considera o corpo físico, a vitalidade, a vida psíquica e a biografia do indivíduo. Norteadas pela Salutogênese (origem da saúde) cuida por meio de medicamentos de origem natural e por tecnologias próprias.
MEDITAÇÃO	Prática milenar, conhecida em muitas culturas por meio de estados vivenciais de consciência. Facilita o processo de autoconhecimento e autocuidado aprimorando as relações saudáveis do sujeito consigo mesmo e com os outros. Melhora a capacidade de observação, atenção, concentração e promove a regulação mente-corpo-emoções.
MUSICOTERAPIA	Processo terapêutico que utiliza a música e seus elementos (som, silêncio, ritmo, melodia e harmonia) para promover ou recuperar a saúde em nível físico, emocional, mental e social. Pode ser praticada individualmente ou em grupo.
REIKI	Técnica de origem japonesa que utiliza o toque sutil das mãos para canalização da energia vital, visando estabelecer o equilíbrio físico, mental e emocional de forma simultânea, além do relaxamento das tensões físicas. Promove o alívio da dor e fortalece o sistema imunológico, ativando assim os processos naturais de cura e harmonizando o corpo de forma integral.
SHANTALA	Prática originária da Índia, executada pelos principais cuidadores de bebês. Por meio do toque, da massagem, do óleo e também da disponibilidade parental, promove a saúde integral, fortalecendo vínculos afetivos, nutrindo o bebê, contribuindo para a saúde do cuidador, para o desenvolvimento infantil e de uma sociedade mais harmoniosa.
TAI CHI CHUAN	É uma das práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa. É um exercício terapêutico praticado em pé, com mínimo contato corporal. A concentração nas posturas e na regulação da respiração produz equilíbrio emocional e maior consciência corporal; o padrão de movimentos promove o fortalecimento dos tendões e articulações e da função cardiorrespiratória.
TÉCNICA DE REDUÇÃO DE ESTRESSE - TRE®	Prática corporal cujo propósito é ativar tremores espontâneos no corpo. Os tremores são um recurso natural do organismo para regular o sistema nervoso. A prática traz um relaxamento profundo, alivia o estresse, regula as emoções, melhora o sono, aumenta a vitalidade e promove qualidade de vida e saúde física e emocional.
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	Abordagem de saúde comunitária brasileira que possibilita, por meio de encontros em grupo, as partilhas de dificuldades vivenciadas no cotidiano, bem como as estratégias de superação que foram desenvolvidas, num contexto de fala e escuta respeitosa.



A acupuntura e a homeopatia são reguladas -SISREG

Mais informações, formas de acesso presencial e oferta de práticas online: <https://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-em-saude>

7.1.12. CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

O primeiro contato do usuário com o TEA, no serviço de Nutrição, deve ocorrer por meio da APS, com acolhimento adequado às demandas nutricionais destas pessoas, independente da presença de um nutricionista.

Comer é uma atividade biológica e natural, mas nem todas as pessoas conseguem desenvolver essa função de forma simples e satisfatória, uma vez que se trata de uma das atividades mais complexas do corpo humano, que envolve todos os órgãos e tecidos. Além dos fatores biológicos, abrangem ainda aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais, socioeconômicos e culturais.

É preciso considerar que as pessoas com TEA tendem a apresentar alterações alimentares, nutricionais e gastrointestinais. Esse contexto pode ocasionar diversos desafios na alimentação.

É importante que, durante o acolhimento e a escuta qualificada na Unidade Básica de Saúde, o profissional de saúde identifique alterações no estado nutricional e na alimentação do usuário e faça, durante o atendimento, orientações para uma alimentação adequada e saudável, conforme o Guia Alimentar para a população brasileira e o Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.

Dentre as alterações alimentares presentes em pessoas com TEA, a seletividade alimentar é muito frequente e está associada às alterações sensoriais que englobam todos os sentidos.

Seletividade alimentar é quando o indivíduo rejeita alguns alimentos, gerando, muitas vezes, desinteresse pela comida, falta de apetite ou até náuseas e vômitos. Essa rejeição pode ser pelo cheiro, pelas cores, pela temperatura ou pela textura, por exemplo, quando o alimento é pastoso, crocante ou seco. Além desses fatores, também é comum observar a seletividade alimentar gerada por uma dificuldade sensoriomotora que causa a falta da habilidade para mastigar.

A seletividade alimentar pode limitar a alimentação, empobrecendo a variedade de nutrientes e frustrando a família por gerar estresse, além de complicar o dia a dia na escolha e no preparo das refeições. Os profissionais da APS podem identificar o tipo de seletividade ou dificuldade alimentar e se há alguma alteração orgânica que esteja atrapalhando o usuário a se alimentar adequadamente.

Entre as estratégias que os profissionais de saúde da APS podem orientar aos cuidadores, destaca-se:

- Promoção de um ambiente tranquilo, acolhedor e respeitoso no momento das refeições, estabelecendo rotinas na alimentação;
- Desenvolvimento de experiências sensoriais, acostumando, aos poucos, a pessoa com TEA à presença do alimento, cheiro, textura, temperatura e sabor. Essas atividades podem acontecer com os alimentos ou, inicialmente, com outros itens que lembrem os aspectos sensoriais dos alimentos desafiadores, por exemplo, os elementos da natureza;
- Diversificação dos cortes dos alimentos, as formas de preparo e texturas. Mostrar para o indivíduo outras formas de se preparar e consumir os alimentos, tentando descobrir alimentos que trazem conforto sensorial e associando isso a novos alimentos;

Permitir que o momento da refeição seja um espaço para o desenvolvimento de habilidades motoras e sociais, respeitando os limites daquele indivíduo. Permitir, portanto, alimentação com a mão, treino do uso de utensílios, manter-se sentado por algum tempo, conversa durante a refeição, manifestação de vontades, convívio para aprendizagem de hábitos e cultura. Para que estas práticas sejam reforçadas é importante a alimentação em família, adequando sempre a ambiência ao conforto da pessoa com TEA.

Além disso, pode-se realizar grupos de atividades coletivas sobre seletividade alimentar, responsabilidades na hora da refeição (de quem é alimentado e de quem alimenta), estilos parentais no cuidado com a alimentação infantil e oficinas sensoriais.

Ao se identificar a necessidade de cuidados específicos de nutrição, como terapia alimentar, o usuário deve ser encaminhado aos serviços de atenção especializada.

7.1.13. CUIDADOS COM A REORGANIZAÇÃO SENSORIAL

Além dos prejuízos relacionados à área da comunicação, interação social, alimentação e interesse restrito a determinadas atividades e padrões, as pessoas diagnosticadas com TEA podem ter alterações na área sensorial.

Os sistemas sensoriais são responsáveis por captar simultaneamente diversos estímulos advindos do meio externo, interpretá-los, integrá-los e organizá-los, para, por fim, “dar uma resposta” ao ambiente.

Os principais sistemas sensoriais são: tátil, auditivo, visual, gustativo, olfativo, proprioceptivo e vestibular.

Pessoas com diagnóstico de TEA podem ter algum tipo de desordem em um ou mais desses sistemas e no processamento sensorial dessas informações. A partir de estímulos ambientais, as pessoas com alterações sensoriais podem emitir respostas mais (hiper) ou menos (hipo) intensas, tendo um comportamento diferenciado do habitual. Essas alterações geralmente são frequentes nessa população, porém, devido à dificuldade de comunicação, muitas vezes passam despercebidas. Dessa forma, é importante observar como as pessoas com TEA reagem a determinados estímulos sensoriais.

Como consequência dessas desordens sensoriais podem ser observados alguns comportamentos, dentre eles:

- Cheirar e realizar exploração bucal de coisas não comestíveis;
- Fixação visual por objetos que tem luzes, fazem barulho e/ou giram (ventiladores, máquina de lavar entre outros);
- Hipo ou Hiper sensibilidade a determinados barulhos como: som do secador de cabelo, máquina de lavar, aspirador de pó, fogos de artifício (podem ocorrer comportamentos como: cobrir as orelhas, gritar, chorar);
- Hipo ou Hiper sensibilidade a determinadas texturas e ao toque físico como aversão a andar descalço na grama e areia, manipular massinha, tinta ou outras texturas, resistência em se sujar e receber toque físico.
- Aversão ou busca em excesso POR atividades com movimento e altura, como balançar, correr, pular e girar (muitas vezes não demonstram ficar tontas como outras pessoas).

É importante lembrar que as alterações alimentares observadas em pessoas com TEA também podem estar correlacionadas às alterações do processamento sensorial, devido às características dos alimentos, como: textura, formato, cor e sabor.

Além desses exemplos, outros comportamentos relacionados às alterações do processamento sensorial podem ser observados nas pessoas diagnosticadas com TEA, o que torna necessário a avaliação e acompanhamento específico de acordo com a singularidade de cada uma.

O tratamento das disfunções do processamento sensorial geralmente é realizado a partir da Terapia de Integração Sensorial que é uma abordagem realizada por terapeutas ocupacionais qualificados, a fim de favorecer a organização cerebral das informações sensoriais e organização do comportamento.

Os profissionais da APS podem realizar ações e estratégias que favoreçam a reorganização sensorial dos indivíduos com alterações sensoriais, de acordo com o perfil sensorial de cada pessoa. A partir da realização de atendimentos individuais, familiares e/ou grupais (principalmente orientações aos familiares) dentre elas, podemos citar como exemplos:

- Favorecer o contato com diferentes texturas e temperaturas, estimulando a dessensibilização gradual. No caso de crianças, é possível utilizar estratégias lúdicas para contribuir com a estimulação tátil (por exemplo: areia do parque, grama, massinha, tinta, grãos, gelatina e entre outros materiais);
- Ampliar e estimular as habilidades auditivas, a partir da utilização de diferentes estímulos sonoros (por exemplo: ouvir músicas/sons de diferentes estilos, ritmos, frequências);
- Incentivar a prática de diferentes atividades que estimulem a coordenação motora global (por exemplo: praticar esportes, brincadeiras de correr, pular, balançar e entre outras);
- Estimular as habilidades olfativas e dessensibilização gradual a possíveis cheiros ou aversões (por exemplo: utilize potes com diferentes cheiros).

É preciso considerar que as pessoas com TEA tendem a apresentar alterações alimentares, nutricionais e gastrointestinais. Esse contexto pode ocasionar diversos desafios na alimentação.

É importante que, durante o acolhimento e a escuta qualificada na Unidade Básica de Saúde, o profissional de saúde identifique alterações no estado nutricional e na alimentação do usuário e faça, durante o atendimento, orientações para uma alimentação adequada e saudável, conforme o Guia Alimentar para a população brasileira e o Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.

Dentre as alterações alimentares presentes em pessoas com TEA, a seletividade alimentar é muito frequente e está associada às alterações sensoriais que englobam todos os sentidos.

7.1.14. CUIDADOS COM A ROTINA

As disfunções sensoriais também podem influenciar na realização das atividades cotidianas. Pessoas com alterações sensoriais, principalmente crianças, conforme perfil sensorial, podem apresentar resistência e recusa na realização de determinadas ocupações como: alimentação, higiene pessoal e autocuidado (exemplo: escovar dentes, tomar banho, cortar cabelos e unhas) e dentre outras.

Além disso, uma das condições clínicas do diagnóstico de TEA é a presença de padrões ritualizados e restritos de atividades e comportamento, além da inflexibilidade em relação à rotina.

Dessa maneira, é comum que as pessoas diagnosticadas com TEA demonstrem alguns comportamentos como:

- Persistência na utilização de determinada peça de roupa;
- Realização de um único percurso para ir a determinado local;
- Fixação por um utensílio específico na hora de se alimentar e pela localização dos alimentos no prato;
- Hiperfoco em determinado brinquedo/personagem;
- Persistência em determinado vídeo/filme/desenho e entre outros.

A ocorrência de algo novo ou mudança em alguma atividade, ou padrão habitual na rotina, muitas vezes é responsável por desencadear uma desorganização no comportamento da pessoa com TEA, ocasionando reações de sofrimento, como: crises de choro, gritos, nervosismo e tristeza.

No âmbito da APS podem ser realizadas algumas estratégias, a partir de atendimentos com o indivíduo, a família e abordagens grupais, a fim de auxiliar na organização da rotina dos pacientes com TEA, tendo como foco orientações e atividades para serem realizadas no ambiente familiar. Podemos citar como exemplos:

- Preparar o indivíduo para as mudanças de maneira gradual: acrescente, lentamente, um elemento novo na rotina da criança/adolescente ou adulto. Por exemplo: coloque algum elemento novo na brincadeira habitual da criança; mude uma peça de roupa nova por vez; faça uma atividade habitual da rotina de maneira diferente; utilize uma nova rota para chegar a determinado local e entre outras.
- Estimular a independência e autonomia na realização das ocupações diárias. Facilite a realização e aprendizagem gradual das atividades, a partir da utilização de estratégias lúdicas, terapêuticas e técnicas de (de)sensibilização sensorial.

Organizar uma rotina. Sempre que for possível, antecipe para o indivíduo em relação a alguma mudança que aconteça na rotina. No caso de crianças, utilize pistas visuais para auxiliar no processo de aprendizagem da rotina e adaptação a possíveis mudanças (ex: crie um quadro de rotina). Para adolescentes/adultos, utilize recursos e dispositivos que auxiliem na organização da rotina (ex: agendas, calendários, planners, etc.).



7.1.15. CUIDADOS COM A LINGUAGEM

Diante dos possíveis prejuízos em relação às habilidades sociais, de comunicação e aos aspectos comportamentais que o transtorno do espectro autista pode acarretar, se faz relevante especificar os desvios no desenvolvimento de fala e linguagem.

Para introduzir o conceito desses desvios, é relevante pontuar a distinção das definições de fala e linguagem.

Considera-se a linguagem um sistema simbólico integrado por elementos como o vocabulário, fonologia, prosódia, morfologia e outros que o compõem, permitindo a transmissão e recepção da mensagem, distinguindo-se da fala, que se faz como um ato motor que permite a manifestação da linguagem.

Dessa forma, o TEA pode interferir no processo de desenvolvimento dos conceitos supracitados individualizadamente desde os primeiros anos de vida do indivíduo, acarretando:

- interferências em aspectos como a intenção comunicativa;
- prejuízo na capacidade de imitação verbal e gestual;
- dificuldade na compreensão de comandos verbais e outras habilidades que constituem o processo de desenvolvimento de fala e linguagem adequados.

Consequentemente, é possível identificar o atraso de fala como uma das queixas frequentes nos serviços de saúde, provocando a busca pelo suporte profissional por parte dos responsáveis pelo indivíduo.

Usualmente, a partir dessa queixa principal, é possível identificar outras demandas relacionadas ao transtorno do espectro autista. Por isso, os profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde devem estar atentos e preparados para receber e realizar a identificação precoce dessas características, para que assim continuem o acompanhamento na APS de forma que possam acolher, avaliar e acompanhar longitudinalmente os casos de competência de atenção primária conforme nota técnica, bem como realizar os encaminhamentos necessários para os outros níveis de atenção.



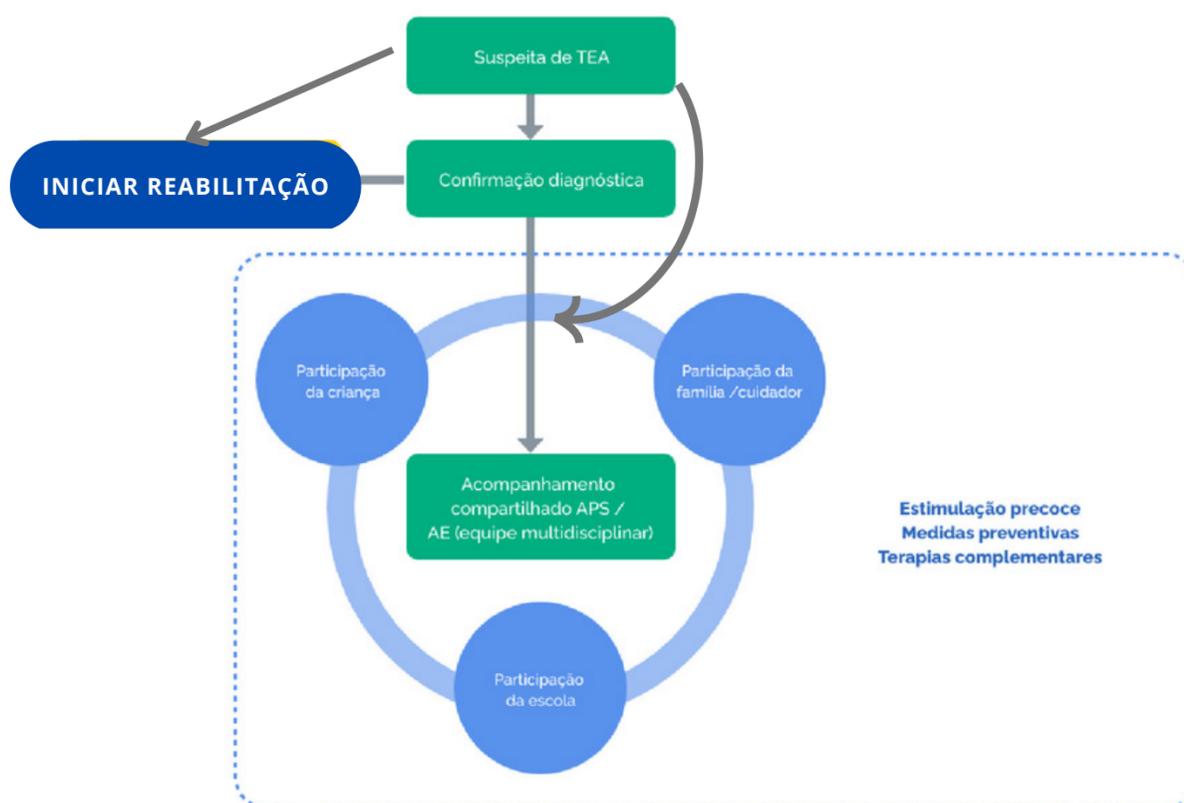
7.1.16 COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA(AE)

O compartilhamento do cuidado da atenção primária com a atenção especializada deve ser realizado, via regulação (SISREG), pelos Médicos, Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde ou pelos profissionais do NASF, ou por agendamento no serviço a ser encaminhado, e de acordo com as Notas Técnicas vigentes.

Ao compartilhar o cuidado com a AE, o profissional de saúde deverá inserir no encaminhamento:

- Descrição do quadro atual (idade de início e evolução dos sintomas);
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descrever;
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
- História familiar de TEA e deficiência intelectual ou pais consanguíneos (sim ou não). Se sim, descrever.

7.1.17 FLUXO DE ATENÇÃO APÓS SUSPEITA DE TEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Fonte: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/estavel-planejamento-terapeutico/#pills-fluxo> adaptação própria

Importante mencionar que:

- Confirmação diagnóstica não são todos os pacientes que necessitam ser referenciados para a AE para a confirmação diagnóstica e/ou cuidados de estimulação e/ou reabilitação na AE, mas somente os casos em que a resolutividade na APS não seja suficiente.
- Atenção especializada compreende um conjunto de ações e serviços especializados ao nível ambulatorial e/ou hospitalar e/ou domiciliar, sendo responsável por prover o diagnóstico diferencial, em fornecer subsídios para o delineamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e realizar o acompanhamento em equipe multidisciplinar e/ou atendimentos por profissionais das especialidades necessárias para cada caso.
- Acompanhamento compartilhado APS/AE (equipe multidisciplinar) a complexidade de determinadas situações de saúde demanda intervenções conjuntas para alcançar soluções possíveis. Para isto, é importante dividir e construir junto diagnósticos e terapêuticas, incluindo equipes de saúde, o olhar intersetorial e do usuário e sua família, em sua comunidade.

8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE)

A Atenção Especializada no Distrito Federal (DF) está organizada em Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e Atenção Hospitalar (AH), sendo a AASE o conjunto de ações e serviços especializados ao nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico.



ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA (AASE)

- Ambulatórios de Especialidades
- Ambulatórios de Saúde Funcional (ASF)
- Ambulatórios Especializados em Saúde Mental (COMPP, Adolescento e Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental),
- Centro de Atenção Psicossocial(CAPS CAPSi, CAPS AD II e III CAPS I, II e III
- Centro Especializado de Reabilitação - CER
- Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
- Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV

- Serviço de Atendimento Móvel/SAMU -192
- Unidades de Pronto Atendimento/UPA
- Unidades Hospitalares -Serviço Hospitalar de Emergência /SHE
- Assistência Domiciliar (NRAD)



ATENÇÃO HOSPITALAR

8.1 ATENÇÃO SECUNDÁRIA (AASE)

A AASE atua no atendimento ambulatorial especializado, sendo referência assistencial e consultiva para a APS. Deve corresponsabilizar-se pelos usuários, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda assistencial e a consultoria aos processos cuidadores que se fundamentam em um vínculo principal mais frequente com a APS, articulando-se, ainda, com a Atenção Hospitalar e a Atenção às Urgências 34.

É responsável por prover o diagnóstico diferencial, em fornecer subsídios para o delineamento do PTS e realizar o acompanhamento em equipe multidisciplinar e/ou atendimentos por profissionais das especialidades necessárias a cada caso.

O cuidado à pessoa com o TEA, uma vez encaminhado à atenção secundária, será prestado preferencialmente por equipes multidisciplinares, tendo em vista a integralidade da atenção proposta pelo atendimento em redes.

No caso específico do TEA, estão envolvidas, a Rede de cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a necessidade de atendimento priorizado no momento.

A lógica, em ambas as redes, vai além do cuidado médico e busca a integração na atenção por equipe multiprofissional, ampliando o cuidado a fim de promover a saúde em seu sentido amplo e biopsicossocial.

Propõem modelos de atendimento interdisciplinar, no qual a atenção se dá pela equipe integradamente e não por profissionais que atendem isolados, em ambulatórios de especialidades.



Portanto a fim de garantir o acesso ao atendimento precoce e a diagnóstico diferencial, o atendimento ambulatorial por diferentes profissionais é utilizado como uma ferramenta estratégica para promover agilidade no acesso ao cuidado.

Importante mencionar que a equipe responsável pelo acompanhamento do usuário em cada momento de seu desenvolvimento e de seu ciclo de vida, depende principalmente das necessidades que se fazem mais presentes.

Alguns pontos relevantes a serem considerados em relação ao cuidado à pessoa com TEA são:

- 1.O TEA tem uma característica de ser um transtorno crônico, por isso o tratamento poderá ser necessário por um longo período de tempo;
- 2.Existe uma diversidade grande de apresentações clínicas relacionadas ao TEA, sendo assim necessário que se construa o plano terapêutico individualizado e focado nas necessidades e demandas do indivíduo com apoio da família e com foco no cuidador;
- 3.Por apresentarem alterações em diferentes áreas, é fundamental que o acompanhamento seja feito por uma equipe multidisciplinar 35.
- 4.Há casos em que não é possível chegar a um diagnóstico preciso e imediato conforme a CID-10; porém, vale lembrar que, sempre é possível avaliar o indivíduo todo em suas necessidades de saúde, reabilitação e tratamento;
- 5.A intervenção precoce se caracteriza como um tratamento padrão-ouro. Quanto mais precocemente as intervenções forem instituídas, melhores serão os resultados. Por esse motivo, o tratamento deve ser iniciado assim que forem observados atrasos no desenvolvimento ou imediatamente após o diagnóstico36.
- 6.Os déficits de linguagem/comunicação e sociabilidade interferem diretamente em seu desempenho ocupacional, especialmente nas atividades de autocuidado e de socialização. Dessa forma, a reabilitação e/ou habilitação é importante para que as pessoas com TEA alcancem o seu potencial de autonomia e independência funcional possível, ampliando as possibilidades de inserção social e comunitária23.
- 7.O atendimento do sofrimento psíquico do usuário e/ou de seus familiares (seja pela reabilitação já ter alcançado seus objetivos/ ou pela intensidade do sofrimento psíquico)
- 8.São necessários outros atendimentos transversais ao acompanhamento realizado em relação ao TEA (acompanhamento odontológico, nutricional, entre outros).

8.2 AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

O atendimento ambulatorial especializado atua como suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS) em casos que não são de urgência e emergência. Para ser atendido em uma policlínica, é necessário o encaminhamento pela UBS de referência. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica (COMPP), o Adolescentro ou os hospitais da rede SES/DF também podem encaminhar pacientes para as policlínicas.



O acesso aos ambulatórios deve ser realizado via regulação - SISREG .



O usuário deve aguardar o contato do Complexo Regulador informando data, hora e local da consulta.



É fundamental manter os dados atualizados.

São diversas especialidades médicas atendidas, citamos em seguida as que apoiam o diagnóstico e/ou seguimento aos usuários com TEA.

8.2.1 PEDIATRIA

O pediatra possui o papel de acolhimento da família, buscando auxiliar nas estratégias e ferramentas para que todos os envolvidos com o paciente adquiram força e persistência no tratamento que a criança com suspeita ou diagnóstico de TEA exige, uma vez que, ele é diário e contínuo.

Crianças e adolescentes com suspeita de TEA encaminhados para confirmação diagnóstica, devem ser atendidos pelo pediatra geral conforme a Nota Técnica da Pediatria vigente.

O atendimento em Pediatria Geral se caracteriza pela assistência biopsicossocial da criança, incluindo comorbidades descompensadas, do nascimento até a adolescência. Essa especialidade apresenta várias subespecialidades pediátricas, dessa forma, as crianças e os adolescentes poderão ser atendidos, até a estabilização da comorbidade.

O paciente manterá acompanhamento em conjunto com a APS, principalmente no que tange à puericultura como um todo e poderá ter alta do atendimento especializado (AE) a qualquer momento que o médico da (AE) achar oportuno. As orientações do atendimento especializado devem ser inseridas no PTS e disponibilizadas para o profissional de referência na APS.

Após a avaliação, o pediatra, se necessário, pode solicitar atendimento em Neurologia Pediátrica, Psiquiatria ou em qualquer outra especialidade que se faça necessário.

O atendimento em pediatria geral está disponível em todas as regiões de saúde do DF, com acesso regulado via SISREG.

8.2.2 NEURO PEDIATRIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neuropediatria:



Criança com diagnóstico ou suspeita diagnóstica de TEA associada a epilepsia, regressão do desenvolvimento, déficits motores, suspeita de doença metabólica, alteração de exames complementares (EEG ou TC / RM de crânio);



Criança com atraso da fala / linguagem após descartada alterações otológicas e auditivas, conforme fluxograma (colocar link)

As crianças e adolescentes com TEA que têm necessidade de encaminhamento para psiquiatria, conforme Nota técnica de saúde mental vigente, são as com os seguintes quadros clínicos:

- agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de autoagressividade e agressão a outros;
- distúrbios comportamentais com risco a si ou a terceiros;
- atitudes autolesivas recorrentes;
- sintomas ansiosos ou disruptivos (agredir, mentir, furtar);
- sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

8.2.3 NEUROLOGIA ADULTO

No âmbito do atendimento neurológico adulto, as pessoas com TEA e comorbidades neurológicas descompensadas, tal como epilepsia, poderão ser atendidos de forma conjunta na assistência especializada, mediante inserção na regulação, até a estabilização da comorbidade.

O paciente manterá acompanhamento conjunto na APS e poderá ter alta do atendimento especializado após compensação da comorbidade. As orientações do atendimento especializado devem ser inseridas no PTS e disponibilizadas para o profissional de referência.

CASOS DESCRITOS NA NT COMO CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA ADULTO.



1. Cefaleia (CID RSI).

Critérios de encaminhamento:

- Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamentos diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses); G43.0; G44.2
- Outras cefaleias, primárias (cefaleia em salvas; hemicrânia paroxística) - G 44.0; G44.1
- Cefaleias com sinais de alerta já solicitar se possível: Tomografia Computadorizada com contraste:

- cefaleia de padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia;
- início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- cefaleia de evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas;
- dor que acorda durante o sono ou após coito e esforço;
- cefaleia com acompanhada por déficit neurológico focal.

Descritivos pertinentes/desejáveis:

- Descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises por mês, mudança no padrão; Tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia)
- Resultados de exames de imagem (TC ou RMN de crânio) > DESEJÁVEIS.

2. Epilepsia (CID G40, RS6.8).



Critérios de encaminhamento:

- UM episódio de alteração de consciência sugestivo de crise epiléptica, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS;
- Epilepsia descompensada - crises não controladas (semanais ou com necessidade de atendimento de emergência) mesmo com tratamento instituído.
- Paciente com epilepsia controlada há mais de 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação; ou
- Mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que planejam gravidez.



O atendimento em neurologia geral está disponível em todas as regiões de saúde, com acesso regulado via SISREG.

8.2.4 GENÉTICA

Inúmeros trabalhos científicos tentam sistematizar a investigação sobre a presença de biomarcadores que possam favorecer a suspeição de casos de maneira precoce, tais como:



Na História materna da gestação, deficiências nutricionais, medicações, infecções e outros eventos que interfiram na evolução da gestação, muitos deles sinalizados por polidrâmnio, oligoâmnio, crescimento intra-uterino restrito.



Na história familiar, o relato de outro filho com diagnóstico de TEA representa um forte biomarcador.



Na criança, atenção especial deve ser dada para as alterações metabólicas com predomínio das doenças mitocondriais. Estes biomarcadores têm proporcionado evidências preliminares ainda no pré-natal e pré-sintomáticas do risco, antecedendo a confirmação diagnóstica 37.

O objetivo de que as pessoas com TEA sejam investigadas nos ambulatórios de genética é a busca de fatores etiológicos que forneçam respostas para as Famílias e para os profissionais.

Para as famílias o esclarecimento das causas representa diminuição da culpabilidade e possível horizontes de terapias direcionadas e representa, também, a oportunidade de planejamento familiar frente ao aconselhamento genético de risco de recorrência.

Para os profissionais, a etiologia do quadro clínico, específico de cada criança, possibilita uma programação terapêutica direcionada e individualizada. Conhecer a causa que gerou o TEA, diminui as frustrações profissionais diante de baixas respostas para uma extensa gama de terapias oferecidas, tendo em vista a gravidade da causa.



Desta forma, a história clínica da criança com suspeita de TEA precoce, deve conter informações pormenorizadas, sobre a história perinatal materna e do recém-nascido, história familiar, em especial a existência de irmãos com diagnóstico de TEA, um dos biomarcadores mais importantes.

Associada à história clínica e exame físico dismorfológico, as investigações laboratoriais especializadas como Cariótipo, Pesquisa de X frágil, Triagem para Erros Inatos do Metabolismo, Análise molecular por CGH ARRAY ou SNP ARRAY devem ser realizadas de rotina; em alguns casos podendo se estender até o estudo genômico.

Listamos os critérios de encaminhamento:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE GENÉTICA DE CRIANÇA ATÉ 36 MESES

- Hipotonia
- Alterações do perímetro cefálico
- Manchas café com leite e principalmente presença de manchas hipocrômicas
- Distúrbios do sono
- Distúrbios alimentares
- Atraso na fala
- Atraso nas aquisições motoras
- Dificuldade de interação social
- Regressão das aquisições motoras e da fala
- Movimentos incoordenados
- Crises epilépticas de difícil controle

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE GENÉTICA DE CRIANÇAS MAIORES DE 4 ANOS

- Grave atraso na fala
- Dificuldades de interação social
- movimentos estereotipados e repetitivos
- Dificuldades de mudança de rotina
- Distúrbios do sono
- Distúrbios alimentares
- Distúrbios de comportamento
- Crises convulsivas de difícil controle, principalmente associadas a alterações dismórficas, incluindo alterações do perímetro cefálico associadas ou não a manchas hipocrômicas, ou manchas café com leite.
- Sinais e sintomas de Erros inatos do metabolismo, como: intolerância alimentar, crises convulsivas de difícil controle
- Infecções de repetição, sinais de regressão neurológica,
- Distúrbios do movimento
- Hepato-esplenomegalia
- História familiar positiva



Após investigação etiológica com equipe multiprofissional, será realizado o aconselhamento genético familiar, com esclarecimento das causas e condutas pós diagnóstico.

8.3 AMBULATÓRIOS DE SAÚDE FUNCIONAL (ASF)

Os Ambulatórios de Saúde Funcional são serviços de saúde da atenção secundária que contam com as especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

A saúde funcional indica uma condição de vida saudável propícia e salutar do indivíduo na sociedade. Infere-se o contexto em que denota e intenta potencialização de competências e habilidades motoras, intelectuais, expressivas, relacionais e sociais, visando um olhar para além do processo saúde e doença 38.

O acesso é regulado via SISREG.

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

O encaminhamento para o Ambulatórios de Saúde Funcional (ASF) se dará para os casos que necessitem de intervenção individualizada das especialidades fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. O encaminhamento para cada uma dessas áreas é orientado por Notas Técnicas específicas e segue o fluxo estabelecido para cada especialidade.

8.3.1 FISIOTERAPIA

A Fisioterapia Neuropediátrica consiste em uma área da fisioterapia que visa promover a recuperação, reabilitação e prevenção de alterações motoras e neurológicas, usando atividades lúdicas e sociais, a fim de melhor integrá-las na família e na sociedade. Busca alinhamento, simetria e a melhor qualidade da funcionalidade motora.

O papel do fisioterapeuta é promover a maior independência funcional possível do indivíduo, favorecendo o ganho de habilidades motoras, mediadas por atividades lúdicas e sociais, técnicas e métodos com evidência científica que propõem a realização de movimentos em diferentes condições ambientais e com diversos instrumentos.

No caso do paciente com TEA, o atendimento da fisioterapia visa 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.

O atendimento precoce é essencial e o tratamento deve ser baseado no desenvolvimento sensorio-motor normal, elaborado individualmente para cada paciente, conforme as necessidades, sendo lentamente modificado com a evolução do paciente.

Além da reabilitação na AASE, a oferta de serviços na Atenção Primária (APS) tem grande importância na reabilitação infantil, realizando orientações e fortalecendo o componente educacional sobre como estimular adequadamente o bebê, como estabelecer rotinas, avaliar o desenvolvimento, detecção precoce de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, além da prevenção de agravos e contribuir na condução de quadros crônicos.



Condições clínicas-funcionais que indicam a necessidade de encaminhamento para fisioterapia no ASF:

- Crianças prematuras com atraso no marco do desenvolvimento;
- Crianças consideradas de risco para alterações do desenvolvimento global;
- Alteração do sistema nervoso central ou periférico;
- Dificuldade de deambulação, alteração da marcha ou equilíbrio, alterações osteomusculares;
- Comprometimento da capacidade funcional.

Os critérios de encaminhamento seguem a Nota técnica Critérios de Encaminhamento para Realização de Consulta Fisioterapêutica em Neurologia Infantil — Estimulação Precoce e Neurologia Infantil.

8.3.2 FONOAUDIOLOGIA

Na pessoa com TEA, os prejuízos pragmáticos da linguagem e da comunicação social interferem significativamente na comunicação interpessoal e, conseqüentemente, afetam as habilidades relacionais⁴⁴. Neste sentido, as contribuições da Fonoaudiologia à pessoa com TEA envolvem principalmente a estimulação do comportamento comunicativo, com conseqüente impacto nas habilidades sociais.

Considerando as características linguísticas e comportamentais presentes no TEA ^{44,45}, no Ambulatório de Saúde Funcional as atividades desenvolvidas pelo fonoaudiólogo incluem:

- Estimulação da linguagem oral (contato visual, imitação, atenção compartilhada, brincar compartilhado, pareamento, trocas de turno, controle inibitório, vocabulário, discurso);
- Desenvolvimento da linguagem receptiva (interpretação de aspectos verbais e não verbais da comunicação);
- Adequação da fala (produção fonêmica);
- Promoção da fluência da fala (componentes prosódicos);
- Adequação da linguagem escrita (consciência fonológica, leitura e escrita);
- Estimulação relacionada ao processamento auditivo;
- Avaliação de necessidade de comunicação alternativa suplementar;
- Abordagem a outras demandas fonoaudiológicas pertinentes;
- Orientação a familiares, cuidadores e educadores.

Os critérios de encaminhamento para atendimento fonoaudiológico da pessoa com TEA na AASE seguem a Nota Técnica, que trata dos encaminhamentos de pacientes para realização de Consulta Fonoaudiológica na Atenção Secundária, no tocante aos aspectos relacionados à Linguagem Oral, Linguagem Escrita e Fluência.

8.3.3 TERAPEUTA OCUPACIONAL (TO)

O Terapeuta Ocupacional (TO) atua para promover, manter e/ou desenvolver as habilidades necessárias para o indivíduo realizar as atividades do cotidiano, nas diferentes áreas da ocupação humana, em todos os ciclos da vida.

As áreas a serem trabalhadas, conforme a característica de cada paciente, são:

1) ABVD (Atividades Básicas de Vida Diárias):

2) AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária):

3) Processamento sensorial:

Avaliar e intervir para melhorar o input sensorial, seja por uma disfunção na modulação sensorial ou na discriminação sensorial.

4) A atuação do TO inclui, ainda, a avaliação, prescrição e confecção de dispositivos de tecnologia assistiva, para favorecer a participação desses indivíduos para alcançarem o maior nível de autonomia e de independência, conforme potencial individual.

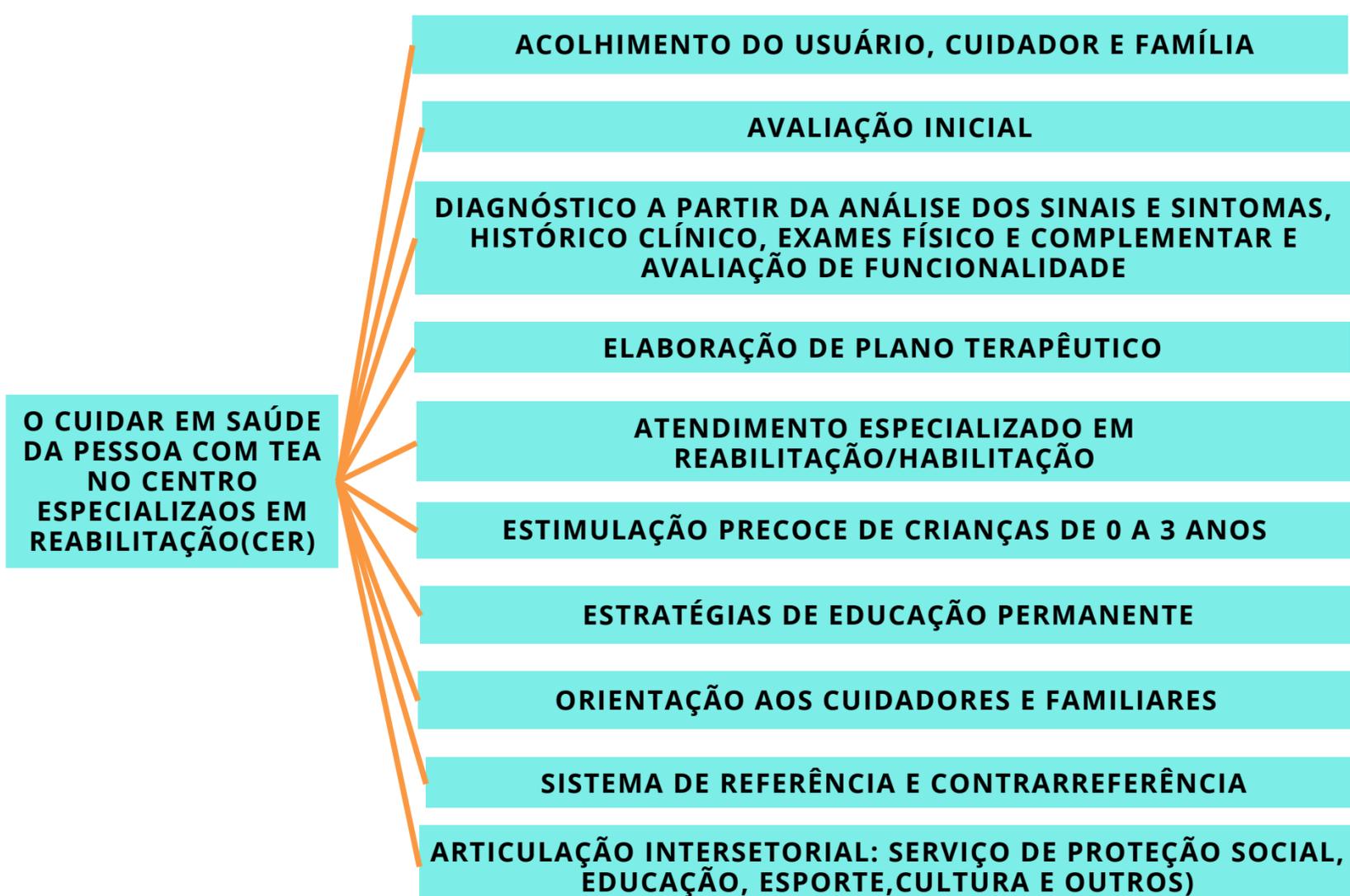
5) Realizar matriciamento com a equipe da APS para contribuir com a equipe pedagógica por meio da consultoria colaborativa, capacitação e psicoeducação, como formas de oferecer suporte técnico e estreitar a parceria entre saúde e educação.

8.4 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

Os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. São organizados conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber:

- CER II: Atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: Atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: Atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Importante enfatizar que independentemente da modalidade de reabilitação, os serviços de reabilitação devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada:



O detalhamento dessas atividades estão descritas no Instrutivo de Reabilitação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde.

Os cuidados prestados pelo CER envolvem o acolhimento por uma equipe multidisciplinar, realizada a triagem inicial com objetivo de elaborar um plano terapêutico singular (PTS) que promova uma melhor qualidade de vida. O processo terapêutico conta com a participação da família e cuidadores no tratamento.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal dispõe, atualmente, de três Centros Especializados em Reabilitação (CER) do tipo II, sendo eles o CER de Taguatinga, o CER Hospital de Apoio e o CER II CEAL.

Estes serviços estão habilitados também para a Reabilitação Intelectual que contempla o atendimento à Pessoa com TEA. Possuem em sua equipe multiprofissional enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médicos nas especialidades: neurologia adulto e pediátrica e clínica geral.

O atendimento ao usuário com suspeita de TEA inclui, além do acolhimento aos pacientes e as famílias, as consultas/ atendimentos multidisciplinares, consultas/ atendimentos de grupo, a avaliação diagnóstica, a reabilitação e orientações considerando as especificidades e individualidades dos sujeitos frente à sua maneira de estar no mundo e se relacionar, a partir das diferenças no espectro que se estende às famílias.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO NO CER

- Compreender o funcionamento individual de cada paciente, respeitando seus limites e suas possibilidades de desenvolvimento
- Desenvolver ou melhorar as habilidades de autocuidado, propiciando maior autonomia
- Desenvolver habilidades sociais, com o objetivo de melhorar o repertório social dos pacientes para proporcionar interações sociais mais positivas
- Desenvolver um programa individualizado de tratamento por meio da aprendizagem de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos ou disfuncionais
- Melhorar a qualidade do padrão de comunicação, seja verbal ou não verbal
- Reduzir ou extinguir repertórios inadequados e comportamentos mal adaptativos, que dificultam a interação social ou aquisição de novas habilidades, como agitação psicomotora, comportamentos auto ou heteroagressivos e estereotípias
- Realizar orientações frequentes aos pais e/ou cuidadores de modo a inseri-los no programa de tratamento, proporcionando novas situações de aprendizagem, não apenas durante as sessões, mas tendo os cuidadores como coterapeutas, reproduzindo as orientações recebidas e possibilitando a replicação dos comportamentos adequados em outros contextos

O encaminhamento de casos suspeitos e/ou com diagnóstico de TEA aos CER com modalidade intelectual deve ocorrer, por profissionais de saúde dos três níveis de atenção, quando:

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA O CER

- | | |
|------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">✓ Crianças de 18 a 30 meses em acompanhamento na APS e que após a aplicação do M-Chat R apresentaram pontuação de 3 a 8 pontos, com seletividade alimentar e/ou alterações sensoriais que demandem intervenção multidisciplinar✓ Crianças de 18 a 30 meses em acompanhamento na APS e que após a aplicação do M-Chat R apresentaram pontuação de 8 a 30 pontos✓ Crianças menores de 18 meses e maiores de 30 meses, com suspeita e/ou com diagnóstico de TEA que demandem intervenção multidisciplinar✓ Adultos em acompanhamento na APS, e apresentam seletividade alimentar e/ou alterações sensoriais que demandem intervenção multidisciplinar |
| DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA | <ul style="list-style-type: none">✓ Adultos em acompanhamento na APS, e apresentam seletividade alimentar e/ou alterações sensoriais que demandem intervenção multidisciplinar |



O acesso é realizado por encaminhamento das equipes de saúde da Atenção Primária, Secundária ou Terciária e agendamento direto nos serviços.

8.5 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A Atenção em Saúde Mental na Rede SES-DF se organiza em níveis de atenção, com critérios estabelecidos para direcionamento de acordo com as necessidades específicas dos usuários, não sendo esta organização realizada a partir dos diagnósticos, devendo-se considerar os aspectos multifatoriais do sujeito, a exemplo o grau de funcionalidade, da avaliação psicossocial de forma mais ampla e os demais recursos disponíveis na rede.

Ainda é importante enfatizar que, principalmente nos casos da população infantojuvenil, a temporalidade para fechar um diagnóstico é um processo complexo, podendo levar um espaço de tempo considerável. Desta forma, é importante a atuação conforme os sinais, sintoma, dinâmica familiar e em sociedade, de modo a caracterizar o sofrimento apresentado e atuar independente da existência de um diagnóstico.

Assim, alguns atendimentos biopsicossociais são realizados na atenção primária, enquanto outros podem necessitar de níveis de atenção de maior densidade tecnológica, como Policlínicas, CAPS e ambulatórios especializados em saúde mental (Atenção Secundária), ou em alguns momentos, atenção hospitalar em alguns momentos (Atenção Terciária).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no DF se constitui da seguinte maneira:

1 - Atenção Primária à Saúde: Unidade Básica em Saúde, com Equipes de APS; Equipe de Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório; Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Este nível de atenção oferece as atividades de promoção e prevenção em saúde, incluindo a saúde mental.

2 - Atenção Especializada em Saúde Mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, incluindo COMPP e Adolescentro.

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

O encaminhamento de casos suspeitos e/ou com diagnóstico de TEA ao CAPS deve ser realizado por profissionais de saúde dos três níveis de atenção, nos seguintes casos:

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CAPS

Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de autoagressividade e agressão a outros

Distúrbios comportamentais com risco a si ou terceiros;

Atitudes auto lesivas recorrentes;

Sintomas ansiosos ou disruptivos (agredir, mentir, furtar)

Sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

O encaminhamento de casos suspeitos e/ou com diagnóstico de TEA ao CAPS deve ocorrer, por profissionais de saúde dos três níveis de atenção,

8.5.1 ENCAMINHAMENTOS

8.5.1.1 ENCAMINHAMENTOS PARA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL

O encaminhamento para os serviços de saúde mental infanto-juvenil na Atenção Secundária (CAPS i, CAPS I, CAPS AD, COMPP e ADOLESCENTRO) deverá conter, além dos dados de identificação do usuário, as seguintes informações conforme Nota Técnica -Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infanto juvenil da Atenção Secundária:

- Descrição de sinais e sintomas com tempo de evolução, frequência dos sintomas e histórico familiar;
- Se fez ou faz uso de medicamentos (citá-los com a posologia);
- Se fez ou faz uso de substâncias psicoativas;
- Relatórios escolares, se houver.

8.5.1.2 ENCAMINHAMENTOS PARA POPULAÇÃO ADULTA

No que diz respeito aos encaminhamentos para os serviços de saúde mental adultos da atenção secundária (CAPS I, II, III, CAPS AD, Ambulatórios dos Hospitais Gerais e policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental), estes ocorrem de maneiras distintas, a depender da unidade hospitalar e da organização de fluxos específicos, os encaminhamentos das policlínicas acontecem por meio de acesso regulado, via Gerência de Regulação da Atenção Primária não atendendo demanda espontânea. Os Centros de Atenção Psicossocial atendem à porta aberta, conforme Nota Técnica vigente ou Nota Técnica - Critérios para encaminhamento de Adultos para os Serviços de Saúde Mental da Atenção Secundária.

O encaminhamento de usuários da APS para a AASE deverá conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:

- Dados de identificação do usuário (nome completo, data de nascimento, nº SES, endereço, telefone para contato, nome e contato de responsável legal em caso de menores de idade ou pessoas incapazes);
- Descrição de sinais e sintomas, incluindo tempo de evolução;
- Se fez ou faz uso de substâncias psicoativas;
- Hipótese diagnóstica;
- Tratamentos (medicamentosos ou não) já instituídos e resultados obtidos.

É importante orientar os usuários e/ou familiares a levar para a consulta especializada o encaminhamento por escrito, as receitas dos medicamentos utilizados e exames complementares realizados no último ano.

Após a alta do serviço de saúde mental de referência, os usuários deverão seguir o acompanhamento aos cuidados na eSF de seu território, devendo a contrarreferência conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:

- Dados pessoais;
- Diagnósticos e tempo de acompanhamento;
- Tratamento instituído e prescrição atual;
- Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
- Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.

8.5.2 RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ACOMPANHAMENTO DE LONGO PRAZO

Sempre que o profissional da atenção secundária ou terciária identificar a necessidade da equipe de saúde da família de referência ter conhecimento do tratamento instituído, plano terapêutico ou indicação de outros encaminhamentos, a contrarreferência à APS também deve ser realizada.



Situações que indicam urgência em saúde mental e devem ser encaminhadas à Rede de Atenção às Urgências (RUE), independentemente do transtorno mental específico associado ao quadro:

- Risco iminente de suicídio;
- Agitação psicomotora intensa;
- Risco de auto ou heteroagressividade;
- Risco de exposição moral;
- Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, avaliada pelo profissional como moderada a grave;
- Incapacidade grave de autocuidado, com repercussões clínicas;
- Grave recusa alimentar;
- Rebaixamento, flutuação do nível de consciência, ou confusão mental (delirium);
- Catatonia, imobilidade prolongada, rigidez muscular ou contraturas;
- Sinais de síndrome neuroléptica maligna ou outros efeitos adversos potencialmente graves de medicamentos;
- Reação aguda a estresse (até 30 dias após exposição a situações traumáticas, ameaçadoras à vida, ou percebidas como tal).



Após a alta hospitalar, caso sejam identificados os critérios de encaminhamento conforme nota técnica, os usuários devem ser encaminhados diretamente ao CAPS de referência do território do usuário, conforme a modalidade demandada. O encaminhamento ou a contrarreferência deverá conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:

- Dados pessoais;
- Diagnósticos e tempo de acompanhamento;
- Tratamento instituído e prescrição atual;
- Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
- Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.

São usuários elegíveis para internação em enfermaria psiquiátrica aqueles que, por motivo decorrente da alteração do juízo, apresentarem:

- Incapacidade grave de autocuidados;
- Risco de morte ou de prejuízos graves à saúde;
- Risco de autoagressão ou de heteroagressão;
- Risco de prejuízo moral ou dano patrimonial;
- Risco de agressão à ordem pública;

Para encaminhamento de usuários para internação em uma das unidades terciárias de psiquiatria (Unidades de Referência Distrital – URD - enfermarias do Hospital São Vicente de Paulo e Instituto Hospital de Base do DF), devem ser observados critérios específicos. A RUE pode ser acionada para o direcionamento.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Encaminhamento de usuários da atenção primária para a atenção secundária:

- Dados de identificação do usuário (nome completo, data de nascimento, N° SES, endereço, telefone para contato, nome e contato de responsável legal em caso de menores de idade ou pessoas incapazes);
- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados;
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
- História familiar de transtorno do espectro autista (TEA) / deficiência intelectual ou pais consanguíneos.



Encaminhamento de usuários da atenção hospitalar para a atenção secundária:
(Conforme critérios das notas técnicas)

- Dados de identificação do usuário (nome completo, data de nascimento, N° SES, endereço, telefone para contato, nome e contato de responsável legal em caso de menores de idade ou pessoas incapazes);
- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, diagnóstico e tempo de acompanhamento);
- Tratamento instituído na unidade de atenção hospitalar e prescrição atual;
- Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
- Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.

8.5.3 AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

8.5.3.1. CENTRO DE ORIENTAÇÃO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICA (COMPP) E ADOLESCENTRO

O COMPP e o ADOLESCENTRO são ambulatórios especializados em saúde mental infanto-juvenil que atendem todo o DF, com acesso regulado, constituído por equipe multidisciplinar (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Neuropediatria, Nutrição, Pediatria; Psicologia, Psiquiatria, Serviço social, Terapia ocupacional, entre outros).

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	
COMPP	<p>✓ Ambulatório especializado em saúde mental infantil que atende usuários com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas de todo o DF, com acesso regulado pelas Unidades Básicas de Saúde.</p> <p>Faixa etária: Usuários de até 11 anos, 11 meses e 29 dias, assim como suas famílias. Conforme <u>nota técnica</u>.</p>
Adolescentro	<p>✓ Ambulatório especializado em saúde mental juvenil que atende usuários com transtornos mentais leves e moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas de todo o DF, com acesso regulado pelas Unidades Básicas de Saúde.</p> <p>Faixa etária: Usuários de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias, assim como suas famílias. Conforme <u>nota técnica</u>.</p>



É importante esclarecer que tais dispositivos, mesmo que ambulatoriais, atuam na lógica do Paradigma Psicossocial. Tal lógica, não deixa de considerar a dimensão orgânica, porém há uma superação da ideia da psiquê/mente reduzida aos processos neuronais, sendo proposto uma compreensão mais ampla do sujeito, em sua existência-sofrimento.

Desta maneira, utilizam-se novos dispositivos clínicos (individuais e de grupo), abordagem familiar, psicoeducação, ações territoriais, matriciamento, ações articuladas com outros setores, como a Educação e a Assistência Social, para além da medicação como resposta a priori.



Portanto, ao se pensar no encaminhamento da pessoa com TEA a esses dispositivos, devem ser consideradas quais a necessidade e a gravidade. Em termos de reabilitação infantil (trabalho em saúde que visa a retomada do desenvolvimento infantil conforme o esperado para a sua faixa etária), sugere-se o encaminhamento a serviços de reabilitação como Estimulação Precoce, Educação Precoce e Centros Especializados de Reabilitação – CER.



Em casos de maior gravidade ou dúvida diagnóstica, devem ser encaminhados para refinamento de diagnóstico aos Ambulatórios. Estes terão, então, que formular um PTS após avaliação e, caso considerem que o caso não tem necessidade de aparato de tal complexidade, poderão reencaminhá-lo ao serviço de origem, sanando as dúvidas iniciais que motivaram o encaminhamento e mantendo supervisão dos mesmos.



Ao se tratar de caso de maior gravidade, o tratamento será feito pela equipe especializada do CAPS e casos moderados, o cuidado se dará nos ambulatórios.



Esses dois serviços (Ambulatórios e CAPS) são responsáveis pelo diagnóstico mais aprofundado dos casos mais graves ou atípicos, com avaliações de comorbidades com patologias em geral ou deficiência intelectual.

Para uma condição clínica ser considerada um transtorno mental, não basta a identificação de diferenças significativas em relação à “norma” (sejam estas qualitativas ou quantitativas). É necessário também que a condição apresentada esteja associada a algum prejuízo funcional, ou seja, para uma pessoa poder receber um diagnóstico psiquiátrico, não é suficiente que ela manifeste um conjunto de diferenças significativas na sua experiência subjetiva ou no seu comportamento em relação ao padrão “típico” esperado pela sociedade e pela cultura às quais pertence, por ser preciso também que ela revele um comprometimento funcional da vida cotidiana em termos de sofrimento, incapacidade ou deficiência.



Finalmente, independente da complexidade do serviço no qual o paciente esteja sendo atendido, este manterá vínculo com a UBS de sua região, que cuidará das demais demandas de saúde do mesmo e poderá auxiliar no manejo específico de algumas questões que influenciem no quadro do TEA (ex: avaliação de possíveis patologias clínicas que podem piorar comportamento do paciente).

8.5.4 AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL ADULTO

Nos ambulatórios dos Hospitais Gerais e nas Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental, realizam-se atendimentos especializados em psiquiatria e/ou psicologia para a população de diferentes faixas etárias, sendo os encaminhamentos das policlínicas mediante acesso regulado, conforme NT, via Gerência de Regulação da Atenção Primária não havendo atendimento de demanda espontânea. São ofertados de formas distintas, a depender da unidade hospitalar e da organização de fluxos específicos.

Conforme Nota Técnica — Critérios para encaminhamento de Adultos para os Serviços de Saúde Mental da Atenção Secundária.

8.5.4.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em crises, ou nos processos de reabilitação psicossocial. Os CAPS trabalham a integração social e familiar e promover a autonomia e a cidadania, por meio de um trabalho de reabilitação psicossocial.



No que diz respeito às suas modalidades os CAPS subdividem-se em:

CAPS I (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1)

- Serviço público de saúde para pessoas de todas as idades que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais graves e persistentes ou do uso de álcool e outras drogas. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.

CAPS II (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 2)

- Serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.

CAPS III (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 3)

- Serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.

CAPS I (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL)

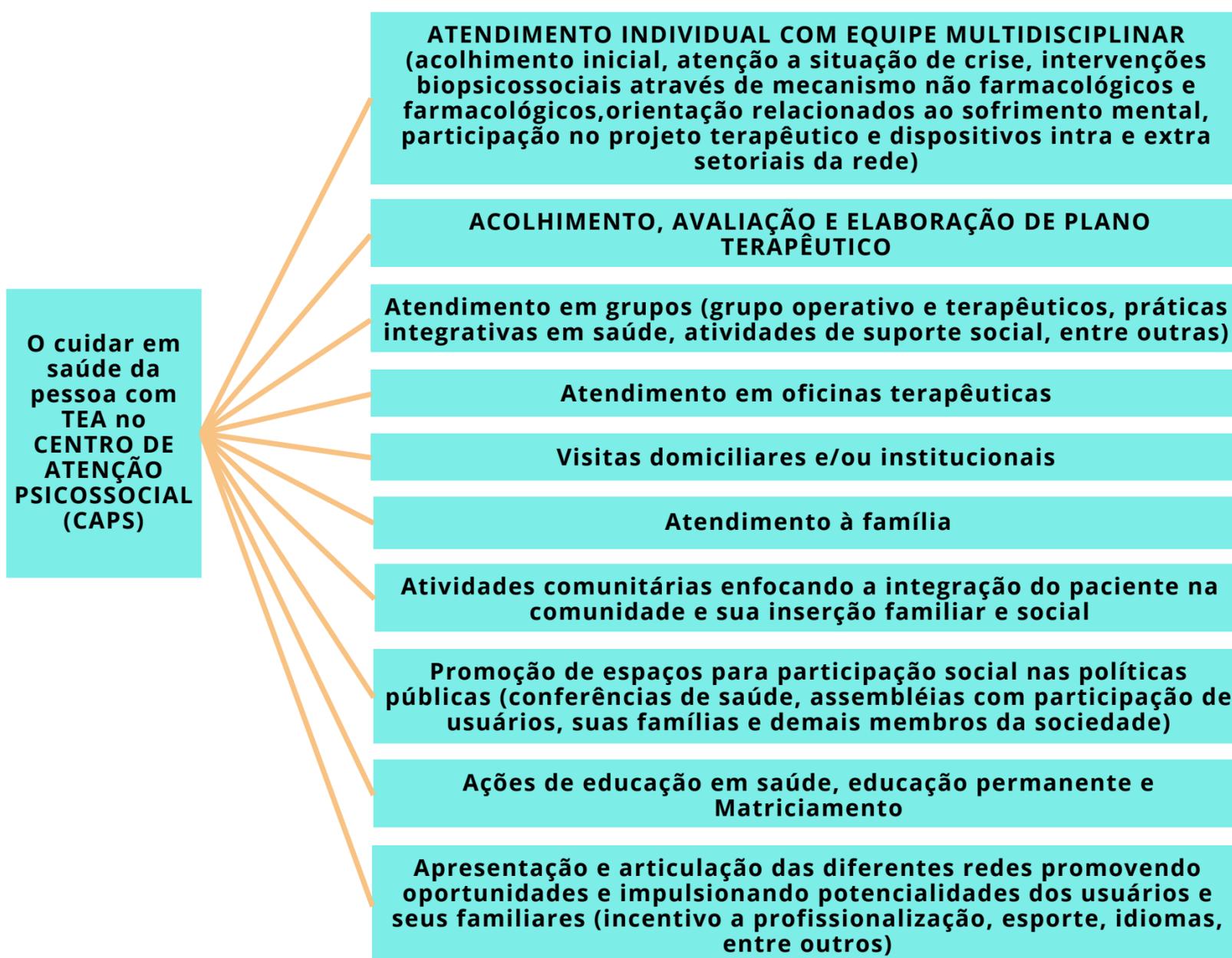
- Serviço público de saúde que atende crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (até os 17 anos, 11 meses e 29 dias) ou sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas (até 15 anos, 11 meses e 29 dias). Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.

CAPS AD II (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 2)

- Serviço público de saúde que atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.

CAPS AD III (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 3)

- Serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 16 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.



8.5.4.2. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i)

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil são serviços de atenção especializada que atende crianças e adolescentes menores de 18 anos com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos graves e persistentes e menores de 16 anos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. O CAPSi oferece acolhimento, atendimento individual e em grupo e visita domiciliar quando necessário.

O CAPSi é um serviço comunitário que deve operar de portas abertas, sem barreiras de acesso ou agendamento, para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferecem cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. É um serviço estratégico da RAPS que possui a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial.

É um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com TEA, independentemente de idade. A equipe dos CAPSi é composta por profissionais de diferentes especialidades (psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, entre outros), que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com os usuários e suas famílias e articuladas com projetos terapêuticos singulares (PTS).

O objetivo dos CAPSi é oferecer cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência, de determinada área de abrangência, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços do território e da cidade.



O CAPSi opera na lógica da intensidade do cuidado, em contraposição aos processos de restrição da liberdade. No CAPS e no território são realizados: (a) atendimentos individuais ou em grupo; (b) atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial; (c) atenção aos familiares; (d) atenção domiciliar; (e) reuniões ou assembleias para o desenvolvimento da cidadania; (f) tratamento medicamentoso e (g) intensas mediações entre os usuários, suas famílias e a comunidade. Além destas funções, o CAPS atua também como ordenador da Rede de Atenção Psicossocial.

As diferentes abordagens, bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e de suas famílias e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros Especializados de Reabilitação (CER), as instituições de ensino, os serviços de assistência social, trabalho, esporte, cultura e lazer.

8.6 Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)

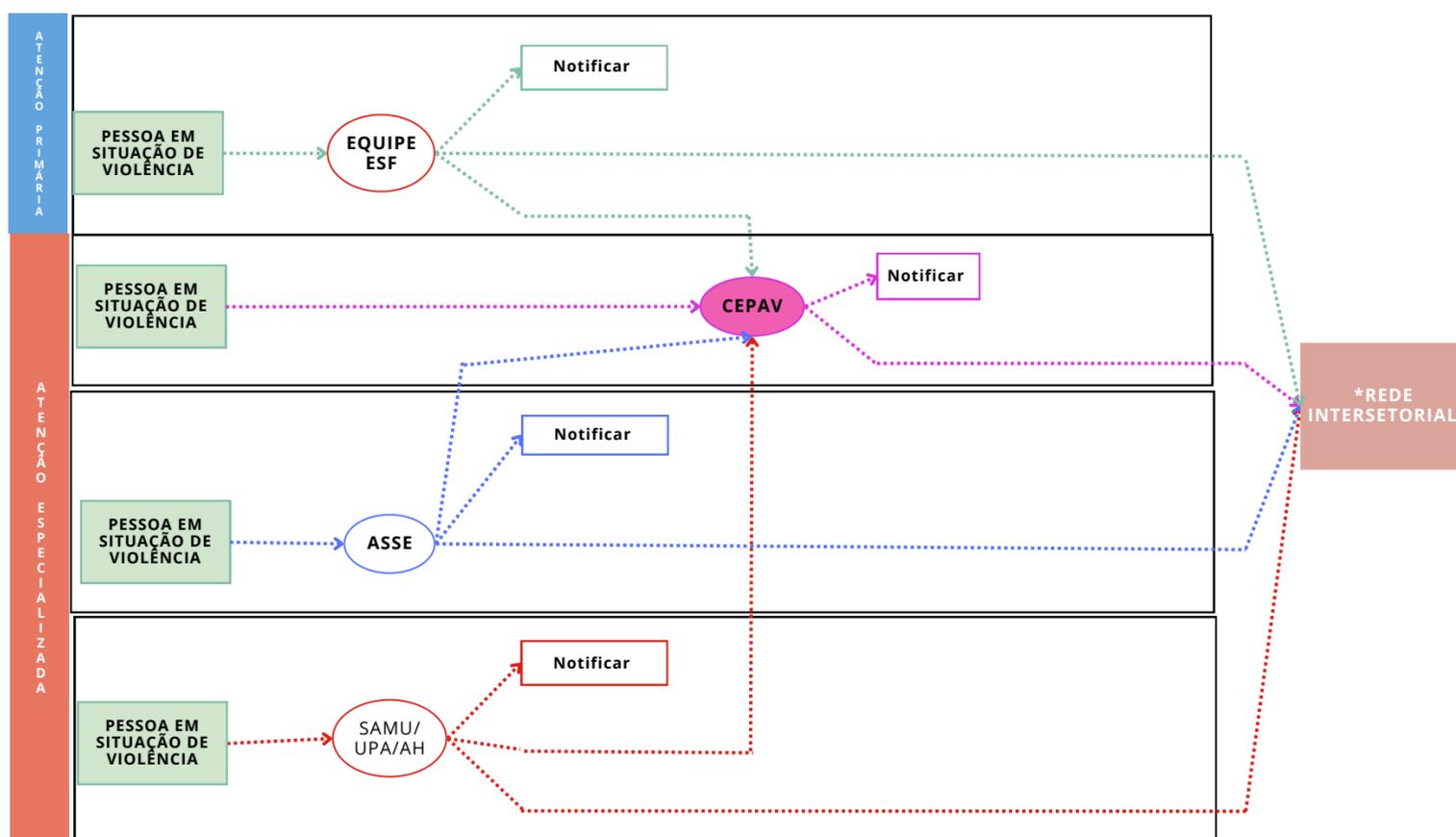
O CEPAV é um centro de atendimento ambulatorial da Atenção Secundária à Saúde composto por uma equipe multiprofissional, em que é oferecido atendimento multiprofissional às crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de violência sexual, familiar e doméstica. É um serviço porta aberta, em que o usuário passa por acolhimento com equipe multidisciplinar. O agendamento pode ser realizado pelo próprio usuário presencialmente ou por telefone. Os profissionais de saúde, da justiça e educação também podem realizar encaminhamentos e, assim, a equipe do CEPAV fará o contato com o usuário para agendar o acolhimento.

Atua por meio de uma Rede de Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs), também conhecidos como “Flores em Rede” e estão distribuídos pelas Regiões de Saúde do Distrito Federal. Mais informações acessar a página da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - link: [CEPAV/SES-DF](#).

Em casos de suspeita de violência contra a pessoa com TEA é necessário que o serviço de saúde realize o acolhimento, atendimento, notificação e seguimento em rede, conforme o fluxo de atenção às pessoas em situação de violência.

1. Acolher: realizar escuta qualificada e efetiva que possibilite o estabelecimento de uma relação de confiança entre o serviço, profissional, usuário e sua rede social/familiar protetiva;
2. Atender: compreende a intervenção multiprofissional, de acordo com a atuação dos serviços de saúde e os diferentes níveis de atenção à saúde. Deve ser realizado por meio de anamnese, registro em prontuário, atendimentos especializados individuais ou em grupo, consultas clínicas e/ou exames;
3. Notificar: Em caso de suspeita de violência contra a pessoa com TEA, é necessário que seja realizada a notificação. Notificar significa registrar a ocorrência de agravos ou doenças de interesse para a saúde pública em formulários próprios da Vigilância Epidemiológica. Tem caráter compulsório para todas as categorias de profissionais de saúde que atuam em serviços públicos ou privados, conforme estabelece o art. 8º da Lei n. 6.259/1975. Assim, é um dever do profissional de saúde notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência em todos os ciclos de vida. A ficha de notificação não é assinada no Distrito Federal. Por isso, não identifica o profissional que a preencheu;
4. Realizar o seguimento em rede: consiste na continuidade do acompanhamento da pessoa com TEA em contexto de suspeita de violência, com enfoque no cuidado individualizado e na proteção integral. A SES conta a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV), com os Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica — CEPAV, distribuídos nas sete Regiões de Saúde do Distrito Federal. Oferecem acompanhamento especializado aos usuários que vivenciam e/ou vivenciaram situações de violência e precisam do apoio da equipe multiprofissional para restabelecer sua saúde e minimizar sequelas. Em caso de suspeita de violência, o serviço pode encaminhar o usuário para o CEPAV de referência da região. Da mesma forma, é importante acionar a rede intersetorial de atenção e proteção, conforme o contexto do usuário. Conselho Tutelar (no caso de criança e adolescente), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CODDEDE), entre outros.

8.6.1 Fluxo Fluxo da Violência para a Linha de Cuidado do TEA



**Conselho Tutelar (no caso de criança e adolescente), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CODDEDE), entre outros.

8.7 Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)

A atenção secundária ambulatorial em saúde bucal é prestada por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades regulamentadas pelo Ministério da Saúde e são uma das estruturas norteadoras fundamentais para a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. Executam procedimentos em maior nível de densidade tecnológica, com referência e contrarreferência reguladas, tendo por base a APS como direcionadora da demanda.

Os CEOs com tam com serviço especializado de odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II - periodontia especializada;
- III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV - endodontia;
- V - atendimento a pessoas com necessidades especiais e as pessoas com deficiências.

✓ Deverão ser encaminhados para o CEO os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na APS, por se esgotarem as possibilidades de intervenção na APS nesse ponto de atenção, seja por motivos técnicos e/ou de infraestrutura.

✓ As pessoas com TEA que forem encaminhados pela APS e que não corresponderem ao nível de complexidade ao manejo ambulatorial no Centro de Especialidades Odontológicas, ou apresentarem um estado de saúde bucal que exige um cuidado mais ágil, deverão ser referenciados aos serviços hospitalares, para procedimentos em centro cirúrgico, sob anestesia geral.

✓ A referência deverá obedecer à lógica da regionalização, conforme os parâmetros construídos pelo Complexo Regulador, por meio do sistema de regulação regional ou central.

8.8 Atenção Hospitalar (Terciária)

As pessoas com TEA frequentemente apresentam alterações agudas do comportamento que demandam intervenção imediata para controle dos sintomas. Diferentes níveis de atenção podem ser acionados e devem estar preparados para atuação imediata e humanizada.

As manifestações agudas geralmente se manifestam com sintomas de agitação e/ou agressividade, que podem acarretar lesão na própria pessoa ou envolver pessoas ao seu redor. São desencadeadas por diversas circunstâncias, como dificuldade em comunicar algo que gostaria, alguma dor, algum incômodo sensorial, entre outros.

Diante destas circunstâncias, é essencial identificar o agente causador, para, então, propor estratégias que possam ser efetivas. Dentre as estratégias, estão incluídas desde a modificação comportamental, até procedimentos mais invasivos como as intervenções de urgência e emergência.

Os profissionais de saúde podem ser instados a comparecerem no ambiente no qual a pessoa se encontra, o que se dará por meio do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Saúde — SAMU ou pela demanda espontânea nas portas de urgência e emergências das unidades de saúde do Distrito Federal.

8.8.1. Pré hospitalar

As unidades de emergência devem realizar o pronto atendimento das demandas de urgência de saúde mental; no caso dos pacientes com TEA, episódios de agitação psicomotora mais intensa e/ou agressividade.

Deve-se realizar acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata em situações e agravamentos, minimizando riscos para pacientes e familiares e favorecendo seu manejo. Articula-se com outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

8.8.1.1. Serviço de Atendimento Móvel/SAMU

O SAMU é o ponto de atenção que trata do atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental (Brasil, 2015). O paciente pode acessar o atendimento móvel do SAMU dizendo 192.



A equipe de saúde ao chegar no domicílio do paciente deve evitar acionar o sinal sonoro da ambulância.

Ao primeiro contato deverá se identificar (nome e função), estabelecer contato com o paciente tranquilamente e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).

Caso não haja receptividade do paciente, deve ser estabelecido um mediador.

Converse com familiares e pessoas próximas e identifique parentes, amigos ou outros profissionais que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.

A avaliação do paciente deve ser feita considerando o ambiente, o seu estado clínico e possíveis riscos de causar autolesão corporal ou lesão a outros, utilizando a seguinte regra mnemônica: método **ACENA**

AVALIAÇÃO (MÉTODO ACENA)

- A** - **Avaliar**: Identificar artefatos que possam ser utilizados para agressão física e/ou produtos que indiquem o consumo de bebidas alcoólicas ou drogas. Analisar estatura e aparência do paciente.
- C** - Observar a presença de sinais de **conflito e crise** na rede social do paciente.
- E** - Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a equipe de atendimento.
- N** - Avaliar o **nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e nível de sofrimento.
- A** - **Avaliar** a presença de sinais de uso de álcool e drogas, a presença de agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de autoagressão.

Reveja as informações passadas pela regulação e colete dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado.

Se persistir o estado de agitação, considere medicar visando à tranquilização do paciente conforme necessário. podendo ser utilizado como referência o Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias, Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP).

Após finalizar este atendimento, a condução do caso se dará conforme quadro clínico do paciente, que poderá ter a seguinte conduta:

CONDUTA

1 - Paciente estável:

Paciente sem comportamento agressivo que tenha ocasionado ou que tenha risco de causar autolesão corporal ou lesão a outros.



Encaminhar



Unidade de Atenção Primária ou CAPS, CAPSi, conforme notas técnicas vigentes.

2 - Paciente instável:

Paciente hostil verbal ou fisicamente que tenha ocasionado autolesão corporal e/ou lesão a terceiros, ou que tenha alto risco de causar lesão a si ou em outros.



Ação



Fazer contato com a Central de Regulação para informar a situação clínica do paciente e decidir a rede de referência para a qual o paciente deve ser encaminhado.



Ação



Transferência para a unidade de saúde de referência: direcionar o paciente para as portas de emergências hospitalares ou, caso o paciente possua vinculação com outro ponto de atenção da rede, tais como CAPSi/CAPS e APS e não necessite de intervenção hospitalar.



Ação



Caso o paciente possua objetos que representem risco de agressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial.

8.8.1.2 Unidade de pronto Atendimento - UPA



As unidades de emergência devem realizar o pronto atendimento das demandas de urgência de saúde mental; no caso dos pacientes com TEA, episódios de agitação psicomotora mais intensa e/ou agressividade.

A UPA realiza acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata em situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

8.8.2 Unidade Hospitalar

As unidades hospitalares têm um papel importante no cuidado das pessoas com TEA diante das situações de agravamento clínico que requeiram internação.

Realizam a atenção em regime de internação para o restabelecimento de condições clínicas, elucidação diagnóstica e/ou investigação de comorbidades responsáveis por situações de agravamento.

Nos casos de crianças, adolescentes ou adultos com TEA que apresentem crise aguda, o CAPS, se disponível na região, deve ser acionado para uma primeira avaliação e para proceder atendimento/acompanhamento.

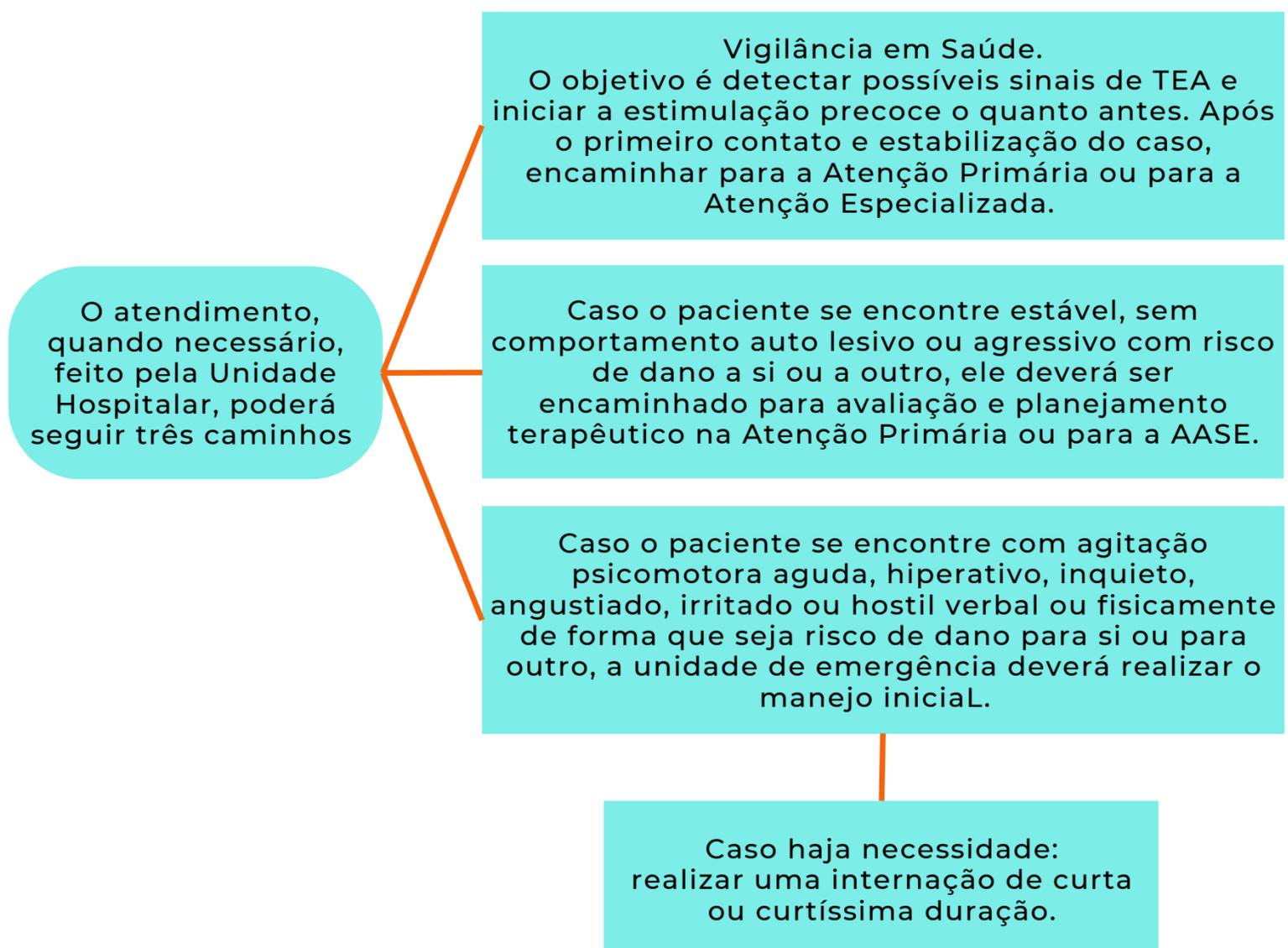


Caso a equipe do CAPS avalie ser necessário, pode-se recomendar o acionamento/encaminhamento para outro ponto de atenção de urgência ou hospitalar do município, ou da região, segundo os princípios da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.

O acesso a estes pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão: central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência.

Cabe ressaltar a importância da corresponsabilização (que deve incidir sobre todos os pontos de atenção) em acolher as demandas que se apresentam e articular demais pontos da rede que sejam necessários para responder às necessidades das pessoas atendidas.

O paciente com TEA, sem quadro de crise aguda, deverá ter o cuidado transferido para a UBS para avaliação e planejamento terapêutico.



PARA REALIZAR A ALTA

- É preciso que haja diagnóstico e informação médica relevante;
- Disponibilizar os resultados dos exames realizados;
- Entregar e explicar com detalhes a receita médica completa;
- Orientar os cuidadores sobre estimulação precoce e medidas preventivas;
- Considerar encaminhamento para médico especialista, conforme condição clínica associada;
- Detalhar os tratamentos indicados pela equipe multidisciplinar que o paciente irá necessitar;
- Encaminhar para a Atenção Primária, após a alta.

8.8.3 Assistência Domiciliar

Os casos de maior complexidade, mas sem necessidade de internação hospitalar, são atendidos pela Assistência Domiciliar (AD). A AD proporciona um cuidado ligado às referências familiares e à infraestrutura domiciliar, sem perder a estrutura da Atenção Terciária. A AD é importante para o cuidado da pessoa com TEA visto que evita o estresse dos muitos estímulos sensoriais presentes em uma Unidade Hospitalar.

8.9. Tratamento Medicamentoso

Para o manejo do comportamento agressivo no TEA é fundamental que os profissionais de saúde orientem suas práticas de atenção à saúde com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Nesse contexto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) constituem um instrumento que conferem segurança e efetividade clínica, de modo organizado e acessível.

A indicação medicamentosa deve ser realizada por profissionais especializados que acompanham a pessoa com TEA nos serviços e devem seguir as recomendações constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo.

Conforme o referido PCDT estão incluídos neste protocolo pacientes com diagnóstico de TEA e com comportamento agressivo grave dirigido a si ou a terceiros, com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas.

Os medicamentos fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e podem ser entregues mediante a receita, na Farmácia de Alto Custo.

8.10. Plano terapêutico na AE

O planejamento terapêutico compartilhado ocorre logo após a identificação de sinais de atrasos no desenvolvimento e é nesse momento que há necessidade de intervenções imediatas.

O processo diagnóstico é compartilhado pela APS com a atenção especializada e deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar que possa estar com o paciente em situações distintas:

- Atendimentos individuais
- Atendimentos à família
- Atividades livres e espaços em grupo



O cuidado envolve as **necessidades de apoio que o paciente precisa, para diferentes habilidades**, podendo variar ao longo da vida, a depender das situações expostas e os locais onde frequenta.

Importante lembrar que deve-se evitar a comunicação diagnóstica precipitada para as famílias sem que o diagnóstico seja fruto de um processo cuidadoso e compartilhado com elas.

AS INTERVENÇÕES CLÍNICAS

As intervenções clínicas têm como finalidade o desenvolvimento de competências de linguagem, de comunicação, sociais, de memória, acadêmicas e de aprimoramento de foco e atenção e para redução de problemas comportamentais.

Deve ocorrer o mais precocemente possível para que o desenvolvimento da criança seja otimizado, possibilitando melhorar o seu funcionamento sócio-adaptativo a longo prazo.

Devem ser concentradas em intervenções comportamentais e educacionais direcionadas aos sintomas próprios do transtorno, como, por exemplo, as deficiências de comunicação e interação social, padrões repetitivos de comportamento, interesses e atividades preferenciais.

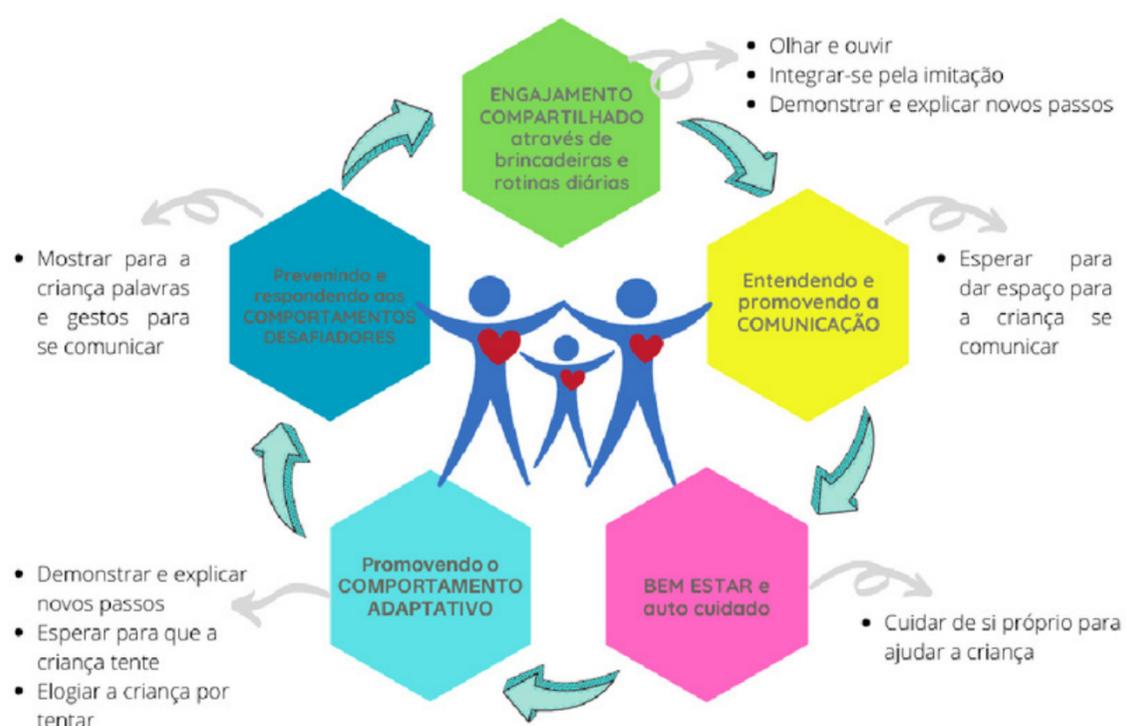
A escolha do método a ser utilizado no tratamento e a avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade no processo de cuidado à saúde.

Deve-se oferecer recursos e alternativas para que se ampliem os laços sociais e a possibilidade de circulação da pessoa com TEA em diferentes ambientes, ampliando suas formas de se expressar e de comunicar de maneira funcional e favorecendo a inserção em contextos diversos.

É importante reforçar que **não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com TEA**. Contudo, recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere a fundamentação em sólido alicerce científico e que tenha como premissa a sua efetividade e segurança e que seja tomada conforme a singularidade de cada caso.

Outro importante aspecto a ser considerado e fortalecido para o êxito das intervenções é a **abordagem com a família**, que fica muito fragilizada ao receber o diagnóstico de TEA para um de seus membros e deve ser constantemente fortalecida e instrumentalizada para os cuidados com o paciente e seus demais integrantes. Os atendimentos de apoio familiar devem ser feitos para atender às demandas individuais das famílias e também a ajudá-los a formar uma rede de apoio.

Abaixo, os principais componentes a serem abordados no treinamento do desenvolvimento de habilidades parentais para famílias de crianças com desenvolvimento atípico constante na Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA) do Ministério da Saúde:



Fonte: Linha de Cuidado do TEA/Ministério da Saúde

Mais informações podem ser consultadas na Linha de Cuidado do TEA/Ministério da Saúde.

Conforme supracitado para o cuidado à pessoa com TEA, a atuação das especialidades depende das necessidades individuais. Considerando que a grande maioria das crianças com TEA apresentam alterações de linguagem, comunicação, sociais, sensoriais, memória, acadêmicas e problemas comportamentais, segue a atuação das especialidades de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Nutrição e as principais abordagens:

1- Fonoaudiologia

Atua no desenvolvimento e melhoria das alterações comportamentais, linguagem e comunicação verbal e não verbal, estimulando e capacitando a interação e inclusão social da criança/adolescente.

Principais aspectos da abordagem:

- Avaliação para identificar as características comunicativas
- Elaboração de um plano terapêutico individualizado considerando as possibilidades familiares e educacionais disponíveis na comunidade na qual a criança/adolescente está inserida
- Aumentar as interações comunicativas e categorias pragmáticas, direcionadas para a aquisição da linguagem e trocas fonéticas, possibilitando a compreensão da fala e, principalmente, no desenvolvimento da semântica e pragmática
- Uso da linguagem em contexto comunicativo de forma significativa, proporcionando autonomia e interação social

2. Terapeuta Ocupacional -

Atua para promover, manter e/ou desenvolver as habilidades necessárias para o indivíduo realizar as atividades do cotidiano, nas diferentes áreas da ocupação humana, em todos os ciclos da vida.

Principais aspectos da abordagem:

- ABVD (Atividades Básicas de Vida Diárias);
- AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária);
- Avaliar e intervir nos casos de seletividade alimentar;
- Avaliar e intervir para melhorar o input sensorial, seja por uma disfunção na modulação sensorial ou na discriminação sensorial;
- Avaliar, estruturar e intervir na rotina ocupacional do usuário;
- Avaliar, prescrever e confeccionar dispositivos de tecnologia assistiva, como forma de favorecer a participação desses indivíduos para que alcancem o maior nível de autonomia e independência, conforme potencial individual.

A atuação do TO envolve, ainda, visitas escolares e domiciliares periódicas com o objetivo de orientar os profissionais e os pais/cuidadores. A participação da escola e da família é fundamental, pois as habilidades com atividades do cotidiano requerem frequência e realização diárias: quanto mais o usuário tiver as oportunidades para praticar em seu ambiente natural, maiores as chances de uma vida independente.

3. Psicólogo

Atua na avaliação das áreas cognitiva e 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, sociais e comportamentais, bem como avaliando e intervém no impacto emocional da comunicação do diagnóstico à família.

Principais aspectos da abordagem:

- 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), nos aspectos emocionais, identificar alterações de humor, irritabilidade, comportamento, auto e heteroagressão e sono, na dinâmica comportamental avaliar interesses restritos e repetitivos, estereotípias;
- Compreender a dinâmica familiar e os recursos da família para lidar diante das adversidades;
- Construção de PTS envolvendo a tríade: Profissional - Cuidadores - Pessoa com TEA, considerando articulação com outros profissionais e com a rede de apoio (educação, saúde, ONGs, entre outros) na qual a pessoa está inserida;
- Trabalhar para construção de repertório com mais habilidades, visando mitigar problemas de ordem emocional e/ou comportamental que podem representar um entrave para a integração do indivíduo e para a inserção em contextos sociais.
- Ampliar repertório verbal, visando melhor desempenho comunicativo para proporcionar maior interação social.
- Trabalhar recursos de autorregulação visando a extinção de estereotípias, comportamentos adversos com auto e heteroagressão e baixa tolerância à frustração;
- Elaboração de rotina, atribuindo responsabilidades conforme a capacidade da pessoa com TEA, visando melhorar autoestima e proporcionar autonomia e independência;
- Trabalhar o processo de luto por parte das famílias, diante do diagnóstico, assim como, criar estratégias de resignificação e enfrentamento.

4. Nutricionista

As pessoas com TEA apresentam inúmeros desafios relacionados a aspectos nutricionais, tais como: distúrbios do trato gastrointestinal; alergias e/ou intolerâncias alimentares; seletividade e neofobia alimentar; dificuldade de aceitação ou tolerância a novas texturas alimentares e deficiência motora oral (que impacta negativamente na mastigação, deglutição e no uso de utensílios para a alimentação. Estes fatores corroboram para que estes indivíduos sejam nutricionalmente vulneráveis.

Quando presentes, as dificuldades alimentares podem levar a um consumo de energia inadequado, contribuindo para a desnutrição, a perda de peso, o ganho de peso, a obesidade, dentre outros problemas.

Portanto, os nutricionistas da AASE atuam na melhoria da alimentação, do estado nutricional, da seletividade alimentar, das alterações gastrointestinais e dos impactos neurológicos e comportamentais da pessoa com TEA.

Principais aspectos da abordagem:

- Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar;
- Identificação de alterações alimentares, nutricionais e gastrointestinais presentes;
- Elaboração do Plano terapêutico, considerando as necessidades alimentares e nutricionais, bem como as potencialidades familiares, sociais e educacionais na qual a pessoa com TEA está inserida;
- Avaliação de tratamento da seletividade alimentar, de possíveis alergias e das dificuldades sensoriais relacionadas à alimentação;
- Discussão de casos multiprofissionais para o adequado manejo em casos de suspeitas de alterações orgânicas que estejam atrapalhando o usuário a se alimentar adequadamente;
- Maior interação com os alimentos para dessensibilização e diversificação da alimentação, a fim de promover, de forma progressiva e respeitosa, o consumo de uma alimentação adequada e saudável;
- Orientação para uma abordagem parental responsiva e que favoreça o consumo de uma alimentação saudável;
- Promover a participação em atividades coletivas multiprofissionais, como oficinas e rodas de conversa, a fim de promover hábitos de vida saudáveis, por meio de educação nutricional e incentivo a mudanças no estilo de vida, assegurando, ainda, a educação continuada aos pais, cuidadores e indivíduos com TEA.

5. Fisioterapeuta

Atua diretamente em funções determinantes para a vida da criança, adolescente e até mesmo os adultos com autismo.

- Promover 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.
- Atendimento voltado para a aquisição de habilidades motoras, tais como: controle cervical e de tronco, as transições posturais, engatinhar e deambulação, procurando proporcionar ao paciente, independência funcional nas atividades cotidianas, ao desenvolver a coordenação, equilíbrio e autocontrole corporal, promovendo uma diminuição dos movimentos atípicos;
- Desenvolver técnicas com os pais técnicas para auxiliar os filhos no desenvolvimento de força muscular, coordenação e habilidades motoras;

Importante ressaltar a necessidade de intervenção precoce para melhores respostas ao tratamento e adaptação ao espaço, e a evolução nos aspectos motores e sensoriais auxiliam na melhoria da qualidade de vida e integração social dessas pessoas.

6. Assistente Social

O/a Assistente social na saúde encontra-se presente nos mais diversos serviços de todos níveis de atenção, atuando de acordo com os princípios do SUS e do projeto ético-político da profissão. Nos serviços de saúde que atendem à pessoa com TEA a intervenção do/a assistente social deve estar voltada para o combate a todas as formas de preconceito, discriminação e capacitismo, incentivando o respeito à diversidade e a defesa da cidadania. No cuidado à pessoa com TEA, o/a assistente social trabalhará articulado/a com o/a demais profissionais de saúde e com as diversas políticas públicas. Dessa forma, o/a profissional de serviço social atua na viabilização de direitos sociais desses usuários e de suas famílias, no sentido de fortalecer seu direito à política de saúde por meio do acesso aos serviços do SUS e às outras políticas sociais.

Nesse sentido, pode-se destacar algumas possibilidades de atuação mais recorrentes ao/à assistente social na saúde, mas que obviamente não se esgotam neste documento:

- Prestar informação e orientação social ao usuário e sua família sobre seus direitos sociais e benefícios sociais, na perspectiva dos determinantes sociais;
- Realizar avaliação social e estudo socioeconômico, visando identificar os determinantes sociais que influenciam no processo saúde-doença;
- Elaborar laudos e pareceres sociais na perspectiva da eliminação de barreiras e da defesa dos direitos sociais das pessoas com TEA;
- Realizar visita domiciliar ao usuário e seus familiares, quando observada necessidade de identificar determinantes e condicionantes sociais no domicílio ou território;
- Conhecer, mapear e mobilizar a rede socioassistencial e demais equipamentos sociais do território, utilizando-se da visita institucional, quando necessária, com o objetivo de viabilizar a garantia de direitos dos usuários;
- Promover, junto a outros/as profissionais de saúde, atividades de educação em saúde para o enfrentamento de violências, violação de direitos, práticas preconceituosas e capacitistas;
- Estimular ações de mobilização social e de promoção de espaços de participação social na defesa dos direitos relacionados à pessoa com TEA;
- Organizar com a equipe ações intersetoriais de promoção da saúde, na perspectiva da diversidade e da singularidade humanas;
- Estimular a participação dos usuários, bem como de sua rede de apoio, na perspectiva de agentes ativos no processo de habilitação, reabilitação e inclusão social e desenvolvimento de habilidades que fortaleçam sua autonomia;
- Contribuir com as equipes de Saúde para a construção de projetos terapêuticos e outras intervenções realizando considerações sobre as condições sociais que os usuários e suas famílias vivem e trabalham.



As avaliações e intervenções por qualquer profissional devem respeitar as políticas públicas de saúde e educação. A escolha do método que será utilizado no tratamento e o acompanhamento dos resultados devem ser feitos em conjunto com a família, garantindo a troca de informações quanto à evolução e corresponsabilizando a família nos processos de cuidado.

Vale lembrar ainda que todas as intervenções devem ser avaliadas a cada 6 meses, pela equipe multidisciplinar, visando observar os ganhos obtidos, pontos de estagnação e as novas necessidades para uma reorientação individualizada das intervenções.

Independente da complexidade do serviço no qual o paciente esteja sendo atendido, o vínculo com a Atenção Primária à Saúde deve ser mantido (coordenadora do cuidado).

- Respeitar o uso do Nome Social -É direito do usuário do SUS de ser identificado e atendido nos serviços de saúde pelo nome de sua preferência, evitando com isso que o nome de identificação do usuário (a) seja motivo de constrangimento ou situação vexatória - Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. A identificação em todos os documentos dos usuários e o uso do nome social no SUS é uma ferramenta para efetivação do acolhimento, humanização e integralidade da assistência a travestis e transexuais.
- Respeitar a autodeclaração do usuário com relação à raça, cor, etnia conforme classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, observando as seguintes variáveis: branco, preto, pardo, amarelo e indígena — Portaria n.º 344 de 1º de fevereiro de 2017. A inclusão do quesito visa identificar, cadastrar e mapear o perfil das pessoas a fim de caracterizar, do ponto de vista étnico racial, a população do Distrito Federal e dimensionar adequadamente as políticas públicas formuladas, implementadas e avaliadas pelo Executivo.
- A inexistência de cartão do SUS não se constitui como impedimento para atendimento a pessoas em situação de rua. Elas estão dispensadas de apresentar comprovante ou declaração de endereço.
- O registro da nacionalidade é um campo obrigatório e importante para identificar o perfil dos usuários atendidos pelo SUS a fim de requerer a promoção da equidade de acesso à saúde, prevenção contra a discriminação, ampliação das políticas públicas, formação dos profissionais e oferta de serviços adaptados, abordando a temática das migrações como determinante social de saúde.

8.11 Matriciamento na AASE

A construção de um modelo assistencial na RAS requer novas metodologias de gestão e organização da atenção à saúde para aprimoramento do vínculo entre cidadãos e equipes de saúde, entre as equipes de mesmo serviço e entre as equipes de diferentes níveis de atenção 46, 47.

O Matriciamento ou Apoio Matricial (AM) é um modo de produzir saúde que busca assegurar uma retaguarda especializada, com ações clínico-assistenciais voltadas à qualificação e ampliação da capacidade assistencial dos serviços em saúde e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de saúde, principalmente da atenção primária 48,49,47.

Se constitui como um trabalho interprofissional e em rede, valorizando a interdisciplinaridade, o diálogo e a integração entre profissionais que trabalham em equipes ou em rede e sistemas de saúde, visando a corresponsabilização do cuidado 50. Ademais, busca ampliar a capacidade de ação da RAS, como também promover integralidade, resolutividade e qualidade do cuidado em saúde.

Entre as Ferramentas e Ações de Matriciamento, podemos citar:

- Reunião entre as equipes com construção coletiva de estratégias e ações;
- Discussão de casos;
- Desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular entre os diversos níveis de atenção;
- Atendimento compartilhado (ambulatorial, domiciliar ou hospitalar);
- Contatos a distância através do uso das tecnologias de informação e comunicação;
- Educação permanente em saúde.

Na Secretaria de Estado do Distrito Federal (SES-DF) esta estratégia foi evidenciada com a Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal com Portaria nº 773 de 19 de julho de 2018 que estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE).

Em relação à ESTRUTURAÇÃO DO APOIO MATRICIAL, ou seja, como pode ser desenvolvida a prática de apoio matricial entre a Equipe de referência territorial e a Equipe de apoio matricial ou matriciadora, recomenda-se observar as normativas específicas e vigentes no âmbito regional, distrital e/ou nacional.

O MATRICIAMENTO FORTALECE O ORDENAMENTO DO CUIDADO DA APS NA RAS, POR MEIO DA ARTICULAÇÃO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM A APS COM AÇÕES MAIS PRÓXIMAS DO TERRITÓRIO, DA COMUNIDADE E DO SUJEITO.

9. Cuidando do Cuidador nos diferentes pontos de atenção da RAS

A fala do cuidador é essencial no diagnóstico e no acompanhamento do paciente com TEA, por ser o primeiro a notar os sintomas iniciais e é quem estará no cuidado do dia a dia com o paciente. Entretanto, há necessidade de que o profissional da saúde tenha um olhar atento à saúde da família, que geralmente assume o cuidado integral da criança.

Sendo assim, é importante que o profissional de saúde observe o familiar/cuidador como um alvo da abordagem terapêutica tanto quanto a pessoa com TEA.

Há alguns anos o comportamento autístico era relacionado à falta de afeto da mãe e à ausência do pai, o que levava a criança a desenvolver um aspecto “frio e sem amor”. Em 1984, Frances Tustin discorre sobre a escolha da mãe de interromper precocemente a amamentação como o motivo da conduta distante, caracterizada no TEA. Anos depois, mesmo que tais alegações se mostrassem infundadas, ainda havia culpabilização por parte dos pais pela herdabilidade do transtorno.

Dessa maneira, nesse momento, voltamos os olhos para a maneira que a singularidade da criança impacta no cotidiano e na saúde da família, em especial, da mãe. Devido às especificidades da criança com TEA, ela dificilmente se liga a outra pessoa senão a mãe, sofrendo crise de abstinência na falta dela e não se sentindo amparada com nenhuma outra pessoa. Assim, a criança monopoliza a atenção da mãe apenas para si.

Em resposta a isso, o cuidador pode desenvolver depressão e, conseqüentemente, apatia. Além disso, as falas monótonas da criança com autismo passam a fazer parte das falas da mãe, dificultando o desenvolvimento do autista.

Os cuidadores de crianças com TEA têm mais chances de desenvolver psicopatologias, porém isso varia conforme o núcleo familiar. A ansiedade é maior em cuidadores “solos” do que em famílias nas quais existe coparentalidade, uma terceira pessoa auxiliando no cuidado ou famílias que contam com uma boa rede de apoio. Além disso, a adaptabilidade por indivíduos e famílias que já receberam o diagnóstico há mais de um ano reflete positivamente na saúde mental se comparada àqueles que receberam há menos de um ano.

É evidente a importância de experiências de autocuidado e autoconhecimento na vivência e na rotina da mãe. O auxílio capacitado de um profissional para a saúde nesse momento pode contribuir na saúde mental e emocional da mãe e da família e conseqüentemente refletir no desenvolvimento da criança com TEA.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Sempre favoreça espaço de escuta,
- Nunca culpabilize a família ou cuidador, apoie-os a atravessar os momentos mais difíceis.
- Apoie e tire todas as dúvidas,
- Cuide do familiar/cuidador tanto quanto da pessoa com TEA.
- Oriente e ajude a busca de rede de apoio na comunidade (Associações, igrejas ou templos, vizinhos ou outros familiares)
- Encaminhe para práticas de relaxamento e PIS.
- Estimule a alimentação saudável.
- Estimule o autocuidado além de cuidado com consultas e exames preventivos.

Mais informações referente ao acolhimento necessário às famílias, as singularidades, e a humanização no cuidar do cuidador podem ser acessadas no link:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

10. Sistemas de Apoio

Os sistemas de apoio se apresentam como importantes ferramentas de promoção de equidade e continuidade do cuidado à saúde destes usuários.

O sistema de Regulação dos serviços na Rede SES DF encontra-se em processo de implementação sob os cuidados do Complexo Regulador. Os critérios de encaminhamento, tanto para os serviços regulados quanto para os serviços que ainda não estão inseridos na regulação, são norteados pelos Protocolos e pelas Notas Técnicas de acesso à Atenção Secundária, disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde do DF (<http://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas/> e <http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>).

O TEA por ser de diagnóstico essencialmente clínico, não requer nenhum tipo de exame complementar específico e os exames necessários determinados pelas comorbidades devem seguir as notas técnicas e protocolos vigentes. (<http://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas/> e <http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>).

11. Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é parte integrante do cotidiano dos profissionais de saúde, em todos os pontos da rede atenção à saúde, sendo um processo contínuo de coleta, consolidação e análise de dados. Seu objetivo é observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população de um dado território, com ações voltadas à minimização e ao controle de danos, riscos e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população.

O acompanhamento desta linha será realizado pelo Grupo Condutor Da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência através do monitoramento dos indicadores propostos em planejamento posterior dos Grupos Condutores da Redes PCD e RAPS.

12. Rede Intersetorial

A atenção integral à saúde das pessoas com TEA requer a estruturação e articulação de uma Rede intersetorial viva, que dialogue e estabeleça fluxos referenciados, de forma a integrar políticas sociais, de saúde, de segurança, de educação, de assistência, entre outras e, para planejarem, conjuntamente, ações governamentais e não governamentais no âmbito do território.

Ressaltamos na Rede intersetorial do DF, as parcerias da Saúde com as Secretaria de Estado de Educação – SEE, Secretaria de Estado de Esporte, Secretaria de Estado de Cultura, Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos – SEDES) e outras instituições envolvidas com a temática.

12.1 Articulação com o Sistema de Justiça e Direitos Humanos

12.1.1 Ministério Público - Promotoria de Justiça da Pessoa com Deficiência (PROPED)

A PROPED tem por objetivo defender e garantir os direitos difusos, coletivos e individuais indisponíveis da população deficiente do Distrito Federal. Sua responsabilidade é cuidar da defesa dos direitos assegurados na legislação pertinente. Ao mesmo tempo, é um local para obter informações sobre o direito das pessoas com deficiência, o atendimento realizado pela Central de Atendimento, Legislação e Pesquisa da Proped (Cealp).

A atuação mais significativa da Proped é em demandas coletivas, principalmente, para impedir a restrição de direitos da pessoa com deficiência, bem como na fiscalização da implementação de políticas públicas.

Endereço: Sede do MPDFT, salas 214, 218, 219 e 220

Telefones: (61) 3343-9721 / 3343-9674 / 3343-9414

12.1.2 Defensoria Pública do Distrito Federal

Os Núcleos de Atendimento Especializado da Defensoria Pública do DF prestam assistência jurídica em varas judiciais especializadas ou em áreas que exigem conhecimentos específicos para a melhor atuação. O Núcleo de Assistência Jurídica de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos é especializado na defesa das vítimas de discriminação de raça ou etnia, de credo, de identidade de gênero e de orientação sexual, das pessoas com deficiência, das pessoas em situação de rua e dos grupos de pessoas com dificuldade de acesso à habitação, à mobilidade urbana e ao ambiente equilibrado.

Endereço: SIA, Trecho 17, Rua 7, Lote 45, Brasília/DF. Telefone: 2196-4320.

12.1.3 Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por orientação sexual ou contra a pessoa idosa ou com deficiência (DECRIN)

A DECRIN é uma delegacia especializada que atua em casos de crimes apontados pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, dentre outros públicos. É importante ressaltar que os casos continuam sendo registrados em qualquer delegacia da região onde ocorrer a contravenção e encaminhados à DECRIN, mas a população também pode buscar atendimento direto na DECRIN. Ressalta-se que o espaço possui acessibilidade.

Endereço: SPO, Conjunto A, Lote 23, Brasília/DF
Telefones: 3207-4242 / 3207-5253 / 3207-5254

12.2. Articulação com a Secretaria de Estado de Educação

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva visa o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais.

Todas as escolas recebem alunos com deficiências e são matriculados em escolas próximas de seu domicílio ou local de trabalho do responsável e desde a primeira infância, os alunos podem ser atendidos na rede de ensino do DF, o que contribui imensamente para o desenvolvimento global de crianças que necessitam de um acompanhamento especializado desde os primeiros dias de vida.



A Educação Precoce é um atendimento preventivo que começa com o encaminhamento do médico para aquelas crianças que possuem algum tipo de deficiência física ou cognitiva, que nasceram prematuras ou que apresentam algum atraso no desenvolvimento.

É importante lembrar que as equipes de Saúde devem disponibilizar um relatório descritivo da deficiência, mesmo que ainda sem conclusão do diagnóstico e encaminhar o responsável, quanto antes, para realizar a matrícula na rede de ensino. Atualmente, todas as Regionais de Ensino do DF possuem Educação Precoce.



12.3 Articulação com a Sociedade Civil Organizada

As Associações ou Grupos, Organizações ou Conselhos, criados e compostos pela sociedade civil e envolvidos com debates e ações no campo da deficiência, na maioria das vezes constituídas por pessoas com deficiência e seus familiares, têm o propósito de serem lugares para a convivência e o apoio solidário entre seus participantes, de forma a também buscar um espaço de maior visibilidade na sociedade.

12.3.1 Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência do DF (CODDEDE-DF)

O CODDEDE-DF, no qual a SES-DF possui representação, é o órgão colegiado de representação do segmento das pessoas com deficiência no Distrito Federal. Tem caráter paritário, consultivo e deliberativo, encarregado de formular diretrizes, fiscalizar, monitorar e promover políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência.

O conselho zela pela efetiva implantação da política distrital para inclusão da pessoa com deficiência, propõe e incentiva a realização de campanhas e atua na garantia dos direitos da pessoa com deficiências.

Endereço: Estação do metrô da 112 Sul, Asa Sul, Brasília/DF.

Contato: (61) 3425-4702

12.3.2 Associações

12.3.2.1 Associação Brasileira de Autismo, Comportamento e Intervenção (ABRACI)

A ABRACI é uma Associação referência no apoio e atendimento às pessoas com TEA. Trata-se de uma entidade filantrópica, criada e dirigida por pais de pessoas com TEA que favorece a busca e a divulgação do conhecimento acerca do autismo, visando melhorar a capacidade de adaptação e a qualidade de vida das pessoas com autismo. Estimula, apoia e divulga os estudos científicos, cujos resultados beneficiem as pessoas com Autismo.

*Endereço: SRES Quadra 01 BL F, Lote 03, Cruzeiro Velho, Brasília-DF
a.abraci.df@gmail.com*

Contatos: (61) 99106-0034 / (61) 3976-5112

12.3.2.2 Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial – CETEFE

A Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE) tem parceria com a Secretaria de Educação e atende para pessoas com TEA.

O CETEFE visa promover a inclusão social da pessoa com deficiência por meio do esporte com atividades planejadas, contínuas e gratuitas e através da capacitação e inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. As ações possibilitam a ampliação da rede de pessoas com quem a família da pessoa com deficiência convive e compartilha cultura, troca de vivências e experiências.

Endereço: Sede da CETEFE – Setor Policial Sul Ed. ENAP, Ginásio de Esportes - Brasília/DF

12.3.2.3 Associação dos Amigos dos Autistas (AMA/DF)

Associação que presta assistência a pessoas com autismo desde 1987. Atualmente, atende e acolhe as famílias de jovens e adultos com Transtorno do Espectro do Autismo no Distrito Federal.

Av. Sucupira - Riacho Fundo I, Brasília - DF, 71825-300 Contato: (61)98512.5155

12.3.2.4 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)

É uma organização da sociedade civil – sem fins lucrativos – que promove ações em favor de jovens e adultos com deficiência intelectual (associada ou não a outras deficiências). A instituição concilia ações de Assistência Social e de Educação para garantir direitos, favorecer a qualidade de vida, ampliar a autonomia e viabilizar o acesso de seu público ao mundo do trabalho.

Endereços: Asa Norte SEPN 711/911, Conjunto E

Asa Norte > SEPN 711/911, Cj. E

Ceilândia - EQNN 6/8 A.E

Guará - C. Agr. Águas Claras 20

Sobradinho - Qd. 9 SAI 08 Lt A

Telefones: (61) 2101-0460

12.3.2.5 Associação Tudo Azul Autismo - ATA

Associação que funciona em uma casa na área central do Gama (DF) e é especializada em atender crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Gama. Contato: (61)98578 8237

12.3.2.6 Movimento Orgulho Autista (MOAB)

O MOAB é uma Organização não-Governamental, sem finalidades lucrativas, formada por mães, pais, autistas e interessados no tema, todos voluntários, que trabalham pela melhoria da qualidade de vida das pessoas autistas e de suas famílias.

Promove, e em parceria com outras entidades, órgãos públicos e empresas privadas. Eventos, cursos, encontros, seminários, palestras, audiências públicas, sessões solenes, atos públicos, proposição e acompanhamentos de leis, propostas de metas constitucionais, normas regulatórias, celebrações, caminhadas, manifestações, premiações, entre outras.

Contato:

SOMENTE PARA CORRESPONDÊNCIA

SBS Quadra 02 Bloco E - Ed. Prime - Sala 206

CEP: 70.070-120

Tel: (61) 9 9646-7666 e 9 9101-2399

Email: moaborgulhoautista@gmail.com

12.4 Articulação com a Secretaria de Estado de Esporte

O Centro Olímpico e Paraolímpico é um programa desenvolvido pela Secretaria de Esporte nas cidades do DF sobre forma de parcerias. Baseado na Política Pública do GDF de inclusão social por meio do esporte, tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade atendida.

O Distrito Federal conta atualmente com 12 Centros Olímpicos no DF.

1. Brazlândia – Bairro Vila São José, Quadra 35, AE 22
2. Ceilândia (Parque da Vaquejada) – QNP 21, P Norte
3. Ceilândia (Setor O) – QNO 9, Conjunto 1, Lote 1
4. Estrutural – Área Especial 2 – Setor Norte
5. Gama – Área Especial, Setor Central (ao lado do Estádio Bezerrão)
6. Planaltina – Setor Recreativo e Cultural Módulo Esportivo (ao lado do Restaurante Comunitário).
7. Recanto das Emas – EQ 400/600
8. Riacho Fundo I – QS 16, lote F
9. Samambaia – QS 119, Área Especial, Samambaia Sul
10. Santa Maria – Quadra Central 3, AE 4
11. São Sebastião – Quadra 2, Bairro São Bartolomeu
12. Sobradinho – Quadra 2, Setor Esportivo, Área Especial

Canais de atendimento: Coordenação dos Centros Olímpicos, Paralímpicos e Espaços Esportivos – CCOP

E-mail: ccop@esporte.df.gov.br / gestaocops2019@gmail.com.

Secretaria de Estado de Esporte e Lazer - <https://www.esporte.df.gov.br/centros-olimpicos-e-paralimpicos/>

Endereço: Edifício Luiz Carlos Botelho, Quadra 04 – Bloco A, 6º e 7º andares Asa Sul.
Telefone: 4042-1828

12.5 Articulação com a Secretaria Extraordinária da Pessoa com Deficiência(SEPD)

A SEPD Tem atribuição de coordenar e promover a implementação das políticas públicas distritais voltadas às pessoas com deficiência.



É responsável por realizar o Cadastro Único da Pessoa com Deficiência, que é requisito para a concessão da Carteira de Identificação do Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), criada pela Lei Distrital nº 6.642/2020 e regulamentada pelo Decreto nº 41.184/2020, bem como a concessão do Cartão de Identificação da Pessoa com Deficiência, criado pela Lei Distrital nº 6.809/2020 e regulamentado pelo Decreto nº 42.363/2021. O cadastro único também habilitará as pessoas com deficiência que se enquadrarem ao atendimento do programa DF Acessível.

O DF acessível possibilita acesso ao transporte gratuito para pessoas com deficiência que tenham mobilidade reduzida severa. O objetivo do programa é fazer trajetos ponto a ponto. É gerido pela Sociedade de Transporte Coletivos de Brasília (TCB), em parceria com a SEPCD.

As pessoas com TEA podem realizar o cadastro único de pessoa com deficiência (que é deferente do CADUNICO) na SEPD, realizando preenchimento dos dados no <https://sistemas.df.gov.br/CADPCD/Login>, munido de relatório médico com CID e laudo descritivo. O laudo pode ser feito por médico da APS.

12.6 Articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES)

A Assistência Social se organiza em níveis distintos de proteção social. Por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), as ações de Proteção Social Básica são realizadas para a prevenção de riscos sociais e pessoais, com a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade. Já a Proteção Social Especial - executada pelos CREAS (Centros de Referência Especializados de Assistência Social), Centros Pop (Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua) e unidades de acolhimento destina-se aos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados, seja por abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso nocivo de drogas, rompimento de vínculos familiares e comunitários, entre outros.

CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS

Para o acesso aos direitos socioassistenciais, o encaminhamento aos CRAS mais próximo à residência deve ser orientado. Ao se inscrever ou atualizar os dados no Cadastro Único, a pessoa pode acessar serviços, programas e benefícios sociais.

Cada programa ou benefício tem critérios próprios, por isso, é importante manter a atualização do cadastro.

A seguir, estão descritos os benefícios e direitos concedidos pela Assistência Social para as pessoas com Deficiência e com TEA:

BENEFÍCIOS E DIREITOS CONCEDIDOS PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

- Benefício socioassistencial, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – (Lei 8.742/93), que proporciona o direito de receber o valor de um salário mínimo por mês, ofertado a pessoas idosas (a partir de 65 anos) ou com deficiência com renda familiar de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita, que necessita de apoio a atividades diárias avaliados pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Não sendo necessário apresentar relatório de especialista no tipo de deficiência.
- O BPC não é uma aposentadoria nem é um benefício assistencial vitalício. Sua concessão é revista a cada dois anos para avaliação de sua continuidade e será cessado sempre que os requisitos não estiverem mais presentes.
- Considerando que o TEA é uma condição crônica e sem cura, em que o paciente terá uma capacidade funcional variável ao longo da vida, é importante frisar os que os laudos para concessão de benefícios podem ser emitidos pelo médico de família e comunidade sem a necessidade de renovação de um laudo de especialista. Contudo, os laudos devem apresentar a melhor descrição possível das características, condições, habilidades e das incapacidades do usuário.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

- Programa de transferência de renda, destinado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país.
- Podem participar do Programa as famílias em situação de vulnerabilidade econômica que tenham em sua composição: gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças, adolescentes e jovens entre 0 e 21 anos incompletos.
- As famílias atendidas pelo programa recebem um benefício financeiro mensal e, em contrapartida, assumem o compromisso de manter as crianças e os adolescentes na escola, bem como de fazer o acompanhamento da saúde de crianças menores de 7 anos e mulheres grávidas.
- Para se candidatar ao Programa é necessário que a família esteja inscrita no CADÚNICO.

PASSE LIVRE/DF

- Direito a andar gratuitamente, de ônibus e metrô no Distrito Federal; O cadastro é realizado pela Secretaria Especial da Pessoa com Deficiência.

PASSE LIVRE INTERESTADUAL

- Direito a viajar de ônibus de um estado para outro. Cadastro realizado pela Secretaria Especial da Pessoa com Deficiência.

ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI)

- Isenção de imposto para aquisição de veículos destinados às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, mental severa ou profunda e pessoas com TEA, conforme Lei n.º 8.989, de 24 de fevereiro de 1995 e a Portaria Interministerial SEDH/MS n.º 2, de 21 de novembro de 2003, que tratam da isenção do IPI.

12.6.1 Unidades de Referência da Assistência social

12.6.1.1 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

O CRAS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Dada sua capilaridade nos territórios, é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). É um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

12.6.1.2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV

O SCFV é um serviço de proteção social básica realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social.

Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, trata-se de uma forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social.

Há serviços desta natureza para diferentes faixas etárias — desde crianças até idosos. A inclusão no SCFV se dá por meio de encaminhamento da rede socioassistencial, de outras políticas públicas, por meio do CRAS de referência do território. Em algumas regiões administrativas, o SCFV é ofertado pelos Centros de Convivência (CECON), pelos CRAS ou por Organizações da Sociedade Civil (OSC).

12.6.1.3 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é a unidade que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, etc.).

O CREAS oferece espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução das relações familiares. A ação deve focar na superação da situação vivenciada.

Portanto, caso seja observada possível situação de violação de direitos da pessoa com TEA, o serviço de saúde terá no CREAS um ponto de apoio importante para atenção às demandas socioassistenciais. Nos CREAS a pessoa com TEA em situação de violação de direitos pode acessar:

- Suporte para superação das violências sofridas ou a diminuição os danos causados por elas;
- Fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
- Informações sobre direitos e acesso a outros serviços, benefícios e programas.
-

É importante destacar que os CREAS não realizam a investigação das violações de direitos. O trabalho investigativo no âmbito criminal é realizado pelas Delegacias de Polícia e, no caso da pessoa com TEA, pela DECRIN (Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por orientação sexual, ou contra a pessoa idosa, ou com deficiência), conforme citado na página XX desta Linha de Cuidado.

13.Referências Bibliográficas

1. Júlio-Costa, A., & Antunes, A. M. (2017). Transtorno do espectro autista na prática clínica.
2. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 848 p
3. Guia de neurologia / coordenação Paulo H. F. Bertolucci...[et. al]. – Barueri, SP : Manole, 2011. Neurologia : diagnóstico e tratamento / [editores] Paulo H. F. Bertolucci ... [et al.]. - 3.ed. - Barueri [SP] : Manole, 2021.
4. Neurologia : diagnóstico e tratamento / [editores] Paulo H. F. Bertolucci ... [et al.]. - 3.ed. - Barueri [SP] : Manole, 2021.
5. De Almeida, F.A.; Machado, L.M.B.. Autismo. Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais, v. 20, n. 1, 2022.
6. Barbaresi, Katusic, & Voigt, 2006; Fombonne, Zakarian, Bennett, Meng, & Mclean-Heywood, 2006; Gernsbacher, Dawson, & Goldsmith, 2005; Schechter & Grether, 2008
7. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 56, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Elsevier Inc.; 2017.p. 466–74.
8. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Censo da Educação Básica 2019: Resumo Técnico. Brasília, 2020. Disponível em :https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_da_educacao_basica_2019.pdf.
9. Courchesne, E., Pierce, K., Schumann, C. M., Redcay, E., Buckwalter, J. A., Kennedy, D. P., & Morgan, J. (2007). Mapping Early Brain Development in Autism. *Neuron*, 56(2), 399–413. doi:10.1016/j.neuron.2007.10.016
10. Assumpção Junior, Francisco Baptista e KUCZYNSKI, Evelyn. Autismo: conceito e diagnóstico. Autismo infantil: novas tendências e perspectiva. Tradução . São Paulo: Editora Atheneu, 2015. . . Acesso em: 19 dez. 2022.
11. Žigman, T., Petković Ramadža, D., Šimić, G., & Barić, I. (2021). Inborn errors of metabolism associated with autism spectrum disorders: Approaches to intervention. *Frontiers in Neuroscience*, 624
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/>.
13. Tsang LPM, How CH, Yeleswarapu SP, Wong CM. Autism spectrum disorder: early identification and management in primary care. *Singapore Med J*. 2019 Jul;60(7):324-328.
14. Cooper, J. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text revision) (DSM-IV-TR)* Washington, DC: American Psychiatric Association 2000. 943 pp.£ 39.99 (hb). ISBN 0 89042 025 4. *The British Journal of Psychiatry*, 179(1), 85-85.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde- Anexo I, Capítulo I.Brasil; 2017).
16. Brasil. Presidência da República . Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
18. Ferreira, J. S., & de Góes Ladeia, L. E. (2018). As implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde. *Id on Line Revista de Psicologia*. 12. 681-695. 10.14295/online.v12i42.1358.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. e Cerullo JASB, Cruz DALM. [Internet]. *Clinical Reasoning and Critical Thinking. Rev Latino-Am Enfermagem*. [cited 2020 sep. 21]. 2010;18(1):124-129. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
20. Coelho, M A, Jorge, M S B, Araújo, M E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Revista Baiana v33 n3 2009*.
21. Garcia, S C M. Nascimento, M A., e Pereira, M. Autismo infantil: acolhimento e tratamento pelo sistema único de saúde. *Revista Valore, Volta Redonda*, 2 (1): 155-167., Junho/2017
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.Organización Panamericana de Salud (OPS) [Internet]. Brasília. 2020. Atención Primaria de Salud; [cited 2020 Sep. 19].
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 86 p.
24. Caderneta de Saúde da Criança 2º edição, 2021 - https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf e https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_3ed.pdf
25. Volkmar, Fred R. Autismo : guia essencial para compreensão e tratamento [recurso eletrônico] / Fred R. Volkmar, Lisa A. Wiesner ; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica : Maria Sonia Goergen. – Porto Alegre : Artmed, 2019
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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. 156 p.
27. Brasil. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF.
28. Araújo MRN de, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR de. Saúde da família: cuidado no domicílio. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2000 Dec;53(Rev. Bras. Enferm., 2000 53(spe)):117–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700018>.
29. Ribeiro, Rodrigo Buonincontro. Sistematizando a assistência aos idosos de uma equipe de saúde da família. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Tese), UFMG, 2013.
30. Du RY, Yiu CKY, King NM. Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. *J Autism Dev Disord*. 2019 Feb;49(2):453-459. doi: 10.1007/s10803-018-3708-5. PMID: 30136115.
31. Guedes BAP, Vale FLBD, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF. *Cien Saude Colet*. 2019 Jun 27;24(6):2125-2134. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018246.08632019. PMID: 31269171.

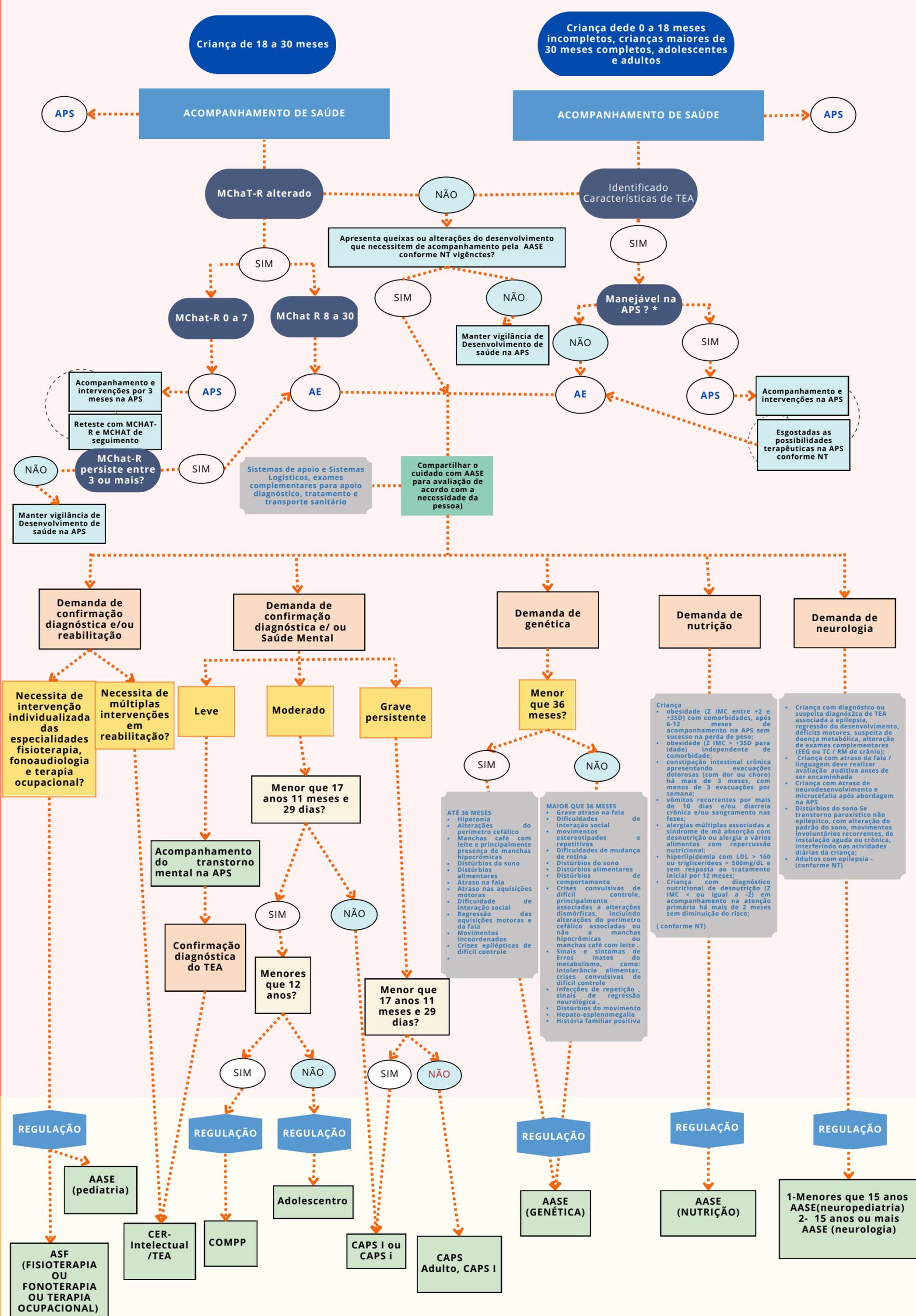
13.Referências Bibliográficas

32. Czornobay, L. F. M. Elaboração de um roteiro visual pedagógico como estratégia facilitadora no atendimento odontológico de pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro do Autismo. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: . Acesso em: 12 mar. 2022.
33. Baranek, G. T. et al. Hyperresponsive Sensory Patterns in Young Children With Autism, Developmental Delay, and Typical Development. *American Journal on Mental Retardation*, v. 112, n. 4, 2007.
34. Guedes BAP, Vale FLBD, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF. *Cien Saude Colet*. 2019 Jun 27;24(6):2125-2134. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018246.08632019. PMID: 31269171.
35. Nardi, A. E. Silva, A. G., & Quevedo, J. (org.). (2022). *Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Artmed.
36. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Transtorno do Espectro do Autismo: Manual de Orientação*. N°05, Abril de 2019.
37. Amanda R. Jensen Alison L. Lane· Brianna A. Werner · Sallie E. McLees Tessa S. Fletcher, · Richard E. Frye. *Modern Biomarkers for Autism Spectrum Disorder: Future Directions .Molecular Diagnosis & Therapy* (2022) 26:483–495
38. Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022.Gerência de Serviços de Saúde Funcional (GESSF). Disponível em:<https://www.saude.df.gov.br/gerencia-de-servicos-de-saude-funcional-gessf/>. Acesso em: 24 de mar de 2022.
39. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito número 387 de 08 de junho de 2011.
40. Farias N, Buchalla CN. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-93
41. Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(1): 1627-36
42. Brasileiro IC, Moreira TMM, Buchalla CM. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. *Acta Fisiatr*. 2013; 20(1): 37-41
43. Kisner C, Colby LA. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3ª edição. São Paulo: Manole 1998
44. Hage, S.V.R. et al, 2022. Social communication and pragmatic skills of children with autism spectrum disorder and developmental language disorder. *CoDAS* 34(2):e20210075. DOI: 10.1590/2317-1782/20212021075
45. Backes, B. et al, 2015. Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 33, pp. 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3343>
46. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 88-88.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Secretaria Municipal de Saúde. (2019). *Diretrizes do Matriciamento no município de Vitória*. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/diretrizes_do_matriciamento.pdf.
48. Brasil. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (2011) *Guia prático de matriciamento em saúde mental / Chiaverini DH (Organizadora) Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L. F., Almeida, N., & Fortes, S. (Autores) 236 p.*
49. Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: Scielo
50. Castro, C. P. D., Oliveira, M. M. D., & Campos, G. W. D. S. (2016). Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1625-1636.
51. Oliveira, M.M e Campos, G.W.S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 1 [Acessado 30 Agosto 2021] , pp. 229-238. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>.
52. Tustin, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1984.
53. Garcia Durand J, BatistaGeraldini SAR, Perez Paschoal L, et al. Case–contraststudy about parent–infant interaction in a Braziliansample of siblings of children with autism spectrumdisorders.*Infant Ment Health J*. 2019;40:289–301.<https://doi.org/10.1002/imhj.21772>
54. Merlleti, C. (2018). Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. *Psicologia USP*, 29(1), 146-151. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170062>.
55. Marino da Silva, T., Ferreira Couto, L. M., & Nunes Baptista, M. (2021). Níveis de Depressão, Ansiedade e Estresse em Familiares Cuidadores de Crianças com e Sem Diagnóstico de TEA Durante a Pandemia de COVID-19. *Contextos Clínicos*, 14(3). <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.143.12>.

14. Fluxogramas Assistenciais

Fluxo do TEA na RAS DF

ATENÇÃO PRIMÁRIA

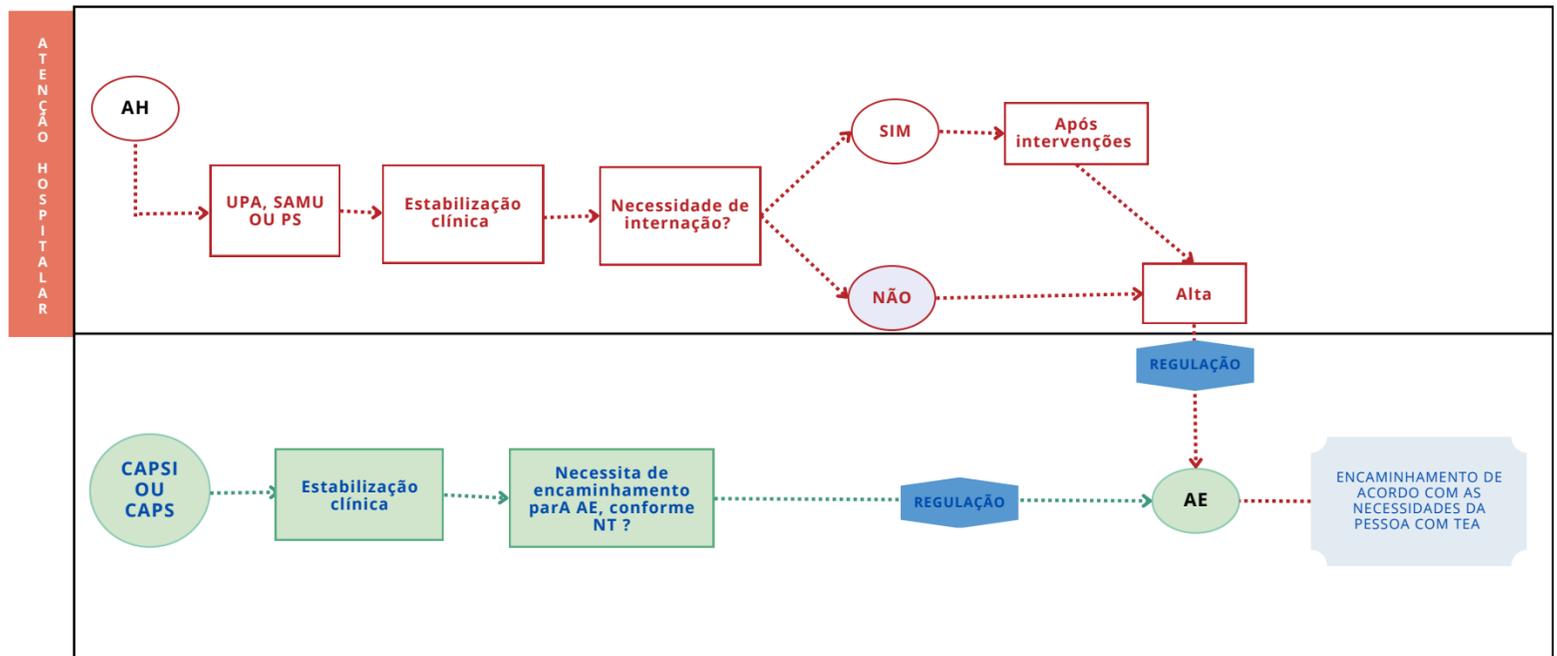


APÓS REAVALIAÇÃO DA AASE, SE FOR NECESSÁRIO, PODERÁ FAZER OS ENCAMINHAMENTOS PARA OUTROS SERVIÇOS, SEGUINDO OS MESMOS CRITÉRIOS
 APÓS ALTA DAS INTERVENÇÕES DA ASSE, SERÁ CONTRARREFERENCIADO PARA APS

- *
 1. POSSUI NASF COM EQUIPE NECESSÁRIA PARA INTERVENÇÕES
 2. PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TEA DE NÍVEL DE SUPORTE 1 SEM TRANSTORNOS MENTAIS COMÓRBIDOS MODERADOS OU GRAVES.
 3. PESSOAS COM TEA CONTRA REFERENCIADOS DA AASE

14. Fluxogramas Assistenciais

Fluxo do TEA na RAS DF



15. Anexos

15.1 Momento da notícia

MOMENTO DA NOTÍCIA E COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM TEA E SUA FAMÍLIA

- A comunicação à mãe/cuidador deve ser feita preferencialmente na presença do pai, ou na ausência desse, deve ser feito na presença de outro membro da família ou pessoa de confiança que represente um relacionamento significativo;
- O local deve ser reservado e protegido de interrupções;
- A equipe deve ter tempo disponível para comunicar o diagnóstico ou a suspeita de TEA, informar o que isso significa e orientar quanto aos exames e encaminhamentos necessários;
- Recomenda-se que desde o primeiro contato a equipe apoie os pais/cuidadores e os chame pelos respectivos nomes;
- O encaminhamento para os profissionais que darão continuidade ao acompanhamento do bebê deve ser reforçado e esclarecer a família que estes profissionais irão complementar as informações gradualmente;
- Durante o atendimento e o acompanhamento de uma criança com TEA é importante ressaltar que a palavra “TRANSTORNO” e “ESPECTRO” significam um conjunto de sintomas;
- Recomendamos ainda evitar a palavra “portador”, pois TEA não é nada que se leva junto a si, como uma mochila, mas sim é um jeito diferente de estar na vida, ou seja, é uma condição de vida, por isso o termo utilizado é pessoa com TEA;
- A etiologia multifatorial deve ser abordada de forma simples, buscando o entendimento da família;
- Não existe cura para o TEA, mas é importante salientar que existe tratamento e que ele é fundamental para a pessoa poder conquistar maior autonomia e qualidade de vida no futuro;
- Deve-se enfatizar que o cuidado será compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional e que a família não estará sozinha e sem apoio neste processo;
- Converse sempre com a pessoa com TEA conforme a idade cronológica. Mesmo sem a comunicação oralizada, a pessoa com TEA pode entender e se comunicar de outra maneira;
- Lembre-se de que a pessoa com TEA possui liberdade de fazer as próprias escolhas, podendo fazer parte de toda a comunicação e planejamento do cuidado.

15.2 Guia Básico para Acompanhamento

15.2.1 Manual de Orientação do Desenvolvimento e Comportamento - Transtorno do Espectro do Autismo do Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria.

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf

15.2.2 Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf

15.2.3 Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

15.2.4 Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

15.3 Caderneta de Saúde da Criança

15.3.1 Menina

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf

15.3.2 Menino

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_3ed.pdf

15.4 MCHAT R

M — CHAT-R em português 2009 -

https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada (M-CHAT-R)TM

15.5 Diretrizes de estimulação precoce

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

15.6 Comportamento agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portal-portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf

15.7 Práticas em Reabilitação na AB o olhar para a funcionalidade na interação com o território

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf

15.8 Notas Técnicas/ Protocolos

<https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas>