

CURSO PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

ESPPE
ESCOLA DE GOVERNO
EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

GOVERNO DE PERNAMBUCO
ESTADO DE MUDANÇA

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

CURSO PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Livro didático do curso autoinstrucional

Pernambuco
Secretaria Estadual de Saúde
2023

Expediente

Governo do Estado de Pernambuco
Governadora | Raquel Teixeira Lyra Lucena

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretária | Zilda do Rego Cavalcanti

Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Secretária Executiva | Chrystiane Kelli de Araújo Barbosa

Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Diretora | Célia Maria Borges da Silva Santana
Gerente | Luciana Camêlo de Albuquerque

Coordenação de Educação Permanente em Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Coordenadora | Emmanuelly Correia de Lemos

Coordenação de Ensino à Distância da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Coordenadora | Thalia Ariadne Peña Aragão

Equipe Técnica da Coordenação de Educação Permanente em Saúde
Andréa Fernanda de Oliveira | Bárbara Paloma Marques de Luna | Natália Nunes de Lima | Nathalia Ingrid dos Santos Silva Lucena | Tereza Adriana Miranda de Almeida

Equipe Técnica da Coordenação de Ensino à Distância
Adnan Gomes de Morais | Arnaldo César Alencar da Boaviagem | Maria Inez Nogueira Lima de Oliveira | Romero Sarmento Serrano

Conteudistas
José Marcos da Silva | Maria Soraida Silva Cruz | Paulo Ricardo Anjos do Monte

Revisão de Conteúdo
Emmanuelly Correia de Lemos | Glaucia Vivana Campos Xavier | Guilherme Wellington Teixeira de Lima | Jamilly Rodrigues Ferreira Lima de Jesus | Nathalia Ingrid dos Santos Silva Lucena | Tereza Adriana Miranda de Almeida

Revisão de Língua Portuguesa
Avelar Batista dos Santos

Colaboradores das aulas virtuais do curso
Arabela Veloso de Morais | Carlos Gustavo da Silva Martin de Arribas | José Marcos da Silva | Maria Soraida Silva Cruz | Robélia do Nascimento Lopes

ESPPE ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

GOVERNO DE PERNAMBUCO ESTADO DE MUDANÇA

Colaboradores para interpretação de LIBRAS
Escola Técnica Estadual Professor Antônio Carlos Gomes da Costa (ETEPAC)
Arnaldo Luiz da Silva Junior (Gestor) | Joyce Moura (Intérprete) | Roberta Maria de Andrade Silveira (Intérprete)
Centro de Apoio ao Surdo de Pernambuco (CAS)
Leidlane Cristina da Silva Marques (Intérprete) | Lourizânia Gomes Marculino dos Santos | Lúcio Costa de Andrade (Gestor) | Robson José da Silva Araújo (Intérprete) | Thiago Cezar de Araújo Aquino (Intérprete)
Centro de Educação de Jovens e Adultos Waldemar de Oliveira
Cícero Chaves (Gestor) | Roberto Carlos Silva dos Santos (Intérprete)

Projeto Gráfico e Capa
Gezerino Honoré Vargas Filho

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

P452cPernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Secretaria
Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação EmSaúde.
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

Curso para cuidadores de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA): livro didático do curso autoinstrucional/Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação emSaúde.Escola de Governo em Saúde Pública dePernambuco. Recife: SES/ESPPE, 2023.
184 p.: il.

ISBN 978-65-88767-23-8

1. Espectro Autista. 2. TEA. 3. Curso – Autoinstrucional. 4. Cuidadores. 5. Atenção à Saúde.I. Título.

ESPPE / BNC CDU – 616.8:37:614 (813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

MÓDULO 1

APRESENTAÇÃO DO CURSO



1

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Bem-vindos(as) ao **Curso autoinstrucional - Curso para cuidadores de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista**, promovido pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

O curso é livre (gratuito), autoinstrucional (sem mediação de tutor), com carga horária de 80 horas.

Um aspecto importante para os cuidadores de pessoas com TEA é aprender a lidar com eles. As características do TEA, no que se referem às dificuldades de comunicação e linguagem, podem se apresentar como desafios no cuidado e no laço entre o(a) cuidador(a) e a pessoa com TEA, assim como outras particularidades deste transtorno.

Pensando nisso, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), elaborou este curso com o objetivo de oferecer a esses(as) cuidadores(as) um melhor direcionamento para atuar diante desse novo cenário, no cuidado e atenção às pessoas com TEA.

Os conteúdos do curso foram distribuídos em 5 (cincos) Módulos:

- **Módulo 1** - A pessoa com Transtorno do Espectro Autista enquanto pessoa com deficiência e seus direitos.
- **Módulo 2** - Transtorno do Espectro Autista: características, níveis, processo diagnóstico e projeto terapêutico singular.
- **Módulo 3** - O cuidado integral às pessoas com Transtornos do Espectro Autista.
- **Módulo 4** - O cuidador como agente fundamental no processo do cuidado à pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
- **Módulo 5** - Cuidando de quem cuida.

Cada módulo é composto por um material chamado **Despertando o Interesse**, que consiste em um caderno de texto sobre o conteúdo, **videoaula(s)** abordando a temática e um **caso biopsicossocial**, que visa promover reflexões e discussões sobre situações reais. Além disso, há também um **material complementar** para aprofundamento do conteúdo apresentado.

Ao final de cada módulo, os discentes deverão responder a um **exercício de fixação**, com questões para consolidar o conhecimento. Para ser aprovado no curso, é necessário obter pelo menos 70% de acertos na **avaliação de aprendizagem**, realizada ao final de todos os módulos. Caso não alcance o rendimento mínimo, o discente poderá refazer a avaliação até ser aprovado.

Para obter o **certificado**, é necessário que o discente alcance o rendimento

mínimo na Avaliação de Aprendizagem e também complete a **avaliação geral do curso.**

Desejamos a todos um excelente curso!

SUMÁRIO

Módulo 1

Caso Biopsicossocial 11
Objetivos de Aprendizagem 14
Introdução ao Módulo 14
Conhecendo uma situação: Caso Biopsicossocial 14
Perguntas mobilizadoras 15
Breve histórico 15
Termos utilizados e mudanças na nomenclatura 17
O que é o Autismo? 19
Etiologia e Epidemiologia 21
Diversidade e Direitos 22
As pessoas que vivem com TEA e os direitos de pessoa com deficiência 22
Quais os direitos das famílias e pessoas que vivem com TEA ? 25
Para "não" finalizar 37
Aula virtual 37
Referências 37
Material complementar 42

Módulo 2

Caso Biopsicossocial 45
Perguntas mobilizadoras 46
Objetivos de Aprendizagem 54
Introdução ao Módulo 54
O que caracteriza o Transtorno do Espectro Autista (TEA)? 54
Toda pessoa com autismo é igual? 55
Como é realizado o acompanhamento da saúde da criança no SUS? 56
Qual o papel das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)? 57
Diante da suspeita/risco de TEA, o que fazer? 59
O processo diagnóstico do TEA 61
O Projeto Terapêutico Singular (PTS) 62
Cuidado à família da pessoa com TEA como parte do PTS 64
Para "não" finalizar 64
Aula virtual 65
Referências 66
Material complementar 68

Módulo 3

Caso Biopsicossocial 70
Objetivos de Aprendizagem 74
Introdução ao Módulo 74
Caso Biopsicossocial 3 74
Perguntas mobilizadoras 75
Contextualização do Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo 75
Rede de cuidados, Proteção e Inclusão das pessoas com TEA 79
Rede de Atenção em Saúde no SUS 80
Rede de Atenção Básica em Saúde 81
Rede de Atenção Especializada 87
Rede de Atenção à Urgência e Emergência 88
Crise em Saúde Mental e o manejo adequado 88
Rede de Atenção Hospitalar 91
Rede de Atenção Psicossocial em Saúde – RAPS 92
O Acesso aos Centros de Atenção Psicossocial 93
Atendimento nos CAPS 94
Intervenção precoce para a melhor qualidade de vida das pessoas com TEA 95
Rede de Proteção e Inclusão Social 97
Rede de Assistência Social 97
Público usuário da Política de Assistência Social 98
Serviços de Serviços Socioassistenciais e Serviços de Proteção Social 99
Rede de Educação 101
Acesso à Sala de Recursos Multifuncional 103
Trabalho e Renda 105
Direito à cultura e ao lazer 106
Para "não" finalizar 108
Aula virtual 108
Referências 109
Material complementar 117

Módulo 4

Caso biopsicossocial 121
Objetivos de Aprendizagem 125
Introdução ao Módulo 125
Quem é o cuidador? O que o difere dos demais familiares? 125
Papéis e funções do cuidador(a): incentivar e promover o autocuidado da pessoa com TEA; orientar e garantir uma rotina estruturada; aplicação do que adquiriu na terapia na vivência diária; atuar em conjunto com a escola 127
A importância do Brincar: como os cuidadores (as) podem contribuir no dia a dia com intervenções/atividades em casa que contribuam para o cuidado continuado 128

Crise ou birra: como diferenciar? O que o(a) cuidador(a) deve fazer nos momentos de crise? Procedimentos necessários durante e depois das crises de desorganização emocional do autista; descobrindo focos de desorganização e deslizando para focos de interesse; crise aguda 129
Cuidados com a alimentação: lidando com dificuldade alimentar, o repúdio e a desorganização nos momentos da alimentação, construindo hábitos de higiene saudáveis 131
Comunicação alternativa quando necessária: criação de pranchas/cadernos de comunicação alternativa e outros 135
A pessoa com TEA na vida adulta: o TEA diminui a expectativa de vida da pessoa? Qual o papel do(a) cuidador(a) no cuidado da pessoa com TEA na vida adulta? Adultos com autismo podem ser pessoas independentes? Ganho de autonomia na vida adulta vai variar para cada um? Que outros espaços pode procurar para a inserção de seu filho? Como orientar para o trabalho ou qualificação profissional quando possível? O tratamento do TEA continua na vida adulta? 136
Sexualidade da Pessoa com TEA 140
Problemas no sono e uso de telas 141
Para "não" finalizar 144
Aula Virtual 144
Referências 144
Material complementar 149

Módulo 5

Caso Biopsicossocia 152
Objetivos de Aprendizagem 155
Introdução ao Módulo 155
Conhecendo uma situação: Caso Biopsicossocial 155
Perguntas mobilizadoras: 156
Contextualização dos direitos de cuidadores de pessoas autistas 156
Benefício de Prestação Continuada (BPC) - Lei Orgânica de Assistência Social 157
Redução de carga horário de trabalho - Lei nº 8.112/1990 159
Preferência em filas de espera em estabelecimentos públicos e privados 160
Vagas em estacionamentos e assentos em espaços públicos 161
Cobertura assistencial de planos de saúde 163
Fundo de Garantia por Tempo de Serviço 166
A isenção de imposto de renda 167
Saúde mental dos(as) cuidadores(as) 168
Saúde física dos(as) cuidadores(as) 169
Promovendo o autocuidado 173
Você também precisa de cuidados 173
Finalizando 175
Aula virtual 175
Referências 176
Material complementar 181

MÓDULO 1

Caso Biopsicossocial



1

Conhecendo uma situação: Caso Biopsicossocial

Pedro, um menino de 7 anos, vive em uma família não tradicional, formada por sua mãe, dois irmãos e sua avó materna. A mãe notou, já nos primeiros meses, alguns comportamentos atípicos - muito choro, não olhava quando chamado, não se acomodava no corpo das pessoas quando colocado nos braços.

Com o tempo, outros sinais apareceram, como ficar isolado, apego a objetos em formato de círculos, tapar as orelhas quando havia barulho de automóveis e rodar o corpo na ponta dos pés.

A família procurou atendimento médico aos 2 anos e 6 meses, mas foi orientada a esperar que a criança se desenvolvesse.

Agora, Pedro está na idade escolar e precisa ser incluído, mas não fala, não interage e não consegue se sentar por muito tempo. A diretora da escola está resistindo em realizar a matrícula porque considera que a escola não está preparada para receber uma criança com essas características.

Perguntas mobilizadoras:

- Conforme os sinais e sintomas apresentados no caso, você considera que Pedro apresenta indícios de uma criança com TEA? Por quê?
- É comum uma criança com mais de 2 anos e 6 meses apresentar ausência de fala? É apropriado esperar que ela desenvolva habilidades de comunicação com o tempo, ou a criança está em uma situação de risco para atraso no desenvolvimento?
- A Diretora pode rejeitar a matrícula da criança? Qual a Lei que garante o direito da criança com TEA de ser incluída na escola?

MÓDULO 1

A pessoa com TEA enquanto pessoa com deficiência (PCD) e seus direitos



1

Objetivos de Aprendizagem

a) Conhecer o histórico e as mudanças de nomenclatura do TEA;
b) Apreender aspectos epidemiológicos sobre o TEA;
c) Reconhecer os principais direitos garantidos por lei para as pessoas com TEA.

Introdução ao Módulo

Olá! Seja bem-vindo (a) ao Curso para Cuidadores de pessoas com TEA.

Neste módulo, você vai aprender sobre o histórico do TEA, as mudanças nas nomenclaturas, epidemiologia, e os avanços na conquista dos direitos sociais por meio de leis que contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas autistas e seus familiares.

Desejamos que esta seja uma excelente oportunidade de aprendizagem. Para isso, estude os conteúdos, assista às aulas em vídeo, acesse as indicações de leitura e material complementar e faça o exercício de fixação do conhecimento.

Ao final do módulo, espera-se que você saiba como se deu o longo processo de descoberta do autismo, os principais pesquisadores que nomearam as características, os sinais e sintomas mais comuns, as leis e os direitos das pessoas com TEA.

Boa aprendizagem!

Conhecendo uma situação:

Caso Biopsicossocial

Pedro, um menino de 7 anos, vive em uma família não tradicional, formada por sua mãe, dois irmãos e sua avó materna. A mãe notou, já nos primeiros meses, alguns comportamentos atípicos - muito choro, não olhava quando chamado, não se acomodava no corpo das pessoas quando colocado nos braços.

Com o tempo, outros sinais apareceram, como ficar isolado, apego a objetos em formato de círculos, tapar as orelhas quando havia barulho de automóveis e rodar o corpo na ponta dos pés.

A família procurou atendimento médico aos 2 anos e 6 meses, mas foi orientada a esperar que a criança se desenvolvesse.

Agora, Pedro está na idade escolar e precisa ser incluído, mas não fala, não

interage e não consegue se sentar por muito tempo. A diretora da escola está resistindo em realizar a matrícula porque considera que a escola não está preparada para receber uma criança com essas características.

Perguntas mobilizadoras:

a) Conforme os sinais e sintomas apresentados no caso, você considera que Pedro apresenta indícios de uma criança com TEA? Por quê?
b) É comum uma criança com mais de 2 anos e 6 meses apresentar ausência de fala? É apropriado esperar que ela desenvolva habilidades de comunicação com o tempo, ou a criança está em uma situação de risco para atraso no desenvolvimento?
c) A Diretora pode rejeitar a matrícula da criança? Qual a Lei que garante o direito da criança com TEA de ser incluída na escola?

Breve histórico

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição complexa que afeta o desenvolvimento neurológico, a comunicação e as interações sociais. Sua história remonta a meados do século XX, quando o psiquiatra Leo Kanner (1943) e o médico Hans Asperger descreveram separadamente comportamentos e características que hoje seriam reconhecidos como parte do espectro autista.

Inicialmente, o autismo foi considerado uma condição rara e altamente incapacitante, frequentemente associada a isolamento extremo e dificuldades cognitivas significativas.

Ao longo dos anos, no entanto, pesquisas e avanços na compreensão do TEA revelaram uma gama muito mais ampla de experiências e intensidades, levando a uma mudança na terminologia e percepção.

Há consenso, desde Rutter (1978), de que o autismo se caracteriza por quatro critérios essenciais:

1. início precoce, por volta dos dois anos e meio de idade, podendo haver sinais e sintomas mesmo nos bebês de idade menor;

2. prejuízo no desenvolvimento psicoafetivo e social;

3. comprometimento da comunicação e da linguagem;

4. alterações nos comportamentos com persistência de comportamentos não usuais para a idade, resistência à mudança de rotina e de hábitos.

Na figura 1 está uma representação desses critérios essenciais, considerando a interação social, a linguagem e as brincadeiras.

Figura 1: sinais e sintomas para o Transtorno do Espectro Autista, segundo interação social, linguagem e brincadeiras, (Brasil, 2021).

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

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

Ao longo dos anos, nossa compreensão do TEA evoluiu significativamente. O autismo não é uma condição nova, embora tenha sido amplamente reconhecido e estudado apenas nas últimas décadas. Sua história remonta a uma variedade de descrições clínicas e conceitos médicos ao longo do tempo.

Saiba mais acessando 

https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/vigilancia-em-saude/#pills-avaliacao-desenvolvimento

Termos utilizados e mudanças na nomenclatura

Os termos usados para descrever as pessoas com autismo também passaram por uma evolução notável. Antigamente, termos como "pessoa portadora de deficiência" ou "portador de autismo" eram comuns. Esses termos tinham uma conotação mais centrada na condição em si, muitas vezes desconsiderando a individualidade da pessoa (Silva; Keske, 2021).

No início do século 20, o autismo era muitas vezes confundido com a esquizofrenia e rotulado como "esquizofrenia infantil". Foi apenas na década de 1940 que o psiquiatra austríaco Leo Kanner introduziu o conceito de autismo infantil precoce, destacando a singularidade desse distúrbio. Ao mesmo tempo, o médico alemão Hans Asperger identificou casos semelhantes de autismo, observando características específicas, como dificuldades na interação social e interesses obsessivos (Kanner, 1943).

Figura 2: charge sobre pessoa autista e os preconceitos.



Fonte: https://tirasarmandinho.tumblr.com/post/115324567304/dois-de-abril-%C3%A9-o-dia-mundial-de-conscientiza%C3%A7%C3%A3o

Ao longo do tempo, a sociedade reconheceu a importância de promover uma abordagem mais centrada na pessoa e no respeito à sua dignidade. Assim, termos como "pessoa com necessidades especiais" e "pessoa com deficiência" ganharam espaço. Eles enfatizavam a pessoa primeira, priorizando a identidade da pessoa antes de sua condição (Who, 2018).

Na figura 3, é apresentado nomes e datas que marcaram o modo como as pessoas com TEA foram categorizadas até a definição do termo Transtorno do Espectro Autista pelo Manual de Estatística e Doenças Mentais – DSM-5.

Figura 3: Descobertas e mudanças nas nomenclaturas sobre TEA.



Leo Kanner (1943)
Transtorno Autístico do contato Afetivo
Transtorno Autístico do contato Afetivo. Autismo Extremo, obsessividade, esteriotipias e ecolalias. Autismo precoce. Autismo Infantil.



Hans Asperge (1944)
Síndrome de Asperge
Crianças com preservação cognitiva, diferente das crianças estudadas por Leo Kanner.



DSM V (2013)
Transtornos do Espectro Autista

Fonte: elaborado pelo Autor

Hoje, a preferência é frequentemente pelo uso do termo "pessoa autista", que coloca a identidade do indivíduo em primeiro plano e reconhece que o autismo é uma parte essencial de quem são. Esse é um reflexo do movimento em direção à aceitação e à valorização das diferenças individuais (Silva; Keske, 2021).

Essas nomenclaturas são resultados de documentos internacionais que são revisados ao longo do tempo. São as classificações que os profissionais de saúde – médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, e outros – utilizam. São os manuais de distúrbios mentais (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID). Esses dois documentos, de acordo com Silva e Keske (2021), devem ser conhecidos por todos os envolvidos no cuidado de pessoas com TEA.

São documentos que servem para auxiliar no diagnóstico e tratamento. É importante que os cuidadores não tomem essas classificações como regras para definir e limitar as crianças e as pessoas no TEA. Nós podemos ser muito mais do que dizem sobre nós (Silva; Keske, 2021; Who, 2018).

Veja como essas classificações e nomenclaturas mudaram de acordo com a versão dos documentos - DSM e CID – que são normatizados pela Organização Mundial de Saúde (figura 1).

DSM 4 – Transtornos Globais do Desenvolvimento

Transtorno Autista
Transtorno de Rett
Transtorno Desintegrativo da Infância
(Síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa)
Transtorno de Asperger
Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificações.

DSM 5 – Transtornos do Espectro Autista

Nível 1: Grau Leve (necessita de pouco suporte)
Com suporte, pode ter dificuldade para se comunicar, mas não é um limitante para as interações sociais. Problemas de organização e planejamento comprometem a independência.

DSM 5 – Transtornos do Espectro Autista

Nível 2: Grau Moderado (necessitam de suporte)
Semelhante às características descritas no nível 3, mas com menor intensidade nos domínios da comunicação e linguagem.
Nível 3: Grau Severo (necessitam de maior suporte/apoio)
Diz respeito àqueles que apresentam um déficit considerado grave nas habilidade de comunicação verbais e não verbais. Isso é, não se comunicam sem suporte. Têm dificuldades nas interações sociais e tem cognição reduzida.
Ademais, possuem dificuldade em mudar de comportamento, rotina, preferências por objetos e alimentos. Por isso, tendem ao isolamento social se não forem incentivados e cuidados.

CID 10 – F84: Transtornos Globais do Desenvolvimento

F84.0 – Autismo infantil;
F84.1 – Autismo atípico;
F84.2 – Síndrome de Rett;
F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância;
F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
F84.5 – Síndrome de Asperger;
F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento;
F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (TID SOE)

CID 11 – 6A02 Transtorno do Espectro do Autismo

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

A evolução da terminologia reflete uma maior compreensão das experiências das pessoas no espectro autista. Inicialmente, termos como "pessoa portadora de deficiência" e "pessoas com necessidades especiais" eram comuns, mas ao longo do tempo, houve um movimento para usar a linguagem centrada na pessoa, como "pessoa com deficiência", reconhecendo a identidade e os direitos individuais. Essa mudança enfatiza que a deficiência não define uma pessoa, mas é apenas uma parte de sua identidade (Silva; Keske, 2021).

O que é o Autismo?

O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta o

processamento das informações neurosensoriais. Isso pode resultar em diferenças nas habilidades de comunicação, interações sociais e padrões de comportamento. As pessoas com transtorno do espectro autista apresentam uma variedade de características, desde hipersensibilidades sensoriais até interesses intensos em tópicos específicos. A diversidade é uma característica fundamental do espectro (Nazari; Nazari; Gomes, 2019).

Figura 4: dimensões dos comprometimentos no TEA.



Fonte: elaborado pelo autor.

Sendo uma condição neurobiológica complexa que afeta o desenvolvimento do cérebro e, consequentemente, o comportamento, as interações sociais, a comunicação e os interesses de uma pessoa. Os sintomas podem variar significativamente de uma pessoa para outra, dando origem ao termo "espectro" (Brasil, 2014).

As características comuns do TEA incluem dificuldades na comunicação verbal e não verbal, dificuldades nas interações sociais, interesses restritos e comportamentos repetitivos. No entanto, é importante enfatizar que o autismo é altamente individualizado, e cada pessoa com TEA é única em suas habilidades e desafios (Brasil, 2015).

Entender o autismo vai além da compreensão dos sintomas. É fundamental reconhecer a importância dos direitos das pessoas autistas. Isso inclui o direito à educação inclusiva, cuidados de saúde adequados, igualdade de oportunidades no emprego e plena participação na sociedade. À medida que nossa compreensão do autismo evolui, também evolui nosso compromisso com a promoção da inclusão e do respeito às diferenças (Fávero; Santos, 2005).

Etiologia e Epidemiologia

A causa exata do autismo ainda não é totalmente compreendida, mas acredita-se que seja resultado de interações complexas entre fatores genéticos e ambientais. A prevalência do TEA aumentou nas últimas décadas, em parte devido a um melhor diagnóstico e conscientização (Hughes et al., 2023).

Os Estados Unidos das Américas são o país que mais produz dados epidemiológicos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Em 2012, constatou-se que a cada 59 crianças nascidas, uma era diagnosticada com TEA. Os sinais e sintomas desse transtorno podem surgir já no oitavo mês de vida e tornam-se mais evidentes aos três anos, como ilustrado na figura 5 (American Psychiatric Association, 2013).

Figura 5: Epidemiologia do Transtorno do Espectro do Autismo, segundo casos diagnosticados, faixa etária em que aparecem os primeiros sinais, sintomas e em que idade ficam mais evidentes, 2012.

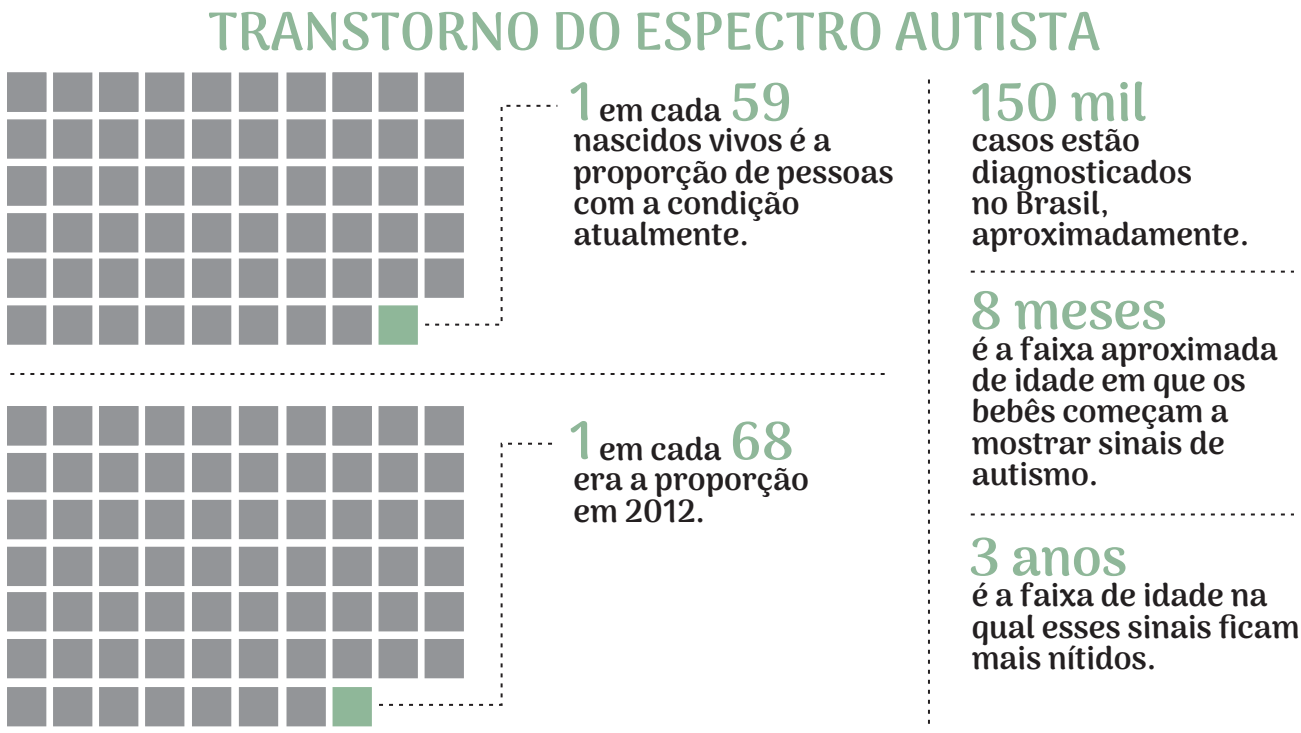


Figura 6: Epidemiologia do Transtorno do Espectro Autista, 2023.



1 a cada 68 crianças são diagnosticadas com autismo nos EUA

Cerca de 2 milhões de Brasileiros são autistas

70 milhões de pessoas com autismo no mundo

Fonte: Center of Diseases Control and Prevention, EUA, 2021.

Diversidade e Direitos

À medida que a compreensão do autismo evoluiu, também cresceu a consciência da necessidade de direitos e inclusão para pessoas no espectro. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006, reforça a importância da igualdade, não discriminação e participação plena na sociedade para todas as pessoas com deficiência, incluindo aquelas no espectro autista (Brasil, 2008a).

A evolução no entendimento do TEA também levou a mudanças nos direitos e na inclusão das pessoas com TEA. Conforme a sociedade passou a entender mais profundamente as necessidades e potenciais das pessoas com TEA, políticas e legislações foram implementadas para garantir uma educação e participação adequadas (Freitas et al., 2023)

É importante lembrar que cada pessoa autista tem uma história única a ser contada e um papel valioso a desempenhar em nossa sociedade. O diagnóstico não deve ser limitante. Pode ser importante para garantir direitos sociais e orientar algumas práticas de assistência em saúde e políticas educacionais (Brasil 2014).

No entanto, cuidadores, professores e profissionais de saúde devem ter cuidado para que as pessoas não sejam estigmatizadas e excluídas por suas condições e pelo diagnóstico de TEA.

É preocupante quando empresas, profissionais e o mercado tratam as pessoas com autismo como oportunidade de lucro e, o cuidado que é fundamental, torna-se mercadoria.

As políticas públicas sociais, por meio dos Centros de Referência em Assistência Social, Redes Públicas e Educação, Redes de Atenção em Saúde, devem ser defendidas e protegidas como lugares de produção de cuidado e de garantia dos Direitos Humanos das pessoas autistas, contra a lógica mercadológica da indústria de terapia e de diagnóstico (Brasil, 2014; Brasil, 2015).

As pessoas que vivem com TEA e os direitos de pessoa com deficiência

É fundamental reconhecer que todas as pessoas, independentemente de sua condição, merecem igualdade de oportunidades e tratamento justo na sociedade. Os direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista são fundamentais para garantir que elas tenham igualdade de oportunidades e sejam tratadas com justiça e dignidade. Esses direitos estão intrinsecamente ligados aos direitos da pessoa com deficiência, refletindo o compromisso da sociedade em ser inclusiva e respeitosa

com a diversidade. É responsabilidade de todos nós defender e proteger esses direitos, para que as pessoas autistas possam viver vidas plenas e significativas (Brasil, 2015).

O Direito à Igualdade

Um dos princípios fundamentais dos direitos humanos é o direito à igualdade. Isso significa que todas as pessoas têm o direito de serem tratadas com dignidade e respeito, sem discriminação com base em sua condição de saúde ou deficiência. No contexto do TEA, isso implica que as pessoas autistas têm o direito de participar plenamente da sociedade, com as adaptações necessárias para atender às suas necessidades específicas (Brasil, 2008a, 2008b).

Direito à Educação Inclusiva

Incluir na escola é incluir na vida. A escola não é lugar apenas de se aprender língua portuguesa e matemática. A escola é lugar de inclusão na vida. Excluir as pessoas da escola é excluí-las da potencialidade de existirem como sujeitos sociais e políticos (Weizenmann et al., 2020).

As pessoas com TEA têm o direito à educação de qualidade, em um ambiente inclusivo. Isso significa que as escolas devem fazer os ajustes necessários para acomodar as necessidades individuais das crianças e jovens autistas. Isso pode incluir a disponibilidade de equipes interprofissionais e interdisciplinares, salas de aula com menor estímulo sensorial e estratégias de ensino adaptadas, como o Atendimento Educacional Especializado pelas salas de recursos multifuncionais (Brasil, 2008b).

Direito à Saúde e Assistência Médica e Terapêutica

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental para todas as pessoas, incluindo aquelas com TEA. É importante que as pessoas autistas tenham acesso a profissionais de saúde que compreendam as complexidades do transtorno e possam oferecer tratamentos e apoio adequados (Brasil, 2015).

Importa que o cuidado seja pela pluralidade de métodos, isto é, não determinar que terapia é superior, porque não há evidências científicas que comprovem superioridade de métodos. Cada método é comparado consigo mesmo. As famílias e as pessoas autistas precisam ter acesso a pluralidade de métodos que há disponíveis, considerando as melhores práticas clínicas, científicas e ético-políticas (Brasil, 2012, 2015).

Não há superioridade entre as profissões da área da saúde, da educação e da assistência. Cada área responde por aspectos da complexidade da vida - saúde,

educação, lazer, cultura, desejo, trabalho, renda. Cada profissão deve contribuir para a melhor qualidade de vida da pessoa com TEA e, por isso, importa o diálogo de saberes.

Direito à Autodeterminação e Tomada de Decisão Apoiada

Muitas pessoas com TEA são capazes de tomar decisões sobre suas próprias vidas, mas podem precisar de apoio para fazê-lo. Os direitos de autodeterminação e tomada de decisão apoiada são fundamentais. Isso significa que as pessoas autistas têm o direito de serem ouvidas e de receberem apoio para tomar decisões que afetam suas vidas (Brasil, 2012; Tedesco; Katz, 2018).

Direito ao Trabalho e à Participação na Comunidade

Na vida adulta a inclusão se dá pela inserção no mundo do trabalho, emprego e renda. Se na infância a inclusão escolar é incluir na vida, na adolescência e idade adulta, a inclusão no trabalho digno é incluir na vida pela autonomia para a produção de independência (Brasil, 2012, 2015).

As pessoas com TEA têm o direito de trabalhar e participar plenamente na comunidade. A discriminação no local de trabalho com base no TEA é ilegal em muitos países, e as empresas são incentivadas a criar ambientes inclusivos que permitam que todas as habilidades sejam valorizadas (Brasil, 2012, 2015).

Legislação de Proteção aos Direitos das Pessoas com Deficiência

Os direitos das pessoas com TEA estão frequentemente protegidos por leis de proteção aos direitos das pessoas com deficiência. Em muitos países, essas leis proíbem a discriminação, promovem a acessibilidade e garantem o acesso a serviços e apoio adequados (Brasil, 2012).

É preciso superar o erro de que pessoas do TEA são incapazes de viver a vida de modo semelhante como as pessoas neurotípicas. O meme a seguir reflete muito das atitudes das pessoas quando se deparam com pessoas autistas adultas:

Figura 7: meme sobre preconceitos sobre a pessoa autista na vida adulta.



Fonte: https://twitter.com/autisticos/status/1282692298787225600

Quais os direitos das famílias e pessoas que vivem com TEA ?

Isenção de Imposto de Renda

A isenção de Imposto de Renda para pessoas com TEA, para os casos de aposentadoria e pensões, é uma medida que visa oferecer um alívio financeiro significativo às famílias e indivíduos que lidam com os desafios associados ao TEA. Neste capítulo, exploraremos os detalhes dessa isenção, sua implementação e o impacto que pode ter nas vidas das pessoas com TEA e suas famílias (Brasil, 1988).

O Transtorno do Espectro Autista pode impor despesas financeiras substanciais às famílias, incluindo terapias especializadas, tratamentos médicos, adaptações na educação e cuidados contínuos. A isenção de Imposto de Renda é uma resposta a essa complexidade financeira, reconhecendo o impacto econômico que o TEA pode ter.

Em alguns países, a isenção de Imposto de Renda para pessoas com TEA é implementada através da concessão de benefícios fiscais específicos. Isso pode incluir a isenção parcial ou total do pagamento de Imposto de Renda para famílias com uma pessoa com TEA sob sua responsabilidade. Essa medida busca aliviar parte do ônus financeiro enfrentado por essas famílias.

A isenção de Imposto de Renda pode ter um impacto nas famílias e indivíduos com TEA. Ao reduzir o montante de dinheiro que precisa ser destinado ao pagamento de impostos, as famílias podem direcionar esses recursos para terapias, intervenções e cuidados adicionais. Isso pode melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas com TEA e de suas famílias.

Apesar dos benefícios claros, a isenção de Imposto de Renda também apresenta desafios. A implementação eficaz requer critérios claros de elegibilidade, mecanismos de verificação e controle, bem como financiamento adequado para cobrir a perda de receita do governo. Além disso, é importante considerar a isenção de Imposto de Renda como parte de um pacote abrangente de apoio às pessoas com TEA. No Brasil, a isenção é pela doença e não pela necessidade diante das barreiras que as pessoas com TEA enfrentam (Brasil, 1988).

A isenção de Imposto de Renda para pessoas com TEA reflete um compromisso com a equidade e a sensibilização para as necessidades das pessoas com deficiência. Ela reconhece que o TEA pode impor desafios financeiros únicos e busca nivelar o campo de jogo, permitindo que as pessoas com TEA e suas famílias alcancem seu potencial máximo.

Então, a isenção não é universal. Há projetos de leis no Brasil para isentar cobrança sobre outras rendas, além das provenientes de pensões e aposentadorias (Brasil, 2023). A isenção deve ser solicitada em uma agência do INSS,

preferencialmente na agência que concedeu o benefício.

Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI

A isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para produtos destinados a pessoas TEA é uma medida que visa proporcionar apoio e alívio financeiro às famílias que lidam com os desafios do TEA. Neste capítulo, exploraremos em detalhes essa isenção, como ela é implementada e como pode impactar positivamente a vida das pessoas com TEA e suas famílias (Brasil, 1995, 2015b).

O IPI é um imposto federal aplicado sobre produtos industrializados, incluindo equipamentos, automóveis, dispositivos e produtos relacionados à saúde e qualidade de vida. A isenção de IPI envolve a redução ou eliminação desse imposto em itens específicos que são essenciais para o bem-estar e o desenvolvimento das pessoas com TEA.

A isenção de IPI pode se aplicar a uma variedade de produtos, incluindo equipamentos de comunicação alternativa, terapias e dispositivos que auxiliam no tratamento e na qualidade de vida das pessoas com TEA. Isso pode incluir tablets, dispositivos de comunicação, brinquedos adaptados e outros produtos que possam beneficiar diretamente as pessoas com TEA. Essa isenção pode ter um impacto financeiro significativo para as famílias e indivíduos. Reduzir ou eliminar o imposto sobre produtos essenciais alivia o custo econômico do tratamento e cuidado, permitindo que as famílias direcionam recursos para terapias, intervenções e outras necessidades (Brasil, 1995b).

A isenção de IPI também facilita o acesso a produtos essenciais para as pessoas com TEA. Esses produtos muitas vezes são caros e fora do alcance financeiro de muitas famílias. A isenção de IPI torna esses produtos mais acessíveis, permitindo que as pessoas com TEA possam utilizar equipamentos e dispositivos que promovam seu desenvolvimento e bem-estar (Brasil, 1995b).

Ao reduzir as barreiras financeiras, a isenção de IPI promove a inclusão e o desenvolvimento das pessoas com TEA. Ela reconhece que esses produtos não são apenas acessórios, mas ferramentas fundamentais para ajudar as pessoas com TEA a se comunicar, interagir e se desenvolver plenamente.

A implementação da isenção de IPI requer uma definição clara dos produtos que se qualificam para a isenção, critérios de elegibilidade e mecanismos de verificação.

Além disso, é necessário que haja conscientização e informação para que as famílias possam aproveitar plenamente os benefícios dessa medida.

Benefício de Prestação Continuada – BPC

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um importante mecanismo de apoio para pessoas com TEA e suas famílias. O BPC é um benefício assistencial concedido pelo governo em diversos países, incluindo o Brasil. Ele visa fornecer suporte financeiro a pessoas com deficiência e idosos em situação de vulnerabilidade econômica, garantindo que tenham condições mínimas para uma vida digna e inclusiva, proporcionando um suporte financeiro regular que pode ser utilizado para cobrir despesas relacionadas ao tratamento, terapias, cuidados de saúde, educação e outras necessidades essenciais. Isso ajuda a melhorar a qualidade de vida e a acessibilidade às oportunidades (Brasil, 2015b).

Os critérios de elegibilidade para o BPC variam de acordo com o país, mas geralmente incluem a renda per capita da família e a condição de deficiência da pessoa. Nesse sentido, devemos pontuar que a família deve comprovar que a renda per capta por pessoa não seja superior a ¼ do salário mínimo vigente, sendo necessário somar o rendimento familiar e dividir pelo número de pessoas que compartilham desses rendimentos. Se o resultado for igual ou menor que ¼ do salário mínimo, a pessoa com autismo estará elegível para o BPC LOAS.

Lembre-se de que, para a realização desse cálculo, devem ser considerados os parentes que moram na mesma casa e compartilham do rendimento familiar. No caso de pessoa que mora na mesma residência, mas não tenha vínculo familiar e não compartilhe do rendimento, não deve entrar no cálculo para solicitação do benefício.

Para solicitar o BPC, é necessário procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do seu município e realizar o Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).

No caso de pessoas com TEA, é necessário comprovar que sua condição impacta significativamente a capacidade da pessoa de participar da sociedade de forma autônoma (Brasil, 2015b).

Ao garantir um suporte financeiro, ele ajuda a reduzir barreiras econômicas que muitas vezes impedem a participação plena na sociedade. Isso pode incluir o acesso a terapias, educação inclusiva, atividades sociais e culturais, além de contribuir para o desenvolvimento de habilidades (Brasil, 2012).

Há desafios para que as famílias tenham acesso ao benefício porque o acesso, a adequação dos critérios de elegibilidade, a burocracia administrativa e a garantia de que os recursos devem chegar às pessoas que mais precisam. Além disso, o BPC precisa ser constantemente aprimorado para atender às necessidades em evolução das pessoas com TEA, inclusive superando a perícia médica baseada apenas no CID/DSM, incorporando a avaliação das funcionalidades como proposto pela

Classificação de Funcionalidades (Cirilo et al., 2021).

Um aspecto essencial do BPC é a conscientização e a informação. Muitas vezes, famílias e indivíduos com TEA podem não estar cientes de seus direitos e elegibilidade para o benefício. A divulgação e o acesso à informação são essenciais para garantir que aqueles que têm direito ao BPC possam recebê-lo de maneira adequada.

Vagas em estacionamentos

As vagas de estacionamento em espaços públicos e em shopping centers destinadas às pessoas com deficiência também são para pessoas com TEA (Brasil, 2015b).

Inclusão do TEA na Lei da Pessoa com Deficiência

A inclusão das pessoas com TEA na lei da Pessoa com Deficiência é um marco crucial na busca por uma sociedade mais justa e igualitária, principalmente, pelo reconhecimento da necessidade de legislações de defesa dos direitos das pessoas com TEA. Desse modo, passa-se a reconhecer o TEA como um transtorno que afeta significativamente a vida das pessoas. Portanto, são necessárias medidas para garantir que as pessoas com TEA tenham igualdade de oportunidades e acesso aos serviços e apoios necessários (Brasil, 2012a, 2012b, 2014, 2015).

Uma das áreas mais impactadas pela inclusão do TEA na lei da Pessoa com Deficiência é a educação. Muitos sistemas educacionais foram obrigados a fazer ajustes para acomodar as necessidades dos estudantes autistas. Isso pode incluir a disponibilidade de professores e terapeutas especializados, salas de aula com menor estímulo sensorial e estratégias de ensino adaptadas. A educação inclusiva busca proporcionar a todos os alunos, independentemente de suas condições, a oportunidade de aprender e se desenvolver (Brasil, 2008b).

Outro aspecto importante da inclusão do TEA na legislação é a ênfase na acessibilidade. Isso se estende desde a acessibilidade física, como rampas e elevadores, até a acessibilidade comunicacional, como a disponibilidade de materiais em formatos acessíveis para pessoas autistas que podem ter dificuldades na comunicação verbal (Brasil, 2012).

A inclusão visa garantir que as pessoas autistas tenham direito à autodeterminação e à participação ativa na sociedade. Isso envolve reconhecer sua capacidade de tomar decisões informadas e proporcionar o suporte necessário para que possam exercer seus direitos (Tedesco; Katz, 2018).

Embora a inclusão na legislação seja um passo significativo, também enfrenta desafios. A variedade de características do TEA exige abordagens flexíveis e

adaptativas. Além disso, a implementação eficaz das políticas requer conscientização e capacitação de profissionais de saúde, da educação e de uma mudança na sociedade em geral (Cirilo et al., 2021).

O trabalho ainda está em andamento para garantir que essas políticas sejam implementadas de maneira eficaz e que as barreiras para a inclusão sejam superadas. O caminho para uma sociedade verdadeiramente inclusiva requer um esforço coletivo contínuo (Brasil, 2008b, 2012).

Estatuto da Pessoa com Deficiência Lei nº 13.146/2015 no Brasil

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, oficializado como a Lei nº 13.146 de 2015 no Brasil, representa um marco na legislação do país ao reconhecer e garantir os direitos das pessoas com deficiência. Neste capítulo, exploraremos os principais aspectos dessa lei histórica e seu impacto na promoção da igualdade e inclusão.

Antes da implementação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o Brasil já possuía legislações voltadas para a proteção dos direitos das pessoas com deficiência. No entanto, a Lei nº 13.146 de 2015 representa uma mudança significativa ao abordar a deficiência de maneira abrangente, considerando a pessoa com deficiência como sujeito de direitos, e não apenas como objeto de assistência.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece diversos princípios fundamentais, incluindo a dignidade, a igualdade de oportunidades, a autonomia, a não discriminação, a acessibilidade e a plena participação e inclusão na sociedade. Esses princípios são a base sobre a qual os direitos das pessoas com deficiência são garantidos (Brasil, 2015b).

A lei assegura o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, incluindo atendimento prioritário e especializado. Além disso, promove a inclusão escolar, determinando que as escolas ofereçam recursos e apoio necessários para que as crianças com deficiência possam estudar em ambientes regulares.

Ressalta-se a importância da acessibilidade em diversos contextos, como no transporte público, na comunicação, na tecnologia e nos espaços públicos. Também aborda a questão da mobilidade, garantindo o direito das pessoas com deficiência de terem condições de locomoção e acesso adequados (Brasil, 2012, 2015b).

Uma das inovações significativas do estatuto é a introdução do conceito de tomada de decisão apoiada. Isso reconhece que pessoas com deficiência têm capacidade de tomar decisões, mas podem precisar de apoio para fazer escolhas informadas em diversas áreas de suas vidas. Também prevê medidas de apoio, como a interdição parcial e a curatela, que podem ser aplicadas em situações específicas, respeitando sempre a autonomia da pessoa com deficiência. O objetivo é garantir

que as decisões tomadas levem em consideração os desejos e necessidades individuais.

A implementação plena da legislação requer esforços coordenados entre o governo, a sociedade civil e as instituições. A conscientização e a mudança cultural são essenciais para assegurar que os direitos das pessoas com deficiência sejam respeitados em todas as esferas da sociedade.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência no Brasil é um compromisso do país com a inclusão e a igualdade. Ao garantir direitos fundamentais e estabelecer princípios sólidos, a legislação cria um ambiente propício para uma sociedade mais justa e acessível para todos.

O caminho para a plena inclusão continua, com a implementação e a vigilância constante para garantir que as promessas da lei se tornem uma realidade tangível na vida das pessoas com deficiência.

Pessoa com TEA como Pessoa com Deficiência e, portanto, detentor dos mesmos direitos

A compreensão da Pessoa com TEA como uma Pessoa com Deficiência (PCD) é um passo fundamental na busca por uma sociedade mais inclusiva e justa. Embora nem todas as pessoas com TEA experimentem incapacidades significativas, muitas enfrentam barreiras que se enquadram na definição de deficiência. Reconhecer o TEA como uma forma de deficiência não diminui a individualidade das pessoas, mas destaca a importância de atender às suas necessidades únicas (Brasil, 2012, Brasil, 2015b).

Ao reconhecer o TEA como uma deficiência, garantimos que essas pessoas sejam detentoras dos mesmos direitos fundamentais que outras Pessoas com Deficiência. Isso inclui acesso à educação inclusiva, cuidados de saúde apropriados, oportunidades de emprego, acesso à informação e comunicação, além de igualdade de tratamento e proteção contra discriminação.

Assim como outras Pessoas com Deficiência, as pessoas autistas podem precisar de adaptações e apoios específicos para participar plenamente na sociedade. Isso pode incluir ambientes sensorialmente adaptados, comunicação alternativa, assistência em habilidades sociais e terapias especializadas. As políticas de inclusão devem considerar essas necessidades individuais para garantir uma participação significativa.

Figura 8: leis de proteção à pessoa com TEA. Brasil, 2023.



Autora: Gabriela Knoblauch.

Lei n° 12.764/2012: a Lei Berenice Piana – Lei do Autismo

Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA

A Lei 12.764/2012, conhecida como a Lei Berenice Piana, é um marco na legislação brasileira voltada para o TEA (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA é um marco essencial na busca por uma sociedade inclusiva e igualitária, estabelecendo diretrizes específicas para assegurar que as necessidades e direitos das pessoas com TEA fossem adequadamente atendidos.

Baseia-se em princípios fundamentais, como a igualdade de direitos, a inclusão social, a acessibilidade, a dignidade e a não discriminação. Esses princípios guiam todas as ações e medidas propostas pela política (Brasil, 2012).

A política tem diversos objetivos interconectados. Isso inclui garantir o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento e intervenções adequadas para pessoas com TEA. Além disso, busca promover a inclusão educacional, social e no mercado de trabalho, bem como assegurar o respeito à autonomia e à tomada de decisão apoiada (Brasil, 2012, 2015b).

Reconhece a importância da atenção à saúde para pessoas com TEA, promovendo a capacitação de profissionais de saúde, a disponibilidade de terapias e serviços especializados e a coordenação entre diferentes setores para oferecer um cuidado integral.

Uma característica importante da política é a ênfase na participação da comunidade autista e suas famílias na formulação e implementação das ações. Isso é alcançado por meio de mecanismos de controle social, garantindo que as vozes das pessoas com TEA sejam ouvidas e consideradas (Brasil, 2012, 2015a).

Antes da promulgação da Lei Berenice Piana, o TEA carecia de uma legislação específica no Brasil. A ausência de diretrizes claras prejudicava a proteção dos direitos das pessoas com TEA e a promoção de políticas de inclusão.

Essa lei foi pioneira ao reconhecer oficialmente o TEA como uma deficiência. Ela estabeleceu diretrizes para a garantia dos direitos e da inclusão das pessoas com TEA, destacando a importância da igualdade de oportunidades, do diagnóstico precoce e do acesso a tratamentos e intervenções adequados.

A legislação incentiva o diagnóstico precoce, reconhecendo que a intervenção precoce pode fazer uma diferença significativa no desenvolvimento das crianças. Também estabelece que as pessoas com TEA têm direito a atendimento especializado, incluindo terapias, acompanhamento médico e suporte terapêutico (Brasil, 2012).

Um dos pontos-chaves da Lei Berenice Piana é a promoção da educação inclusiva. A legislação reconhece que todas as crianças têm o direito de frequentar escolas regulares, independentemente de sua condição. Isso requer adaptações curriculares, formação de professores e ambientes inclusivos. (Brasil, 2008, 2012).

A Lei Berenice Piana também promove a autonomia das pessoas com TEA, reconhecendo sua capacidade de tomar decisões informadas. Ela incentiva a tomada de decisão apoiada, onde as pessoas com TEA são auxiliadas em suas escolhas, garantindo que tenham voz em sua própria vida.

Apesar dos avanços proporcionados pela Lei Berenice Piana, sua implementação bem-sucedida requer recursos adequados, capacitação de profissionais e conscientização contínua. Superar barreiras como a falta de informação e estigma é essencial para que a legislação atinja seu pleno potencial.

Essa lei reconhece o TEA como uma deficiência e estabelece diretrizes essenciais para a promoção da igualdade de oportunidades, inclusão na educação e acesso a tratamentos e terapias. Com implementação adequada e conscientização contínua, a Lei Berenice Piana continua a desempenhar um papel crucial na construção de uma sociedade mais inclusiva e respeitosa para as pessoas com TEA e suas famílias. (Brasil, 2012).

Política Estadual da Pessoa com Deficiência em Pernambuco

A Política Estadual da Pessoa com Deficiência, regulamentada pela Lei nº 14.789 de 2012 do estado de Pernambuco, representa um avanço significativo na garantia dos direitos e na promoção da inclusão das pessoas com deficiência nessa região do Brasil. Neste capítulo, exploraremos os principais aspectos dessa legislação e seu impacto na vida das pessoas com deficiência em Pernambuco

(Pernambuco, 2012).

A Lei nº 14.789 de 2012 foi motivada pela necessidade de criar um marco legal específico que abordasse as demandas e os desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência em Pernambuco. A lei reconhece a importância de criar políticas públicas direcionadas para garantir a inclusão, a acessibilidade e o respeito aos direitos humanos dessas pessoas (Pernambuco, 2012).

Ficaram estabelecidos princípios orientadores que servem de base para a implementação das políticas estaduais voltadas para a pessoa com deficiência. Entre esses princípios estão a igualdade de direitos e oportunidades, a não discriminação, a autonomia, a acessibilidade, a participação ativa e a valorização da diversidade.

Uma das ênfases da Lei é a promoção da acessibilidade em diversos aspectos da vida das pessoas com deficiência em Pernambuco. Isso inclui a garantia de acessibilidade em espaços públicos, em edificações, no transporte, na informação e comunicação, além de outros contextos relevantes (Pernambuco, 2012).

A inclusão da pessoa com deficiência na educação e no mercado de trabalho é considerada a partir da garantia e disponibilidade de recursos e apoios necessários para que estudantes com deficiência possam frequentar escolas regulares e obter uma educação de qualidade. Além disso, a lei incentiva a criação de oportunidades de emprego e ações afirmativas para as pessoas com deficiência no estado (Pernambuco, 2012).

A Política Estadual aborda a importância de oferecer atenção à saúde e assistência social adequada às pessoas com deficiência. Isso envolve a disponibilidade de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, bem como a oferta de suporte social para garantir o bem-estar dessas pessoas e de suas famílias.

Ademais, reconhece a importância da participação ativa das pessoas com deficiência e de suas organizações na formulação e implementação das políticas estaduais. Isso se dá por meio de mecanismos de controle social que garantem que as vozes e as perspectivas das pessoas com deficiência sejam ouvidas e consideradas.

Por meio dessa lei, o estado de Pernambuco se posiciona como um exemplo de estado que prioriza políticas públicas direcionadas para criar um ambiente mais acessível, inclusivo e respeitoso para todas as pessoas, independentemente de suas condições socioeconômicas. A participação social das famílias e das pessoas autistas é crucial para assegurar que desfrutem de uma qualidade de vida plena e participem ativamente na sociedade (Pernambuco, 2012).

A Lei 15.487 de 2015, promulgada no Estado de Pernambuco, é um marco importante na proteção dos direitos e na promoção da inclusão das pessoas com TEA (Pernambuco, 2015).

Antes da promulgação da Lei 15.487 de 2015, essas pessoas enfrentam desafios semelhantes aos de outras regiões, incluindo a falta de diretrizes específicas para sua proteção e inclusão. A necessidade de uma legislação que abordasse as particularidades do TEA e da realidade pernambucana foi um dos fatores que levaram à criação dessa lei.

A Lei 15.487 de 2015 estabelece uma série de direitos, proteções e medidas específicas no estado e trata de questões como a promoção da saúde, educação, atendimento prioritário em serviços públicos, e a criação de mecanismos de apoio e orientação para famílias e profissionais; reconhece a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado e incentiva a criação de centros especializados, a capacitação de profissionais de saúde e a implementação de estratégias que garantam um atendimento de qualidade (Pernambuco, 2015).

Fica estabelecido que as pessoas com TEA têm direito a atendimento prioritário em serviços públicos e privados, além da promoção da acessibilidade em locais públicos e estabelecimentos comerciais. Isso busca garantir que possam participar plenamente da vida social, prevê a criação de mecanismos de apoio e orientação para famílias, profissionais de saúde e educação. Isso inclui a divulgação de informações e a promoção de campanhas de conscientização e a oferta de suporte para as famílias lidarem com os desafios associados ao TEA (Pernambuco, 2015).

A implementação bem-sucedida da Lei 15.487 de 2015 requer recursos adequados, capacitação de profissionais e conscientização contínua. A criação de estruturas administrativas eficientes e a colaboração entre diferentes órgãos governamentais são essenciais para garantir que os direitos e proteções sejam efetivamente aplicados.

A Lei 15.487 de 2015 tem o potencial de ter um impacto profundo na vida das pessoas com TEA e suas famílias em Pernambuco. Ela promove a inclusão, a conscientização e o reconhecimento das necessidades e direitos das pessoas com TEA, contribuindo para uma sociedade mais igualitária e sensível às diferenças (Pernambuco, 2015).

Esses avanços refletem a conquista significativa para a proteção e os direitos das pessoas com TEA no Estado de Pernambuco e reflete o compromisso de promover a inclusão, a saúde e o bem-estar das pessoas autistas, reconhecendo as particularidades dessa condição.

Lei nº 13.977/2020: Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – CIPTea

A Lei 13.977/20 trouxe um avanço significativo para a inclusão das pessoas com TEA ao introduzir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTea). Neste capítulo, exploraremos os detalhes dessa legislação pioneira e como desempenha um papel crucial na promoção da inclusão e reconhecimento das pessoas com TEA.

A Lei foi criada para endereçar essa lacuna e facilitar a identificação das pessoas com TEA, pois muitas pessoas enfrentam desafios ao acessar serviços públicos, atendimentos de saúde e participar de atividades sociais, devido à falta de reconhecimento de sua condição.

A CIPTea é um documento de identificação pessoal que certifica a condição de pessoa com TEA. Ela é emitida gratuitamente e contém informações relevantes, como nome, data de nascimento e número de registro da pessoa. Além disso, conta com um código QR, permitindo acesso a informações adicionais que podem ser úteis para a interação com a pessoa.

Isso traz uma série de benefícios tangíveis e intangíveis. Ela pode facilitar o acesso a serviços públicos, atendimentos médicos, terapias e tratamentos especializados; ajuda a evitar situações constrangedoras ou mal-entendidas, proporcionando um reconhecimento oficial da condição da pessoa com TEA.

Essa iniciativa contribui para a inclusão das pessoas com TEA ao permitir que elas sejam identificadas rapidamente como tendo essa condição. Isso facilita a comunicação e a compreensão mútua em situações diversas, desde atendimentos médicos até interações sociais cotidianas.

Além de sua função prática, promove a conscientização e a aceitação do TEA na sociedade. Ao fornecer um documento oficial que reconhece a condição, a legislação e contribui para a redução do estigma associado, fomentando um ambiente mais respeitoso e compreensivo.

A CIPTea requer uma estrutura administrativa eficiente e a colaboração entre diferentes órgãos governamentais. É importante garantir que a obtenção seja acessível e que as informações contidas nela sejam protegidas, respeitando a privacidade das pessoas com TEA.

A lei e a CIPTea são passos importantes rumo a uma sociedade mais consciente, acessível e inclusiva para todas as pessoas, independentemente de suas diferenças.

Saiba mais acessando



https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/adquirir-carteira-de-identificacao-da-pessoa-com-transtorno-do-espectro-autista-ciptea

Lei nº 14.624 de 2023 – Lei Girassol – Cordão/fita e Crachá de Girassóis para identificar deficiência não visíveis.

A aprovação da Lei 14.624/2023, também conhecida como Lei Girassol, representa um avanço significativo no apoio às pessoas com TEA no Brasil. A Lei Girassol foi concebida para abordar as lacunas na legislação anterior relacionada ao TEA e para proporcionar um quadro jurídico mais abrangente e atualizado. Nomeada após o girassol, símbolo mundial de conscientização sobre o autismo, a lei reflete o desejo de criar um ambiente mais ensolarado e inclusivo.

Uma característica distintiva da Lei Girassol é seu enfoque na primeira infância. Reconhecendo a importância do diagnóstico precoce e da intervenção precoce, a legislação estabelece diretrizes para a identificação de sinais de TEA em crianças, visando a proporcionar apoio e serviços essenciais o mais cedo possível.

Enfatiza-se o direito à educação inclusiva e de qualidade para crianças; preconiza o acesso a adaptações curriculares, formação de professores, apoio especializado e estratégias individualizadas, garantindo que as crianças com TEA possam aprender em ambientes regulares.

A Lei Girassol reconhece que a inclusão das pessoas com TEA vai além da educação e estende-se à integração à sociedade e ao mercado de trabalho. A legislação promove programas de treinamento e qualificação profissional, incentiva empresas a adotarem práticas inclusivas e cria oportunidades para que as pessoas com TEA se desenvolvam e contribuam.

Destaca-se a importância da saúde das pessoas com TEA, assegurando acesso a serviços de saúde especializados, terapias e tratamentos específicos. Além disso, relata a necessidade de abordagens multidisciplinares e integração entre serviços de saúde, educação e assistência social (Brasil, 2015a).

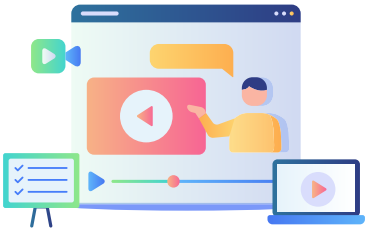
A Lei Girassol respeita a autonomia das pessoas com TEA e reconhece sua capacidade de tomar decisões informadas. A legislação promove a tomada de decisão apoiada, onde a pessoa com TEA é auxiliada por apoios em suas escolhas, visando à máxima autonomia possível (Tedesco; Katz, 2018).

Sem dúvida é um passo significativo na garantia dos direitos e na promoção da inclusão das pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Seu enfoque na primeira infância, educação, saúde, trabalho e autonomia reflete um compromisso genuíno em construir uma sociedade onde as pessoas com TEA possam florescer e contribuir

plenamente. Com implementação adequada e conscientização contínua, a Lei Girassol tem o potencial de iluminar os caminhos das pessoas com TEA rumo a um futuro mais brilhante e inclusivo.

Para "não" finalizar

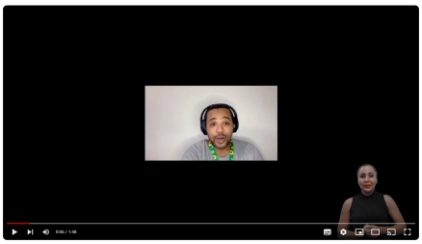
Nesse módulo, aprendemos sobre o histórico de descoberta e nomeação do TEA, aspectos epidemiológicos e os direitos garantidos por meio de leis e de políticas sociais. No próximo módulo, será apresentado o TEA, a caracterização, níveis, processo diagnóstico e projeto terapêutico singular (PTS).



Aula Virtual

Assista as aulas virtuais disponibilizadas neste módulo e aprofunde ainda mais seus conhecimentos.

Clique nas imagens abaixo e boa aula!



Apresentação do curso
Paulo do Monte



Aula virtual 1
Robélia do Nascimento



Aula virtual 2
Arabela Veloso

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. 2023. disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/978921-PROJETO-PERMITE-DEDUZIR-DO-IR-GASTOS-COM-MEDICAMENTOS-PARA-TRATARAUTISMO#:~:text=O%20Projeto%20de%20Lei%201939,analisado%20pela%20C%C3%A2mara%20dos%20Deputados. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado. 2021. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/vigilancia-em-saude/#pills-avaliacao-desenvolvimento. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Política de educação inclusiva. 2008b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/politica-de-educacao-inclusiva. Acesso em: 13 set. 2023.

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, 2015a.

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. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf> Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas com deficiência. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8989.htm. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. A Convenção

sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. 2008a. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº. 13.977, de 8 de Janeiro de 2020. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº. 13. 146, de 6 de Julho de 2015b. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 28 ago. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. Surveillance Summaries, v. 70, n. 11, p.1-16,, 2021.

CIRILO, B. M. et al. Classificação Internacional de Funcionalidade e transtornos da linguagem: revisão integrativa da literatura. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 583-595, 2021.

FÁVERO, M. A.; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.

FREITAS et al. Implicações nas políticas educacionais brasileiras dos critérios diagnósticos do autismo no dsm-5 e cid-11. Revista Imagens da Educação, v. 13, n. 2, p. 105-127, abr./jun. 2023. ISSN 2179-8427.
https://doi.org/10.4025/imagenseduc.v10i3.64107.

HUGHES, M. M. et al. The Prevalence and Characteristics of Children With Profound Autism, 15 Sites, United States, 2000-2016. Public Health Reports, [S.n], [S. v.], 2023. doi:10.1177/00333549231163551

KANNER, L. Autistic Disturbances of effective contact. New Child, v. 2, p. 217-228, 1943.

LUNDSTROM et al. Perceived child impairment and the 'autism epidemic. J Child Psychol Psychiatry, v. 63, n. 5, p. 591-598, 2021.

NAZARI, A. C. l. G.; NAZARI, J.; GOMES, M. A. Transtorno do espectro autista: discutindo o seu conceito e métodos de abordagem para o trabalho. 2019. Disponível:<https://eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/transtorno_do_espectro_autista_discutindo_o_seu_conceito_e_metodos_de_abordagem_para_o_trabalho.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

OMS. Nova classificação de doenças, CID-11, unifica Transtorno do Espectro do Autismo: 6A02. Disponível em: https://tismoo.us/saude/diagnostico/nova-classificacao-de-doencas-cid-11-unifica-transtorno-do-espectro-do-autismo-6a02/?fbclid=IwAR0ghjNEWg4EOTCIR9tqXTYJCocAAXn66rf9It5tMZfP2CGKls-Fx8K3W0Y. Acesso em: 28 ago. 2023.

PERNAMBUCO. Assembleia Legislativa. Lei nº. 15.487, de 27 de abril de 2015 que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com Transtorno de Espectro Autista no Estado de Pernambuco e dá outras providências. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=387368#:~:text=8%C2%BA%20A%20pessoa%20com%20Transtorno,por%20motivo%20de%20seu%20transtorno. Acesso em: 13 set. 2023.

PERNAMBUCO. Gabinete do governador. Lei nº. 14.789, de 1º de outubro de 2012. Institui no âmbito do Estado de Pernambuco a Política Estadual da Pessoa com Deficiência.2012.disponível em:
https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3482&tipo=TEXTOORIGINAL#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.789%2C%20DE%201%C2%BA,Estadual%20da%20Pessoa%20com%20Defici%C3%AAncia. Acesso em: 13 set. 2023.

RUTTER, M. Diagnostic Validity in Child Psychiatry. Advances in Biological Psychiatry, v. 2, p. 2-22, 1978.

SILVA, A. J. I. KESKE, H. A. G. As transformações da nomenclatura de referência à pessoa com deficiência e o impacto social para a inclusão. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.5, p. 45291-45309, 2021.

TEDESCO, R.KATZ, B. Autismo, curatela e tomada de decisão apoiada.2018. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/278831/autismo--curatela-e-tomada-de-decisao-

apoiada. Acesso em: 13 set. 2023.

WEIZENMANN, L. S. et al. Inclusão escolar e autismo: sentimentos e práticas docentes. Psicologia Escolar e Educacional, v. 24, [S.n], 2020.

WHO. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). 2018. Disponível em: https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11). Acesso em: 27 ago. 2023.

MÓDULO 1

Material Complementar



1

Material Complementar

Este material complementar foi desenvolvido para aprofundar sua compreensão sobre os temas abordados em nosso módulo 1 " A pessoa com TEA enquanto pessoa com deficiência (PCD) e seus direitos".

Portanto, aproveite ao máximo esses recursos adicionais, pois eles são uma parte valiosa de nossa jornada de aprendizado.

BARBOSA, A.M. et al. O Papel do professor frente à inclusão de crianças com autismo. In: Congresso Nacional de Educação - EDUCERE. XI, Curitiba, 23 a 26 set. 2013.

BAUER, M. E. Estresse: Como ele abala as defesas do corpo? Ciência Hoje. Vol.30, nº 179, p. 20-25, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária, SAPS, Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FÁVERO, M. A.; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica [online]. v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.

FILHO, A. M. et al. A importância da família no cuidado da criança autista. Revista Saúde em Foco, v. 3, n. 1, p. 66-83, 2016.

MORAES, L. S. et al. Seletividade alimentar em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN, v. 12, n. 2, p. 42–58, 2022.

SCHMIDT, C; BOSA, C. Estresse e autoeficácia em mães de pessoas com autismo. Arquivos Brasileiros de Psicologia ,59(2), 179-191, 2007.

SILVA, E. B. A.; RIBEIRO, M. F. M. Aprendendo a Ser Mãe de uma Criança Autista. Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 579-589, 2013.

SILVA, T. S. A. Relevância da Educação inclusiva e o autismo no Ensino Regular Brasileiro, Brasil Escola. (2016?).

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 2A, p. 230-237, 2001.

ZANATTA, E. A. et al. Cotidiano de Famílias que Convivem com O Autismo Infantil. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 3, p. 271-282, 2014.

MÓDULO 2

Caso Biopsicossocial



Conhecendo uma situação: Caso Biopsicossocial

A família Arruda é recém-chegada no bairro Poça Funda. Geraldo e Celma escolheram uma casa próxima ao posto de saúde, praça infantil e creche para facilitar o deslocamento com os filhos nos serviços municipais. Geraldo e Celma são o pai e a mãe de Olívia com 3 anos e Gabriel com 1 ano e 6 meses. A agente comunitária de saúde (ACS) do local já fez o cadastro da família na Unidade de Saúde da Família (USF) Poça Funda, o posto de saúde do bairro. Pai e mãe conversaram com a ACS sobre como percebem o comportamento de Gabriel diferente da irmã Olívia e gostariam de uma consulta na USF. Pai e mãe foram juntos à consulta da puericultura do posto para levar o filho Gabriel. A enfermeira Cassia os recebeu na consulta de puericultura para avaliar o crescimento e desenvolvimento de Gabriel. Os pais relatam que a criança não fala, tem pouco interesse por brinquedos, anda sozinho, não olha quando chamado, tem pouco interesse em ficar perto dos pais e de outras crianças, tem comportamento agitado, não come sozinho. Gosta de passar o dia no celular. Para avaliar a criança, a enfermeira Cassia utiliza a Caderneta da Criança fazendo os registros dos dados do crescimento, peso, vacinas e dos marcos do desenvolvimento infantil.



Perguntas mobilizadoras:

- Quando a família identificar sinais de alguma alteração no desenvolvimento da criança onde é mais indicado procurar ajuda?
- Existe algum instrumento que os pais possam acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos?
- A estimulação precoce é apenas para crianças com diagnóstico confirmado?

A enfermeira Cassia observou que Gabriel apresentou marcos ausentes para a idade como: "fala 3 palavras", "constrói torre de 2 cubos" e "usar colher ou garfo".

E nos marcos anteriores também tem marcos ausentes para "diz uma palavra", "coloca blocos na caneca" e "mostra o que quer".

Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses (6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18)	
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.		
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.		
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dadá", "mamã". Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.		
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.		
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.		
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.		
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.		
Anda com apoio	Observe se a criaça consegue dar alguns passos com apoio.		
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considerar a informação do acompanhante.		A
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e solta-lo.		A
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.		
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.		
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.		A
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.		A
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.		A
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.		P

De acordo com a Caderneta da Criança a presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior se relacionam a um provável atraso no desenvolvimento e deve-se encaminhar a criança para a avaliação especializada.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; **ou** Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; **ou** Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (**se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação**).	**PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**	• **Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.**
Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (**de 1 mês a 6 anos**). **ou** Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.	**ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO**	• **Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança.** • **Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.**
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.	**DESENVOLVIMENTO ADEQUADO**	• Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

Considerando o risco vermelho para o desenvolvimento a enfermeira Cassia mostrou aos pais os marcos do desenvolvimento e como eles podem acompanhar através da Caderneta da Criança e as orientações para a estimulação da criança em cada faixa etária e o risco do uso de telas:

Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.

- Afaste-se de seu filho por períodos curtos, para que ele não se sinta inseguro, e vá fazendo com que ele se acostume, aos poucos, com a sua ausência.
- Crie oportunidades para que seu filho aprenda a comer sozinho, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-o a terminar sua refeição. Ele ainda precisa de seu apoio.



- Preste atenção em seu filho, em seu olhar, em suas expressões faciais, em seus gestos, em suas falas. Esse é o primeiro passo para vocês estabelecerem contato.
- Ofereça-lhe caixas ou potes de diversos tamanhos e incentive-o a empilhá-los.

Mostre-lhe como fazer isso e deixe-o imitá-lo.

- **Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir o que quer**.
- Crie oportunidades para que ele aprenda a andar sozinho, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo.
- Crie oportunidades para que ele aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.
- Nesta fase, ele já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ela pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.
- Puxe um carrinho com uma corda e mova em diferentes direções para que seu filho possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.

OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO

Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)

Prefira estimular a inteligência do seu filho com as brincadeiras. As crianças estão cada vez mais expostas a celulares, programas de TV e a jogos que não desenvolvem as habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais, e além disso muitas vezes podem ter conteúdos violentos, eróticos ou outros, impróprios para sua idade. Mesmo com programação adequada, **o tempo exagerado da criança diante desses aparelhos leva à diminuição de brincadeiras que exercitam o corpo, o que pode acarretar a obesidade**, além de reduzir a interação com os cuidadores, com outras crianças e com a comunidade, fragilizando os vínculos familiares e sociais. **Dê limites em relação ao tempo que seu filho pode ficar diante da TV, do computador e do celular**. Observe o tipo de programação e a recomendação etária dos filmes, jogos e desenhos.

ATENÇÃO!
Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a esses equipamentos, porque – principalmente nessa idade – a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. As crianças antes dos 12 anos não devem possuir celulares e *smartphones*.

Consumo em Geral

A interação com adultos é importante para o desenvolvimento das crianças. Cuide para não se distrair dando atenção a equipamentos eletrônicos (celular, TV e outros) e deixando de interagir com seu filho. E lembre-se: seu exemplo é fundamental, preste atenção no tempo que você gasta com esses aparelhos.

As crianças são um alvo muito atrativo para a propaganda comercial das empresas, devido à sua facilidade em assimilar os conteúdos apresentados. Isso estimula o consumo, principalmente de brinquedos e alimentos (muitas vezes não saudáveis). As propagandas provocam todos os sentidos da criança, criando o desejo de possuir o produto vendido. Nesse contexto, a família deve limitar o tempo que as crianças veem TV e lhes dar bom exemplo e orientação para que elas evitem comportamentos consumistas.

E mostrou também os sinais de alerta para alterações do desenvolvimento:

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacamos alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Observe se seu filho:

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente;
- Não responde ao olhar ou aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentado, alimentado, colocado no colo ou acariciado;
- Demonstra maior interesse por objetos do que por pessoas;
- Habitualmente fica isolado e não se interessa em brincar com outras crianças;
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos;
- Faz gestos e movimentos repetitivos;
- Tem dificuldades para virar de bruços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar. Demora mais tempo que as outras crianças para fazer essas ações;
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim;
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados às atividades da vida diária;
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação;
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício;
- Não aceita o toque, não responde quando alguém fala seu nome e apresenta baixa frequência de sorriso e reciprocidade social
- Apresenta muita agressividade;
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção;
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE!
Se seu filho não age como você espera, apresenta comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 81 à 86), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

A suspeita de uma alteração no desenvolvimento da criança pode gerar momentos difíceis e sentimentos como medos, dúvidas, angústias e dificuldades em aceitar o problema. Todos esses sentimentos são normais diante de um fato novo e não esperado pela família. Procure e aceite ajuda e apoio dos profissionais de saúde, educação e assistência social. Compartilhar pode lhe dar mais tranquilidade e segurança para lidar com essa situação.

Após essas orientações, a enfermeira Cassia agendou uma consulta compartilhada com a médica do Posto para a semana seguinte. Cassia ficou bastante pensativa sobre a avaliação de Gabriel e lembrou-se de uma criança com o comportamento parecido com o de Gabriel, que teve o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Na semana seguinte, a médica Fabíola e a enfermeira Cassia avaliaram juntas a criança. A médica conversou com os pais sobre o histórico clínico e o desenvolvimento da criança. Fez uma avaliação física e observou o comportamento da criança que era similar ao relatado pelos pais: não atende quando chamado pelo nome, não fez contato visual, não se interessou pelos brinquedos, estava agitado e não permitia o toque. Juntas, a médica e enfermeira decidiram

utilizar o M-CHAT que é uma entrevista estruturada realizada com os pais. A criança apresentou risco elevado para TEA de acordo com o M-CHAT. As profissionais realizaram uma conversa acolhedora com os pais de Gabriel, no sentido de orientar a respeito do risco para TEA e que precisavam articular os cuidados com a Atenção especializada para que outros profissionais pudessem confirmar ou não o diagnóstico. De qualquer forma, Gabriel apresenta atraso no desenvolvimento e o programa de estimulação precoce deve ser iniciado o mais brevemente. Informaram que o Posto conta com o apoio de uma equipe Multidisciplinar (eMulti) que tem terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e assistente social e que iriam discutir juntos as demandas da família a fim de programar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Os pais de Gabriel não estavam preparados para a notícia, mesmo que já percebessem que o desenvolvimento da criança estava alterado. No entanto, se sentiram bem acolhidos pela equipe de saúde do posto tirando dúvidas sobre os caminhos até o diagnóstico. Gabriel também foi avaliado pelos profissionais da eMulti, que produziram um relatório comum com a equipe de saúde da família para enviar ao médico especialista.

Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a tarefa de identificação de sinais iniciais de alterações no desenvolvimento, durante as consultas de rotina da criança, buscando identificar sinais precoces de desenvolvimento atípico e suspeita de TEA.

A família deve estar atenta a aplicação dos instrumentos de vigilância do desenvolvimento da criança durante as consultas (pág. 80 à 86) e a aplicação da escala M-CHAT-R, instrumento que auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA (pág. 87).

Medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, uma vez que a intervenção precoce e oportuna favorece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica posterior.

Até o momento, não são conhecidos exames laboratoriais ou marcadores biológicos para identificação do TEA, seu diagnóstico é feito observando o comportamento da criança. Por isso fique atento ao desenvolvimento de sua filho. Embora o TEA não tenha cura, o diagnóstico precoce e intervenção oportuna contribui para um melhor desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas com TEA.

O Ministério da Saúde desenvolveu recentemente uma Linha de Cuidado para crianças com TEA que detalha a abordagem nos diversos níveis de atenção e possui orientações para as famílias (https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/).

Síndrome de Down

A Síndrome de Down é uma condição genética comum que acontece quando o bebê nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo, sendo esta responsável pelas características físicas específicas da síndrome e pelo atraso no desenvolvimento.

As crianças com Down podem apresentar complicações cardíacas, alterações visuais, auditivas, gastrointestinais, distúrbios do sono, infecções respiratórias, de ouvido, distúrbios da tireoide, obesidade e alterações na articulação da cabeça com o pescoço.

Por isso, é fundamental que a equipe de saúde esteja atenta aos cuidados à criança com Down e sua família, os quais devem estar focados no apoio e informação à família, além das orientações à imunização e o estímulo ao aleitamento materno, ao diagnóstico das patologias associadas e à garantia do acesso à estimulação precoce já nos primeiros dias de vida, logo que suas condições clínicas o permitam.

As pessoas com Síndrome de Down, quando acolhidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social. Por isso, o diagnóstico e o tratamento precoces podem garantir a elas melhor qualidade de vida. Seu cuidado deve ser

Após 3 meses a consulta com o especialista foi agendada e o diagnóstico de TEA foi confirmado. O relatório da equipe de saúde da família e eMulti ajudou muito ao médico especialista no diagnóstico e logo fez a contra-referência aos profissionais da equipe de Atenção Básica do posto (Unidade Básica de Saúde /UBS). O especialista orientou o encaminhamento para um Centro Especializado em Reabilitação (CER) para ampliar os cuidados com a família e a criança. A equipe de saúde da família e a eMulti receberam a família novamente para tirar dúvidas e seguir com o PTS. A partir do diagnóstico a família foi orientada em relação aos direitos sociais da criança e sobre o atendimento educacional especializado na creche/escola. A irmã de Gabriel, Olívia, também foi avaliada e teve o seu desenvolvimento típico para a idade. A família de Gabriel segue nos cuidados pela equipe básica do posto e equipe especializada. Geraldo e Celma começaram a frequentar um grupo de apoio para pais de crianças com TEA no CER onde a criança é assistida.

MÓDULO 2

Transtorno do Espectro Autista: características, níveis, processo diagnóstico e projeto terapêutico singular (PTS).



Objetivos de Aprendizagem

a) Compreender as características do TEA;
b) Analisar os diferentes níveis de TEA de acordo com a classificação, considerando o grau de dependência e ou necessidade de suporte (leve, moderado ou grave);
c)Conhecer o processo de diagnóstico do TEA e saber como lidar com o luto, transformando-o em luta;
d) Compreender e participar ativamente do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Introdução ao Módulo

Olá, seja bem-vindo(a) ao módulo 2 do Curso para cuidadores de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Neste módulo, espera-se que você compreenda as características do TEA, entenda a classificação a partir dos níveis de suporte, conheça o processo de diagnóstico, saiba o que é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e sua importância nos cuidados ampliados à pessoa com TEA.

Para sua completa aprendizagem é importante assistir à vídeo aula, fazer a leitura do material complementar e o exercício de fixação do conhecimento.

Espera-se que ao final do módulo você consiga identificar alguns sinais que podem indicar o TEA na criança, quais serviços de saúde buscar para o diagnóstico e acompanhamento da criança e a importância dos pais ou responsáveis participarem da construção do PTS.

O que caracteriza o Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um tipo de Transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza por déficits na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2013).

A distinção clínica de outros transtornos baseia-se no tipo, na frequência e na intensidade que o comportamento aparece. Os sinais costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis (APA, 2013). O conceito sobre TEA foi inicialmente abordado no Módulo 1.

No geral, uma criança com transtorno do espectro autista pode apresentar os seguintes sinais:

Dificuldade para interagir socialmente, como manter o contato visual, identificar expressões faciais e compreender gestos comunicativos, expressar as próprias emoções e fazer amigos.	Dificuldade na comunicação, caracterizado por uso repetitivo da linguagem e dificuldade para iniciar e manter um diálogo.	Alterações comportamentais, como manias, apego excessivo a rotinas, ações repetitivas, interesse intenso em coisas específicas e dificuldade de imaginação. (Brasil, 2021a).

Toda pessoa com autismo é igual?

As pessoas com TEA apresentam diferentes características quanto às suas capacidades e dificuldades. Identificar os níveis de suporte da pessoa com TEA ajuda a entender a quantidade de apoio e de estimulação que a criança necessita para interagir, se comunicar, organizar o comportamento e realizar suas atividades do dia a dia. Por isso, é importante compreender como a criança se comporta em diferentes ambientes, como em casa, na escola e em locais de convívio social.

A ausência de capacidades sociais e comunicacionais pode dificultar a aprendizagem, especialmente porque a aprendizagem acontece por meio da interação social e em contextos sociais, como a escola. Em casa, a insistência em rotinas e a aversão à mudança, bem como sensibilidades sensoriais, podem interferir na alimentação e no sono e tornar os cuidados de rotina extremamente difíceis (por exemplo, cortes de cabelo, cuidados dentários), como aponta o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em sua quinta edição (APA, 2013).

O nível de suporte é avaliado pelo médico especialista em conjunto a equipe multiprofissional que realizará a estimulação da criança. É importante saber que cada criança é singular e que os níveis de suporte não devem ser considerados de forma engessada. Os níveis de suporte classificam o TEA e não a criança, que terá necessidades específicas para seu desenvolvimento. A tabela a seguir apresenta a classificação de acordo com os níveis de suporte pelo DSM-5:

Níveis de suporte para transtorno do espectro autista		
Níveis de suporte	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
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 os faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança, ou outros comportamentos restritivos / repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento / dificuldade para mudar o foco ou as ações.

Níveis de suporte para transtorno do espectro autista		
Níveis de suporte	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
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 frase simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade de lidar com a mudança e outros comportamentos restritivos ou repetitivos são frequentes o suficiente para serem óbvios ao observador.
Nível 1 "Exigindo apoio"	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social podem causar prejuízos notáveis. Pessoas com esses déficits podem apresentar dificuldade para iniciar interações sociais, responder de forma atípica ou ineficaz a aberturas sociais de outras pessoas, e parecer ter 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 outros, pode ter tentativas de fazer amizades estranhas e comumente malsucedidas.	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.

Fonte: DSM-5

Como é realizado o acompanhamento da saúde da criança no SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem a Atenção Primária à Saúde(APS) como porta de entrada do usuário e coordenadora dos cuidados em saúde na RAS.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012a).

Entre as atividades realizadas pelos profissionais das UBS está a atenção à saúde da criança, que é normatizada através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Entre os Eixos estratégicos da PNAISC está a Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral que:

"Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela Atenção Primária à Saúde, conforme as orientações da "Caderneta da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (Brasil, 2015a)".

A Caderneta da Criança apresenta-se como instrumento essencial de vigilância por ser o documento em que são registrados os dados como identificação da criança, Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta,

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, saúde bucal e vacinação. Além de orientações aos pais e cuidadores sobre amamentação, alimentação saudável, cuidados com o bebê, estimulação do desenvolvimento, prevenção de acidentes e proteção contra a violência (Brasil, 2021b; 2021c).

Para realizar a vigilância da saúde da criança, o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1a semana, no 1o mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias foram selecionadas porque representam momentos destacados para as imunizações e para orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (Brasil, 2012b).

A Puericultura é uma atividade estratégica de vigilância da saúde da criança realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de acompanhar e promover ações de promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares (Del Ciampo et al, 2006).

As famílias precisam ser orientadas sobre a importância das consultas de Puericultura, para que possíveis alterações no desenvolvimento infantil e outros problemas de saúde possam ser identificados precocemente. Você, pai, mãe ou responsável pela criança, também precisa se comprometer a levar seu filho às consultas, para que, em conjunto aos profissionais de saúde, possam contribuir para um pleno desenvolvimento da criança.

Qual o papel das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)?

As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), têm a importante tarefa de identificar atrasos no desenvolvimento infantil através da utilização de instrumentos de vigilância como a Caderneta da Criança e avaliações complementares de rastreio para o TEA.

Mas, você, pai, mãe, familiar ou cuidador, também pode perceber algumas dificuldades no desenvolvimento da criança e levar essas queixas na consulta com os profissionais da UBS. Assim como fizeram Geraldo e Celma, que levaram as dúvidas sobre Gabriel para a enfermeira durante a consulta. Quando a criança está na creche ou na escola, as alterações no comportamento podem ser observadas pelos professores e pedagogos. Os pais podem solicitar um relatório da escola para levar na consulta na UBS.

*Caso Clínico do módulo II

IMPORTANTE



Caso você não identifique uma UBS de referência no seu bairro, é possível que a referência em saúde para sua família seja uma Policlínica ou um Centro de Saúde (CS). Em todo caso, é importante procurar o serviço de saúde mais próximo a sua casa para se informar.

Na UBS, a depender da idade a criança, ela será consultada pelo profissional da enfermagem ou médico. Na policlínica ou CS, a consulta deverá ser com o pediatra.

A avaliação inicial das habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva deve ser realizada de acordo com os marcos propostos na Caderneta da Criança. Essa foi a primeira avaliação que a enfermeira Cássia realizou e já pode identificar marcos ausentes no desenvolvimento de Gabriel.

Lembrando que, pela descrição dos pais de Gabriel, ele apresentou sinais de risco para o desenvolvimento apontados pela Caderneta da Criança, que você pode verificar novamente na página 53.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacamos alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Observe se seu filho:

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente;
- Não responde ao olhar ou aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentado, alimentado, colocado no colo ou acariciado;
- Demonstra maior interesse por objetos do que por pessoas;
- Habitualmente fica isolado e não se interessa em brincar com outras crianças;
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos;
- Faz gestos e movimentos repetitivos;
- Tem dificuldades para virar de bruços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar;
- Demora mais tempo que as outras crianças para fazer essas ações;
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim;
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados às atividades da vida diária;
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação;
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício;
- Não aceita o toque, não responde quando alguém fala seu nome e apresenta baixa frequência de sorriso e reciprocidade social;
- Apresenta muita agressividade;
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção;
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE



Se seu filho não age como você espera, mostra comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 81 à 86), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

Fonte: Caderneta da Criança pág. 53

Em complemento, a Sociedade Brasileira de Pediatria orienta que na puericultura seja utilizado o instrumento de triagem Modifield Checklist fo Autism in Toddlers (M-CHAT) para crianças dos 16 aos 30 meses (SBP, 2019). O M-CHAT não é um teste de diagnóstico, ele indica o risco da criança apresentar TEA devendo ser encaminhada para uma avaliação com especialista. A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

Na consulta é importante que o profissional de saúde faça uma escuta qualificada da família e avaliação do paciente. Colher dados sobre histórico familiar, dados da gestação e parto, exames de triagem neonatal, idade em que os pais ou cuidadores notaram perda de habilidades já adquiridas ou alterações no comportamento da criança, rotina da família e da criança, problemas no sono e alimentação. O exame físico e psíquico complementa a avaliação.

Esses dados foram coletados na consulta conjunta da médica Fabíola e da enfermeira Cássia. Também foi observado o comportamento da criança, que era similar ao relatado pelos pais: não atende quando chamado pelo nome, não fez contato visual, não se interessou pelos brinquedos, estava agitado e não permitia o toque. E na avaliação com o M-chat, Gabriel apresentou risco elevado para TEA.

A médica e enfermeira da equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade de Saúde da Família (USF) Poça Funda contaram com o apoio de uma equipe multidisciplinar chamada eMulti. As equipes da APS podem dispor de uma retaguarda especializada composta por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros) que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes do posto de saúde que você frequenta. (Brasil, 2023).

Os profissionais das eMulti podem fazer uma avaliação conjunta da criança com os profissionais da eSF e juntos escrever os dados da avaliação para o encaminhamento ao serviço especializado. Caso a criança frequente creche ou escola, o relatório desses serviços também é importante para completar a avaliação.

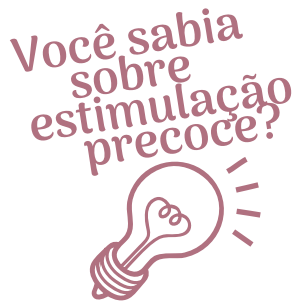
Diante da suspeita/risco de TEA, o que fazer?

Em caso da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) identificar o risco de TEA, é necessário fazer a referência para a Atenção Especializada, onde tanto o neurologista quanto o psiquiatra estão habilitados para realizar o diagnóstico de TEA. O encaminhamento vai depender dos fluxos da rede de saúde da sua cidade e região.

Lembrando que o risco de TEA foi detectado na consulta da Puericultura através de marcos ausente no desenvolvimento e sinais de risco apontados pela Caderneta da Criança, além do uso do M-chat como rastreio. É importante que o encaminhamento realizado pelos profissionais da APS contenha dados da avaliação inicial da criança e dos dados coletados com a família. Dessa forma, o diagnóstico pode ser colaborativo, envolvendo todos os profissionais que acompanham a criança.

Mesmo que a criança seja encaminhada para um serviço especializado, os profissionais da APS (eSF e eMulti) devem seguir com os cuidados à criança que apresenta risco para seu desenvolvimento, sendo importante realizar as orientações para estimulação precoce.

A enfermeira Cássia utilizou inicialmente algumas orientações da Caderneta da Criança para estimular o desenvolvimento infantil. Você também pode fazer essa consulta nas páginas 37 a 42 da Caderneta da Criança (Brasil, 2021b; 2021c), disponível no material complementar.



"A estimulação precoce é uma abordagem de caráter multiprofissional que visa estimular a criança para o desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas e sociais, evitando ou amenizando os efeitos de fatores de riscos que impliquem em atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. É focada no acompanhamento sistemático de crianças de risco dos zero aos 3 anos de idade através de orientações às famílias e técnicas específicas de estimulação" (Brasil, 2016).

Essa fase é destacada devido ao intenso desenvolvimento cerebral que facilita a aprendizagem de novas habilidades e que se tornem permanentes.

Nas orientações sobre a estimulação precoce, os profissionais podem fazer orientações específicas de acordo com as potencialidades e dificuldades da criança encontradas no momento da avaliação nas áreas da comunicação, interação, aprendizagem, socialização e motricidade.

Essas orientações ajudam os pais a compreenderem as atividades que podem estimular a criança em casa, assim como contribuir para a socialização e o manejo das dificuldades no comportamento.

As consultas podem ser programadas entre os profissionais e a família para que haja o acompanhamento regular da criança.

O processo diagnóstico do TEA

Após a primeira avaliação com a APS e identificação do risco para TEA, no serviço de atenção especializada o profissional deverá realizar uma escuta detalhada dos pais sobre o histórico clínico e do desenvolvimento da criança, ler o relatório escolar e da equipe multiprofissional que acompanha a criança. A descrição dos sinais de início pode incluir informações sobre atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas. A observação e interação com a criança durante as consultas é essencial. A aplicação de instrumentos padronizados é opcional, mas podem contribuir para a diferenciação de outras alterações no desenvolvimento (Fernandes, Tomazelli, Girianelli, 2020).

Pode ser necessário mais que uma consulta para definir o diagnóstico, que fica a critério do médico especialista. O médico pode solicitar exames complementares (para investigar outros transtornos do desenvolvimento, síndromes genéticas e/ou identificar comorbidades), relatórios sobre o seguimento da criança após a intervenção precoce e mais observações da criança em outras consultas. O diagnóstico é baseado nos critérios do DSM-5 (APA, 2013) :

Critérios diagnósticos do transtorno do espectro autista segundo o DSM-5	
A	A- Déficits persistentes na comunicação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto:) 1- Déficits na reciprocidade socioemocional, 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 de 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, a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por eles. * Especificar a gravidade atual: a gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.
B	B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos, ver texto): 1- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). 2- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldade 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 que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos). 4- Hiper ou hiporreatividade a estimulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas expecíficas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento). * Especificar a gravidade atual: a gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

impactos possíveis para o desenvolvimento da criança, e com encorajamento à luta pelo acesso aos serviços especializados, direitos sociais, civis e educacionais. Dessa forma, os pais se sentirão mais apoiados a enfrentar os desafios que envolvem o cuidar de uma pessoa com TEA.

Ser cuidador de uma pessoa com problema crônico é um grande desafio. A sua saúde e bem-estar também são importantes nesse processo. Na medida do possível, buscar ter momentos de autocuidado e lazer fazendo algo que promova bem-estar, como escutar música, fazer uma caminhada, assistir seu programa favorito, visitar alguém próximo a você, são ações importantes e de fortalecimento. Vamos falar melhor sobre esse assunto no módulo 5.

É válido também abordarmos as possibilidades de diagnóstico do TEA na adolescência e idade adulta. Esse diagnóstico tardio acontece porque a pessoa pode apresentar sinais e sintomas mais leves, sem muito impacto na funcionalidade ou ser confundido com outros transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno de ansiedade geral, transtorno obsessivo-compulsivo.

O diagnóstico vai acontecer de forma semelhante à infância. É preciso saber da história do desenvolvimento, características presentes, antecedentes familiares, avaliação clínica. O acompanhamento terapêutico pode ser indicado para o tratamento de sintomas como dificuldade nas habilidades de interação social, cognição e comunicação. Essas dificuldades podem prejudicar o adolescente/adulto nas relações interpessoais, educação, trabalho (Nalin et al, 2022). Além disso, o diagnóstico também permite o acesso aos benefícios previstos em Lei. Como o acesso a RAS é feito pelos serviços da APS, da mesma forma a pessoa deve procurar uma UBS e agendar a consulta com o médico generalista para que possa haver o direcionamento para rede especializada.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

> "O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço, além de ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA.
>
> Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos." (Brasil, 2015b)."

O PTS construído na APS pode incluir ações como as orientações aos pais e cuidadores sobre a estimulação precoce, encaminhamentos para a rede especializada a fim de ampliar os cuidados à criança (Brasil, 2015). Serviços especializados como os Centros de Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou outros serviços voltados à infância da rede de saúde podem ser necessários para o acompanhamento da criança.

Nos serviços especializados existe uma equipe multidisciplinar (terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros) para estimular as crianças a desenvolverem suas habilidades em diferentes áreas como linguagem, socialização e atividades de vida diária. As abordagens utilizadas pelos profissionais dependerá da avaliação inicial e necessidades de cada criança (Araujo, Veras, Varella, 2019). A terapia medicamentosa também dependerá da necessidade da criança, pois não existe medicação para tratar o TEA, os medicamentos são usados para organizar alguns sintomas comportamentais e distúrbios do sono, por exemplo (Da Silva Lopes, 2019).

No próximo módulo você conhecerá mais a fundo os dispositivos da rede para um cuidado integral.

Caso clínico Módulo 2



"Independente dos locais em que o paciente esteja sendo atendido, o vínculo com a equipe de referência da APS deve ser mantido. A equipe de saúde do posto Poça Funda recebeu a família Arruda novamente após o diagnóstico para seguir com o plano de cuidados organizado no PTS."

Os serviços e profissionais da APS e atenção especializada devem trabalhar de forma integrada, articulada e com corresponsabilização na condução do cuidado. A articulação em rede pode ir além do campo da saúde, para garantir maior resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com TEA e suas famílias. Serviços da rede de proteção social como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, educação e serviços ligados ao esporte, lazer, cultura e justiça podem também integrar o plano de cuidados.

A criança e a família são o centro do cuidado e precisam ser considerados quanto à dimensão biopsicossocial, ambiental, cultural, espiritual enquanto sujeitos de história singular. A proposta do PTS não é que seja um plano rígido, pois os profissionais precisam acompanhar as mudanças que podem acontecer ao longo

do tempo, por isso a reavaliação é importante que seja periódica.

Outro ponto importante para o PTS é que ele seja individualizado e que os pais e/ou responsáveis participem da elaboração, afinal as propostas precisam estar conectadas às necessidades e possibilidades da família. Você pai, mãe ou cuidador (a) tem todo direito de ser bem orientado nesse processo. Converse com a equipe de saúde caso perceba que sua participação não esteja sendo respeitada.

Cuidado à família da pessoa com TEA como parte do PTS

Os cuidados integrais com a pessoa com TEA devem englobar o suporte às famílias, principalmente pais e cuidadores. Geraldo e Celma, pais de Gabriel, passaram a frequentar um grupo de apoio para pais de crianças com TEA no CER que a criança é assistida. Essa iniciativa é importante porque as alterações no desenvolvimento da criança podem gerar mudanças na rotina familiar, pois a criança necessita de mais suporte para realizar suas atividades diárias, escolares e de participação social.

Além da maior frequência em serviços de saúde, replanejamento familiar em relação aos cuidados domésticos e dos outros filhos, ausências ou abandono do trabalho e aumento das despesas financeiras. Entre as principais dificuldades apontadas pelos pais nos cuidados à pessoa com TEA se referem às alterações do comportamento, dificuldade na comunicação e deficiência intelectual.

O atraso na confirmação diagnóstica, os entraves na busca pelos direitos sociais, escassez de atividades de lazer e educacionais, dúvidas em relação ao futuro do filho são fatores relacionados ao maior nível de estresse e impacto na qualidade de vida de todos os membros da família. A sobrecarga materna se sobressai no processo de cuidado a pessoas com condições crônicas, pois acabam sendo destacadas como cuidadoras principais e muitas vezes com dedicação integral a essa tarefa e sem ajuda do pai ou outro familiar.

O suporte às famílias nos serviços da rede de atenção à saúde com espaços de escuta e acolhimento, de orientação e até de cuidados voltados à saúde dos cuidadores deve estar integrado ao PTS.



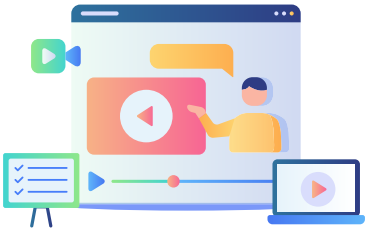
Chegamos ao final do módulo 2 do curso para cuidadores de pessoas com TEA e esperamos que tenha sido proveitoso. Nesse módulo apresentamos sobre a caracterização do TEA, explicando sobre seus níveis de suporte e processo de diagnóstico.

Vamos reforçar a importância do acompanhamento da sua criança nas unidades de saúde para a vigilância da saúde integral infantil. Dessa forma, o possível diagnóstico de TEA pode ser detectado de forma precoce. Lembrar-se de que a observação dos pais também é importante e você pode acompanhar a saúde do seu filho através da Caderneta da Criança.

Caso seu filho esteja sem acompanhamento regular com um profissional de saúde, você pode procurar a unidade de saúde mais próxima a sua casa para ter informações sobre onde a criança pode ser avaliada. Sua família pode estar cadastrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou sua referência pode ser uma Policlínica ou um Centro de Saúde. Vai depender da região que você reside.

Nos serviços da Atenção primária à Saúde (APS), o risco de TEA da sua criança pode ser confirmado e então será feito o direcionamento para a Atenção Especializada. A equipe da APS iniciará a Intervenção Precoce e em conjunto com a família a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS).

No próximo módulo, você compreenderá mais a fundo como funciona a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS) e como esta rede se articula para favorecer o cuidado integral à pessoa com TEA.



Aula Virtual

Assista as aulas virtuais disponibilizadas neste módulo e aprofunde ainda mais seus conhecimentos.

Clique nas imagens abaixo e boa aula!



Aula virtual 1
Carlos Gustavo Arribas



Aula virtual 2
Maria Soraida Silva

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIS ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistícal Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington: 2013.

ARAUJO, Jeane AMR; VERAS, André B.; VARELLA, André AB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v10i2.687

BRASIL. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da cidadania. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica (nº 33) - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. ISBN 978-85-334-1970-4

BRASIL. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde,2015b. 156 p. il. ISBN 978-85-334-2108-0

BRASIL. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/

BRASIL. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p. ISBN 978-85-334-2434-0

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília: Diário Oficial da União, 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015a. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1

DA SILVA LOPES, Ana Maria Costa. O autismo e suas conexões: qual medicação para o autista?. Psicologia em Revista, v. 25, n. 3, p. 1343-1352, 2019.

DEL CIAMPO L A. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Rev Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):739-743, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/K6VfkqqnRCXgPJpyGDfQngr/

FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis.
Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. Psicologia USP, v. 31, 2020. https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027

GOMES, Paulyane et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. Jornal de pediatria, v. 91, p. 111-121, 2015.

NALIN, L. M. .; MATOS, B. A. de .; VIEIRA, G. G. .; ORSOLIN, P. C. . Impacts of late diagnosis of autism spectrum disorder in adults. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e382111638175, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de Orientação do Transtorno do Espectro do Autismo. n. 5, p. 1–24, 2019.

MÓDULO 2

Material Complementar



Material Complementar

Este material complementar foi desenvolvido para aprofundar sua compreensão sobre os temas abordados em nosso módulo 2 "Transtorno do Espectro Autista: características, níveis, processo diagnóstico e projeto terapêutico singular (PTS)".

Portanto, aproveite ao máximo esses recursos adicionais, pois eles são uma parte valiosa de nossa jornada de aprendizado.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho et al. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-. Acesso em 20 set. 2023.

BRASIL. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da cidadania. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NA==. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da cidadania. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2Mw==. Acesso em: 20 jul 2023.

MÓDULO 3

Caso Biopsicossocial



CURSO CUIDADORES TEA: Caso Biopsicossocial - Módulo 3

João, um menino de 5 anos, foi encaminhado pela equipe de saúde da família a um Centro de Atenção Psicossocial Infantil devido a preocupações em relação ao seu desenvolvimento. Nota-se que ele tem dificuldades em fazer contato visual, não responde a chamados e não demonstra interesse em interações sociais; também tem dificuldades em se comunicar verbalmente e costuma expressar suas necessidades e desejos apontando ou levando adultos até o que ele quer.

Uma equipe interprofissional é formada para avaliar João. No acolhimento, uma profissional da equipe de saúde solicita avaliação interprofissional com:

- Pediatra, que examina aspectos do desenvolvimento para descartar condições médicas subjacentes;
- Psicólogo, que avalia aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos, observando padrões de comportamento, habilidades sociais e comunicação;
- Fonoaudiólogo, que avalia a linguagem e a comunicação, observando vocabulário, compreensão verbal e habilidades de expressão;
- Terapeuta ocupacional, que avalia as habilidades motoras finas de João e sua capacidade de realizar tarefas de vida diária, como se vestir e comer;
- Psicopedagogo, que avalia a inserção na escola e suas necessidades educacionais especiais.

Com base na avaliação interprofissional, João é considerado um caso com sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é desenvolvido com a colaboração de todos os profissionais envolvidos:

- Intervenção fonoaudiológica para melhorar sua comunicação e linguagem;
- Terapia ocupacional para desenvolver habilidades motoras finas e torná-lo mais independente em tarefas cotidianas;
- Inclusão escolar com adaptações educacionais que atendam às suas necessidades.

Os pais de João recebem orientações em atividades de grupo família para entenderem e apoiarem as necessidades do filho em casa. A equipe interprofissional se reúne regularmente para revisar o progresso e ajustar o PTS conforme necessário. Com o tempo, João demonstra melhorias em suas habilidades sociais, comunicação e autonomia.

Perguntas mobilizadoras:

a) Você sabe quais os profissionais são fundamentais para o cuidado à pessoa com TEA?

b) O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição complexa com causa multifatorial. Por isso, é necessária uma equipe multidisciplinar e multiprofissional. Quais são as razões dessa necessidade?

c) Qual a importância do trabalho da equipe multiprofissional na orientação e apoio às famílias e comunidade em que vive a pessoa com autismo?

MÓDULO 3

O cuidado integral às pessoas com Transtornos do Espectro Autista



Objetivos de Aprendizagem

a) Conhecer o conceito de cuidado integral à pessoa com TEA, os profissionais, serviços e como acessá-los;
b) Apreender a Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde;
c) Identificar as Redes Intersetoriais para a proteção e a inclusão social;
d) Reconhecer o direito à cultura como estratégias para inserção das pessoas com TEA.

Introdução ao Módulo

Olá! Bem-vindo (a) ao módulo III do curso para cuidadores de pessoas com TEA.

Nesse módulo você irá aprender sobre o cuidado integral por equipes interprofissionais e interdisciplinares em serviços de saúde, assistência social e educação.

Desejamos que seja uma excelente oportunidade de aprendizagem. Para isso, estude os conteúdos, assista à vídeo aula, acesse as indicações de leitura e material complementar e faça o exercício de fixação do conhecimento.

Boa aprendizagem!!!

Caso Biopsicossocial 3

João, um menino de 5 anos, foi encaminhado pela equipe de saúde da família a um Centro de Atenção Psicossocial Infantil devido a preocupações em relação ao seu desenvolvimento. Nota-se que ele tem dificuldades em fazer contato visual, não responde a chamados e não demonstra interesse em interações sociais; também tem dificuldades em se comunicar verbalmente e costuma expressar suas necessidades e desejos apontando ou levando adultos até o que ele quer.

Uma equipe interprofissional é formada para avaliar João. No acolhimento, uma profissional da equipe de saúde solicita avaliação interprofissional com:
Pediatra, que examina aspectos do desenvolvimento para descartar condições médicas subjacentes;

- Psicólogo, que avalia aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos, observando padrões de comportamento, habilidades sociais e comunicação;
- Fonoaudiólogo, que avalia a linguagem e a comunicação, observando vocabulário, compreensão verbal e habilidades de expressão;
- Terapeuta ocupacional, que avalia as habilidades motoras finas de João e sua capacidade de realizar tarefas de vida diária, como se vestir e comer;

- Psicopedagogo, que avalia a inserção na escola e suas necessidades educacionais especiais.

Com base na avaliação interprofissional, João é considerado um caso com sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é desenvolvido com a colaboração de todos os profissionais envolvidos:

- Intervenção fonoaudiológica para melhorar sua comunicação e linguagem;
- Terapia ocupacional para desenvolver habilidades motoras finas e torná-lo mais independente em tarefas cotidianas;
- Inclusão escolar com adaptações educacionais que atendam às suas necessidades.

Os pais de João recebem orientações em atividades de grupo família para entenderem e apoiarem as necessidades do filho em casa. A equipe interprofissional se reúne regularmente para revisar o progresso e ajustar o PTS conforme necessário. Com o tempo, João demonstra melhorias em suas habilidades sociais, comunicação e autonomia.

Este caso clínico ilustra a importância do trabalho interprofissional no diagnóstico e no tratamento do TEA. Cada profissional contribui com sua experiência única que se atenda às necessidades individuais de João e o ajude a alcançar seu máximo potencial. O apoio contínuo da família e a colaboração entre os profissionais são cruciais para o sucesso do tratamento.

Perguntas mobilizadoras:

a) Você sabe quais os profissionais são fundamentais para o cuidado à pessoa com TEA?

b) O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição complexa com causa multifatorial. Por isso, é necessária uma equipe multidisciplinar e multiprofissional. Quais são as razões dessa necessidade?

c) Qual a importância do trabalho da equipe multiprofissional na orientação e apoio às famílias e comunidade em que vive a pessoa com autismo?

Contextualização do Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo

Cuidado em liberdade e com base comunitária e territorial por equipes interprofissionais

A atenção à saúde tem passado por reorganizações com mudanças de maior

impacto com a reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Constituição Federal do Brasil de 1988 tornou-se o marco teórico e legal que concretizou o entendimento social de promoção da saúde, maior conquista do movimento sanitário brasileiro, com garantias de cidadania social (Beck, 2018).

Nesse contexto, o SUS ampliou o acesso à saúde na atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. A partir da necessidade de revisar e adequar às normas nacionais e considerando os princípios e diretrizes propostos, pelo pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, houve a reorganização da atenção básica no Brasil. Esse novo modelo de atenção é composto por equipes multiprofissionais, com visão da integralidade, na perspectiva de desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, reorientar o modelo assistencial e focar a família como centro de atenção, com ações no âmbito individual e coletivo (Neves, 2012).

Especificamente, em relação à gestão do cuidado, este é considerado o momento de encontro entre profissional/equipe e o usuário, constituindo-se em espaço de diálogo, entre os que possuem necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. Esse contexto sofre influência de diversos fatores externos como: organizações, crenças, formações. Sendo assim, a ESF proporciona uma mudança no processo de trabalho em saúde, que engloba o profissional, usuário, família e, também, a comunidade, valorizando vínculo e acolhimento (Merhy; Onoko 2017).



A Atenção Básica em Saúde (ABS) tem como uma das ferramentas a Estratégia Saúde da Família (ESF), que preconiza a família e o território, correlacionando-os ao processo saúde-doença como foco de suas práticas. Entender e estender esse olhar sobre a família em todos seus aspectos e complexidades, crenças e potencialidades torna-se importante na atenção à saúde da criança, pois é nesse ambiente que ela se desenvolve em toda a sua multidimensionalidade (Cianciarullo, 2012).

A família tem sido reconhecida nos últimos anos como uma instituição que desempenha papel relevante na vida social dos indivíduos, pois é no ambiente familiar que se promove a maioria do cuidado com ações positivas que interferem na saúde dos sujeitos, sendo que ela assume o principal papel no contexto do desenvolvimento infantil (Serapioni, 2012).

Nesta conjunção, é preciso reforçar o poder das políticas públicas que tenham alcance nos microespaços e contar com os diferentes setores da sociedade para o fortalecimento das famílias para que, dessa maneira, possam promover o desenvolvimento infantil saudável (Brasil, 2011).

O desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central, outros fatores como: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Todos os fatores envolvidos no desenvolvimento infantil se apresentam nas vivências e no comportamento dos bebês e das crianças, no jeito como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Entende-se que a obtenção dos marcos de desenvolvimento pelas crianças precisa do funcionamento do sistema nervoso central (SNC), e demais elementos do funcionamento orgânico, tais como da quantidade e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia com as outras pessoas e com o ambiente em que está introduzido (Brasil, 2016).

É na faixa etária de 0 a 6 anos que desenvolvem o pensamento, a linguagem e a comunicação. Os três primeiros anos de vida são muito importantes pela possibilidade de intervenção para ampliar as competências da criança e a estimulação precoce do nascimento aos três anos, torna-se uma janela de oportunidades para crianças com sinais e sintomas do TEA, com vista ao melhor desenvolvimento da aprendizagem, comunicação, socialização, interação, emoções (Brasil, 2017).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito continuamente, de forma que seja possível a percepção precoce de alterações, sendo viáveis as devidas ações, visando dar à criança possibilidades para um desenvolvimento adequado, ajudando para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, o que irá refletir positivamente por toda a vida (Falbo et al., 2011).

Todo programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início desde a concepção até os três anos. Este é o período em que o cérebro se desenvolve mais rápido, criando uma janela de possibilidades para as formações que refletirão em uma boa saúde e produtividade no futuro (UNICEF, 2015).

A vigilância do desenvolvimento infantil é um processo constante que envolve quaisquer atividades referentes à promoção do desenvolvimento normal e identificação de dificuldades no desenvolvimento, por meio da Atenção Primária à

Saúde (APS) da criança. No Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 2004, ações estratégicas que objetivam à diminuição da morbimortalidade infantil. Dentre estas ações está a vigilância do desenvolvimento (Reichert et al., 2015).

A política mais atual direcionada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A rede de atenção à saúde da criança inclui a rede cegonha, pessoa com deficiência, urgência e emergência, atenção psicossocial e doenças crônicas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança foi instituída por meio da Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015 (Brasil, 2018).

O desenvolvimento infantil abrange uma série de capacidades e habilidades inter-relacionadas e interdependentes. As principais características nesta perspectiva incluem a linguagem (expressiva e receptiva), as habilidades motoras (amplas e finas), capacidades cognitivas e aspectos socioemocionais da criança. Quando as condições socioeconômicas, nutricionais, de estimulação cognitiva, cuidados na primeira infância e de saúde infantil e materna são adequadas para o desenvolvimento da criança, estas capacidades e habilidades tendem a se manifestar de forma similar em diferentes contextos socioculturais (Fernandes, 2020).

Como um aspecto importante do desenvolvimento infantil, a linguagem e a comunicação começam a assumir nova relevância nas sociedades atuais, dada a sua centralidade para a socialização e a aprendizagem. Além disso, novos valores e exigências do mundo globalizado são apontados como fatores que acarretam mudanças nos padrões de empregabilidade, fazendo com que a capacidade de comunicar de forma eficaz seja vista como requisito para melhores oportunidades no mundo produtivo. Assim, as "doenças da comunicação" começam a ser apontadas como "um novo problema de saúde pública" (Goulart, 2012).

No percurso do desenvolvimento infantil, algumas desordens de linguagem podem ser consideradas primárias, envolvendo uma descrição ampla de habilidades, que se desenvolvem de forma distinta em comparação ao desenvolvimento considerado típico (Law, 2013).

Assim, preocupações com o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança conduzem à adoção de diferentes estratégias para este acompanhamento, tais como o rastreamento, a avaliação, o monitoramento e a vigilância do desenvolvimento. Questões relacionadas às necessidades de linguagem vêm sendo discutidas e priorizadas, a partir de argumentos que incluem os efeitos sobre o desenvolvimento social e emocional da criança (OPAS, 2005).

A comunicação é uma habilidade sociocultural, portanto a inserção e adaptação da criança com TEA no contexto social é de grande importância, a fim de

maximizar a reciprocidade intersocial, assim como ampliar seu vocabulário e aprender a usar a linguagem como um instrumento capaz de regular o pensamento e o comportamento (Camargo; Bosa, 2009).

A orientação familiar é uma ferramenta importante e efetiva quando se conhece o contexto e a realidade social na qual as famílias estão inseridas, que são informações cruciais para a avaliação e o tipo de abordagem que deverá ser tomada com as crianças e os familiares. Um programa de orientação familiar pode ser uma ferramenta útil para ajudar as famílias a lidar com o diagnóstico de TEA de seus filhos e promover uma melhora no desenvolvimento de linguagem e habilidades sociais, diminuindo o não engajamento social destas crianças (Magalhães, 2021).

Apesar dos avanços científicos das últimas décadas, ainda existe a necessidade de investigações que considerem aspectos além das perspectivas de se estabelecer marcadores e tecnologias biomédicas com o estabelecimento de modelos de diagnósticos baseados em considerações exclusivamente biológicas, sendo os aspectos multifatoriais mais relevantes que qualquer perspectiva biologizante (Mousinho, 2008).

Rede de cuidados, Proteção e Inclusão das pessoas com TEA

Cuidado em liberdade e com base comunitária e territorial por equipes interprofissionais

No cuidado de pessoas com TEA há um conjunto de profissionais fundamentais nas terapias, que devem ocorrer de forma articulada, tanto no período que antecede o fechamento do laudo quanto à manutenção posterior ao diagnóstico do paciente, esses profissionais são: neuropediatra, pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, entre outros. Igualmente há os profissionais que atuam na escola, no acompanhamento com as crianças que são os pedagogos/psicopedagogos, apoiadores educacionais (Leal et al., 2018).

Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade do trabalho de equipes multiprofissionais para a atenção e cuidado aos sujeitos com TEA. É fundamental que o cuidado seja feito por uma equipe interprofissional que conheça a pessoa, família e cuidadores, com projeto terapêutico singular com participação de todos os envolvidos, considerando as necessidades de cada pessoa e seu contexto de vida. (Silva; Mulick, 2009).

Nesse sentido, o cuidado integral, articulado entre os serviços das redes de cuidado do SUS e das Redes Intersetoriais de Assistência Social e de Educação, Emprego e Renda, possibilitará a conquista de uma maior funcionalidade das

crianças que apresentem alguma deficiência, permitindo um futuro com mais autonomia e inclusão social (Brasil, 2016), como apresentado a seguir:

Rede de Atenção em Saúde no SUS

Organização dos serviços de saúde nos territórios com linhas de cuidado

Para Mendes (2007), as Redes de Atenção à Saúde são sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizados por foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado por meio de um continuum; sistemas de informação que interliguem consumidores, prestadores e pagadores de serviços para a garantia da continuidade do cuidado; informações sobre custos dos serviços, qualidade dos atendimentos e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados (Mendes, 2007).

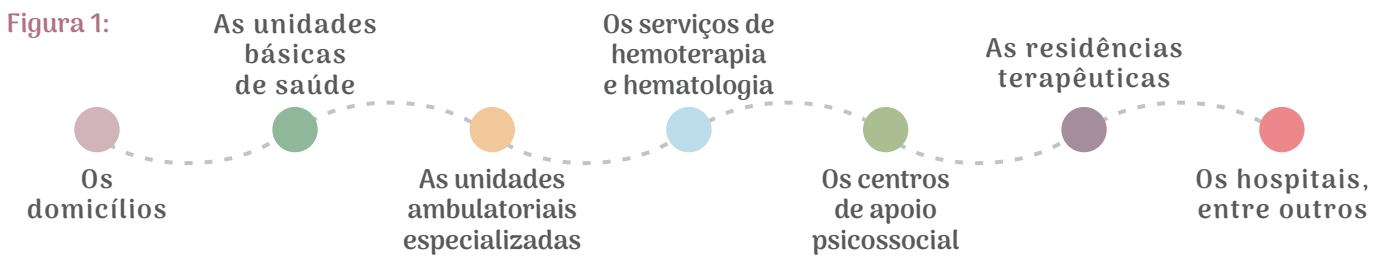
As Redes de Atenção em Saúde têm como principal objetivo a promoção e o desenvolvimento de ações integradas e efetivação de serviços de saúde de qualidade, oferta organizada e contínua, com responsabilidade compartilhada, com vistas a ampliar o acesso ao cuidado integral com excelência clínica, sanitária e eficiência econômica.

Figura 1: pontos de redes de atenção das Redes de Atenção em Saúde.

O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais que compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde. A equipe multiprofissional de saúde é composta por diferentes profissionais de diferentes áreas de saúde, que trabalham, não necessariamente juntos, para oferecer um atendimento aos pacientes (Peduzzi e Agreli, 2018).

[2]BRASIL. Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. Política de Redes de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS n. 4279, DOU 30.12.2010.

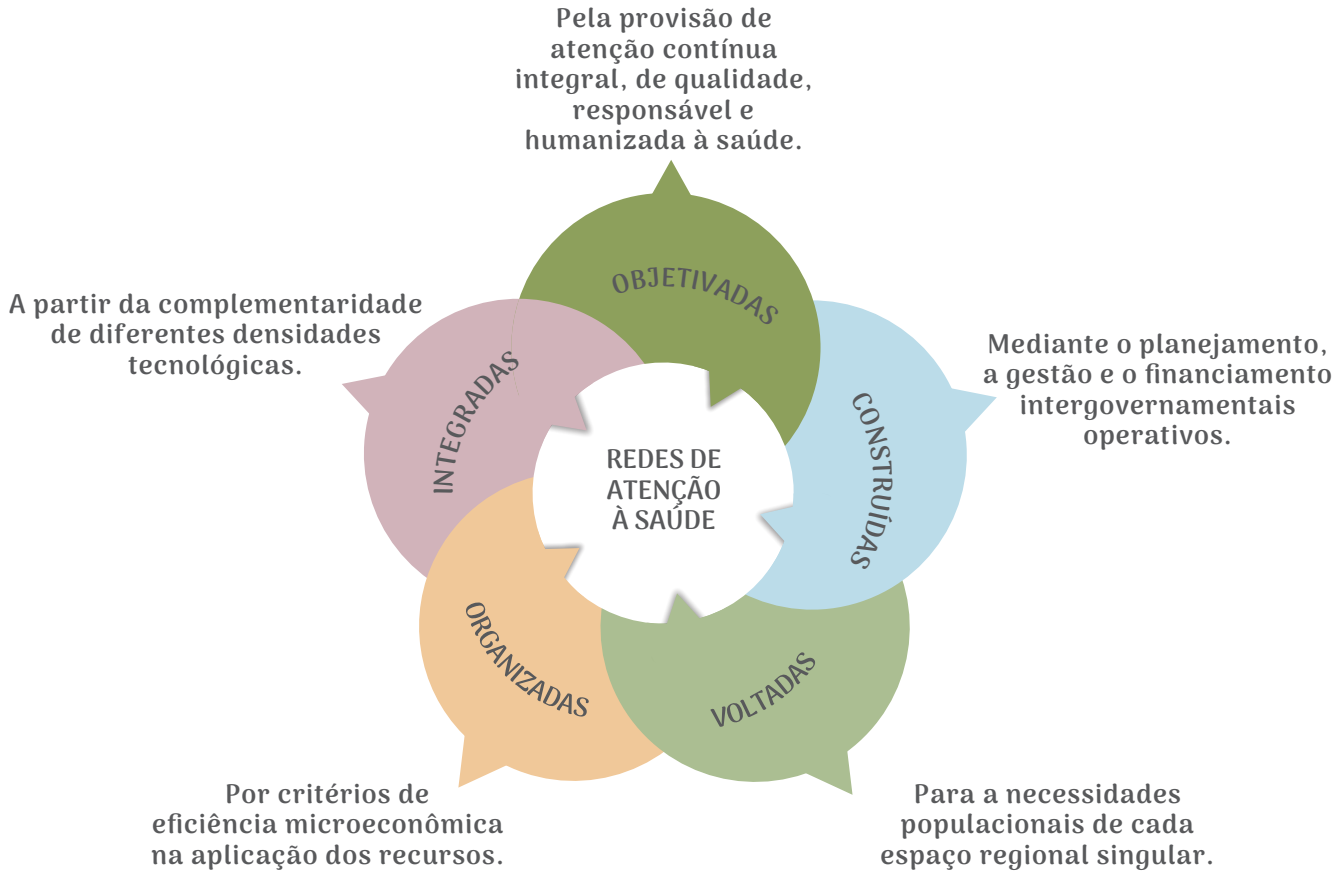
Figura 1:



Fonte: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6023/mod_resource/content/3/un01/top01p02.html.

A perspectiva é de que se desenvolva a gestão e produção de cuidado em itinerário de cuidados – uma linha de cuidado - com gestão integrada, proporcionando a atenção certa no lugar certo para população, com a devida alocação de recursos financeiros e humanos.

Figura 2: conceitos das Redes de Atenção em Saúde.



Fonte: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6023/mod_resource/content/3/un01/top01p03.html

Rede de Atenção Básica em Saúde

Porta de entrada principal ao SUS, Coordenadora do cuidado e gestora das Redes de Saúde

As Redes de Atenção em Saúde se sustentam na compreensão da Atenção Primária, como primeiro nível de atenção, que funcionando adequadamente, tem capacidade resolutiva dos cuidados para os problemas mais comuns de saúde, assumindo a coordenação do cuidado em todos os Pontos de Atenção.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como "porta de entrada", preferencial para os usuários do sistema de saúde. Visa, orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes

de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia Saúde da Família, que leva serviços multidisciplinares às comunidades, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (Brasil, 2018).

A saúde da família está no primeiro nível de atenção no SUS e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (Brasil, 2017).

Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, formadas por: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário (Brasil, 2017).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), agora equipe multiprofissional da AB (eMulti), devem ser constituídos por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as eSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL,2023).

A responsabilização compartilhada entre as eSF e eMulti na comunidade, prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da eSF, atuando no

fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

Como aprendido no módulo II, as ferramentas de trabalho do antigo NASF, hoje eMulti, são: Apoio Matricial, que consiste no compartilhamento de saberes entre os profissionais das equipes da ESF e eMulti, visando a ampliar a resolução dos problemas mais comuns, e Projeto Terapêutico Singular (PTS), conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, construído em conjunto por uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, quando necessário.

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) que visa promover a saúde no território. O PST é estruturado em três momentos: diagnóstico, definição de metas e responsáveis, e avaliação. O PST articula os serviços de saúde com outros serviços e políticas para promover a qualidade de vida e a autonomia de sujeitos e comunidades. A Clínica Ampliada considera a saúde do sujeito em seu contexto, objetivando produzir saúde e ampliar sua autonomia. A realização da avaliação diagnóstica considera o saber clínico e o contexto singular do sujeito na definição da intervenção terapêutica, considerando a complexidade das demandas de saúde (Brasil, 2009a).

A avaliação do cuidado à saúde da criança possibilita qualificar o processo de trabalho em saúde, além de identificar áreas que necessitam de maior investimento (Figueiredo et al., 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como eixos principais linhas de cuidado que visam à promoção da saúde, principalmente nos aspectos relacionados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com destaque para os primeiros mil dias de vida. A Estratégia de Saúde da Família, por sua vez, desempenha papel decisivo na articulação e promoção de intervenções para a primeira infância. A capacidade para acessar mulheres e seus filhos durante este período da vida representa espaço para integrar intervenções eficazes e de baixo custo (Leal et al., 2018).

Entender esses aspectos são essenciais para superar déficits nos indicadores de saúde da criança e a partir deles repensar estratégias de cuidado que alcancem suas necessidades (Pinto Et Al., 2016; Gubert Et Al., 2021).

As crianças com condições crônicas complexas de saúde demandam uma linha de cuidados que incorporem ações de estimulação essencial e reabilitação. Essas crianças podem se tornar frequentadoras desses espaços, considerando que o tratamento da doença e das alterações no processo de desenvolvimento resultantes da condição de adoecimento é contínuo e de longa duração (Moreira et al., 2018).

Na infância, devido à intensa neuroplasticidade, ocorre o período de maior desenvolvimento, crescimento e aprendizagem na vida do indivíduo, e por isso é o momento mais oportuno para a realização de estimulação e reabilitação. Logo, torna-se imprescindível que o tratamento dessas crianças seja iniciado nos serviços de atenção especializada imediatamente após a identificação de alterações no desenvolvimento (Silva; Moreira, 2019).

Na APS, a centralidade do cuidado está na família adstrita em seu território. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são o elo entre as famílias e as equipes de saúde. A eSF (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e demais profissionais) assumem a responsabilidade compartilhada em relação a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. Por isso, importa que o TEA seja incluído nas rotinas das consultas, nos grupos terapêuticos, nas ações de educação permanente das equipes, com vistas ao enfrentamento da realidade que afetam as famílias (Brasil, 2017, 2018; Figueiredo Et Al., 2018; Leal et al., 2018).

As equipes de saúde assumem a responsabilidade de prevenir doenças, atender e encaminhar os casos mais graves para atendimento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Enquanto coordenadora do cuidado desempenha um papel importante na organização do fluxo de serviços. Para isso, ela realiza a análise da situação de saúde das famílias, identificando as instituições onde as crianças têm suas primeiras interações sociais e desenvolvimento da linguagem, como creches, escolas e organizações não governamentais (Brasil, 2014b, 2017b, 2016, 2018; Silva; Moreira, 2019).

Nesse sentido, as equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (Brasil, 2017b; 2018).

A gestão do processo de trabalho por ESF é fundamental para a produção de cuidado para a identificação precoce de crianças com sinais e sintomas do autismo nos primeiros anos de vida. As consultas de atenção ao parto e aopuerpério, à assistência à saúde da criança devem incluir o cuidado com o desenvolvimento da linguagem e da personalidade (Silva; Mulik, 2011).

A identificação de sinais e sintomas de crianças com autismo pode ser realizada por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, hoje reformulado como eMulti, com a presença de profissionais da Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, que são capazes de realizar ações para a realização de avaliação de

desenvolvimento da linguagem e proposição de um Projeto Terapêutico Singular da criança, com a inserção em terapia de linguagem em ambulatório especializado, supervisão dos processos de inclusão escolar, garantia de direitos como os de livre acesso e de benefício de prestação continuada, contribuindo para a produção de capacidade de reflexão e autocrítica dos pais (Fernandes, 2020; Goulart, 2012).

Apesar dos avanços, a identificação e o diagnóstico de autismo são tardios, permanecem por muitos anos sem uma diagnose. Além da falta de conhecimento pelos profissionais da saúde e de educação para lidar com casos de autismo (American Psychological Association, 2014).

A PNAISC visa à promoção da saúde da criança, principalmente relacionada com o desenvolvimento e crescimento infantil, papel decisivo na articulação e promoção de intervenções para a primeira infância. A capacidade para acessar mulheres e seus filhos durante os primeiros anos de vida representa espaço para integrar intervenções eficazes e de baixo custo, facilitando dessa forma a situação financeira para as famílias que necessitam custear o tratamento de seus filhos com TEA. A compreensão de aspectos específicos é essencial para superar déficits nos indicadores de saúde da criança e a partir deles repensar estratégias de cuidado que alcancem as necessidades dessa população (Leal Et Al., 2018; PINTO Et Al., 2016).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (Brasil, 2004).

O autismo representa novos desafios que repercutem na família e no ambiente social, principalmente, nas escolas, que são as principais instituições na identificação dos sinais e sintomas para o TEA. Essas instituições iniciam a orientação aos familiares e encaminham para instituições de saúde ou educacionais especializadas, que exigiam deslocamento para outros municípios. Ademais, o acesso ao diagnóstico e às medidas interventivas , psicossociais psicoeducacionais no cuidado da criança favoreceram o convívio familiar e social (Camargo; Bosa, 2009).

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos. Assim, assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe à Atenção Primária à Saúde integrar os serviços, normalmente ofertados de forma desarticulada, pelo sistema de saúde convencional. Uma

atenção primária de qualidade estrutura-se segundo atributos e funções. Confira o quadro 1 a seguir, que apresenta os detalhes de cada um destes atributos e funções.

Quadro 1: atributos e funções da Atenção Primária à Saúde.

O Primeiro Contato	Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.
A Longitudinalidade	A longitudinalidade deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (Starfield, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações e custos totais mais baixos.
A Integralidade da Atenção	A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.
A Coordenação	Coordenação é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (Sarfield, 2002*). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, que nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, convivem com a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção. Eles possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.
A Centralidade na Família	Remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado de família, que é reconhecido como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto e possuam entre si uma relação de parentesco, primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não. Também são consideradas famílias as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, independente do grau de parentesco. A centralização na família requer mudança, na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

Abordagem Familiar	A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessárias.
A Orientação Comunitária	A APS, com orientação comunitária, utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário: • Definir e caracterizar a comunidade. • Identificar os problemas de saúde da comunidade. • Modificar programas para abordar estes problemas. • Monitorar a efetividade das modificações do programa

Fonte: elaborado pelo próprio autor a partir de Starfield (2011).

Rede de Atenção Especializada

Diagnósticos, exames, terapias e consultas com especialistas

A Rede de Atenção Especializada (RAE) é um conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir de processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Organizada sobretudo de forma hierarquizada e regionalizada, a RAE é integrante estratégico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), operacionalizado em articulação e em sintonia com a Atenção Primária à Saúde (APS) – estabelecendo sistema de referência e contrarreferência – a fim de fomentar a continuidade da assistência segundo as necessidades de saúde da população. Figura-se, então, como parte fundamental para a concretização do princípio da Integralidade (Brasil, 2023).

A Atenção Especializada é composta por ações e serviços ambulatoriais de apoio, diagnóstico e terapêutico e, ações e serviços hospitalares de diagnose e terapia, além da área de urgência e emergência (Brasil, 2023).

Para os casos de pessoas com TEA que conseguem participar de terapias individuais em consultórios, há os ambulatórios e policlínicas, com especialistas em psiquiatria, neuropediatria, neurologia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Para atendimento nos ambulatórios especializados, a marcação da consulta é feita de acordo com a organização do seu município. Geralmente, pode ser feita pelo Agente Comunitário de Saúde ou, diretamente, pelo usuário que tenha encaminhamento de médico de família e comunidade.

Rede de atenção à urgência e emergência

Atenção pré-hospitalar, hospitalar e o Serviço de Atendimento Domiciliar

A Rede de atenção à urgência e emergência pretende reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência, de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, para melhor organizar a assistência, definindo fluxos e referências adequadas.

A Rede de atenção à urgência e emergência é constituída por diferentes pontos de atenção à saúde, que atuam de forma integrada para garantir o atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde, agudas ou crônicas agudizadas.

Após a alta hospitalar, alguns casos demandam o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), solicitado pela Atenção Primária. O SAD corresponde à realização de cuidados clínicos individuais em ambiente familiar, como se fosse uma internação hospitalar.

A atenção domiciliar é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente. É caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de atenção à urgência e emergência. Com abordagens diferenciadas, o SAD está disponível no SUS e é oferecido conforme a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes (Brasil, 2022).

De acordo com as necessidades do paciente, o cuidado domiciliar pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente requer visitas menos frequentes, como uma vez por mês, e está em um estado mais estável, a equipe de Saúde da Família/Atenção Primária de referência pode assumir esse cuidado. Por outro lado, casos mais complexos são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), pertencentes ao serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Melhor em Casa (Brasil, 2022).

Crise em Saúde Mental e o manejo adequado

Crise em saúde mental, crise psiquiátrica e Cuidado Adequado

O papel do SAMU na assistência às urgências em saúde mental, inclusive as psiquiátricas, foi ratificado durante a Primeira Oficina Nacional de Atenção às Urgências em Saúde Mental, que aconteceu na cidade de Aracaju, Sergipe, no ano de 2004. O evento foi o primeiro diálogo prático para operacionalizar a articulação

entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2007).

Bonfada e Guimarães (2012) afirmam que a transferência de responsabilidade para profissionais e serviços que atuam em situação de sofrimento psíquico deve ser acompanhada de preparação e capacitação. Isso porque a atenção a esses casos requer competências específicas dos profissionais e serviços envolvidos.

Nesse sentido, o SAMU assume o cuidado em situações de crise para garantir o atendimento inicial, assim como conduzir o paciente ao serviço de atendimento de urgência.

O termo crise tem implicações conceituais porque a palavra "crise" é originária da palavra grega krisis, que circunscreve uma situação na qual uma decisão precisa ser tomada (Bonfada; Guimarães, 2012).

A crise, desde sua origem, tem um significado relacionado à transição, separação, desequilíbrio e transitoriedade. Acima de tudo, ela representa uma oportunidade de crescimento. Portanto, é importante que a crise seja abordada cuidadosamente por profissionais qualificados, para que os indivíduos possam aproveitar seu potencial transformador e criativo. Embora seja evidente o sofrimento vivenciado pelo indivíduo durante a crise, é um momento em que ele expressa sua angústia e sofrimento de maneira intensa, chegando a se desprender da realidade social e corporal. Em certas situações, isso pode ter consequências prejudiciais para o indivíduo e para aqueles ao seu redor.

No entanto, nem sempre esse risco está presente, e o distanciamento da realidade que o sujeito experimenta durante esse momento não implica na ausência de sensações, afetos ou na negação de sua condição humana, por mais estranha que a situação possa parecer (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

Com base nos conceitos de crise, nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica. Portanto, não deve ser tratada incondicionalmente como tal. Isso porque as definições de urgência e de emergência médica nem sempre se aplicam ao campo da saúde mental (Oliveira, 2002).

Embora a Portaria nº. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2022, não defina a crise em saúde mental como urgência psiquiátrica, ela é frequentemente tratada como tal. O SAMU, juntamente com a rede de atenção à saúde mental, a polícia e o corpo de bombeiros, são responsáveis pelo atendimento a essas situações (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

Para Jardim (2008), "(...) a crise que deveria ser cuidada a partir dos princípios de vinculação e acolhimento da existência, do sofrimento do outro, ganha o rótulo de urgência psiquiátrica, processo que traz consigo alterações microfísicas

nefastas" (p.17).

> Assim, a crise deve ser assistida sob a ótica da humanização e da integralidade do atendimento em saúde e, como qualquer fenômeno relativo ao processo saúde/doença, também necessita de profissionais que dominem conhecimentos teóricos próprios de sua área de atuação e sejam capazes de colocar as necessidades dos sujeitos como elementos centrais de suas intervenções (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007, P. 229).

A Política Nacional de Atenção às Urgências ainda aponta a crise psiquiátrica como objeto de intervenção da polícia. No entanto, a polícia não está preparada para esse tipo de atuação, pois seu caráter histórico é de agente de repressão e manutenção da ordem. Há situações em que a ajuda policial pode ser necessária e solicitada, principalmente em situações de ameaça concreta contra a própria vida ou a de terceiros, que serão consideradas emergências psiquiátricas (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007; Jardim, 2008; Oliveira, 2002).

A crítica é dirigida ao despreparo da polícia e, principalmente, ao uso excessivo de medidas extremas em situações de crise ou urgência psiquiátrica. Nesses casos, os indivíduos podem estar até certo ponto abertos ao diálogo, à interação e à adoção de medidas terapêuticas que visem a uma experiência positiva daquele momento tão traumático.

Em 25 de maio de 2022, na cidade de Umbaúba, Sergipe, Brasil, Genivaldo de Jesus Santos, foi morto por asfixia mecânica e insuficiência respiratória aguda. Ele foi assassinado por policiais da polícia rodoviária federal, numa ação cruel e criminosa. Nesse mesmo dia marcava-se a data de dois anos da morte George Floyd pela polícia estadunidense. Dois homens negros. Dois pais de família. Dois pacientes psiquiátricos. Dois homens mortos por pura covardia. Justiça para Genivaldo!

Figura 3: Charge – Justiça por Genivaldo, paciente morto por policiais rodoviários federais em Sergipe, 2022.



Fonte: Associação dos Docentes da Universidade Federal de Sergipe (2022).

Rede de Atenção Hospitalar

Leitos e enfermarias de saúde mental em hospitais gerais

A desinstitucionalização é uma das principais mudanças no paradigma de atendimento a pessoas com transtornos mentais e em uso prejudicial de substâncias desde a segunda metade do século XX. É uma política projetada para promover a recuperação e a reabilitação, defender os direitos humanos e reduzir o custo do cuidado. O atendimento comunitário é um modelo de atendimento que promove a autonomia e a participação social, e é considerado mais humano e de maior qualidade em comparação aos cuidados baseados em instituições (Shen; Snowden, 2014).

O Brasil tem implementado por mais de três décadas uma atenção em saúde mental baseada na desinstitucionalização, criando uma rede de serviços de saúde mental que inclui CAPS, atenção primária, residências terapêuticas, etc. Isso resultou na redução de mais de 80% do número de leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

Segundo Echebarrena e Silva (2020), a intervenção hospitalar em saúde mental implica a internação em leitos psiquiátricos localizados em hospitais gerais por um período curto, para pacientes em situação de crise que não podem ser atendidos na rede comunitária.

Essa escolha é decorrente da constatação de que a integração dos dispositivos de saúde mental na rede de saúde geral é um dos pontos de partida para qualquer processo de reforma. Quando as hospitalizações ocorrem dentro da rede de saúde geral, evitam-se os mecanismos de exclusão próprios das instituições psiquiátricas tradicionais (Almeida; Gonzales, 2005).

As normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para pessoas com transtornos mentais e em uso prejudicial de substâncias, do Componente Hospitalar da RAPS, e institui incentivos financeiros estão descritas na portaria nº. 148, de 31 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Quando se entende que os transtornos mentais são doenças crônicas, é importante defender o cuidado em hospitais gerais em leitos que respeitem a integridade física e a dignidade da pessoa humana. É fundamental que nunca mais se repitam as violações de direitos humanos que ocorreram nos hospitais psiquiátricos brasileiros, como denunciado no filme O Holocausto Brasileiro de Daniela Arbex.

Saiba mais acessando



Assista ao Filme Holocausto Brasileiro baseado em livro da jornalista Daniela Arbex (HBO). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jlentTu8nc4.

Rede de Atenção Psicossocial em Saúde – RAPS

Modelo substitutivo a todas as formas de privação da liberdade e de violação dos Direitos Humanos

No Brasil, há uma Política Nacional de Saúde Mental que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Quadro 2: Rede de Atenção Psicossocial, pontos das Redes de Atenção em Saúde.

Atenção Primária • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura.	**Atenção Psicossocial Estratégica** • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde.	**Atenção Residencial de Caráter Transitório** • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Atenção Hospitalar	Estratégia de Desinstitucionalização
• Enfermaria especializada em hospital geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	• Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); • Programa de Volta para Casa (PVC).
Estratégias de Reabilitação Psicossocial e Inclusão • Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Economia solidária e cooperativas Sociais.	

Fonte: elaborado pelo próprio autor a partir de Brasil (2001).

O Acesso aos Centros de Atenção Psicossocial

Acolhimento, perfil do usuário e encaminhamentos para Redes de Cuidado

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam uma parte vital do sistema de saúde mental no Brasil. Esses pontos da rede desempenham um papel essencial no atendimento a pessoas em situações de sofrimento mental, oferecendo uma abordagem interdisciplinar e centrada na pessoa (Brasil, 2011).

Os CAPS surgem como resposta à necessidade de uma abordagem mais humanizada e menos hospitalocêntrica no tratamento do sofrimento mental. Eles visam promover a inclusão social, a reabilitação psicossocial e a integralidade do cuidado, considerando o paciente na totalidade, incluindo suas circunstâncias sociais.

Os CAPS são serviços de saúde mental que atuam como porta de entrada no SUS para pessoas em situação de crise, com sofrimento psíquico grave e vulnerabilidade social. Esses serviços são compostos por uma equipe multidisciplinar que assume a gestão do cuidado em parceria com as equipes de atenção primária. Os casos que não se enquadram no perfil para atendimento do caps, são encaminhados para os ambulatórios, policlínicas e centros de reabilitação.

Atendimento nos CAPS

Acolher demandas e produzir cuidados

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001), o atendimento nos CAPS é realizado conforme demonstrado a seguir:

O acesso aos CAPS começa com o acolhimento, que envolve uma escuta atenta das necessidades do paciente. A triagem ajuda a determinar o grau de urgência e a melhor forma de intervenção.

Encaminhamento: O acesso pode ocorrer por meio de encaminhamento de profissionais de saúde, familiares ou até mesmo pelo próprio paciente. Essa abordagem visa garantir que os serviços sejam acessíveis a quem deles necessita.

Portas Abertas: os CAPS são serviços de "portas abertas", permitindo que as pessoas procurem ajuda sem a necessidade de agendamento prévio, facilitando o acesso imediato em momentos de crise.

Equipe Multidisciplinar: Os CAPS contam com uma equipe multidisciplinar que inclui psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros. Essa abordagem interdisciplinar permite uma avaliação holística das necessidades dos pacientes

Atendimento Individualizado: Cada paciente recebe um plano de cuidados individualizado, levando em consideração suas necessidades específicas e metas terapêuticas. Essa abordagem personalizada é fundamental para o sucesso do tratamento.

Terapia de Grupo: os CAPS oferecem terapias de grupo, que proporcionam um espaço seguro para compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento. Isso promove a construção de redes de apoio e a redução do estigma social.

Reabilitação Psicossocial: A reabilitação psicossocial é uma abordagem central nos CAPS, que visa o desenvolvimento de habilidades sociais, ocupacionais e emocionais que permitam aos pacientes reintegrarem-se à sociedade.

Medicamentos com Prudência: quando necessário, os profissionais médicos prescrevem medicamentos com parcimônia, priorizando uma abordagem que minimize os efeitos colaterais e promova o bem-estar geral.

Os CAPS oferecem serviços essenciais para a promoção da saúde mental e a inclusão social, mas ainda enfrentam desafios, como falta de recursos, escassez de profissionais e demanda crescente.

No entanto, é fundamental reconhecer a importância desses serviços e continuar investindo na expansão e aprimoramento dos CAPS, garantindo que todas

as pessoas tenham acesso a um atendimento de qualidade e humanizado.

O acesso a esses serviços é fundamental para promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. À medida que continuamos a evoluir na compreensão da saúde mental e na importância do cuidado holístico, os CAPS desempenham um papel cada vez mais vital em nossa sociedade (Brasil, 2001).

Intervenção precoce para a melhor qualidade de vida das pessoas com TEA

Proteger a primeira infância, intervir precocemente e apoiar famílias e comunidades

A primeira infância é um período de desenvolvimento rápido e intenso. A estimulação precoce, o desenvolvimento de habilidades, a autonomia e a socialização devem ser priorizadas em situações de diagnóstico precoce para o TEA. Esses aspectos estão relacionados e desempenham um papel fundamental na formação de indivíduos saudáveis, adaptáveis e socialmente competentes (Skuse, 2004).

O cuidado e a intervenção precoce são importantes já no pré-natal, parto e puerpério. Há instrumentos de diagnóstico para o TEA já podem ser usados em bebês, e as maternidades, os berçários de riscos e as enfermarias neonatais são locais estratégicos para a realização desses diagnósticos (Seize; Borsa, 2017; Skuse, 2004).

A estimulação precoce refere-se às interações e experiências que uma criança vivencia desde o nascimento até os primeiros anos de vida. Essa estimulação é vital para o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico da criança. O desenvolvimento de habilidades abrange várias áreas, incluindo cognitiva, motora, linguística e social.

Quadro 3: estímulos, habilidades e objetivos na estimulação precoce da pessoa com Transtornos do Espectro Autista.

Estimulação precoce	Tipo de estímulo e habilidade	Objetivos
Estímulo	Cognitivo	Atividades que envolvem exploração, brincadeiras e exposição a uma variedade de estímulos ajudam a desenvolver habilidades cognitivas, como linguagem, resolução de problemas e raciocínio lógico.

Estimulo	Desenvolvimento Emocional	O cuidado afetivo e a resposta às necessidades emocionais da criança criam uma base segura para a construção de relacionamentos saudáveis e autoestima positiva.
Habilidades	Cognição	Estimular a curiosidade, a resolução de problemas e a criatividade são essenciais para o desenvolvimento intelectual da criança.
	Habilidades Motoras	A coordenação motora grossa e fina é fundamental para a exploração do ambiente e a independência na realização de tarefas cotidianas.
	Linguagem	Estimular a comunicação verbal e não verbal ajuda a criança a desenvolver habilidades de expressão e compreensão, bem como a alfabetização.

Fonte: elaborado pelos autores

A promoção da autonomia na infância é essencial para que as crianças desenvolvam a capacidade de tomar decisões, cuidar de si mesmas e se tornar autossuficientes (Nascimento, 2021).

Pelo menos duas dimensões são fundamentais: a) responsabilidades adequadas à idade: permitir que a criança assuma responsabilidades apropriadas à sua idade promove a independência e a autoconfiança; b) tomada de decisão: incentivar a criança a tomar decisões, mesmo que pequenas, ajuda a desenvolver habilidades de pensamento crítico e resolução de problemas (BrasiL, 2006).

Quanto à socialização, a pré-escola é essencial para melhorar o desenvolvimento infantil, contribuindo para a formação de relacionamentos interpessoais e habilidades sociais. Acesso às creches com equipes para a estimulação psicomotora e pedagógica são direitos fundamentais ainda distantes da realidade concreta das pessoas (Brasil, 2006; Nascimento, 2021).

A socialização é composta por duas dimensões: a interação com pares e a compreensão emocional. A interação com pares é importante para o desenvolvimento de habilidades sociais, como compartilhar, cooperar e resolver conflitos. A compreensão emocional é fundamental para a empatia e o relacionamento bem-sucedido.

É comum que as crianças enfrentam desafios no desenvolvimento de habilidades, autonomia e socialização. É importante reconhecer a diversidade no ritmo de desenvolvimento de cada criança e adaptar as estratégias de apoio conforme necessário. Os cuidadores e educadores desempenham um papel vital na preparação da próxima geração para enfrentar os desafios do mundo de maneira independente e bem-sucedida, oferecendo um ambiente rico em experiências, apoio emocional, oportunidades de aprendizado e a chance de desenvolver habilidades sociais (Brasil, 2006).

Rede de Proteção e Inclusão Social

A Rede SUAS é o Sistema Nacional de Informação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Reconhecida pela Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), é desenvolvida com base nos processos que envolvem a efetivação da política de Assistência Social no Brasil (Brasil, 1993, 2005).

A Rede SUAS é composta por ferramentas que realizam o registro e a divulgação de dados sobre recursos repassados, o acompanhamento e o processamento de informações sobre programas, serviços e benefícios socioassistenciais, o gerenciamento de convênios e o suporte à gestão orçamentária, entre outras ações relacionadas à gestão da informação do SUAS. Essa rede é considerada um instrumento descentralizado de gestão, monitoramento e avaliação de programas, serviços, projetos e benefícios da Assistência Social. Os dados e informações fornecidos pela Rede SUAS subsidiam as atividades técnicas de gestores, profissionais, conselheiros, entidades socioassistenciais e usuários do SUAS (Brasil, 2005).

Através da organização, produção, armazenamento, processamento e acesso aos dados relacionados à implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as ações da Rede SUAS atendem às necessidades de comunicação, garantindo transparência na gestão da informação e fornecendo suporte às operações, financiamento e controle social do SUAS (Brasil, 1993, 2005).

Rede de Assistência Social

A Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado, política pública não contributiva integrante da seguridade social, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas da população brasileira (Brasil, 1993).

A Proteção Social Básica (PSB) é um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social com objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Brasil, 1993, 2005).

Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos

serviços públicos, dentre outros) ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social - discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras (Brasil, 2005).

A ênfase da Proteção Social Especial (PSE) deve priorizar a reestruturação dos serviços de abrigamento dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias, para as novas modalidades de atendimento. A PSE é modalidade de atendimento assistencial destinada às famílias e aos indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras situações (Brasil, 2005).

A Proteção Social Especial é um conjunto de serviços, programas e projetos, visando contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direitos, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção da família e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (Brasil, 1993, 2005).

Público usuário da Política de Assistência Social

O público usuário da Política de Assistência Social é composto por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco. Essas situações incluem:

- Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos afetivos, de pertencimento e sociabilidade.
- Pessoas em diferentes ciclos de vida.
- Indivíduos com identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexuais.
- Pessoas com deficiências e desvantagens pessoais resultantes delas.
- Indivíduos excluídos pela pobreza ou com dificuldade de acesso a outras políticas públicas.
- Pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.
- Vítimas de diferentes formas de violência provenientes do núcleo familiar, grupos e indivíduos.
- Indivíduos com inserção precária ou falta de inserção no mercado de trabalho formal e informal.

- Pessoas que adotam estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência, que podem representar risco pessoal e social.

Esses cidadãos e grupos são alvo das ações e serviços da Política de Assistência Social, visando à promoção de autonomia, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, garantia de direitos e superação das situações de vulnerabilidade e risco em que se encontram (Brasil, 1993, 2005).

Comumente o público da Assistência Social é caracterizado como usuário da Política de Assistência Social, confirmando que qualquer pessoa que venha precisar desta Política é sujeito de direitos. E o Estado, por meio da Prefeitura, do Governo Estadual ou do Governo Federal, atua para garantir este direito de cidadania, diretamente ou por intermédio de alguma entidade da assistência social (Brasil, 1993, 2005; Pernambuco, 2022, 2023).

Serviços de Serviços Socioassistenciais e Serviços de Proteção Social

A Política de Assistência Social é um direito de todos os brasileiros e estrangeiros que se encontrem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Por isso, qualquer pessoa que resida no Brasil pode acessar os serviços, benefícios e programas socioassistenciais oferecidos pela Política.

Existe uma extensa rede de equipamentos públicos, dentre os quais destacamos:

Quadro 4: Rede de equipamentos da Política de Assistência Social no Brasil.

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Centro Pop – Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua; Centro Dia – Centro Dia de Referência para Pessoa com Deficiência e suas Famílias; Unidades de Acolhimento – Casa Lar, Albergue, Abrigo Institucional, República, Residência Inclusiva, Casa de Passagem.

Fonte: elaborado pelos autores

Além dessas, o município pode contar com outras unidades que podem ser públicas ou entidades de assistência social, que prestam atendimento, por exemplo, aos idosos, às crianças, aos adolescentes e às pessoas em situação de rua, dentre outros públicos. Em caso de dúvida procure a Secretaria Municipal de Assistência Social ou a Prefeitura de seu município.

Os serviços socioassistenciais são aqueles que desenvolvem ações continuadas, por tempo indeterminado, junto à população usuária da rede de assistência social, com o objetivo de garantir:

Quadro 5: Serviços Socioassistenciais e Serviços de Proteção Social no Brasil

Serviços Socioassistenciais	Fortalecimento da convivência familiar e comunitária; Referência para escuta e apoio sociofamiliar e informação para garantia de direitos; Geração de trabalho e renda; Orientação para outras políticas públicas; Prevenção; Atendimento às situações de violação de direitos violados ou ameaçados.
Serviços de Proteção Social Básica	a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas
Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade	a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: – Abrigo institucional; – Casa-Lar; – Casa de Passagem; – Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Brasil (2014).

Os serviços socioassistenciais estão estabelecidos na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº. 109, de 11 de novembro de 2009 (Brasil, 2014).

Essa normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de Proteção Social Básica e Especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais (Brasil, 2014).

Além disso, a NOB/SUAS define as seguintes características dos serviços: provisões, aquisições, condições e formas de acesso, unidades de referência, período de funcionamento, abrangência, articulação em rede, impacto esperado, regulamentações específicas e gerais (Brasil, 2014).

Os CRAS são unidades públicas estatais responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica, de assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Os serviços realizados são: acolhida; estudo social; visita domiciliar; orientação e encaminhamentos; acompanhamento familiar; atividades comunitárias; informação, comunicação e defesa de direitos; promoção ao acesso à documentação pessoal; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social, dentre outros (Pernambuco, 2023).

Nos CRAS, as famílias podem receber orientações sobre os direitos sociais e benefícios previstos para as famílias e pessoas com TEA. Trata-se da porta de entrada do sistema de assistência social no Brasil.

Rede de Educação

Acompanhamento especializado – Atendimento Educacional Especializado

A educação inclusiva, fundamentada em princípios filosóficos, políticos e legais dos direitos humanos, compreende a mudança de concepção pedagógica, de formação docente e de gestão educacional para a efetivação do direito de todos à educação, transformando as estruturas educacionais que reforçam a oposição entre o ensino comum e especial e a organização de espaços segregados para alunos público-alvo da educação especial (Brasil, 2008).

Nesse contexto, o desenvolvimento inclusivo das escolas assume a centralidade das políticas públicas para assegurar as condições de acesso, participação e aprendizagem de todos os alunos nas escolas regulares, em

igualdade de condições. Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial é definida como uma modalidade de ensino transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, que disponibiliza recursos e serviços e realiza o atendimento educacional especializado (AEE) de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos, público-alvo da educação especial (Brasil, 2008).

O AEE é a mediação pedagógica que visa possibilitar o acesso ao currículo pelo atendimento às necessidades educacionais específicas dos alunos com deficiência, TEA e altas habilidades ou superdotação, público da educação especial, devendo a sua oferta constar do projeto pedagógico da escola, em todas as etapas e modalidades da educação básica (Brasil, 2011).

Tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos. As atividades desenvolvidas no AEE diferenciam-se daquelas realizadas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. Ele é realizado prioritariamente nas salas de recursos multifuncionais (SRM) da própria escola, em outra escola de ensino regular ou em centros de atendimento educacional especializado (CAEE) públicos ou privados (Brasil, 2008; 2011).

Segundo as normativas legais, as instituições privadas que oferecem Atendimento Educacional Especializado (AEE) devem ser comunitárias, confessionais ou filantrópicas, sem fins lucrativos, e devem ter atuação na área da educação especial. Além disso, é necessário que essas instituições sejam conveniadas com o Poder Executivo do ente federativo competente. As atividades do AEE têm como objetivo promover o desenvolvimento de habilidades cognitivas, socioafetivas, psicomotoras, comunicacionais, linguísticas, identitárias e culturais dos estudantes, levando em consideração suas particularidades individuais. O professor especializado que atua no AEE tem como propósito apoiar as atividades realizadas pelo professor na sala de aula regular (Brasil, 2011).

Quadro 6: documentos relacionados à implementação do Atendimento Educacional Especializado e links para acesso, Brasil, 2023.

Documentos oficiais	Links
Atendimento Educacional Especializado	Relação nominal dos estados e municípios que aderiram ao Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais no período de 2008 a 2013 (Portaria nº 105, 14/10/2015) Nota técnica nº 42/2015 - MEC/SECADI/DPEE Decreto n° 6.094/ 2007 Portaria 13/2007 Manual de Orientação do Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais.

Documentos oficiais	Links
Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais	Nota Técnica n° 11/2010 – Orientações para a institucionalização da oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais implantadas nas escolas de ensino regular. Relação das escolas contempladas pelo Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais. Documento Orientador do Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais

Acesso à Sala de Recursos Multifuncional

A implementação das salas de recursos multifuncionais tem sido orientada pela Resolução do Conselho Nacional de Educação nº. 4, de outubro de 2009 (Brasil, 2009), que estabelece que os sistemas de ensino devem matricular os alunos público-alvo da educação especial nas classes comuns do ensino regular e no atendimento educacional especializado, ofertado em salas de recursos multifuncionais ou centros de atendimento educacional especializado da rede pública, ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos; e define o público-alvo do AEE como:

> I – Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial; II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotipias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação; III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas de conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade (Brasil, 2009, p.1).

Atenção! A resolução não exige laudo médico para matrícula de pessoas com deficiência, inclusão no AEE e sala de recursos multifuncionais. Existem outras formas de comprovação da condição de pessoa com necessidades educacionais, como carteira de identificação da pessoa

com TEA, relatório de atendimentos no SUS que comprovem e afirmam as dificuldades funcionais e outros.

Quadro 7: perfil e atribuições para a atuação do professor especialista no Atendimento Educacional Especializado e salas de recursos multifuncionais, Brasil, 2023.

Formação do professor	Formação para o exercício da docência e em Educação Especial
Atribuições do professor especialista	1- Identificar, elaborar, produzir e organizar serviços, recursos pedagógicos, de acessibilidade e estratégias considerando as necessidades específicas dos alunos público-alvo da Educação Especial; 2- Elaborar e executar plano de Atendimento Educacional Especializado, avaliando a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade; 3- Organizar o tipo e o número de atendimentos aos alunos na sala de recursos multifuncionais; 4- Acompanhar a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade na sala de aula comum do ensino regular, bem como em outros ambientes da escola; 5- Estabelecer parcerias com as áreas intersetoriais na elaboração de estratégias e na disponibilização de recursos de acessibilidade; 6- Orientar professores e famílias sobre os recursos pedagógicos e de acessibilidade utilizados pelo aluno; 7- Ensinar e usar a tecnologia assistiva para ampliar habilidades funcionais dos alunos, promovendo autonomia e participação; 8- Estabelecer articulação com os professores da sala de aula comum, visando à disponibilização dos serviços, dos recursos pedagógicos e de acessibilidade e das estratégias que promovem a participação dos alunos nas atividades escolares.

Fonte: elaborado pelo próprio autor a partir de Brasil (2009).

A primeira infância compreende a fase dos 0 aos 6 anos e é um período crucial para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional da criança. Durante essa fase, ocorre o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais, bem como a aquisição de capacidades fundamentais, como linguagem, pensamento, autonomia e habilidades sociais. Crianças com desenvolvimento saudável nos primeiros anos de vida têm maior facilidade de se adaptar a diferentes ambientes e de aprender novas coisas. Elas também têm mais chances de obter um bom desempenho escolar, alcançar realização pessoal, vocacional e econômica e se tornarem cidadãos responsáveis (Shonkoff, 2016).

A aprendizagem tem início desde os primeiros momentos da vida. Antes mesmo de ingressar na escola, a criança está constantemente envolvida em um processo de crescimento e desenvolvimento nos aspectos físico, cognitivo e socioemocional. Durante a primeira infância, a aprendizagem é fortemente

iinfluenciada pelo ambiente em que a criança está inserida e pelas interações que estabelece. Os relacionamentos afetivos desempenham um papel fundamental nesse processo, pois têm impacto em todos os aspectos do desenvolvimento infantil.

Para garantir um desenvolvimento integral saudável, é essencial oferecer à criança uma nutrição adequada, cuidados de saúde adequados, um ambiente familiar afetivo, seguro e estimulante, além de relações estáveis e encorajadoras. Além disso, é fundamental proporcionar educação de qualidade. Esses elementos formam a base que permitirá que cada criança viva bem e alcance seu pleno potencial no futuro (Huttenlocher, 2014).

O desenvolvimento da linguagem implica na aquisição plena do sistema linguístico que nos possibilita a inserção no meio social, a possibilidade de assumir a nossa identidade, além do desenvolvimento dos aspectos cognitivos. Dentre todas as questões complexas que envolvem esse processo, o atraso simples na aquisição da linguagem dificulta o amadurecimento e experimentação da linguagem necessária para aquisição formal da leitura/escrita. Sua imaturidade linguística irá refletir no vocabulário reduzido e no conhecimento de mundo restrito (Mousinho et al., 2021).

O cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário em todos os aspectos – a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. As linhas de cuidado pressupõem, ainda, uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe (Brasil, 2004a).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que está possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (Brasil, 2004b).

Trabalho e Renda

Inclusão no trabalho, reserva de cotas e acessibilidade

A reserva de mercado para a pessoa com deficiência (PCD) foi inserida no Direito brasileiro pela Lei no 8.213/1991, garantindo, em empresas com mais de cem empregados, percentuais variáveis entre dois a cinco por cento dos seus cargos aos reabilitados ou aos portadores de deficiência (Brasil, 1991; Lemos, 2017).

O estatuto da pessoa com deficiência (EPCD) trata o direito da PCD ao trabalho primordialmente nos artigos 34 a 38, abordando disposições gerais, a reabilitação e habilitação profissional e, por fim, a inclusão da PCD ao trabalho (Brasil, 2015).

A previsão do direito ao trabalho para pessoas com deficiência (PCD) é um elemento fundamental de inclusão social e de fortalecimento da autonomia individual. Ela busca resguardar direitos já conquistados e consolidar princípios como a não discriminação, a igualdade de oportunidades e a acessibilidade no ambiente de trabalho (Lemos, 2017).

O acesso ao mundo do trabalho para as pessoas com TEA é um desafio contemporâneo, sobretudo porque as empresas, além de cumprir a reserva de cotas, devem adaptar o ambiente de trabalho em obediência aos princípios enunciados EPCD. Ademais, exige-se a acessibilidade pela adaptação de parâmetros arquitetônicos e de engenharia de inclusão para a transformação do ambiente de trabalho e a conscientização sobre a pessoa com TEA (Bastos; Cepellos, 2022).

Além da garantia de acesso ao emprego e renda, importa que a permanência nos postos de trabalho seja um objetivo a ser seguido, para realização de uma sociedade inclusiva.

Direito à cultura e ao lazer

Espaços de lazer e convívio social

Quando se trata de direito à cultura e ao lazer, já existe a perspectiva dos Centros de Convivência e Cultura, que são espaços de cuidado que envolvem a produção e a intervenção na cultura e na cidade por meio da socialização. São serviços vinculados ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que pertence ao SUAS (Alvarez; Silva, 2015).

Apesar de não estarem vinculados diretamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendido como um espaço potencial de intervenções em saúde básica para a população, tanto que é incluído na lista de APS e RAPS. Esses Centros buscam desenvolver trabalhos de prevenção ao risco social, criando situações desafiadoras que instigam a repensar e reconstruir histórias e vivências, tanto na esfera individual, quanto na esfera coletiva. Essas ações se dão por meio de trocas culturais, que buscam gerar entre os participantes o sentimento de pertencimento à comunidade e de formação de identidades, além de fortalecer vínculos e fomentar a socialização. O enfrentamento às vulnerabilidades se dá, portanto, por meio da

produção de autonomia e do desenvolvimento de potencialidades do sujeito e da comunidade (Alvarez; Silva, 2015).

Na cidade de Recife, os Centros Comunitários da Paz são espaços virtuosos para a inclusão das pessoas com TEA na Cultura e em outras atividades de lazer. De acordo com a Prefeitura (2023),

> O Centro Comunitário da Paz - Compaz - foi concebido com foco na prevenção à violência, inclusão social e fortalecimento comunitário. Baseado na experiência colombiana das Bibliotecas Parques e também de outras fontes de espaços de cidadania, o Compaz possui duas unidades no Recife. Conhecidos como "Fábricas de Cidadania", os equipamentos se destacam tanto pela estrutura, quanto pela quantidade dos serviços e atendimentos oferecidos, a exemplo de cursos de capacitação. Os Compaz fazem parte da Secretaria de Segurança Urbana da Prefeitura do Recife.

Nesse sentido, o Compaz Ariano Suassuna conta com:

> A Biblioteca Jornalista Carlos Percol, que faz parte das instalações do segundo equipamento, trabalha com uma nova dinâmica de conhecimento e cidadania. O foco é aproximar crianças e jovens que perderam interesse por esses espaços, por meio de atividades lúdicas e interativas. O espaço possui computadores com acesso à internet, salas de estudo e espaço infantil com dois arte-educadores. Entre as atividades, contação de histórias; apresentações teatrais, musicais, circenses e literárias; rodas de diálogos com temáticas de combate às drogas, racismo, homofobia, violência contra mulheres. Confecção de livros, cine debates, atividades manuais (artesanato), música, brincadeiras populares, além de colônia de férias nos meses de recesso escolar.

Para participar das atividades e cursos do Compaz é preciso se cadastrar. Para isso, basta levar RG ou certidão de nascimento + CPF + comprovante de residência. Para cadastro de menores de idade é preciso que o responsável também

se cadastre no Compaz (Prefeitura de Recife, 2023).

A inclusão das pessoas com TEA prescinde que bibliotecas, parques, museus, centros de artes, cinemas, cursos de teatro, dança, pintura, repensem suas práticas para a inclusão das pessoas em suas diversidades.

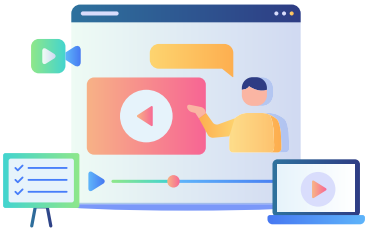
Uma iniciativa muito importante é oportunizar atividades que explorem o acesso das pessoas com TEA. Em Pernambuco, há o benefício de pagamento de meia entrada em salas de cinema, teatros, espetáculos e eventos educativos, esportivos, de lazer e de entretenimento (Pernambuco, 2016).

Todas as iniciativas de cultura e lazer, promovidas por instituições públicas, devem considerar que todos tenham acesso com acessibilidade e ambiência, conforme previsto em lei.



Nesse módulo, aprendemos sobre o cuidado integral, redes de cuidado e intersetoriais para a proteção, inclusão e produção da vida de pessoas com TEA, histórico de descoberta e nomeação do TEA.

No próximo módulo serão apresentados aspectos sobre o cuidador(a) como agente fundamental no processo do cuidado à pessoa com TEA.



Aula Virtual

Assista as aulas virtuais disponibilizadas neste módulo e aprofunde ainda mais seus conhecimentos.

Clique nas imagens abaixo e boa aula!



Aula virtual 1

José Marcos da Silva

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.C.; GONZALEZ, F.T. Atención Comunitaria a Personas com Trastornos Psicóticos. 2005. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/714/9275316015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 set. 2023.

ALVAREZ, A. P. E.; SILVA, J. O. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 5, n.1, p. 5-19, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. 2002. Vidas negras importam: Justiça para Genivaldo! Disponível em: https://adufs.org.br/conteudo/2127/vidas-negras-importam-justica-para-genivaldo. Acesso em 17 set. 2023.

BASTOS, A. T. O. S.; CEPELLOS, V. M. 2022. Autismo nas organizações: percepções e ações para inclusão do ponto de vista de gestores. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cebape/a/bbX9xv9yQk7FZqJ9GqCZxVx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27 set. 2023.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Revista Saúde, Santa Maria, v.34, n.1, p.37-43, out.2018.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n.º 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. 2009. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf- Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 27 Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado em Saúde. 2021. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/rede-atencao-saude/. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. 2001. Disponível em: https://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 635, de 22 de maio de 2023. 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799. acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, relatório de gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República do Brasil. Plano de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. 2006. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf. Acesso em: 27 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº. 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm#:~:text=A%20pessoa%20com%20defici%C3%AAncia%20tem,de%20trabalho%20acess%C3%ADveis%20e%20inclusivos.. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponíveis em. http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.742-1993?OpenDocument. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Um Estudo de Caso Comparativo, Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.28, n.3, p.315-324, set. 2012

CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde: Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Ícone, 2011.

CUNHA, E. A. et.al. Handbook of the Economics of Education. Amsterdã, Stanford. 2017.

ECHEBARRENA, R. C.; SILVA , P. R. F. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. Saúde debate, Rio de janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 223-234, 2020.

FALBO, B. C. P. et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.65, n1, p. 148-154, dez. 2011.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES. M. et al. INTERGROWTH21st Project international INTER-NDA standards for child development at 2 years of age: an international prospective population-based study. Publ Med, Besthesda, v.7, n.10, p. 352-358, jun. 2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et. al. Quality of primary health care in Brazil: patients' view. Revista Brasileira de Enfermagem, Maceió. v.71, n.6, p.2874-2881, maio. 2018.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Comunicação humana e saúde da criança: reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. Revista CEFAC, São Paulo, v. 14, n. 4, p.691-699, ago. 2012.

GUBERT, F. A. et.al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. Ciência e Saúde Coletiva, Ceará, v.26, n.5, p.1757-1766, mar. 2021.

HUTTENLOCHER, P.; DABHOLKAR, A. run. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. Journal Comparative Neurology, Londres, v: 387, n.2, p. 167-324, out. 2014.

JARDIM, K. F. S. B. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE. . 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

LAW, J. et. al. language and communication need re-examined in a public health context: a new direction for the speech and language therapy profession. Royal College of Speech and Language Therapists, Newcastle, v. 48, n. 3, p. 477-599, out. 2013.

LEAL, M. C. et. al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915-1928, jan. 2018.

LEMOS, R. F. D. D. Direito ao trabalho como elemento de inclusão social da pessoa com deficiência: análise da Lei nº. 13.146/2015. RIL, Brasília, v, 54 n. 214, p. 153-173, 2017.

MAGALHÃES, J. M. et. al. Vivências de familiares de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Revista. Gaúcha de Enfermagem, Piauí, v. 42, N.37, p. 1-9, ago. 2021.

MENDES, E.V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 16 set. 2023.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2017.

MOREIRA, M. C. N. et al. Doenças crônicas em crianças e adolescentes uma revisão bibliográfica. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 7, p. 2083-2094, nov. 2019.

MOUSINHO, R. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. Revista Psicopedagoga, São Paulo, v. 25 n.78. set. 2008.

NASCIMENTO, M. E. S. Autonomia da criança autista na educação infantil: a prática pedagógica em foco. 2021. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/30259/1/2021_MariaEduardaSilvaNascimento_tcc.pdf . Acesso em: 17 set. 2023.

NEVES, O. et al. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais, 20 fev. 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/Odonto/article/view/2228>. Acesso em: 15 dez. 2022.

OLIVEIRA, P. R. M. Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças. 2002. 134f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

OPAS. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.Washington, D.C.: OPAS, 2005.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface – comunicação, saúde e educação, v. 22, n. (Supl. 2), p.1525-34, 2018.

PERNAMBUCO. Assembleia legislativa do estado de Pernambuco. 2016. Disponível em: https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=15882&complemento=0&ano=2016&tipo=&url= . Acesso em: 22 set. 2023.

PERNAMBUCO. Poder Judiciário. Infância e Juventude. 2023. Disponíveis em: https://www.tjpe.jus.br/web/beta/servicos/rede-de-protecao/redes-de-assistencia-social. Acesso em: 17 set. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança, Juventude e Prevenção à violência e às drogas do estado de Pernambuco. 2022. Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: https://www.sdscjpvd.pe.gov.br/suas/assistencia-social/. Acesso em: 17 set. 2023.

PREFEITURA DO RECIFE. Conheça o Compaz, a fábrica de cidadania do Recife. 2023. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/pagina/conheca-o-compaz-fabrica-de-cidadania-do-recife. Acesso em: 17 set. 2023.

PINTO, C. A. G. et al. Estudos dos indicadores epidemiológicos de saúde da criança na Rede Cegonha. Divulg Saúde Debate, n. 55, p. 172-216, mar 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Recife, v. 23, n.5, p. 954-962, out. 2015.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: Revisão sistemática. Psico-USF, v.22, n. 1, p. 22, p. 161-76, 2017.

SKUSE, D. et al. The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry, v. 43, n. 5, p. 548-58, 2004.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Cienc. Ciênc. saúde coletiva. Ceará Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SHEN, G. C.; SNOWDEN, L. R. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. Int J Ment Health Syst, v. 8, n. 1, p. 47, 2014.

SHONKOFF, J. D. A. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. The Science of Early Childhood Development. Shonkoff JP: Washington, DC: Phillips DA, 2016.

SILVA, M. F.; MOREIRA, M. C. N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva.

Disponívelem:<https://www.scielo.br/j/csc/a/dkZXRhXhJJfz9hHnmf3h7ZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez.2022.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. Rev. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, São Paulo, v.29, n.1, p. 116-131. Ago. 2009.

SILVA, S. F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

TASCA, Renato (coordenador). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2011.

UNICEF. Early Childhood Development: the key to a full and productive life. New York: UNICEF, 2015.

MÓDULO 3

Material Complementar



Material Complementar

Este material complementar foi desenvolvido para aprofundar sua compreensão sobre os temas abordados em nosso módulo 3 "O cuidado integral às pessoas com Transtornos do Espectro Autista".

Portanto, aproveite ao máximo esses recursos adicionais, pois eles são uma parte valiosa de nossa jornada de aprendizado.

AGUIAR, Renata Pereira; PEREIRA, Fabiane Silva; BAUMAN, Claudiana Donato. Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo. Journal of Health & Biological Sciences, v. 5, n. 2, p. 178-183, 2017.

AGUIAR, R. P., Pereira, F. S., & Bauman, C. D. (2017, April 24). Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo. Journal of Health & Biological Sciences; Centro Universitário Christus. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1147

ARBEX. D. Filme Holocausto Brasileiro baseado em livro da jornalista Daniela Arbex (HBO). 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jIentTu8nc4. Acesso em: 22 set. 2023.

Autismo | Atividades para autismo - Brincadeiras e atividades para crianças autistas. [S.l], 2021. 1 vídeo (12 min). Publicado pelo canal Canal do tio Anderson. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=p5Kmz6N02uQ. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm#:~:text=A%20pessoa%20com%20defici%C3%AAncia%20tem%20direito%20ao%20trabalho%20de%20sua,de%20trabalho%20acess%C3%ADveis%20e%20inclusivos.

BRITO, Maria Cláudia. Transtornos do espectro do autismo e educação inclusiva: análise de atitudes sociais de professores e alunos frente à inclusão. Revista Educação Especial, v. 30, n. 59, p. 657-668, 2017. https://www.redalyc.org/journal/3131/313153445009/

CABRAL, Cristiane Soares; FALCKE, Denise; MARIN, Angela Helena. relAção fAmíliA-escolA-criAnçA com trAnstorno do esPectro AutistA: PercePção de PAis e ProfessorAs. Revista brasileira de educação especial, v. 27, p. e0156, 2021. https://www.scielo.br/j/rbee/a/STKcXJNwvxqhGk5QKh8WpLP/?lang=pt&utm_source=researcher_app&utm_medium=referral&utm_campaign=RESR_MRKT_Researcher_inbound

CHICON, José Francisco et al. Atividades lúdicas no meio aquático: possibilidades para a inclusão. Movimento, p. 103-122, 2013. https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/29595/25256

Como estimular o autista fazendo jogos com coisas que você tem em casa | Brincando com Autistas.#01. [S.l], 2022. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Saúde da Infância. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=mEXLPC4QYI0&pp=ygU6ZXN0cmF0w6lnaWFzIHBhcmEgbW9tZW50b3MgZGUgbGF6ZXIgY29tIGNyaWFuw6dhcyBhdXRpc3Rhcw%3D%3D

Diretrizes TEA: Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) https://www.scielo.br/j/fractal/a/3KSPfpLLg7k5RdTFQwPz7pD/

Linha de cuidado TEA - Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psico

MARQUES, I. (2023, August 31). Como aproveitar momentos de lazer com crianças autistas? Genial Care. Disponível em: https://genialcare.com.br/blog/como-aproveitar-momentos-de-lazer-com-criancas-autistas/

O direito do Autista à cultura, ao esporte e ao lazer. [S.l], 2019. 1 vídeo (5 min). Publicado pelo canal Jacson Marçal. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=GNRx75iSYhw&pp=ygUjRGlyZWl0byAgw6AgY3VsdHVyYSAgZSBhbyBsYXplciBURUE%3D. Acesso em: 22 set. 2023.

PADRON, C. (2022, December 6). Estratégias para momentos de lazer com crianças autistas. Autismo e Realidade. Disponível em: https://autismoerealidade.org.br/2022/12/03/estrategias-para-momentos-de-lazer-com-criancas-autistas/

PROJECT N. Cinema no Recife realizará sessão especial para crianças autistas com Super Mario Bros. O Filme. Project N, 2023. Disponível em: https://vivariomarrecife.com.br/tags/sessao-azul/ e https://projectn.com.br/cinema-no-recife-realizara-sessao-especial-para-criancas-autistas-com-super-mario-bros-o-filme/. Acesso em: 16 out. 2023.

SILVA, Lucas Silveira da; FURTADO, Luis Achilles Rodrigues. O sujeito autista na Rede SUS:(im) possibilidade de cuidado. Fractal: Revista de Psicologia, v. 31, p. 119-129, 2019.

SILVA, Marcio Moreira da. Educação especial na perspectiva inclusiva: crianças com transtorno do espectro do autismo. ID on line. Revista de psicologia, v. 11, n. 35, p. 56-66, 2017.https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/717/1049

SILVEIRA, Núbia Maria Gomes; SANTOS, Laissa Karen Faustino; STASCXAK, Francinalda Machado. Os desafios das crianças com autismo à Educação Inclusiva. Ensino em Perspectivas, v. 2, n. 4, p. 1-12, 2021. https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/article/view/6620/5522

TEA e a Rede de Cuidados. [S.l], 2022. 1 vídeo (120 min). Publicado pelo canal Telessaude SESPE Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=WU7kihbfRBg. Acesso em: 22 set. 2023.

Vamos falar sobre mercado de trabalho para autistas? [S.l], 2022. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Mayra Gaiato | Autismo e Desenvolvimento Infantil. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=QoBZUvReQhg&pp=ygUOVHJhYmFsaG8gZSB0ZWE%3D. Acesso em: 22 set. 2023.

W. (2022, October 3). A importância da inclusão da criança autista nos espaços de lazer. Brubrinq. Disponível em: https://brubrinq.com.br/blog/a-importancia-da-inclusao-da-crianca-autista-nos-espacos-de-lazer/

MÓDULO 4

Caso Biopsicossocial



Caso Biopsicossocial - Módulo 4

Carlos é uma criança de 4 anos diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que vive com sua mãe, Suzane, sua avó, Gilmara, e seu irmão de 2 anos, Otávio. Carlos foi diagnosticado com TEA aos 3 anos de idade e, desde então, ele frequenta o Centro de Reabilitação local. Suzane enfrenta desafios significativos no cuidado diário de Carlos, devido a desorganizações comportamentais aparentemente repentinas. Ela trabalha durante a manhã e conta com o apoio de Gilmara para supervisionar as crianças.

Ao retornar do trabalho, Suzane precisa cuidar da higiene e da alimentação de seus filhos, mas Carlos geralmente se envolve em seu celular, resultando em comportamentos agressivos quando é privado do dispositivo. Esse padrão leva Suzane a ceder às demandas de Carlos em relação ao uso do celular. Infelizmente, Suzane não conseguiu vaga na creche para as crianças. Além disso, o pai das crianças não se envolve ativamente nos cuidados, limitando-se a pagar pensão.

Sobrecarregada, Suzane buscou apoio emocional com a terapeuta ocupacional de Carlos. Após discussões internas, a equipe multiprofissional do Centro de Reabilitação reconheceu o impacto desse contexto familiar na evolução de Carlos. Consequentemente, a equipe elaborou e compartilhou com Suzane algumas orientações, com a terapeuta ocupacional assumindo o papel de referência para acompanhar as necessidades de Suzane e Carlos por meio do Plano Terapêutico Singular (PTS).

As estratégias acordadas com Suzane incluem a organização da rotina familiar e das crianças, a prévia comunicação com Carlos sobre suas atividades diárias, a restrição do uso do celular apenas pela manhã, a não recompensa de comportamentos negativos cedendo ao desejo da criança e o estímulo de interações lúdicas para reforçar as habilidades desenvolvidas durante as terapias. Gilmara também foi envolvida no PTS para contribuir com as práticas em casa.

Após duas semanas, Suzane admitiu que seguir as orientações não era fácil, mas observou que Carlos demonstrou uma redução na resistência ao abandonar o celular. Ele agora compreende melhor o tempo de uso da tela e espera atividades alternativas posteriormente. A terapeuta ocupacional parabenizou Suzane e enfatizou a importância de fornecer reforço positivo a Carlos por suas conquistas. Ambos concordaram que o processo é complexo, mas trará benefícios significativos para todos os envolvidos em longo prazo.

Perguntas mobilizadoras:

a) Quais são geralmente as principais dificuldades dos cuidadores em relação à rotina em casa com a criança com TEA?

b)Existem estratégias que podem ajudar os cuidadores a reduzir as alterações de comportamento da criança?

c) Por que é importante os cuidadores reforçarem as habilidades das crianças com atividades em casa?

MÓDULO 4

O cuidador como agente fundamental no processo do cuidado à pessoa com TEA



Objetivos de Aprendizagem

a) Compreender a importância do suporte familiar para o desenvolvimento da criança com TEA;
b) Entender o papel do(a) cuidador(a) no incentivo da autonomia da pessoa com TEA para seu autocuidado, na orientação de uma rotina estruturada e no cuidado junto a equipe escolar;
c) Entender a diferença entre birra e crise e como atuar enquanto cuidador;
d) Compreender a importância de aplicar no dia a dia as dicas e orientações das terapias;
e) Compreender como manter os cuidados da pessoa com TEA na vida adulta.

Introdução ao Módulo

Olá, seja bem-vindo(a) ao módulo 4 do Curso para cuidadores de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Este módulo é voltado para orientações ao cuidador em relação à estimulação da criança em casa, à importância de ter uma rotina estruturada, estratégias para auxiliar a alimentação, como organizar a rotina do sono e como evitar e manejar as situações de desorganização emocional da criança.

Em complemento, abordamos sobre a Comunicação Suplementar ou Alternativa (CSA) para auxiliar as pessoas com dificuldades complexas na comunicação. Para finalizar, falamos sobre a pessoa com TEA na vida adulta, os desafios da formação universitária e acesso ao mercado de trabalho.

Para sua completa aprendizagem, é importante assistir à vídeo aula, fazer a leitura do material complementar e o exercício de fixação do conhecimento.

Ao final do módulo, você deverá ser capaz de entender como organizar a rotina da criança em relação aos momentos de brincar, alimentação, sono e educação; identificar antecedentes estressores para a criança, como favorecer o reforço positivo para o comportamento esperado e como ajudar a criança a se reorganizar; conhecer sobre a CSA como forma de ajudar a comunicação da criança; compreender a importância de seguir os cuidados na vida adulta favorecendo a independência e autonomia da pessoa com TEA.

Quem é o cuidador? O que o difere dos demais familiares?

Vamos iniciar falando sobre o conceito de família. Podemos entender família como uma unidade social formada a partir de um conjunto de pessoas e suas ligações (conjugal, fraternal, parental, afetivas), onde há o compartilhamento de

crenças, ideias, conflitos, experiências e realizações entre seus membros.

A estruturação da dinâmica familiar passa por ciclos, como o nascimento de um novo membro, que por si só provoca mudanças nos papéis e relações familiares. O nascimento de uma criança com necessidades especiais pode levar a uma crise familiar mais intensa e complexa.

No módulo 2, destacamos o difícil processo do diagnóstico, que pode trazer sentimentos negativos aos pais, como mudanças na rotina, sobrecarga, incertezas em relação ao futuro da criança e sensação de frustração por ter dificuldades de cuidar e interagir com o filho (Machado, 2018).

Após o diagnóstico, a família se prepara para enfrentar as dificuldades cotidianas. Geralmente, há uma divisão de papéis, com a mãe assumindo o cuidado principal da criança. Esse papel socioculturalmente construído atribui às mulheres o papel de cuidar dos filhos, do cônjuge e da casa.

O cuidador principal é aquele que está mais presente no dia-a-dia da criança, acompanhando-a nas atividades terapêuticas e no cotidiano familiar. Em muitos casos, o cuidador principal precisa abdicar da vida profissional para se dedicar exclusivamente ao filho. Essa decisão é muitas vezes motivada pela sobrecarga de tarefas e pela falta de divisão de responsabilidades entre os pais. Além disso, o abandono do trabalho pode impactar negativamente na renda familiar. Algumas vezes, o cuidador principal espera poder retornar ao trabalho quando o filho crescer e depender menos de cuidados (Machado, 2018).

O cuidador de crianças com TEA pode vivenciar um alto nível de estresse, o que pode impactar negativamente sua saúde física e emocional. Os principais problemas relatados pelos cuidadores se referem aos sintomas da criança, como comportamentos inapropriados, estereotipias, dificuldades na comunicação e agressividade. Além disso, as limitações financeiras e a falta de suporte social também podem contribuir para o estresse do cuidador. No entanto, nem todos os cuidadores vão enfrentar essa situação da mesma forma. As estratégias de adaptação da família podem ter grande impacto na qualidade de vida desse cuidador (Chaim et al, 2019).

Os estudos com cuidadores de pessoas com TEA mostraram que as estratégias de adaptação e enfrentamento mais eficazes são: compartilhar com profissionais de saúde e familiares sobre o diagnóstico, participar de programas ou grupos de intervenção e apoio para pais e familiares, ter apoio coparental, acreditar em crenças religiosas ou espirituais, contar com uma rede social de apoio e elaborar as crenças e práticas parentais sobre o TEA. No módulo 5, voltaremos a falar sobre possibilidades de cuidados para o cuidador.

Papéis e funções do cuidador(a): incentivar e promover o autocuidado da pessoa com TEA; orientar e garantir uma rotina estruturada; aplicação do que adquiriu na terapia na vivência diária; atuar em conjunto com a escola

A família sendo o grupo social primário tem importante contribuição no desenvolvimento das crianças. Nas relações familiares e no contexto domiciliar ocorrem as primeiras interações e possibilidades de aprendizagem (Martins, 2015). Como visto, normalmente uma pessoa da família é destacada como cuidador principal.

Dessa forma, vamos falar sobre a importância dessa pessoa como facilitadora e replicadora das estratégias terapêuticas no cenário do domicílio. Mesmo havendo um cuidador(a) principal, algumas atribuições podem ser divididas entre os membros da família. É fundamental considerar essa distribuição de tarefas para não haver sobrecarga do cuidador (a) principal, que também precisa de momentos para seu autocuidado, descanso e lazer.

O eixo de atendimento de qualquer trabalho terapêutico estabelecido para atenção e reabilitação do autismo deve ser a ampliação das possibilidades comunicativas e a inserção social, com objetivo de estimular a autonomia desses indivíduos (Brasil, 2015). Segundo as diretrizes do SUS, não há uma única abordagem a ser utilizada no atendimento dessa população. A escolha dos métodos deve ser feita em conjunto com a equipe, o usuário e a família, considerando a efetividade da abordagem e a singularidade de cada caso (Brasil, 2015).

A participação da família, pais e cuidador é importante para reforçar a aprendizagem das terapias em casa, para que o comportamento seja generalizado em diversos ambientes. O ambiente que a criança vive precisa ser rico em estímulos que favoreçam seu desenvolvimento.

A pessoa com TEA precisa ser incentivada quanto à sua independência nas atividades de vida diária (AVD), como comer sozinho, tomar banho, vestir-se e escovar os dentes. Também é importante que a criança participe de atividades domésticas, como guardar os brinquedos, guardar as roupas, jogar lixo na lixeira, colocar pratos sujos para lavar e preparar uma refeição simples.

Uma estratégia de grande valia é a organização da rotina da criança, pois a ajuda em sua estruturação interna com a previsibilidade dos acontecimentos (Pereira et al, 2011). Isso contribui para evitar as “birras”, que podem ser uma reação da criança a algo que ela não estava esperando, pois há dificuldade em se

adaptar a mudanças repentinas no dia. É interessante o cuidador comunicar antecipadamente a criança sobre algum evento novo que trará mudança na sua rotina.

A família também precisa favorecer a participação social da criança, e um espaço potencial para isso é a escola. A inclusão escolar precisa da contribuição ativa da família, pais e cuidadores para ser efetiva.

Na escola, os professores avaliam e contribuem para a independência da criança, por meio de rotinas que envolvem o lanche, ajudar a guardar os materiais, entre outros. Eles também promovem atividades em grupo e estimulam a participação nas atividades socioculturais da escola, para favorecer as habilidades sociais da criança. A equipe pedagógica reorganiza o conteúdo escolar para atender às necessidades educacionais da criança.

Dessa forma, os pais precisam ser cooperativos também em relação às orientações feitas pela equipe escolar para as atividades no domicílio. Crianças com boa adaptação escolar apresentam evolução em habilidades de interação e comunicação social (Ramos et al, 2020).

A importância do brincar: como os cuidadores (as) podem contribuir no dia a dia com intervenções/atividades em casa que contribuam para o cuidado continuado

Você já reparou que uma das principais atividades de uma criança na sua rotina é brincar? Você também já observou como as crianças brincam em diferentes idades? Será que essa atividade tão comum pode ser um estímulo importante para a sua criança com TEA?

O brincar é uma atividade de grande importância para o desenvolvimento da criança em vários aspectos. Quando a criança manipula um brinquedo, pula, corre, se agacha, está trabalhando a motricidade grossa e fina do seu corpo. Ao mesmo tempo, está desenvolvendo estratégias para realizar um jogo, exigindo atenção, memória, planejamento, imitação, funções cognitivas importantes para suas atividades de vida diária. No momento que brinca de “faz de conta” está fazendo uma associação entre o mundo real e o simbólico. No jogo com pares está trabalhando a interação, comunicação e regras sociais (Moura, 2021).

Crianças com transtorno do espectro autista (TEA) podem apresentar dificuldades no brincar, pois costumam utilizar os brinquedos de forma repetitiva, restrita e estereotipada. Por exemplo, empilhar, enfileirar objetos, ou preferir objetos que giram. Essa falta de variabilidade no brincar pode limitar as

possibilidades de aprendizagem da criança. Além disso, crianças com TEA podem ter dificuldade em brincar com outras crianças e em desenvolver a capacidade imaginativa (Moura, 2021). Na maioria das vezes, a criança pode até estar manipulando um objeto, mas não consegue pensar em novas formas de usá-lo.

Por isso, brincar é uma forma essencial para estimular o desenvolvimento infantil. Dentro da organização da rotina, é importante destacar um momento para brincar com a criança. As brincadeiras estruturadas são uma ótima opção para reforçar habilidades específicas. Para saber quais habilidades você pode reforçar em casa, converse com os terapeutas que acompanham a criança.

Para que a criança possa se engajar na brincadeira, é importante preparar o ambiente. Muitos estímulos podem distraí-la, como barulho externo, ruídos, aparelhos eletrônicos ligados (música, TV) e excesso de brinquedos expostos. O ideal é um ambiente neutro em estímulos visuais e auditivos.

Para ajudar a criança a entender o momento da brincadeira, é importante estabelecer uma rotina. Escolha com ela um ou dois brinquedos/brincadeiras por vez, ajude-a a entender o começo, meio e fim da brincadeira, guarde um brinquedo para escolher outro e finalize o momento da brincadeira antecipando o guardar dos objetos usados. Essas estratégias ajudam a criança a criar uma rotina e entender o momento dedicado a essa atividade estruturada.

O brincar livre é uma ótima forma de estimular a criatividade da criança e fortalecer o vínculo com o cuidador. Os brinquedos podem ser comprados ou feitos em casa, com materiais recicláveis ou objetos do dia a dia. As crianças costumam gostar de brincar com panelas e vasilhas, mas também podem usar o próprio corpo para se divertir, cantando, dançando e pulando. O importante é que o momento seja prazeroso para todos da família.

Crise ou birra: como diferenciar? O que o(a) cuidador(a) deve fazer nos momentos de crise? Procedimentos necessários durante e depois das crises de desorganização emocional do autista; descobrindo focos de desorganização e deslizando para focos de interesse; crise aguda

É interessante relembrar de que pessoas com TEA apresentam dificuldades nas capacidades sociais, comunicacionais, insistência em rotinas e aversão à mudança, bem como sensibilidades sensoriais, que podem interferir na alimentação, no sono e tornar os cuidados de rotina extremamente difíceis (APA, 2013).

Com relação ao comportamento, é natural que crianças em fase de desenvolvimento apresentam reações a situações que lhes causem desconforto. A primeira e mais natural reação presente no bebê é o choro, que é um sinal de alerta para comunicar que pode estar com sono, fome ou dor. À medida que a criança vai aprendendo a se comunicar, a entender suas emoções e as regras sociais, ela vai encontrando estratégias de autorregulação perante situações estressoras. No entanto, crianças com TEA apresentam dificuldades justamente nessas áreas, comunicação, socialização e padrões rígidos de comportamento, além das dificuldades sensoriais que prejudicam sua autorregulação emocional.

No contexto do autismo, é comum a ocorrência de comportamentos socialmente inadequados e disruptivos, como choros, gritos, autoagressão, agressão a outros e quebra de objetos. Esses comportamentos, comumente chamados de "birras", acentuam as limitações sociais da criança e podem levar a família a limitar a participação da criança em locais públicos para evitar situações estressantes.

Diante deste desafio cotidiano para algumas famílias, selecionamos algumas orientações para ajudar você cuidador(a) na organização comportamental da criança, com base no livro de Gaiato & Teixeira (2018).

- É fundamental um acordo entre os pais em relação à conduta adotada frente ao momento de “birra” da criança. Um desalinhamento no manejo dos pais causa mais confusão à criança.
- Elogiar os comportamentos adequados são reforçadores de boa conduta. Estamos mais acostumados a evidenciar as más condutas com reclamações e punições e isso acaba sendo um reforçador para o comportamento indesejado que queremos evitar.
- Precisamos lembrar de que um comportamento inadequado pode ser uma resposta a algum evento que a criança não soube lidar, por sua limitação em entender e expressar suas emoções.
- Analisar o que aconteceu antes da “birra” , quais são os gatilhos da criança? Pode ser uma mudança na rotina, alguma sensibilização sensorial, um objeto fora do lugar. Dificilmente uma mudança brusca de comportamento ou um descontrole emocional acontecem sem causa. Identificar esses gatilhos ajuda você cuidador(a) a antecipar a situação da criança e ajudá-la a lidar com a situação.
- Organizar a rotina da criança e da família é algo que ajuda a criança a se preparar para os eventos do dia. Você pode fazer um quadro com figuras para facilitar a compreensão da criança. Explique antecipadamente eventuais mudanças no dia, para que a criança “não ser pega de surpresa”, isso pode ser muito estressor. Explique de forma clara e com frases simples e se for necessário com figuras

também.

- Observe quais são os estímulos ambientais que estressam a criança: ruídos intensos ou algum som específico? Excesso de informação visual com luzes e cores? Objetos, roupas que a criança não gosta de tocar? Alguma atividade de vida diária (AVD) que a criança não gosta de fazer, como: lavar os cabelos, escovar os dentes, vestir a roupa, ficar sem sapato? Verifique o que pode ser modificado no ambiente e identifique maneiras e objetos alternativos para facilitar as AVD.
- Deixe mais claro com uma ordem simples, objetiva e reforçando o comportamento esperado que a criança faça, por exemplo: "Vamos ao posto de saúde e eu preciso que você sente e aguarde ser chamado", ao invés de "Vamos ao posto de saúde e você não deve ficar correndo, nem pulando, nem gritando". É também importante antecipar à criança o que será feito fora de casa e explicar a ela a duração que essa atividade vai levar.
- Quando a criança está muito engajada numa atividade, a saída abrupta pode ser muito desreguladora. Por isso, é importante que você tenha programado essa atividade antes com a criança e vá antecipando a finalização da atividade, para que a criança tenha melhor aceitação do término. Você pode ir falando que a hora de acabar está próxima, que já é necessário guardar os brinquedos e comunicar a atividade seguinte.
- Reforce os comportamentos esperados com algum retorno à criança, que pode ser um elogio ou deixá-la fazer algo que goste por um momento combinado. É importante não associar o comportamento indesejado da criança com algum benefício, por exemplo: a criança chora e rola no chão, você entrega o celular. Com comportamentos indesejados, você deve apenas aguardar que a criança se acalme e, depois, de forma clara, relembrar com a criança o comportamento esperado.
- Caso a criança se desorganize de forma a se autoagredir, machucar os outros ou se colocar em risco, os pais podem precisar levá-la a um local seguro, protegê-la e, em situações extremas, contê-la. Caso esse comportamento seja muito frequente, é importante relatar à equipe de saúde para orientações mais específicas.

Cuidados com a alimentação: lidando com dificuldade alimentar, o repúdio e a desorganização nos momentos da alimentação, construindo hábitos de higiene saudáveis

As disfunções sensoriais são frequentes no TEA e são citadas no DSM-5 (APA, 2022), podendo ser percebidas por comportamentos como fascínio visual por luzes ou objetos que rodam, resposta adversa a sons ou texturas específicos, cheiro ou toque excessivos de objetos, aparente indiferença à dor, calor ou frio. As reações aos estímulos sensoriais podem ser de hiperresponsividade ou hiporreação e ainda afetar o planejamento dos movimentos da criança, sendo explicadas por um processamento diferente das informações sensoriais no cérebro da pessoa com TEA.

As disfunções sensoriais impactam na rotina (comer, dormir, brincar, socializar) da criança e podem ser uma das causas das desorganizações comportamentais, pois a criança não processa adequadamente o estímulo sensorial, que pode causar desconforto, e a mesma não sabe como reagir nem como comunicar ao adulto. A criança pode ter comportamento de evitar determinado estímulo, e isso pode contribuir para a rigidez no comportamento ou no interesse restrito a uma atividade que lhe deixe confortável sensorialmente.

As estereotipias e movimentos repetitivos podem ser explicados por tentativas de auto regulação da criança perante algum estímulo aversivo. Uma das maiores dificuldades para os pais está na alimentação da criança, que pode ter um padrão restrito e seletivo, impactando na nutrição da criança (Posar et al, 2018).

O termo “seletividade alimentar” está bem difundido entre os pais das crianças com TEA. Vale salientar que nem toda pessoa com TEA vai apresentar esse comportamento, o qual apresenta critérios bem definidos para sua classificação. A principal característica da seletividade alimentar é a exclusão de uma variedade de alimentos em que essa conduta em sua maioria ocorre em um processo de transição (fase de adaptação ou inserção de novos alimentos em sua rotina), sendo que esta pode perdurar ao longo de todo o processo de desenvolvimento do indivíduo.

A literatura científica aponta que a seletividade alimentar inclui três domínios: recusa alimentar, repertório limitado de alimentos e alta frequência de ingestão única, no qual ocorre uma limitação nas variações dos alimentos, onde a maioria dos autistas podem se restringir desde 5 até 1 tipo de alimento. Sendo assim, obtendo um repertório empobrecido em nutrientes e afetando a absorção adequada, podendo acarretar sobrepeso, obesidade, desnutrição, alterações cognitivas e comportamentais (Brito, 2020).

As alterações em relação aos hábitos alimentares no indivíduo com TEA incluem: preferência por certas texturas de comida, dieta limitada a apenas um tipo distúrbios alimentares propriamente ditos, como jejum prolongado, indução de de cor dos alimentos, consumo dos mesmos alimentos todos os dias sem nenhuma

variação, limitação do ambiente onde a refeição ocorre (pessoa só come se for sozinho ou se estiver usando determinado talher), além de sintomas típicos de vômito (Paula et al, 2020). É durante as refeições que os comportamentos inadequados são observados (Brito, 2020).

Durante a infância e principalmente entre os 18 e 24 meses as crianças apresentam dificuldades na aceitação a novos sabores. Esse comportamento é chamado de neofobia e está mais exacerbado nas crianças com TEA. Essa recusa alimentar vai influenciar na formação dos hábitos alimentares da criança (Lázaro, 2018) .

A alimentação é uma atividade social e cultural ligada aos hábitos da família do consumo alimentar e rotina (Rodrigues, 2020), além da restrição financeira que pode limitar a variedade de alimentos em casa. Muitas vezes a família, perante a recusa da criança a novos alimentos, começa a oferecer alternativas menos saudáveis com alimentos industrializados. Isso ocorre, porque nessa fase importante, a criança está desenvolvendo seu paladar e descobrindo suas preferências.

Os alimentos industrializados contém aditivos que tornam a comida mais saborosa e variando entre doce e salgado. A criança começa a se adaptar a esses alimentos, enquanto os saudáveis e naturais não vão conseguir competir com o sabor acentuado e agradável dos industrializados. A criança com TEA já tem um padrão restrito e repetitivo e dificilmente vai aceitar uma troca por um alimento desconhecido ou que tenha um sabor que a mesma não está acostumada. Os alimentos naturais são mais ricos na variedade de texturas e sabores, incluído o amargo e azedo, que são de difícil adaptação para a criança. Crianças com TEA são muito seletivas e persistentes ao novo, dificultando a inserção de novas experiências com alimentos.

Outras questões que interferem na alimentação da criança com TEA são as disfunções gastrointestinais como diarreia, constipação, refluxo gastroesofágico, alergias e intolerâncias alimentares. Alterações na motricidade mastigatória porque a criança se recusa a mastigar e engolir certos alimentos com texturas, sabor e temperatura diferentes do costume, ou não saber o que fazer com o alimento na boca. E dificuldades processuais em conseguir permanecer sentado à mesa para comer, entender o uso dos utensílios, noção de quantidade a levar à boca, coordenação dos movimentos. Soma-se a esses fatores a Disfunção no Processamento Sensorial, que dificulta a criança perceber, interpretar e modular os estímulos sensoriais. Não só referente ao sabor, textura, temperatura do alimento em si, mas também ao visual, olfativo, auditivo de todo o ambiente que a criança está (Paula et al, 2020).

Comer não é tão simples e intuitivo para a criança com TEA. Como visto, são inúmeras as dificuldades que levam a seletividade alimentar. A intervenção no quadro de seletividade alimentar é multiprofissional, por isso é importante que o cuidador (a) relate essa dificuldade da criança para a equipe que a acompanha.

Separamos algumas orientações para o manejo em casa, mas dificuldades específicas requerem avaliação e orientações dos profissionais que acompanham a criança.

Ter uma rotina na alimentação. As crianças precisam de um horário regular para se alimentar, o que ajuda a preparar o organismo para a refeição. Já falamos muito sobre a importância da rotina e ter os horários certos para se alimentar ajuda a criança a se organizar para a atividade. O local também precisa estar adequado em relação ao excesso de estímulos ambientais, por isso, não é recomendado adaptar a criança a comer apenas na presença de telas. A tela atrapalha o envolvimento da criança com a comida e a percepção das etapas da atividade e do alimento na boca.

O melhor local para a criança comer é na cozinha, sentada na cadeira com apoio da mesa e em conjunto com a família. Muitas vezes a criança acaba isolada nessa atividade por “dar mais trabalho” ao cuidador (a). Mas, a alimentação é uma atividade social e a criança precisa aprender a comer observando e interagindo com outras pessoas.

Oferta e disponibilidade dos alimentos em casa. Muitas vezes a família não consome os alimentos os quais deseja que a criança coma ou a família passa a comprar e oferecer apenas o que a criança gosta. Os demais alimentos não precisam "sumir" da casa. É importante que a criança tenha contato com esses alimentos que estarão na cesta de frutas, nas panelas e travessas, e durante a refeição compartilhada com a família. A criança precisa ver a família comendo; isso pode provocar o interesse da criança em experimentar.

A experimentação do alimento pela criança pode ser de diversas formas. A criança precisa tolerar a presença daquele alimento, querer interagir, tocar, cheirar, fazer uma pequena prova antes de efetivamente comer. Essas etapas não devem ser forçadas, os alimentos podem ser apresentados à criança, e ela vai decidir o que vai fazer. Você pode sugerir, mas não insista nem force.

Forçar a criança a comer é uma atitude extrema e que traumatiza a criança. Forçar a criança a comer é uma atitude extrema e traumatizante. Isso pode levar a uma maior recusa alimentar, pois a criança vai associar o momento da alimentação a uma situação de estresse. Comer deve ser uma atividade prazerosa e que forme memórias positivas. É importante lembrar com carinho de momentos especiais envolvendo a comida. A comida está presente em nossa vida para além da nutrição, mas ela simboliza um momento de comemoração, um encontro entre amigos, um dia especial com a família. Tente proporcionar isso a sua criança também.

Observe a aparência da comida, se está atrativa para a criança. Apresentar os alimentos separados ajuda a discriminar o sabor dos alimentos e ajuda no processamento das informações sensoriais. Não precisa apresentar vários alimentos por vez. Tente reduzir a ingestão de líquidos durante a refeição.

No prato a maior porção deve ser daquilo que a criança consegue comer e começar a apresentar em pequenas quantidades um alimento novo. Deixe a criança interagir com o alimento sem forçar a criança a comer. Deixa-a interagir com o alimento novo. É importante também que esse alimento novo seja apresentado na textura que a criança tolera. Por exemplo, se a criança gosta de banana em rodelas, você não deve iniciar com outro alimento na textura pastosa/amassada. Esse novo alimento precisa ter a textura e consistência semelhante ao tolerado. E não desista na primeira tentativa. A criança precisa ser exposta continuamente ao novo alimento.

Para progressão de textura também vá aos poucos. É importante saber se a criança sabe mover o alimento na boca, se sabe mastigar, sugar, engolir texturas e consistências que não está acostumada. Se a criança só come líquidos a textura próxima é a pastosa. Então você vai aos poucos alterando a consistência do alimento. Observe reações de incômodo como agitação, sudorese, ânsia de vômito. Esses sinais indicam que a progressão precisa ser um pouco mais lenta.

Caso a criança não consiga comer aquela refeição, não faça substituições por industrializados. Aguarde a próxima refeição. Isso é importante também para que a criança consiga entender sua fome e saciedade. Se você estiver sempre oferecendo pequenos lanches, ela não vai aprender a rotina da alimentação. E você vai estar reforçando um comportamento indesejado. Ela vai associar que não se alimentar na hora correta tem como benefício vários lanches no dia.

Ensinar a criança a comer sozinha também é algo importante. Muitas vezes, na pressa, o cuidador (a) sempre acaba alimentando a criança. Você também pode incluir a criança na organização da mesa para a refeição, para colocar os pratos na pia, guardar a louça e preparar refeições simples, como sanduíche, ajudar a guardar as compras, lavar as frutas e verduras. São atividades que contribuem com a aproximação da criança com as etapas que envolvem a alimentação.

Não use de recompensas ou ameaças para a criança comer. Essas estratégias podem piorar a recusa alimentar. Por exemplo, se a criança comer ela vai ganhar um doce, ou se não comer vai ficar de castigo. A criança precisa fazer associações mais adequadas com a alimentação, como um momento tranquilo, prazeroso, previsível e seguro.

Elogiar a criança por algum avanço na alimentação. Elogiar a criança quando conseguir ficar sentada durante toda refeição, tocou um alimento novo, levou sozinho o alimento à boca.

Comunicação alternativa quando necessária: criação de pranchas/cadernos de comunicação alternativa e outros

Uma das características que faz parte dos critérios para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é a dificuldade na comunicação, que pode ser observada nos primeiros anos de vida. Como visto no Módulo 2, com base na

caderneta da criança, os marcos do desenvolvimento relacionados à comunicação são os seguintes:

- 0-3 meses: observa um rosto, reage ao som, sorri quando estimulada, emite sons.
- 3-6 meses: responde ativamente ao contato social, emite sons, ri alto.
- 6-9 meses: brinca de esconde-achou, duplica sílabas.
- 9-12 meses: Imita gestos, produz "jargão".
- 12-18 meses: mostra o que quer, diz uma palavra, fala 3 palavras.

Os estudos mostram que as dificuldades na comunicação podem estar relacionadas aos problemas na interação e relação social da pessoa com TEA (Togashi et al, 2016). Dessa forma, recursos de Tecnologia Assistiva (TA) são importantes para ajudar a pessoa com TEA a se comunicar. O campo da TA que se destina a favorecer as questões da comunicação chama-se Comunicação Alternativa e/ou Aumentativa (CAA). As ferramentas e estratégias utilizadas vão depender das necessidades de comunicação, sendo então um recurso planejado de forma individualizada.

A comunicação Alternativa corresponde a qualquer forma de comunicação diferente da fala para comunicação face a face. A comunicação Aumentativa se refere a uma forma de suporte para complementar a fala (Sapage et al, 2018).

A Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa, 2021) utiliza o termo Comunicação Suplementar ou Alternativa (CSA) para os recursos e estratégias utilizadas para pessoas com necessidades complexas de comunicação. Sendo assim, é uma área de conhecimento interdisciplinar, na qual psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e pedagogos podem contribuir para a orientação do uso.

A SBFa (2021) orienta o uso precoce da CSA em crianças com dificuldades complexas de comunicação para contribuir com o desenvolvimento da linguagem, inclusive da fala. O planejamento do uso da CSA vai depender das necessidades de comunicação da criança em diversos ambientes, como casa e escola. Por isso, necessita de avaliação de profissional capacitado para a elaboração, treino e orientação de uso.

Veja mais sobre o assunto no material complementar.

A pessoa com TEA na vida adulta: o TEA diminui a expectativa de vida da pessoa? Qual o papel do(a) cuidador(a) no cuidado da pessoa com TEA na vida adulta? Adultos com autismo podem ser pessoas independentes?

Ganho de autonomia na vida adulta vai variar para cada um? Que outros espaços pode procurar para a inserção de seu filho? Como orientar para o trabalho ou qualificação profissional quando possível? O tratamento do TEA continua na vida adulta?

A criança com TEA pode sim chegar à idade adulta e envelhecer. O envelhecimento das pessoas com deficiências acompanha o envelhecimento mundial da população. No entanto, existem variáveis que podem apontar para uma menor qualidade e expectativa de vida, como a presença de doenças e incapacidades crônicas.

A pessoa com TEA pode ter comorbidades associadas ao diagnóstico desde a infância, como epilepsia, transtornos gastrointestinais, alergias e doenças autoimunes. Também pode desenvolver doenças na idade adulta, como hipertensão, diabetes e dislipidemia. Essas doenças podem ser difíceis de diagnosticar precocemente devido às dificuldades de comunicar os sinais presentes em seu corpo. Déficits cognitivos e psiquiátricos também podem piorar na idade adulta.

A pessoa com TEA possui uma expectativa de vida menor quando comparada à população geral. Isso se deve a doenças neurológicas, doenças metabólicas crônicas e depressão (Gaiato et al, 2023).

As demandas da pessoa com TEA na adolescência e idade adulta podem variar por questões referentes ao nível de suporte e presença de comorbidades, como déficit intelectual, doença neurológica e/ou psiquiátrica associada.

Estudos apontam que na adolescência existem dificuldades de interação social e comunicação que limitam a interação com pessoas da mesma idade. A pessoa com TEA possui dificuldades em compreender o sentido não concreto de uma conversa, o que pode levar a um retraimento frente às demandas sociais. Além de características de rigidez cognitiva, no qual a pessoa não consegue ajustar seu planejamento frente a uma demanda inesperada. Essas características dificultam a autonomia na participação social, pois a adolescência e vida adulta possuem demandas mais complexas de socialização (Serbai et al, 2021).

Nessas fases, também existe maior dificuldade de acesso à rede de saúde, tanto da rede psicossocial quanto da rede de atenção à pessoa com deficiência. Existe escassez de serviços e de profissionais especializados, e os familiares não percebem um cuidado integral e multidisciplinar. De forma geral, existe uma carência de serviços na área da saúde, assistência social e educação voltados à

pessoa com TEA na vida adulta e velhice (Bertan, 2018).

A equipe multidisciplinar, a escola e a família precisam pensar no futuro do jovem com TEA e prepará-lo para entrar na faculdade, fazer um curso técnico ou encontrar uma vaga de trabalho. Para isso, é importante focar nas habilidades de interação social, comunicação, autogestão das emoções e resolução de problemas (Serbai et al, 2021). Os objetivos terapêuticos precisam habilitar a pessoa com TEA, dentro de suas capacidades, ao máximo de independência e autonomia possíveis, o que inclui a participação na educação e no trabalho. A família precisa incentivar e apoiar o jovem no exercício da sua cidadania.

O ingresso na universidade de pessoas com TEA é previsto na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008), como visto no módulo 1. A Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146, 2015) determina que o candidato tem o direito de solicitar recursos de acessibilidade e tecnologia assistiva para concorrer a vaga. A pessoa com TEA tem a Lei nº 12.711 de 2012, que dispõe sobre o ingresso das pessoas com deficiência nas universidades federais, regulamentando as cotas. E o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limites em 2011, que estabelece o apoio para a ampliação e fortalecimento dos núcleos de acessibilidade nas instituições universitárias.

Os estudantes com TEA passam por dificuldades na sua graduação perante aos novos desafios sociais e ambientais que surgem nesse processo. Entre essas dificuldades, destacam-se:

- Compreensão de regras sociais: Pessoas com TEA podem ter dificuldade em entender e seguir regras sociais, o que pode dificultar a interação com colegas e professores.
- Hipersensibilidade aos estímulos sensoriais do ambiente: Pessoas com TEA podem ser hipersensíveis a estímulos sensoriais, como barulho, luz ou toque, o que pode causar desconforto e distração.
- Planejamento dos estudos: Pessoas com TEA podem ter dificuldade em organizar e planejar os estudos, o que pode dificultar o desempenho acadêmico.
- Orientação em relação ao espaço e tempo do deslocamento de casa até a faculdade: Pessoas com TEA podem ter dificuldade em se orientar no espaço e no tempo, o que pode dificultar o deslocamento até a faculdade.
- Interação constante para trabalhos em grupo: Pessoas com TEA podem ter dificuldade em interagir com colegas em trabalhos em grupo, o que pode dificultar o desempenho acadêmico.

Além dessas dificuldades, estudantes com TEA também podem enfrentar barreiras arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais, metodológicas e curriculares nas universidades.

Na inserção no mercado de trabalho, as pessoas com TEA também enfrentam alguns desafios inerentes ao transtorno, como dificuldades na socialização, comunicação, comportamentos repetitivos e estereotipados, hipersensibilidade, e às vezes déficit intelectual, que podem influenciar nas habilidades necessárias para determinado cargo ou função. Diante disso, essas pessoas podem ter dificuldade em encontrar uma vaga de emprego, conseguir manter-se nele e ainda evoluir na carreira escolhida.

O ambiente de trabalho muitas vezes não adota uma prática inclusiva, sem as adaptações arquitetônicas necessárias para favorecer o desempenho das pessoas com deficiência em geral, e com barreiras atitudinais marcadas pela discriminação e pelo capacitismo (Silva et al, 2019).

Como vimos anteriormente, a Lei Brasileira de Inclusão, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015) estabelece diversos princípios fundamentais, incluindo a dignidade, a igualdade de oportunidades, a autonomia, a não discriminação, a acessibilidade e a plena participação e inclusão na sociedade. Esses princípios são a base sobre a qual os direitos das pessoas com deficiência são garantidos (Brasil, 2015).

No que diz respeito ao trabalho, a colocação competitiva é uma forma de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho, sem discriminação. Essa colocação deve ser feita de acordo com as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho. Essas medidas são necessárias para garantir a igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência no trabalho. E em específico ao relacionado ao trabalho, na seção III, a lei, afirma:

> Art. 37. Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho (Brasil, 2015).

Além disso, existe a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência (Lei n° 8.213/91). Essa lei determina as proporções para empregar pessoas com deficiência, que variam de acordo com a quantidade de funcionários.

As empresas com 100 a 200 funcionários devem reservar 2% das vagas para pessoas com deficiência. Empresas com 201 a 500 funcionários devem reservar 3% das vagas. Empresas com 501 a 1.000 funcionários devem reservar 4% das vagas.

Empresas com mais de 1.001 funcionários devem reservar 5% das vagas.

As instituições que descumprirem a legislação estão sujeitas a multas de até R$ 228 mil. A medida também se aplica a pessoas reabilitadas pelo INSS.

Sexualidade da Pessoa com TEA

No decorrer dos módulos apresentamos e discutimos vários direitos das pessoas com deficiência. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) reconhece os direitos da pessoa com deficiência em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito à educação sexual:

> A sexualidade é um direito próprio da condição humana e deve ser vista sem preconceitos, incluindo a possibilidade de as pessoas com deficiência exercerem seu direito a ter uma vida afetiva e sexual ativa, constituindo suas famílias e planejando seus filhos (Brasil, 2009).

No entanto, por esse tema ser considerado um tabu, mesmo sendo um processo natural do ser humano, as pessoas com deficiência acabam não recebendo a orientação adequada da família, profissionais de saúde e da educação.

A adolescência é uma fase marcada por importantes mudanças físicas e psicossociais. O estigma social dificulta que pessoas com deficiência sejam vistas como alguém que deseja expressar sua sexualidade. Isso ocorre porque a sociedade muitas vezes associa a deficiência à falta de desejo sexual.

A sexualidade é frequentemente reduzida ao ato sexual, mas também se refere à forma como compreendemos nosso corpo, necessidades, desejos e como nos relacionamos afetivamente com o outro (Freitas, 2021).

Pessoas com TEA também passam pela puberdade, um período de transição da infância para a idade adulta. Nessa fase, ocorrem mudanças corporais e emocionais relacionadas à sexualidade, que podem ser difíceis de compreender para pessoas com TEA. Esses comportamentos podem incluir masturbação em público, tirar a roupa em locais impróprios, falar sobre sexo de forma inapropriada ou tocar outras pessoas sem permissão. Além disso, pessoas com TEA são mais propensas a serem vítimas de bullying, assédio e abuso sexual. Essas pessoas podem não saber como identificar, se proteger e denunciar essas situações (Ottoni et al, 2019).

Outro aspecto da sexualidade é o desenvolvimento de habilidades sociais importantes para construir relacionamentos afetivos. Essas habilidades incluem a

capacidade de compreender os sentimentos e o ponto de vista da outra pessoa, estabelecer limites saudáveis, lidar com mudanças inesperadas e se adaptar ao convívio com outra pessoa.

Dessa forma, a educação sexual abrange a compreensão das mudanças corporais, relação com o próprio corpo, atração sexual, masturbação, relação sexual segura, menstruação, gravidez, expectativas e regras sociais, entender os próprios sentimentos e demais aspectos que possam limitar a pessoa a ter uma vida sexual satisfatória (Ottoni et al, 2019).

A sexualidade é um tema amplo e complexo, que faz parte do desenvolvimento humano e está relacionado com a qualidade de vida. Pessoas com TEA têm o direito à educação sexual, que é importante para a prevenção de violências, infecções sexualmente transmissíveis, promoção da saúde sexual, planejamento familiar e participação social.

Pais e cuidadores podem não se sentir seguros para conversar sobre sexualidade com os jovens. Nesse caso devem buscar orientação e apoio junto aos profissionais que acompanham os filhos.

Profissionais da saúde e educação devem incluir a educação sexual no Projeto Terapêutico Singular e no Projeto Político Pedagógico. Essa abordagem é importante para trabalhar com famílias e jovens, pois é uma forma de inclusão necessária perante a relevância do tema.

Problemas no sono e uso de telas

Entre os distúrbios do sono o mais comum é a insônia, que pode ser entendida como dificuldade em iniciar o sono (a criança só inicia o sono na presença dos cuidadores), manter o sono (despertares noturnos e necessidade da intervenção dos cuidadores), despertar antes do horário habitual sem conseguir retornar a dormir (Nunes et al, 2015).

O distúrbio de início do sono por associações inadequadas ocorre quando a criança, após um despertar fisiológico, só consegue voltar a dormir com a intervenção dos pais. Gradualmente, os pais precisam ajudar a criança a reduzir a associação entre o despertar noturno e a necessidade da presença dos pais para voltar a dormir. Esse distúrbio tende a melhorar por volta dos 3 a 4 anos de idade.

O distúrbio pela falta de estabelecimento de limites pode ser causado pela flexibilidade dos pais em relação aos hábitos preparatórios do sono para a criança, pela falta de rotina de sono ou mesmo pela desorganização dos hábitos da família (Nunes et al, 2015).

No TEA, as dificuldades para dormir são comuns e podem se manifestar como dificuldade em iniciar o sono, resistência para dormir e despertar noturno. A insônia pode piorar as dificuldades comportamentais. Estudos apontam que a insônia no TEA pode estar relacionada ao quadro comportamental da criança e à falta de organização da rotina pela família (Nunes et al, 2015).

Dessa forma, a higiene do sono é uma estratégia que pode ajudar a melhorar a qualidade e a duração do sono. A higiene do sono é uma forma de organizar uma rotina que prepara a criança para o sono.

A figura a seguir apresenta orientações sobre higiene do sono (22):

Como podemos praticar a Higiene do Sono no dia-a-dia?

A higiene do sono é um conjunto de recomendações para a mudança no comportamento, nas atividades diárias e no ambiente, para promover um sono saudável.

As práticas de higiene do sono podem nos ajudar a criara hábitos que promovam uma boa noite de sono, para conseguir brincar, estudar e aprender melhor no dia seguinte.

É uma forma de cuidar do nosso sono!

O sono é muito importante para o desenvolvimento do nosso cérebor e para o funcionamento do nosso corpo.

Uma noite bem dormida dá energia para um dia cheio de atividades e brincadeiras!



1º Procure deitar e acordar na maioria dos dias no mesmo horário.

2º Evite ficar muito tempo deitado na cama sem dormir. Quando for para a cama, faça alguma atividade tranquila e rápida, como leitura e meditação.

3º Evite dormir muito fora dos horários de costume. Você pode dormir até 40 minutos após o almoço.

4º Deixe o ambiente do quarto tranquilo, sem barulho e escuro, com temperatura agradável.



5º Crie uma rotina na hora de deitar, como jantar, tomar banho, escovar os dentes e ler uma história antes de ir para a cama.

6º Não use equipamentos eletrônicos 2 a 3 horas antes de dormir e deixe-os fora do quarto. Mexer no celular, ver televisão ou jogar videogame atrasam a chegada do sono e podem acordar você durante a noite.



7º Faça refeições leves à noite e pelo menos 30 minutos antes de se deitar.

8º Evite alimentos e bebidas como refrigerantes, chocolates, chás pretos e cafés 3 horas antes de ir deitar, eles contém cafeína e podem prejudicar o sono.

9º Procure não se deitar com fome. De barriga vazia não conseguimos dormir.

10º Faça exercícios regularmente até 3 horas antes de ir dormir. Fazer exercícios ajudam a dormir mais e a relaxar.



11º Técnicas de relaxamento podem te ajudar. Realizar respirações abdominais profundas e lentas, ou pensar em coisas que goste, como estar na praoa, brincando ou nadando.

12º Chame seus pais quando acordar e não conseguir dormir de novo.



13º Procure não ficar pensando em coisas desagradáveis e chatas antes de dormir. Problemas e preocupações podem ser discutidos mais cedo, em outros momentos.

14º Na hora de dormir, vá para a cama apenas quando já estiver com sono.

Fonte: Llaguno et al,, 2021.

Um comportamento que está bastante associado à insônia é o uso excessivo de telas. Atualmente, o acesso a smartphones e tablets é mais frequente entre crianças de diversas idades.

Quando falamos sobre brincar, vimos o quanto é importante para o desenvolvimento infantil, diferente das telas, que trazem inúmeros prejuízos. O uso de telas por crianças é facilitado pelos pais com a intenção de que a criança "fique quieta" ou "se acalme". Porém, precisamos lembrar de que as telas acabam se tornando reforçadores de comportamentos indesejados e não contribuem para a autorregulação emocional da criança.

O mais importante para a criança é brincar e interagir socialmente para o desenvolvimento de suas habilidades motoras, sensoriais, perceptuais, sociais e comunicativas. Portanto, a organização da rotina, com espaço para brincar e preparação para dormir, é importante para a regulação do sono.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019) identificou outros prejuízos associados ao uso de telas, incluindo:

- Problemas de saúde mental, como irritabilidade, ansiedade e depressão.
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).
- Transtornos do sono, como insônia e dificuldade para dormir.
- Transtornos de alimentação, como sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia.
- Problemas visuais, como miopia e síndrome visual do computador.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) também orienta:

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade, nem mesmo passivamente.
- Crianças entre 2 e 5 anos devem limitar o tempo de tela a 1 hora por dia, sempre com supervisão de pais ou responsáveis.
- Crianças entre 6 e 10 anos devem limitar o tempo de tela de 1 a 2 horas por dia, sempre com supervisão de pais ou responsáveis.
- Adolescentes entre 11 e 18 anos devem limitar o tempo de tela e jogos eletrônicos de 2 a 3 horas por dia, e nunca ficarem acordados até tarde da noite jogando.

Para todas as idades, é importante evitar o uso de telas durante as refeições e desligar as telas 1 a 2 horas antes de dormir. Além disso, é importante oferecer e incentivar alternativas para atividades físicas, como esportes, exercícios ao ar livre ou contato com a natureza, sempre com supervisão responsável.

Estabelecer regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além de regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda a família, incluindo momentos de desconexão e convivência familiar.

Para mais informações, consulte o Manual de Orientação da SBP (2019), disponível no material complementar.

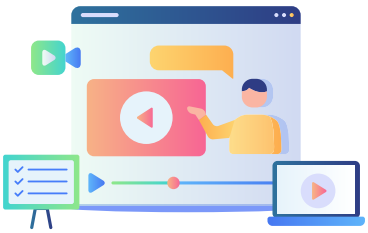
Para "não" finalizar

Chegamos ao final do módulo 4 do curso para cuidadores de pessoas com TEA. Esperamos que tenha sido proveitoso.

Neste módulo, apresentamos o papel e a importância do cuidador para a estimulação da criança e os cuidados continuados na vida adulta da pessoa com TEA. Também abordamos as principais dificuldades para realizar esse cuidado, como o manejo das "birras", das dificuldades alimentares e da insônia.

Esperamos que você consiga aplicar as estratégias que apresentamos para facilitar seu cuidado diário. Destacamos a estruturação da rotina como um ponto-chave para organizar a família e a criança.

O próximo módulo será dedicado aos cuidados de quem cuida, pois a sua saúde e bem-estar também fazem parte dessa rede de cuidados.



Aula Virtual

Assista as aulas virtuais disponibilizadas neste módulo e aprofunde ainda mais seus conhecimentos.

Clique nas imagens abaixo e boa aula!



Aula virtual 1
Maria Soraida Silva

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM- 5-TR). 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2022.

BERTAN, Amanda Braghini. Transtorno do espectro autista para além da infância: o que diz a literatura sobre o processo de transição para a vida adulta e a interface

entre a saúde e a educação?. 2018.

BIANCHI, Vilma Aparecida; LEPRE, Rita Melissa; CAMPANHARO, Adriana Silveira. A Inclusão Escolar de Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Encontro Nacional de Educação (ENACED) e Seminário Internacional de Estudos e Pesquisa em Educação nas Ciências (SIEPEC), n. 2, 2022.

BRASIL. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde–SUS. 2009.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estabelece a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios de previdência social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. 2008a. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

BRITO Gama B. T.; Monteiro LoboH. H.; Trindade da SilvaA. K.; MontenegroK. S.

SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA. Revista Artigos. Com, v. 17, p. e3916, 13 jun. 2020.

CHAIM, M. P. M., da Costa Neto, S. B., Pereira, A. F., & Da Silva Grossi, F. R. (2019, January 1). Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura. Cadernos de Pós-graduaçã. Em Distúrbios do Desenvolvimento. https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p9-34. Acesso em: 19 set. 2023.

FREITAS, Arend de, Rodrigues, Marcia Helena, et al. A sexualidade em adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA): Revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, p. e11810615558-e11810615558, 2021.

GAIATO, Mayra; TEIXEIRA, Gustavo. O Reizinho Autista: Guia para lidar com comportamentos difíceis. Nversos, 2018.

IN, J.; GAIATO, M. H. B.; ZOTESSO, M. C.; SILVEIRA, R. da R. .; FERREIRA, L. Transtorno do espectro autista e envelhecimento: uma revisão narrativa. Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, [S. l.], v. 8, n. 14, p. 3–11, 2023.

LÁZARO, Cristiane Pinheiro; CARON, Jean; PONDÉ, Milena Pereira. Escalas de avaliação do comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro autista. Revista Psicologia: Teoria e Prática, v. 20, n. 3, 2018.

LLAGUNO, Nathalie Sales; PINHEIRO, Eliana Moreira; AVELAR, Ariane Ferreira Machado. Elaboração e validação da cartilha "Higiene do Sono para Crianças". Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. eAPE001125, 2021.

MACHADO, M. S., Londero, A. T., & Pereira, C. R. R. (2018, November 23). Tornar-se família de uma criança com Transtorno do Espectro Autista. Contextos Clínicos; University of Vale do Rio dos Sinos. https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.05. Acesso em: 19 set. 2023.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; Bonito, Inês (2015) - Implicações do autismo na dinâmica familiar: estudo da qualidade de vida dos irmãos. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. ISSN 1647-4120. 6:2 (Julho-Dezembro 2015) 131-134.

MINATEL, Martha Morais; MATSUKURA, Thelma Simões. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 25, n. 2, p. 126-134, 2014.

MOURA e Moura, A.; LIMA dos Santos, B. M.; SAMPAIO Marchesini, A. L. O brincar e sua influência no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 24–38, 2021. Disponível em: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/14120. Acesso em: 20 set. 2023.

NUNES, Magda Lahorgue; BRUNI, Oliviero. Insônia na infância e adolescência: aspectos clínicos, diagnóstico e abordagem terapêutica. Jornal de Pediatria, v. 91, p. S26-S35, 2015.

OTTONI, Ana Carla Vieira; MAIA, Ana Claudia Bortolozzi. Considerações sobre a sexualidade e educação sexual de pessoas com transtorno do espectro autista. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, p. 1265-1283, 2019.

PAULA, F. M. de; SILVÉRIO, G. B.; JORGE, R. P. C.; FELÍCIO, P. V. P.; MELO, L. de A.; BRAGA, T.; CARVALHO, R. C. N. de. Transtorno do Espectro do Autismo: impacto no comportamento alimentar/ Autism Spectrum Disorder: impact on eating behavior. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 5009–5023, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-083. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/10562. Acesso em: 24 oct. 2023.

PEREIRA, C. C. V. (2011, December 15). AUTISMO E FAMÍLIA: PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS AUTISTAS. http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/384. Acesso em: 20 set. 2023.

POSAR, Annio; VISCONTI, Paola. Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo. Jornal de Pediatria, v. 94, p. 342-350, 2018.

RAMOS, João Victor Bezerra; DE OLIVEIRA, Clarissa Giovana Luna; DE ALENCAR, Jacicarlos Lima. A importância da escola no âmbito social da criança com transtorno do espectro autista. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 3, p. 4318-4326, 2020.

RODRIGUES, Camilla Peixoto Santos et al. O consumo alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista está correlacionado com alterações sensório-oral e o comportamento alimentar. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 67155-67170, 2020.

SAPAGE, Sara Pereira; CRUZ-SANTOS, Anabela; FERNANDES, Hugo André da Silva Martins. A comunicação aumentativa e alternativa em crianças com perturbações graves da comunicação: cinco mitos. Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial ,v. 5 (2), p. 229-240, 2018.

SERBAI, Fabiana; PRIOTTO, Elis; PALMA, Maria Teixeira. Autismo na Adolescência uma Revisão Integrativa da Literatura. Educação em Revista, v. 37, p. e26472, 2021.

SILVA Talarico da, TEIXEIRA Mariana Valente; SANTOS Pereira dos, AMANDA Cristina; NORONHA Goyos de, CELSO Antonio. A inclusão no mercado de trabalho de adultos com Transtorno do Espectro do Autismo: uma revisão bibliográfica. Revista Educação Especial, v. 32, p. 1-19, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA (SBFA). Perguntas e Respostas a Respeito da Comunicação Suplementar e Alternativa para Familiares de Crianças e Jovens com Necessidades Complexas de Comunicação. 2021. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/campanhas/campanha-comunicacao-suplementar-e-alternativa/pdf/faq-pdf.pdf. Acesso em: 15 set.2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de Orientação. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital (2019-2021).# Menos telas# mais saúde. 2019.

TOGASHI, Cláudia Miharu; WALTER, Cátia Crivelenti de Figueiredo. As contribuições do uso da comunicação alternativa no processo de inclusão escolar de um aluno com transtorno do espectro do autismo. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 22, p. 351-366, 2016.

MÓDULO 4

Material Complementar



Material Complementar

Este material complementar foi desenvolvido para aprofundar sua compreensão sobre os temas abordados em nosso módulo 4 "O cuidador como agente fundamental no processo do cuidado à pessoa com TEA".

Portanto, aproveite ao máximo esses recursos adicionais, pois eles são uma parte valiosa de nossa jornada de aprendizado.

ANJOS, B. B. D., & De Morais, N. A. (2021, February 11). As experiências de famílias com filhos autistas: uma revisão integrativa da literatura. Ciencias Psicológicas; Prensa Médica Latinamericana. https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347. Acesso em 19 set. 2023.

BRILHANTE, Aline Veras Morais et al. “Eu não sou um anjo azul”: a sexualidade na perspectiva de adolescentes autistas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 417-423, 2021.Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/CLJhwP677n6865nSVZW78hf/

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de Orientação. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital (2019-2021).# Menos telas# mais saúde. 2019.
Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). PERGUNTAS E RESPOSTAS A RESPEITO DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA PARA FAMILIARES DE CRIANÇAS E JOVENS COM NECESSIDADES COMPLEXAS DE COMUNICAÇÃO. 2021. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/campanhas/campanha-comunicacao-suplementar-e-alternativa/pdf/faq-pdf.pdf

LEMOS, Emellyne Lima de Medeiros Dias; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro; AGRIPINO-RAMOS, Cibele Shírley. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 20, p. 117-130, 2014.

MÁXIMO, Taynnah Karoline Pereira et al. Perspectivas das mães de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo sobre a rede de cuidados/Perspective of mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder on the care network. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO, v. 7, n. 1, p. 1527-1542.

SILVA, Priscila; LUNARDI, Paula Tanara Boroski; JUNG, Hildegard Susana.AUTISMO E SEXUALIDADE: METODOLOGIAS LÚDICAS PARA UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA.

Diálogos Interdisciplinares, v. 13, n. 2,p.22-38, 2023. Disponível em:
https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/1172

MÓDULO 5

Caso Biopsicossocial



5

Caso Biopsicossocial - Módulo 5

[...] Eu acho que sempre poderia estar fazendo mais para ele. Eu vivo uma eterna luta contra o tempo. Eu penso: "Meu Deus, eu tenho que fazer isso até antes dos 4 anos, até antes dos 5 anos, até antes dos 6 anos. Porque se ele não falar até aos 5 anos, ele pode não falar mais, se ele não falar até aos 6 anos, ele pode não falar mais."

[...] Eu acho que sempre poderia estar fazendo mais por ele. Eu acho que as mães de crianças autistas sempre se sentem assim. Elas sempre acham que precisam fazer mais, que precisam fazer tudo o que está ao seu alcance para ajudar seus filhos. Elas fazem Son-Rise, terapia comportamental, terapia alimentar, tudo o que puderem para ver seus filhos se desenvolverem.

[...] Quanto aos profissionais que encontrei, já vi de tudo. Tive profissionais que só pegavam o meu dinheiro e não tinham ética de falar que não sabiam cuidar e tratar do meu filho, que ficaria mais bonito, ou que não era a sua especialidade. Hoje, quanto aos últimos profissionais, estou satisfeita no geral, pois alguns eram mais dedicados, mas atualmente estão menos dedicados. Outros são menos dedicados, e outros tiveram que largar. Só uma é extremamente dedicada.

Perguntas mobilizadoras:

a) Você identifica sofrimento nos relatos? Quais?
b) A partir desses relatos, você identifica alguma estratégia para apoiar quem cuida de pessoas com TEA? Que estratégias você conhece?
c) Qual a importância de grupos de cuidadores, de atendimento psicológico para quem cuida de pessoa com TEA, do cuidado com a saúde física, mental e o lazer para quem cuida de pessoa com TEA? Você tem se cuidado? De que forma?

MÓDULO 5

Cuidando de quem cuida



5

Objetivos de Aprendizagem

a) Conhecer os direitos de cuidadores(as) de pessoas com TEA;

b) Compreender práticas de cuidado por meio de grupos de cuidadores de pessoas com TEA;

c) Refletir sobre o cuidado de si, saúde física, mental e lazer no contexto de quem cuida de pessoas com TEA.

Introdução ao Módulo

Olá! Bem-vindo(a) ao módulo V do curso para cuidadores de pessoas com TEA.

Neste módulo, você aprenderá sobre o cuidado de quem cuida, práticas e estratégias de grupo de pais, familiares e cuidadores e o olhar para o cuidado integral desses cuidadores de pessoas com TEA.

Desejamos que seja uma excelente oportunidade de aprendizagem. Para isso, estude os conteúdos do despertando o interesse, assista às videoaulas, acesse as indicações de leitura e material complementar e faça o exercício de fixação do conhecimento.

Boa aprendizagem!

Conhecendo uma situação: Caso Biopsicossocial

> [...] Eu acho que sempre poderia estar fazendo mais para ele. Eu vivo uma eterna luta contra o tempo. Eu penso: "Meu Deus, eu tenho que fazer isso até antes dos 4 anos, até antes dos 5 anos, até antes dos 6 anos. Porque se ele não falar até aos 5 anos, ele pode não falar mais, se ele não falar até aos 6 anos, ele pode não falar mais."
>
> [...] Eu acho que sempre poderia estar fazendo mais por ele. Eu acho que as mães de crianças autistas sempre se sentem assim. Elas sempre acham que precisam fazer mais, que precisam fazer tudo o que está ao seu alcance para ajudar seus filhos. Elas fazem Son-Rise, terapia comportamental, terapia alimentar, tudo o que puderem para ver seus filhos se desenvolverem.
>
> [...] Quanto aos profissionais que encontrei, já vi de tudo. Tive profissionais que só pegavam o meu dinheiro e não tinham ética de falar que não sabiam cuidar e tratar do meu filho, que ficaria mais bonito, ou que não era a sua

especialidade. Hoje, quanto aos últimos profissionais, estou satisfeita no geral, pois alguns eram mais dedicados, mas atualmente estão menos dedicados. Outros são menos dedicados, e outros tiveram que largar. Só uma é extremamente dedicada.

Perguntas mobilizadoras:

a) Você identifica sofrimento nos relatos? Quais?
b) A partir desses relatos, você identifica alguma estratégia para apoiar quem cuida de pessoas com TEA? Quais estratégias você conhece?
c) Qual a importância de grupos de cuidadores, de atendimento psicológico para quem cuida de pessoa com TEA, do cuidado com a saúde física, mental e o lazer para quem cuida de pessoa com TEA? Você tem se cuidado? De que forma?

Contextualização dos direitos de cuidadores de pessoas autistas

Quando se pensa em autismo, a imagem que vem à mente é a de uma criança completamente isolada, que se esconde nos cantos da casa, faz movimentos circulares com objetos e não responde aos chamados. Autismo não é assim! Poucas pessoas sabem que este diagnóstico também inclui sintomas mais sutis (Barbosa; Fernandes, 2009).

O TEA é classificado em três níveis de gravidade: leve, moderado e grave. Com o tratamento, é possível transitar entre os níveis e, em alguns casos, viver uma vida independente (American Psychiatric Association, 2014).

Quando comparado às versões anteriores, o DSM-5 apresenta um problema: a pouca relevância dos fatores sociais na construção do diagnóstico. Apesar de presentes, esses fatores não são quantificados com a devida relevância, como um fator de stress para a vida conjugal, parental, problemas interpessoais, profissional, condições de vida, financeira, legal, comorbidades e outros fatores de stress psicossociais (Aguiar, 2015).

Esses fatores sociais são determinantes em sociedades desiguais como a sociedade brasileira, em que a maioria da população vive com baixa renda ou classe média baixa (Nery, 2019).

Considerando esses fatores sociais, iremos apresentar os direitos e benefícios previstos para familiares e cuidadores de pessoas com TEA, no que se refere aos direitos sociais adquiridos e garantidos por leis.

Benefício de Prestação Continuada (BPC) - Lei Orgânica de Assistência Social

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial concedido pelo Governo Federal, criado pela Lei nº 8.742/1993, Lei Orgânica de Assistência Social. O acesso é feito por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e no aplicativo Meu INSS está com o nome de Benefício Assistencial ao Idoso ou à Pessoa com Deficiência e tem como símbolo a pessoa na cadeira de rodas (figura 1).

Como vimos no módulo I, o transtorno do espectro autista (TEA) se caracteriza por comprometimento da capacidade de comunicação, interação social e comportamento que pode ser incapacitante, afetando o desempenho escolar, profissional e a vida cotidiana. Uma pessoa com TEA, de qualquer idade, é considerada, por lei, uma pessoa com deficiência e, desde que comprove os requisitos, sua família recebe até um salário mínimo (Brasil, 2023a).

Nesse sentido, é importante ressaltar que a família que deseja receber o BPC deve comprovar que a renda per capta não seja superior a ¼ do salário mínimo vigente. Para isso, é necessário somar o rendimento familiar e dividir pelo número de pessoas que compartilham desses rendimentos. Se o resultado for igual ou menor que ¼ do salário mínimo, a pessoa com autismo estará elegível para o BPC LOAS (Brasil, 2023c).

Para a realização desse cálculo, devem ser considerados os parentes que moram na mesma casa e compartilham do rendimento familiar. No caso de pessoa que mora na mesma residência, mas não tenha vínculo familiar e não compartilhe do rendimento, não deve entrar no cálculo para solicitação do benefício.



Que os beneficiários que necessitam de assistência permanente de terceiros poderão ter um acréscimo de 25% no valor do BPC. Para isso, é necessário comprovar a incapacidade permanente (Brasil, 2023c).

O BPC destina-se às pessoas com autismo que vivem em situação de risco social. Esse benefício assistencial também é destinado às pessoas com deficiência e idosos de baixa renda.

Para as pessoas que já recebem o BPC, existe o Auxílio-Inclusão à Pessoa com Deficiência. Trata-se de outro benefício para pessoas com deficiência que trabalhem ou comecem a trabalhar e recebam até dois salários-mínimos. O pedido é realizado

totalmente pela internet, sem necessidade de ir ao INSS (Brasil, 2023a).

O Login Único está disponível tanto para computadores quanto para dispositivos móveis, e pode ser acessado através do site faq-login-unico.servicos.gov.br.. Se você está acessando o sistema pela primeira vez, basta realizar o cadastro clicando em "crie sua conta". Para efetuar o login, você pode utilizar o seu usuário (CPF informado durante o processo de criação da conta) juntamente com a senha escolhida, ou através do uso de certificado digital de Pessoas Físicas (Brasil, 2023a).

Figura 1: imagem do Meu INSS que é um aplicativo que informa e permite o acesso ao BPC/LOAS.

Fonte: Brasil (2020).

O INSS disponibiliza uma página com todas as informações sobre as etapas, documentos necessários e outras informações. Entre no site: https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia.

Nos casos de dificuldade em realizar os processos digitais, as famílias e cuidadores de pessoas com TEA devem procurar os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) para orientações, auxílio no cadastramento e atualização do Cadastro Único. O Cadastro Único é um grande mapa das famílias de baixa renda no Brasil, que identifica quem essas famílias são e como elas vivem. Os benefícios variam de acordo com cada família cadastrada (Brasil, 2023b).

Figura 2: Menu para solicitação de Auxílio- Inclusão à Pessoa com Deficiência.



Fonte: Brasil (2023b)

O BPC/LOAS não é aposentadoria. Aposentadoria é um benefício concedido a quem trabalhou e contribuiu para a previdência social. O BPC/LOAS é um benefício assistencial concedido a pessoas com deficiência, TEA ou idosos (+65 anos) que se encontram em situação de vulnerabilidade social. O valor do BPC/LOAS é de um salário mínimo por mês. Para mais informações, ligue para o número 136.

Apesar de o BPC/LOAS não ser suficiente para todas as demandas, ele contribui como fonte de renda para suprir as necessidades básicas. É importante que a sociedade se mobilize para que o salário mínimo no Brasil seja valorizado conforme previsto na Constituição Brasileira de 1988. Segundo o DIEESE (2022), o salário mínimo deveria ser de R$ 6.388,55, ou 5,27 vezes o mínimo atual de R$ 1.212,00.

Figura 3: charge sobre a luta de trabalhadores(as) por salário mínimo digno, CTB, 2022.



Fonte: Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil. https://ctb.org.br/sem-categoria/valor-do-salario-minimo-previsto-na-constituicao-seria-de-r-638855-em-julho/.

Redução de carga horária de trabalho - Lei nº 8.112/1990

É inegável que pais, mães e cuidadores de pessoas com TEA precisam dedicar parte do seu tempo para acompanhar seus filhos em atendimentos médicos, terapias, etc. Isso exige mudanças na vida dessas pessoas e pode ter efeitos na vida profissional e no trabalho. Para isso, a Lei nº 8.112/1990, possibilita a redução de carga horária da jornada de trabalho para pais de autistas servidores públicos federais, também sendo aplicável a cônjuges ou dependentes com deficiência (Gama, 2023).



A redução da carga horária de trabalho pode ser de até 50%. Com a lei 13.370 de 2016, não há mais necessidade de compensação de carga horária de trabalho ou descontos salariais para pais de autistas. Os servidores municipais e estaduais também têm esse direito. A lei 8.112 de 1990 pode ser usada como referência caso o Estado ou Município não possua decreto sobre a redução.

Essa redução de carga horária é necessária porque a pessoa com TEA precisa de cuidados específicos que demandam tempo de quem é responsável por ela. A Lei 13.370 de 2016 reduziu a jornada de trabalho dos pais de filhos com TEA. A legislação é válida apenas para cargos públicos. Para solicitar a redução da jornada, é necessário requerimento administrativo junto ao órgão gestor, apresentando a comprovação das necessidades do dependente (Brasil, 1990, 2016, Vasconcelos, 2023).

Caso o pedido de redução seja negado, recomenda-se ingressar com ação na justiça para obter a redução judicialmente. Essas leis citadas não se aplicam às empresas privadas, pois servem apenas para os servidores públicos. No entanto, o trabalhador pode negociar com a empresa para obter uma redução de carga horária, podendo haver redução no salário na proporção da carga horária (Gama, 2023, Vasconcelos, 2023).

Preferência em filas de espera em estabelecimentos públicos e privados

Em 2023, foi sancionada a Lei nº 14.626/2023, que estende o direito ao atendimento prioritário para pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) ou com mobilidade reduzida, e para doadores de sangue. Quando não houver caixas, guichês ou atendentes específicos, esses públicos devem ser atendidos imediatamente após a conclusão do atendimento que estiver em andamento, antes de quaisquer outras pessoas. Também foi estabelecida a reserva de assentos nos veículos das empresas públicas de transporte e das concessionárias de transporte coletivo para pessoas com TEA (Câmara dos Deputados, 2023).

As placas de preferências devem conter a fita de quebra-cabeça, um símbolo mundial da conscientização sobre o autismo. A fita, que é feita de peças coloridas, representa a complexidade do TEA. O laço de quebra-cabeça foi adotado em 1999 como um símbolo para a conscientização do autismo (Brasil, 2019).

Figura 4: placa de atendimento preferencial e prioritário.



Fonte: Plex Soluções gráficas. Disponível em: https://www.graficapex.com.br/novidade/entenda-a-lei-do-atendimento-preferencial/124

A comprovação para o uso desse direito pode ser feita por meio de atestado médico ou da carteira de identidade da pessoa com TEA (CipTEA). A CipTEA foi instituída pela Lei Federal n.º 13.977 de 2020 e é emitida gratuitamente pelos órgãos responsáveis pela política de assistência social, saúde ou educação dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Brasil, 2020).

Vagas em estacionamentos e assentos em espaços públicos

No módulo I deste curso, aprendemos que a Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146/ 2015 assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua cidadania, inclusão social, acessibilidade e prioridade nos atendimentos. A Lei Berenice Piana nº 12.764/2012 criou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que determina o direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS); acesso à educação e à proteção social; ao trabalho e a serviços que propiciem a igualdade de oportunidades. Além disso, ficou definido que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Figura 5: Imagem do site do Departamento de Trânsito relacionada ao direito à vaga de estacionamento especial, Pernambuco, 2023.



Fonte: Departamento de Trânsito de Pernambuco (2023).

Nesse sentido, as vagas preferenciais oferecidas pelos estacionamentos podem ser usadas por pessoas com TEA, estando eles na condução do veículo ou não. Em Pernambuco, o estacionamento em vagas reservadas às pessoas idosas, com deficiência ou com dificuldade de locomoção, está previsto na Resolução n.º 019, de 9 de janeiro de 2018 do Conselho Estadual de Trânsito (Pernambuco, 2023).

Para obter a credencial para estacionamento especial, as pessoas com TEA devem acessar o site do Departamento de Trânsito de Pernambuco (DETRAN-PE) ou do respectivo órgão de trânsito do município onde residem.

No site do DETRAN-PE, as pessoas com TEA podem encontrar informações sobre os requisitos para obter a credencial, bem como o passo a passo para a solicitação.

Nos municípios com seu próprio órgão de trânsito integrado ao Sistema Nacional de Trânsito, como Recife, Olinda, Jaboatão, Caruaru e Petrolina, as pessoas com TEA devem entrar em contato com o órgão para obter informações sobre os requisitos e o processo de solicitação.

O link para o site do DETRAN-PE é:

https://www.detran.pe.gov.br/estacionamento-em-vagas-especiais.

Figura 6: modelo de credencial para estacionamento em vaga especial.



Fonte:https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/mobilidade/2022/08/15059066-estacionamento-de-idosos-credencial-ja-pode-ser-emitida-pela-internet.html.

Em Recife, o cadastro para a credencial de estacionamento especial é realizado pela Autarquia de Trânsito e Transporte Urbano do Recife (CTTU) pelo site:
http://www.recife.pe.gov.br/pr/agendamentoInternet/sasi/codigos/telaEntrada/telaDirecional.php.

Para mais informações, os interessados podem entrar em contato com a CTTU pelo telefone 0800.081.1078.

Em Pernambuco, os moradores dos municípios que não possuem órgão de trânsito próprio (municípios não integrados ao Sistema Nacional de Trânsito) têm duas opções para solicitar a credencial de estacionamento especial:

- Dirigir-se à sede do DETRAN-PE;
- Dirigir-se a uma das Circunscrições Regionais de Trânsito (CIRETRANs) Especiais.

Cobertura assistencial de planos de saúde

Um aspecto importante no cuidado da pessoa com TEA, suas famílias e cuidadores é a assistência à saúde. Algumas famílias conseguem pagar planos privados de saúde para acesso à consulta especializada e terapias. É importante considerar que planos de saúde são empresas que visam lucro. Por isso, devem ser reguladas para não explorarem cruelmente pessoas que pagam e dependem de cobertura assistencial.

No Brasil, a lei garante a cobertura do tratamento multidisciplinar para pessoas com TEA, incluindo a possibilidade de reembolso integral das despesas feitas fora da rede credenciada. A recusa de cobertura de terapias especializadas prescritas para o tratamento de TEA é considerada abusiva, pois as terapias multidisciplinares são essenciais para o desenvolvimento de pessoas com TEA. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos de saúde, publicou a Resolução Normativa (RN) n.º 539/2022, que ampliou as regras de cobertura assistencial para TEA e tornou obrigatória a cobertura de quaisquer métodos ou técnicas indicados com prescrição médica (Brasil, 2022; Supremo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 2023).

A publicação da RN n.º 541 de 2022 revoga as Diretrizes de Utilização (DUT) de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Com isso, o Rol vigente passou a assegurar a assistência multidisciplinar dos beneficiários, independentemente da sua condição de saúde. A cobertura é obrigatória em número ilimitado, uma vez indicada pelo médico assistente (Santana, 2022).

Figura 7: Mudança na cobertura assistencial em saúde pelos planos de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022.



Fonte: Santana (2022).

Para acesso à cobertura assistencial dos planos de saúde, é necessária a prescrição do médico assistente; a prestação do serviço em estabelecimento de saúde ou por meio de telessaúde, nos moldes da legislação vigente; a execução durante a realização de procedimentos com cobertura prevista, como consultas ou sessões com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou outros; a execução por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais (Santana, 2023).

Diante disso, os planos de saúde devem garantir:

Quadro 1: Direitos garantidos e obrigações dos planos de saúde para as pessoas com TEA, Brasil, 2023:	
Direito à Cobertura	As operadoras de planos de saúde precisam oferecer cobertura para as intervenções de Transtornos do espectro autista (TEA). Isso inclui serviços de avaliação diagnóstica, terapias comportamentais, terapias de fala e linguagem, terapias ocupacionais, fisioterapia e outras estratégias médicas necessárias no desenvolvimento da criança.
Rol de Procedimentos	É um direito de todas as famílias com TEA ter a cobertura da operadora de plano de saúde no cumprimento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse documento estabelece os procedimentos, exames e tratamentos com cobertura básica pelos planos de saúde. Ou seja, determina a cobertura mínima obrigatória válida para os planos contratados. Além disso, conforme a ANS, pessoas diagnosticadas com TEA têm um limite diferenciado para sessões de terapia e intervenções. No entanto, ele não é definido pelo máximo de horas de intervenção, mas sim pelo limite mínimo. Verifique se todas as terapias e serviços essenciais estão contemplados no rol e se não existe nenhum tipo de negação quanto a ultrapassar as sessões pré-determinadas pela ANS.

Prazo de Carência	É importante que a família entenda quais são os prazos de carência estabelecidos pela legislação. A Lei dos Planos de Saúde prevê prazos até 180 dias após a conclusão do contrato para a cobertura de procedimentos relacionados ao autismo. Não existe nenhum tipo de carência estendida para iniciar as intervenções, por isso, é importante ficar de olho nas operadoras e possíveis prazos, evitando ampliação de tempo em um período excessivamente longo. Os planos de saúde seguem prazos determinados para a realização de procedimentos. Essas datas são definidas a partir da Resolução Normativa 259, de 2011. Atualmente, os prazos são os seguintes: Serviços de urgência e emergência: atendimento imediato; Exames de análises clínicas: prazo de 3 dias úteis; Consultas básicas (pediatra, clínico geral): prazo de 7 dias úteis; Agendar terapias e consultas com especialistas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia: 10 dias úteis; Agendar consulta com médicos especialistas em psiquiatria e neurologia: 14 dias úteis; Realização de procedimentos de alta complexidade: 21 dias úteis.
Rede Credenciada	É importante que a operadora de plano de saúde possua uma rede credenciada de profissionais e instituições especializadas em autismo para oferecer para a família. Por isso, garanta que você tenha acesso a profissionais qualificados da psicologia, neuropediatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, que possam fornecer os serviços necessários para a criança no espectro.
Reembolso	Caso a operadora não possua profissionais especializados em sua rede credenciada, a família tem o direito de solicitar o reembolso de despesas médicas e terapêuticas em clínicas multidisciplinares da sua escolha. Guarde todos os comprovantes e recibos dos serviços prestados por profissionais não credenciados, entenda quais são as regras estabelecidas pelo plano de saúde e peça o reembolso dos valores investidos em intervenção.

Fonte: Elaborado a partir de Rissato (2023).

Se o plano de saúde negar a cobertura ou descumprir os direitos garantidos por lei, é necessário recorrer aos órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON e a ANS. Esses órgãos são responsáveis por intervir e mediar conflitos entre as partes, garantindo sempre o cumprimento da lei (Rissato, 2023).

Durante todo o curso para cuidadores, aprendemos que os direitos e necessidades de pessoas com TEA vão além do plano de saúde. Com a Lei Berenice Piana, as pessoas com TEA são consideradas pessoas com deficiência para todos os efeitos legais, tendo seus direitos assegurados no sistema de saúde, como: diagnóstico precoce, atendimento multidisciplinar, medicamentos, informações que auxiliem no diagnóstico e intervenções, acesso à educação, acesso ao ensino profissionalizante, acesso à moradia, acesso ao mercado de trabalho, acesso à previdência e assistência social.

Portanto, mesmo as famílias sem plano de saúde contam com direitos que

garantem o acesso ao diagnóstico e intervenção para TEA pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

Os tribunais de justiça do país estão se esforçando para que a Caixa Econômica Federal (CEF) libere o saldo do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para familiares de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Isso ocorre porque o tratamento de pessoas com TEA pode ser caro, necessitando de atendimento de profissionais como psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

A Lei n.º 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, estabelece que as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) são consideradas pessoas com deficiência, para todos os efeitos legais. Embora a Lei n.º 8.036/1990, que regulamenta o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), não mencione especificamente a possibilidade de saque do fundo em casos de dependentes com TEA, os tribunais entendem que tal saque é permitido, especialmente quando os pais não possuem recursos financeiros para arcar com o tratamento.

Têm direito ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) os trabalhadores registrados com carteira assinada, de acordo com as regras estabelecidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Isso inclui trabalhadores rurais e safreiros (que trabalham por período de colheita), trabalhadores intermitentes, temporários, avulsos, domésticos e atletas profissionais.

Para solicitar a liberação do FGTS, é possível recorrer à Defensoria Pública da União (DPU), que presta assistência jurídica gratuita a famílias com renda mensal de até R$ 2.000 ou que comprovem incapacidade de pagar por um advogado. Se o valor total solicitado na ação for de até 60 salários-mínimos (R$ 72.720), é possível entrar com o pedido diretamente no Juizado Especial Federal, sem a necessidade de um advogado. Para valores acima desse limite, é necessário ingressar com a ação em uma vara da Justiça Federal, sempre acompanhado de um advogado (Muniz, 2022).

Para ingressar com a ação, são necessários os seguintes documentos:

- **Documento de identidade:** pode ser Registro Geral (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH), que inclua o CPF.
- **Carteira de trabalho:** pode ser a versão física ou digital.
- **Comprovante de residência atualizado:** é ideal que o comprovante tenha no máximo três meses.
- **Extrato do FGTS:** pode ser obtido no site da Caixa Econômica Federal ou no

aplicativo FGTS.

- **Documentação médica:** inclui cópias de exames médicos, laudos ou informações clínicas relacionadas à doença ou transtorno, fundamentando o pedido.
- **Formulário:** Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS.
- **Comprovante de dependência:** caso o pedido seja baseado na doença ou transtorno de um dependente, será necessário apresentar um comprovante legal da relação de dependência, como certidão de nascimento ou de adoção.

Esses documentos são mencionados por Muniz (2022) como necessários para dar entrada na ação de liberação do FGTS.

A isenção de imposto de renda

Os responsáveis jurídicos por pessoas com TEA podem ter direito à isenção de imposto de renda sobre os custos financeiros relacionados aos cuidados de saúde. Esses itens devem ser informados na declaração anual do Imposto de Renda. Na ficha de identificação, na seção "dados do contribuinte", existe um campo onde é possível selecionar se há uma pessoa com deficiência incluída na declaração, desde que ela seja um dependente ou o próprio declarante. Ao fazer essa seleção, a declaração será processada de forma prioritária, o que significa que o declarante receberá a restituição antes dos demais contribuintes. No quadro 4 da declaração estão listados os itens que podem ser deduzidos no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) (Brasil, 2023c).

Quadro 2: itens isentos de pagamento de Imposto de Renda no Brasil, 2023

Despesas com profissionais de saúde e estabelecimento como hospitais	Médico, dentista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, plano de saúde, clínicas, laboratórios, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, sem limite de valor. Em casos de internação: remédios, fraldas, enfermeiros, cuidadores, etc., desde que estejam relacionados na Nota Fiscal do estabelecimento de saúde, como despesas médicas. O valor reembolsado pelo plano de saúde deve ser declarado no campo parcela não dedutível/valor reembolsado.
Educação, ensino infantil, fundamental, médio, técnico e superior, o que engloba	Há um limite de isenção. Mesmo que você tenha gasto mais, só pode ser abatido o limite pré-estabelecido pela Receita Federal.
Escola inclusiva/especial	O valor pago pode ser abatido integralmente e deverá ser lançado como despesa médica.
Pensão paga	Pode ser abatido integralmente o valor pago, com o código 30. As pessoas que recebem pensão devem lançar em Rendimento Tributável Recebido de Pessoa Física.

Fonte: Elaborado a partir de informações da Receita Federal do Brasil (2023).
https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/dirpf

IMPORTANTE



Alguns custos relacionados ao autismo não são isentos de imposto de renda, como cursos livres, remédios, fraldas e pagamentos a enfermeiros e cuidadores. Os benefícios e direitos apresentados contribuem para algum alívio às famílias e cuidadores, mas são necessários cuidados singulares com a saúde integral por meio de práticas que serão abordadas a seguir.

Saúde mental dos(as) cuidadores(as)

Como já visto no módulo 2 e 4, existem impactos sociais, emocionais,e financeiros para as famílias que possuem membro com TEA. Esses impactos são devidos às características do TEA em relação às dificuldades na comunicação, interação, comportamentos difíceis como agressividade, agitação, presença das estereotipias, déficits cognitivos e maior dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD).

Os cuidados intensivos para crianças com TEA podem gerar problemas familiares. As mães são frequentemente as principais cuidadoras e, portanto, são mais propensas a sofrer problemas de saúde física e mental. Os pais, por outro lado, costumam assumir o papel de provedor financeiro e podem ter mais dificuldade em aceitar o diagnóstico de TEA (Mapelli et al., 2018).

A sobrecarga e o estresse do cuidador podem levar a sintomas de ansiedade e depressão. Além das demandas de cuidados, a falta de suporte social e familiar também é um fator que impacta a saúde do cuidador (Barbosa, Fernandes, 2009).

De forma mais abrangente, pode-se afirmar que a qualidade de vida do cuidador é afetada em várias dimensões, como saúde física, mental, relacionamentos sociais, trabalho, lazer e capacidade de enfrentamento dos desafios cotidianos (Chaim et al., 2019).

As dificuldades de acesso aos serviços destinados às pessoas com TEA e as condições socioeconômicas da família também são aspectos relacionados à qualidade de vida do cuidador (Barbosa, Fernandes, 2009).

No módulo 4, apresentamos estratégias para facilitar a rotina de cuidados e manejar situações de descontrole emocional de pessoas com TEA. Essas estratégias são importantes para que o cuidador possa gerenciar melhor seu dia e ter tempo para outras atividades.

No entanto, o cuidador também precisa de suporte emocional específico, como intervenções focadas em ouvi-lo e ajudá-lo a lidar com suas emoções. O acompanhamento terapêutico e o suporte psicológico devem começar junto com o processo de diagnóstico (Silva, 2021).

No módulo 2, vimos como a confirmação do diagnóstico pode desencadear uma série de emoções nos pais, como frustração, raiva e negação, devido à quebra das expectativas em relação ao "filho ideal". Além disso, surgem questões relacionadas à intensidade dos cuidados em casa, à necessidade de acompanhamento terapêutico e à preocupação com o futuro. Essa fase é marcada por um processo de luto, sentimentos de culpa e adaptação a uma nova rotina.

Dessa forma, muitos cuidadores, em especial as mães, se dedicam integralmente ao papel do cuidar, negligenciando sua vida social, autocuidado e relações afetivas. É importante que as mães sejam ajudadas e encorajadas a identificar uma rede de apoio, seja na própria família, do pai da criança, da comunidade, na religiosidade ou em grupos de apoio, para poder contar com um espaço de escuta e troca de experiências (Constantinidis, Pinto, 2020). Os cuidados com o cuidador precisam ser incluídos nas políticas que garantem os direitos e o cuidado integral à pessoa com TEA.

Os grupos voltados aos cuidadores de pessoas com TEA podem ter o objetivo de orientar sobre o que é o TEA, cuidados diários, estimulação no domicílio e manejo do comportamento. Também podem ter um objetivo terapêutico, ao oferecer um espaço de escuta, trocas de experiências e sentimentos, e favorecer que o grupo possa se apoiar e identificar estratégias de enfrentamento e resolução de problemas perante as dificuldades cotidianas.

Outro formato de grupo é o de convivência, que também permite a troca de experiências e possibilita a ampliação da rede social dos cuidadores, compartilhando atividades de lazer e luta por direitos, como exemplos. As associações também são espaços importantes para fortalecer a luta e união dos cuidadores na conquista de mais espaços de inclusão.

É importante identificar esses espaços, que podem acontecer na Unidade Básica de Saúde (UBS), policlínicas, centros de reabilitação, CRAS, ONGs ou a partir da iniciativa coletiva dos cuidadores de se unirem. As redes sociais podem ajudar você a encontrar associações ou grupos de cuidadores de pessoas com TEA.

Saúde física dos(as) cuidadores(as)

A prática regular de atividade/exercício físico é benéfica para a saúde, pois ajuda a prevenir e tratar diversas doenças, entre elas as cardiovasculares, obesidade, diabetes, estresse, ansiedade e depressão (Ferreira, Diettrich, Pedro, 2015).

É importante destacar a diferença conceitual entre atividade e exercício físico. Atividade física corresponde a “qualquer movimento corporal que resulte em

gasto de energia acima do nível de repouso. Nesse sentido, o exercício físico pode ser definido como uma subclasse da atividade física, que se caracteriza como uma atividade estruturada, comumente supervisionada e realizada com objetivo de manter ou melhorar o nível de aptidão física ou de saúde" (Peixoto, 2021).

A prática regular de exercício físico tem um impacto muito importante na saúde mental, física e social. Pessoas com prática regular de atividade/exercício físico tendem a apresentar melhor estado de humor, pois favorece a liberação pelo próprio organismo de substâncias neuroquímicas que ajudam na manutenção do bem-estar. Os efeitos do exercício físico promovem melhora da autoestima, autoimagem, sociabilidade, sono, metabolismo, fatores esses que contribuem para um melhor estado geral de saúde (Souza et al., 2021).

Ritti-Dias et al. (2021) elaboraram o "Guia de Atividade Física para a População Brasileira" com orientações para a população adulta, conforme quadro a seguir:

Atividades físicas sugeridas para adultos brasileiros	
	Fazer caminhadas, corridas, andar de bicicleta, remo, patins ou skate no tempo livre ou deslocamento.
	Fazer fortalecimento muscular na academia, parque, praia, clube ou em casa, usando equipamentos de academia, elásticos, materiais domésticos ou somente com o peso do próprio corpo.
	Praticar esportes como: futebol, vôlei, tênis, handebol, basquete, ou outros de sua preferência.
	Praticar atividades físicas aquáticas como: hidroginástica, natação, polo aquático, surfe ou outras atividades de sua preferência,
	Dançar seja qual for o ritmo: axé, samba, forró, funk, rap, samba de gafieira, danças de salão, vaneirão, frevo, catira, outras danças tradicionais da sua região ou qualquer outro tipo de dança de sua preferência.
	Praticar lutas, como: judô, jiu-jitsu, boxe, capoeira, tae-kwon-do, karatê ou outras de sua preferência.
	Praticar yoga, dança circular, biodança, Tai Chi Chuan, Pilates ou outras práticas de sua preferência.
	Existem ainda muitos outros tipos de atividades físicas que você pode experimentar até encontrar aquela que mais gostas. O importante é praticar.

Figura 2: Sugestões de atividades físicas para adultos

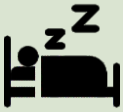
Benefícios da prática regular de atividade física para adultos	
	Previne e diminui a mortalidade por diversas doenças crônicas, tais como pressão alta, diabetes (açúcar no sangue), doenças do coração e alguns tipos de câncer (como mama, estômago e intestino intestino - cólon).
	Ajuda a controlar o seu peso, melhorando não apenas a saúde, mas também a relação com seu corpo.
	Diminui os sintomas de asma.
	Diminui o uso de medicamentos em geral.
	Diminui o estresse e sintomas de ansiedade e depressão.
	Melhora seu sono.
	Promove o desenvolvimento humano e bem-estar, ajudando a desfrutar de uma vida plena com melhor qualidade.
	Promove seu prazer, relaxamento, divertimento e disposição.
	Ajuda na sua inclusão social, criação e fortalecimento de laços sociais, vínculos e solidariedade.
	Resgata e mantém vivos diversos aspectos da cultura local.

Figura 3: Benefícios da prática regular de atividade física para adultos.



Figura 4: Recomendação de atividade física para adultos brasileiro.
AF= atividade física.

Para favorecer o acesso da população à prática regular de exercícios físicos, o Ministério da Saúde (MS), em 2011, lançou o Programa Academia da Saúde, como mais um dispositivo da Atenção Primária à Saúde (APS), visando complementar as ações de promoção à saúde nos territórios (Sá et al., 2016).

Existem municípios que possuem polos do Programa Academia da Saúde com oferta de práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, práticas artísticas e culturais (Brasil, 2014). Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode englobar a utilização desse espaço pela família.

Promovendo o autocuidado

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física, mas é um assunto que ainda é pouco discutido. É fundamental estarmos atentos às nossas emoções e sentimentos, pois eles podem ter um impacto significativo em nossa vida. É também importante reconhecer nossos limites e buscar ajuda quando necessário.



O corpo e a mente podem nos enviar sinais de que algo não está bem. Alguns desses sinais incluem:

- Dificuldade para dormir
- Desânimo ou falta de prazer ao fazer atividades
- Irritabilidade
- Fadiga
- Tensão
- Dores de cabeça
- Falta de concentração
- Batimento acelerado do coração
- Sensação de falta de ar

Não é vergonha se sentir assim. Você não é menos capaz que outra pessoa. É um momento que você precisa de ajuda! Onde você pode procurar ajuda?

- Um amigo ou familiar para conversar
- Um profissional de saúde que lhe acompanha ou atenda seu filho
- Na Unidade Básica de Saúde do seu Bairro ou da sua Cidade

Você também pode procurar o CAPS, que é um serviço de saúde mental e não precisa de agendamento para ser acolhido. A busca pelo profissional de saúde não deve ser apenas em caso de doença física, mas também se você perceber que não está bem em sua saúde mental.

Caso você esteja sentindo que precisa de ajuda imediata, você pode ligar para o Centro de Valorização da Vida (188), pelo telefone fixo ou celular, a qualquer horário para conversar de forma gratuita e com total sigilo.

Você também precisa de cuidados

O que fazer para cuidar mais de si mesmo?

Dicas para cuidar da saúde mental:

- Organize sua rotina. Isso ajudará você a saber quais atividades são possíveis fazer no dia e programar sua semana.
- Divida tarefas domésticas com as outras pessoas da casa.
- Durma bem. Faça algo relaxante antes de ir deitar. As dicas de higiene do sono



para crianças também podem ajudar você.

Faça atividades prazerosas no seu cotidiano. Encontre atividades que lhe tragam bem-estar, como ver um filme, ouvir música, ler um livro ou cozinhar.

Mantenha contato com amigos e familiares. Fortaleça os vínculos e o apoio.

Pratique exercícios físicos e tenha uma alimentação saudável.

Medite. A meditação é uma prática que tem sido associada a benefícios para a saúde mental.

Comece aos poucos, mas comece. Aqui estão alguns vídeos para te ajudar a dar o primeiro passo:

- Meditação para iniciantes: https://www.youtube.com/watch?v=XTeL-81Nnlk&t=8s (duração: 6 minutos)
- Exercícios de respiração para relaxamento: https://www.youtube.com/watch?v=Jw7yJ5Jac5M&t=2s (duração: 11 minutos)
- Atividades para melhorar o bem-estar: https://www.youtube.com/watch?v=3xNZe-68Pd8&t=1054s (duração: 20 minutos)



FINALIZANDO

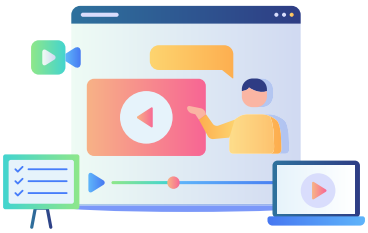
Neste módulo, vimos sobre os direitos sociais e benefícios garantidos por leis para familiares e cuidadores de pessoas com TEA, como o BPC/LOAS, redução da carga horária de trabalho, fila preferencial, vagas para deficiente, coberturas de plano de saúde, FGTS, Isenção de Imposto de renda. Também abordamos a importância da saúde mental e física do cuidador e estratégias para promoção do autocuidado.

O TEA é uma condição complexa que, em alguns casos, pode representar um desafio para a ciência, para a sociedade e para as famílias. O curso sobre TEA para cuidadores foi desenvolvido com o objetivo de reunir conhecimentos, direitos e informações para o melhor cuidado das pessoas e de seus cuidadores.

O curso não pretendeu esgotar as possibilidades de caminhos e conhecimentos sobre o tema, mas reúne em um curso conteúdos essenciais para as práticas de cuidadores e familiares. Outras iniciativas são necessárias para atender a aspectos intersubjetivos dos circuitos de afeto de quem cuida de pessoas com TEA.

Esperamos que este curso tenha sido proveitoso e satisfatório para você. Que ele contribua para uma melhor qualidade de vida de pais, cuidadores e pessoas com TEA. Não se esqueça de fazer a avaliação do curso ao final para obter o certificado.

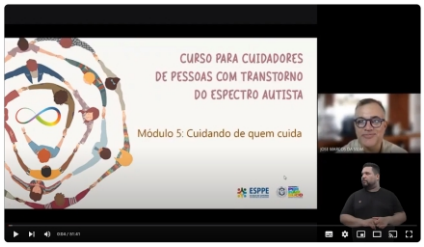
Ah! Além do curso para cuidadores, temos cursos para profissionais da Atenção Primária à Saúde, para profissionais da Educação e para agentes de segurança. Acesse nosso site para saber mais.



Aula Virtual

Assista as aulas virtuais disponibilizadas neste módulo e aprofunde ainda mais seus conhecimentos.

Clique nas imagens abaixo e boa aula!



Aula virtual 1

José Marcos da Silva

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. P. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. Mnemosine, v.11, n. 1, p. 227257, 2015.

BRASIL Agência Senado. CDH aprova laço colorido para indicar prioridade a pessoas com autismo. 2019. Disponível em: Senadohttps://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/04/04/cdh-aprova-laco-colorido-para-indicar-prioridade-a-pessoas-com-autismo. Acesso em: 12 out. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, Milene Rossi Pereira; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 14, p. 482-486, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS n.º 539, de 23 de junho de 2022. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-ans-n-539-de-23-de-junho-de-2022-410047154. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n.º 13.977 de 2020. Altera a Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei n.º 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13977.htm. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde - Cartilha. Braília, 2014.

BRASIL. Receita Federal. Imposto de Renda. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/dirpf. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/inss/pt-br/assuntos/noticias/login-unico-perguntas-e-respostas-esclarecem-duvidas-para-criar-conta-e-acessar-o-meu-inss. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. 2023c. Disponível em:

https://www.gov.br/inss/pt-br/direitos-e-deveres/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc-loas. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Trabalho, Emprego e Previdência. 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Combate à Fome. Cadastro Único. 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico. Acesso em 12 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 12 out.2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 13. 370 de dezembro de 2016. Altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, para estender o direito ao horário especial ao servidor público federal que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza e para revogar a exigência de compensação de horário. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13370.htm#art1. Acesso em 12 out. 2023.

C MARA DOS DEPUTADOS. Direitos Humanos. Lei estende atendimento prioritário a autistas, pessoas com mobilidade reduzida e doadores de sangue. 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/980414-LEI-ESTENDE-ATENDIMENTO-PRIORITARIO-A-AUTISTAS,-PESSOAS-COM-MOBILIDADE-REDUZIDA-E-DOADORES-DE-SANGUE. Acesso em: 26 out. 2023.

CHAIM, Maria Paula Miranda et al. Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 19, n. 1, p. 9-34, 2019.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; PINTO, Alinne Souza. Revisão integrativa sobre a vivência de mães de crianças com transtorno de espectro autista. Revista Psicologia e Saúde, 2020.

DA SILVA, Ana Carolina Galhardo et al. Famílias frente a crianças com diagnóstico de autismo: um olhar para a atuação de profissionais da psicologia Psychology and families among autism

diagnosis: a literature review. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 7, p. 69579-69592, 2021.

DIEESE. Nota Técnica. Preços dos produtos In natura reduzem custo da cesta. 2022. Disponível em: https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2022/202207cestabasica.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

FARO, K. C. A.; SANTOS, R. B.; BOSA, C. A.; WAGNER, A.; SILVA, S. S. da C. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. Psico, [S. l.], v. 50, n. 2, p. e30080, 2019. DOI: 10.15448/1980-8623.2019.2.30080.

FERREIRA, Joel Saraiva; DIETTRICH, Sandra Helena Correia; PEDRO, Danielly Amado. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. Saúde em Debate, v. 39, p. 792-801, 2015.

GAMA, V. É LEI: horário de trabalho reduzido para pais autistas!. 2023. Disponível em: https://vivianegama.adv.br/2022/05/03/e-lei-horario-de-trabalho-reduzido-para-pais-autista/. Acesso em: 12 out. 2023.

MAPELLI, Lina Domenica et al. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. Escola Anna Nery, v. 22, 2018.

MUNIZ, M. Justiça autoriza trabalhadores com filhos autistas a sacar o FGTS; veja como fazer. 2022. Disponível em: https://www.cut.org.br/noticias/justica-autoriza-trabalhadores-com-filhos-autistas-a-sacar-o-fgts-veja-como-faze-7647#:~:text=Como%20entrar%20com%20a%C3%A7%C3%A3o%20para%20pedir%20a%20libera%C3%A7%C3%A3o%20do%20FGTS*&text=Se%20o%20valor%20total%20pedido,Justi%C3%A7a%20Federal%2C%20sempre%20com%20advogado. Acesso em: 12 out. 2023.

NERY, M.C. A escalada da desigualdade social no Brasil: qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza? Rio de Janeiro: FGV Social, 2019.

PEIXOTO, Evandro Morais. Exercício Físico: Compreendendo as Razões para Prática e seus Desfechos Psicológicos Positivos. Aval. psicol., Campinas, v. 20, n. 1, p. 52-60, mar. 2021.

PERNAMBUCO. Departamento de Trânsito. Estacionamento em vagas especiais. 2023. Disponível em: https://www.detran.pe.gov.br/estacionamento-em-vagas-especiais. Acesso

em: 12 out. 2023.

PORTAL UNIFICADO DA JUSTIÇA FEDERAL. Justiça determina que pai de criança autista pode sacar FGTS para custear despesas com tratamento. 2023. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=26817. Acesso em: 12 out. 2023.

Ritti-Dias RM, Trapé AA, Farah BQ, Petreça DR, Lemos EC, Carvalho FFB, Magalhães LL, Maciel MG, Gomes PSC, Manta SW, Hallal PC, Andrade DR. Atividade física para adultos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2021;26:e0215.

RISSATO, H. Autismo e plano de saúde: 5 direitos que devem ser cobertos pelas operadoras. 2023. Disponível em: https://genialcare.com.br/blog/autismo-e-plano-de-saude/#:~:text=Lembre%2Dse%3A%20caso%20haja%20recusa,que%20%C3%A9%20previsto%20por%20lei. Acesso em: 12 out.2023.

SÁ, Gisele Balbino Araujo Rodrigues de et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1849-1860, 2016.

SANTANA, P. L. O. RN 539/2022 - questionamentos relevantes sobre os métodos e técnicas de abordagem. 2022. Disponível em: https://www.linkedin.com/pulse/rn-5392022-questionamentos-relevantes-sobre-os-e-de-de-o-santana/?originalSubdomain=pt. Acesso em: 12 out.2023.

SOUZA, H. dos S. de; SANTOS, D. M. dos; XAVIER, G. H. C.; SANTANA, B. A.; OLIVEIRA, V. de; TERTULIANO, I. W. A influência da prática de atividade física no estado de humor de mulheres adultas. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v. 25, n. 2, p, 87-94, maio/ago. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Tratamento multidisciplinar de autismo deve ser coberto de maneira ampla por plano de saúde. 2023. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/12042023-Tratamento-multidisciplinar-de-autismo-deve-ser-coberto-de-maneira-ampla-por-plano-de-saude.aspx. Acesso em: 12 out. 2023.

VASCONCELOS, A. Servidor Público e empregado público, é possível a redução de carga horária para cuidado de dependente com deficiência sob sua responsabilidade. 2023. Disponível em:

https://www.jusbrasil.com.br/artigos/servidor-publico-e-empregado-publico-e-possivel-a-reducao-de-carga-horaria-para-cuidado-de-dependente-com-deficiencia-sob-sua-responsabilidade/1794504288. Acesso em: 12 out. 2023.

MÓDULO 5

Material Complementar



5

Material Complementar

Este material complementar foi desenvolvido para aprofundar sua compreensão sobre os temas abordados em nosso módulo 5 "Cuidando de quem cuida".

Portanto, aproveite ao máximo esses recursos adicionais, pois eles são uma parte valiosa de nossa jornada de aprendizado.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Manual de atendimento à pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/manual-de-atendimento-a-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-final-23-03-29.pdf. Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de Alagoas. Cartilha dos direitos das pessoas com Transtornos do Espectro Autista. Disponível em: https://defensoria.audora.com.br/alagoas/api/download_documento/a1bc3175-c652-466e-9945-77138420627e. Acesso em: 14 out.2023.

BRASIL. Ordem dos Advogados do Brasil. Cartilha dos direitos da pessoa autista. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Cartilha%20Autismo%20WEB(3).pdf. Acesso em: 14 out. 2023.

CERQUEIRA-SILVA, S.; DESSEN, M. A. Programas de Educação Familiar para famílias de crianças com deciência: uma proposta promissora. Contextos Clínicos, v.11, n.1, p. 59 – 71, 2018.

MASUCHI, M. H.; ROCHA, E. F. Cuidar de pessoas com deciência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 23, n.1, p. 89-97, 2012.

MIELE, F. G.; AMATO, C. A. H. Transtorno do Espectro Autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares – revisão de literatura. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v.16, n.2, p. 89-102, 2016.

MISQUIATI, A. R. N.; BRITO, M. C.; FERREIRA, F. T. S; Junior, F. B. A. Sobrecarga familiar e crianças com Transtornos do Espectro do Autismo: perspectiva dos

cuidadores. CEFAC, v.17, n.1, p. 192200, 2015.

MOXOTÓ, G. F. A.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação de Treino de Controle do Stress para Mães de Crianças com Transtornos do Espectro Autista. Psicologia: Reexão e Crítica, v.28, n., p. 772-779, 2015.

ESPPE
ESCOLA DE GOVERNO
EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

GOVERNO DE
PERNAMBUCO
ESTADO DE MUDANÇA