

DIRETRIZES NORTEADORAS SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL

Data de submissão: 09/02/2024

Data de aceite: 01/04/2024

Ana Priscila Batista

Departamento de Psicologia da
Universidade Estadual do Centro-Oeste –
UNICENTRO, Irati, PR
<http://lattes.cnpq.br/3063604155925029>

Laura Beatriz Bora

Universidade Estadual do Centro-Oeste –
UNICENTRO, Irati – PR
<http://lattes.cnpq.br/3520082507844097>

RESUMO: O transtorno do espectro autista vem ganhando cada vez mais visibilidade social e científica, e, por isso, apresenta políticas públicas específicas que servem para nortear o trabalho de profissionais da saúde e garantir seus direitos e de seus familiares. Dessa forma, objetiva-se apresentar um panorama sobre as políticas públicas vigentes em cenário federal. Foram encontrados seis documentos. A análise se deu por meio da análise de conteúdo, sendo categorizada em: caracterização, avaliação/diagnóstico, intervenção, e responsabilidade social. Os resultados indicam que os documentos apresentam informações importantes para nortear a prática profissional, assegurar o direito de pessoas com o transtorno, e para a conscientização da comunidade. Conclui-se que, o conhecimento das normativas é

um importante passo inicial, mas ainda há muito o que avançar.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo; Políticas Públicas; Ajustamento Profissional

GUIDELINES ON THE AUTISTIC SPECTRUM DISORDER IN THE BRAZILIAN SCENERY

ABSTRACT: Autistic spectrum disorder is increasingly gaining social and scientific visibility and, therefore, has specific public policies that serve to guide the work of health professionals and guarantee their and their families rights. Thus, the objective is to present an overview of public policies in force at the federal. Six documents were found. The analysis took place through content analysis, being categorized into: characterization, evaluation/diagnosis, intervention, social responsibility. The results indicate that the documents present important information for professional practice, for guaranteeing the rights of people with the disorder and for raising community awareness. It is concluded that knowledge of regulation is an important initial step, but there is still much to be done.

KEYWORDS: Autism; Public policy; Professional performance.

INTRODUÇÃO

Considerando as evidências do aumento da prevalência de casos, é possível perceber um maior interesse da população em geral acerca do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), a prevalência do transtorno no mundo é de um a cada 100 crianças, porém ressalta que em muitos países, principalmente de baixa e média renda, não há conhecimento sobre o número de casos. Ainda conforme a OMS, pesquisas controladas apresentam uma prevalência ainda maior, porém não é possível generalizá-las.

Conforme apresentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, em sua versão revisada – DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2023), o TEA é um transtorno de neurodesenvolvimento caracterizado por déficits na comunicação e na interação social em diversos contextos, e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento. Estas características estão presentes desde o início do desenvolvimento da criança, trazendo prejuízos no cotidiano desses indivíduos. Para a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 2016), há o Autismo Infantil e o Autismo Atípico, os quais encontram-se na classificação de ‘Transtornos Invasivos do Desenvolvimento’. O primeiro consiste em alterações aparentes antes dos três anos de idade, com as mesmas características apresentadas pelo DSM-V-TR e podem ser acompanhadas por outras alterações como fobias, mudanças no sono e na alimentação, além de crises agressivas. O segundo tipo apresentado ocorre após os três anos de vida, e é uma perturbação do desenvolvimento, tendo como características anormalidades e atrasos referentes ao desenvolvimento mental e da linguagem.

É importante levar em consideração que o transtorno não afeta todos os âmbitos da vida dos indivíduos, nem afeta todas as pessoas da mesma forma. Há uma variabilidade nas características do TEA que implica na importância de se realizar uma avaliação individualizada e, a partir disso, oferecer diferentes intervenções comportamentais necessárias para cada caso (American Psychiatric Association, 2023). Conforme apontado por Xavier, Marchiori e Schwartzman (2018) é muito importante que o diagnóstico seja realizado por uma equipe multiprofissional e ainda durante a infância, sempre levando em consideração as condições que os pais e cuidadores apresentam, pois são quem convivem e acompanham o desenvolvimento da criança.

As intervenções dentro da Psicologia partem de diversas vertentes, considerando-se que existem várias abordagens e cada uma compreende e intervém de uma forma. Dentro da Psicanálise, Marfinati e Abrão (2018) apontam que alguns autores classificam o autismo enquanto uma psicose e outros não, e há quem não ache tão necessário tal classificação, considerando como mais importante entender as necessidades da criança. Dessa forma, não há um consenso entre os psicanalistas sobre o TEA.

Por sua vez, a Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis* – ABA, em inglês) visa a modificação de comportamentos, considerando a história de vida e o ambiente em que cada indivíduo está inserido (Schmidt; Bosa, 2011). Os autores também apresentam o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) e o PECS (*Picture Exchange Communication System*) como formas de intervenção para o TEA. O TEACCH consiste em uma mudança no ambiente buscando uma estrutura e organização adequadas para a pessoa com TEA, visando desenvolver habilidades e potencialidades. O PECS tem por objetivo facilitar a comunicação por meio do uso de imagens, as quais servem para que a criança expresse suas vontades e necessidades.

Além das diferentes especialidades e abordagens que embasam a prática dos/as profissionais, existem algumas normativas, como leis, diretrizes ou protocolos, que servem de embasamento para a atuação. Tais normativas visam amparar o trabalho e assegurar o comprometimento ético do/a profissional, principalmente no campo legal, servindo, também, para que pais e familiares possam recorrer aos direitos das pessoas com TEA.

Dessa forma, o presente artigo visa apresentar um panorama acerca das diretrizes, leis e protocolos no cenário federal sobre o TEA, analisando aspectos referentes a descrições da: caracterização, avaliação/diagnóstico, intervenção e responsabilidade social presentes nos documentos vigentes no momento da pesquisa. É importante ressaltar que todos os documentos que serão mencionados são de acesso público e podem ser encontrados em sites do governo federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza quanti-qualitativa, em que foi realizada uma busca documental em sites federais do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/>), e no portal de Legislação Federal Brasileira (<https://legislacao.presidencia.gov.br/>) visando encontrar documentos referentes ao Transtorno do Espectro Autista.

A análise dos documentos encontrados foi realizada por meio da elaboração de categorias, sendo elas: a) caracterização do TEA, b) avaliação/diagnóstico, c) intervenção e d) responsabilidade social.

RESULTADOS

Foram encontrados seis documentos a partir dos critérios estabelecidos, presentes na tabela 1, a partir dos quais serão apresentadas análises referentes as categorias acima citadas.

Número	Ano	Título	Local
1	2012	Lei nº 12.764 – Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista	Legislação Federal Brasileira
2	2014	Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo	Ministério da Saúde
3	2015	Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
4	2016	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo	Ministério da Saúde
5	2020	Lei nº 13.977 - 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.	Legislação Federal Brasileira
6	2023	Lei nº 14.626 - Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue e reserva de assento em veículos de empresas públicas de transporte e de concessionárias de transporte coletivo nos dois primeiros casos.	Legislação Federal Brasileira

Tabela 1. Documentos selecionados

DISCUSSÃO

Caracterização

Em relação à caracterização do transtorno, no D1 é apresentada uma descrição sem a menção de fontes, caracterizando o TEA como uma deficiência persistente de comunicação, comprometimento para interagir socialmente, seja para desenvolver e/ou manter relações, interferências comportamentais, como padrões restritos e repetitivos de comportamento, comportamentos estereotipados ou sensoriais incomuns, apresentação de interesses muito restritos e forte aderência a regras e rotinas (Brasil, 2012). Mesmo não apontando a fonte, essa descrição vem de encontro ao que consta no DSM-V-TR (APA, 2023). Esse Manual, na versão IV-TR, de 2000, ainda é citado como referência para caracterizar o TEA também no D3. Já a CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2016) é utilizada para caracterizar o TEA no D2, D3 e D4. Conforme apresentado, as características do TEA referem-se a algum grau de comprometimento social, na comunicação e na linguagem, além dos interesses restritos e atividades únicas e repetitivas (Organização Mundial da Saúde, 2016). As principais características do transtorno que são citadas em todos os documentos se referem a comprometimentos na comunicação e prejuízos nas relações sociais, seguindo as características apresentadas pelos manuais diagnósticos.

É importante ressaltar que os D2, D3 e D1 consideram a pessoa com TEA como deficiente para todos os efeitos legais. Esta consideração pode ser entendida como um “facilitador”, pois é facilitado o acesso aos serviços e aos direitos legais. Porém, D3 destaca

que isso não deve servir como rótulo, para que a pessoa não seja reduzida à sua condição (Brasil, 2015). A caracterização enquanto pessoa com deficiência é muito importante, pois até o início do século XXI pessoas com TEA não eram consideradas como pessoas com deficiência e não possuíam leis específicas, o que dificultava na busca por seus direitos.

Avaliação/diagnóstico

Em relação à análise do que consta nessa categoria, serão apresentadas as seguintes subcategorias: 1. referências para diagnóstico; 2. instrumentos apresentados; 3. equipe/profissionais indicados.

1. Referências para diagnóstico

Apenas o D3 faz menção a este tópico e apresenta que o diagnóstico só pode ser realizado após os três anos de idade, seguindo as classificações da CID 10, de 2016, do DSM IV, de 2000 e da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde de 2001. Esta última menciona que, caso sejam identificados fatores que possam ser considerados de risco antes dos três anos, é necessário que haja o devido acompanhamento do caso.

Outro importante fator apresentado é que o processo diagnóstico deve ser devidamente acompanhado, englobando o indivíduo e a família, principalmente em casos de crianças, em distintos momentos e contextos, a fim de ter o maior número e mais confiáveis informações (Brasil, 2015). Holanda (2018) enfatiza que o profissional que for realizar a avaliação diagnóstica seja bem capacitado e considere a avaliação de outros profissionais, quando houver, pois, auxiliam tanto no diagnóstico quanto no planejamento das intervenções.

O D3 também apresenta um quadro sobre características clínicas de desenvolvimento infantil de crianças com risco para TEA e 20 questões sobre a criança que podem alertar para a necessidade de uma avaliação. O documento também faz uma breve discussão sobre a importância de os profissionais entenderem o diagnóstico como descrição e não uma explicação, visando não reduzir a pessoa à sua condição, não categorizando como “quem tem” e “quem não tem” o transtorno.

2. Instrumentos apresentados

Apenas o D2 e D4 apresentam instrumentos de avaliação e diagnóstico. O D2 apresenta cinco quadros de indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta para crianças, contendo os itens de interação social, linguagem, brincadeiras e alimentação, seguindo os marcos do desenvolvimento até os 36 meses. Além disso, apresenta dois instrumentos de rastreamento, sendo 1) IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e 2) M-Chat - *Modified Checklist of Autism in Toddlers*. O primeiro pode ser utilizado para

o rastreamento de sinais de desenvolvimento atípico de crianças. O instrumento IRDI foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros e é de uso livre para os profissionais da saúde, consistindo em observações e perguntas, buscando identificar características anormais de desenvolvimento. Por sua vez, o M-Chat é um instrumento adaptado por Losapio e Pondé (2008), e de uso livre no Brasil, o qual identifica comportamentos que possam indicar sinais precoces para o autismo, sendo um questionário composto por 23 itens que devem ser respondidos por pais/cuidadores de crianças de 18 a 24 meses (Brasil, 2014).

Conforme ainda apresentado pelo D2, é importante que o diagnóstico seja precoce, dado a maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro das crianças, sendo um momento mais sensível, além de que o objetivo das avaliações não se dá apenas com fins diagnósticos, mas também para que possa observar as potencialidades do indivíduo e da sua família. (Brasil, 2014). Dessa forma, quanto antes as intervenções tiverem início, mais efetivos tenderão a ser os efeitos, considerando ser um transtorno de neurodesenvolvimento, que acompanhará a pessoa diagnosticada pela vida toda.

Apesar de ser notória a importância do diagnóstico precoce, não é essa a realidade brasileira. Os Documentos afirmam esta necessidade, destacando os benefícios que podem ser apresentados com intervenções precoces, porém há um longo período entre a identificação dos primeiros sinais de TEA até a formalização do diagnóstico, o que prejudica as intervenções. Tal demora no diagnóstico está relacionada à vários fatores, principalmente envolvendo o baixo nível de educação da população brasileira e a falta de profissionais de saúde capacitados, além da dificuldade de acesso aos serviços (Zanon; Backes; Bosa, 2017).

Por sua vez, o Documento 4 cita, para fins diagnósticos, a utilização do D2 e D3, como norteadores neste processo, não os categorizando como instrumentos, mas utilizando as formas de avaliação apresentadas pelos dois documentos enquanto complementares. Também é retratada a utilização de alguns instrumentos, sendo a subescala de irritabilidade da Escala de Comportamento Atípico (*Aberrant Behavior Checklist - ABC*) e do *Behavior Problem Inventory - BPI*, os quais avaliam agressão e autoagressão, dado que o protocolo é voltado para o comportamento agressivo. Ressalta-se que os dois instrumentos possuem tradução e adaptação para o Brasil. Além disso, traz que, juntamente com a observação clínica, é necessário que haja uma boa interlocução entre os outros âmbitos da vida do indivíduo, dentre estes, o contexto familiar e educacional (Brasil, 2016).

3. Equipe e profissionais indicados

O D2 apresenta a necessidade de uma equipe multiprofissional mínima, com profissionais das áreas da medicina, psicologia e fonoaudiologia (Brasil, 2014). Por sua vez, o D3, documento dirigido à gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, aborda sobre necessidade de uma equipe multiprofissional com experiência

clínica, além de ser preciso estar atento à necessidade de exames que possam complementar o diagnóstico, sendo o neurológico, metabólico e genético. Porém, alerta para o cuidado de não limitar à aplicação de testes e exames, tendo em vista que os indivíduos não se constituem apenas de questões objetivas e mensuráveis, e o diagnóstico é essencialmente por meio de observação clínica, não havendo exames físicos para detecção.

O D4 também cita a necessidade de uma equipe multidisciplinar, visando obter um diagnóstico clínico e diferencial (Brasil, 2014). Por fim, o D1 apenas cita o atendimento multiprofissional como direito de pessoas com TEA, sem especificar os profissionais que devem compor a equipe.

Segundo Holanda (2018), é importante levar em consideração que a equipe multidisciplinar deve estar presente na avaliação, diagnóstico, planejamento e intervenção. A participação de todos os profissionais faz-se necessária pelo fato do transtorno englobar diversas áreas da vida dos indivíduos, e todos os processos requerem amplo treinamento e especialização de todos os profissionais envolvidos.

Intervenções

Conforme apresentado no D2, há diferenças significativas em intervenções com adultos e crianças, sendo nos primeiros mais ligados à integração e acesso aos serviços, enquanto que os segundos possuem um foco maior no desenvolvimento. Quando o diagnóstico é precoce, é importante que as intervenções tenham início o quanto antes, dado que quanto mais nova for a criança, mais efetivo tende a ser o trabalho, devido à plasticidade anátomo-fisiológica, o que favorece os resultados do tratamento. As intervenções devem sempre estar embasadas e apoiadas por diferentes áreas do conhecimento, visando, também, as potencialidades do indivíduo. Em uma revisão integrativa da literatura, Nascimento, Lima e Moraes (2021) verificaram o consenso sobre o período definido como precocidade na intervenção, especialmente entre o nascimento da criança e seus três primeiros anos de vida, para que a intervenção resulte em maiores ganhos de habilidades.

Em relação às especificidades das intervenções, é citada no D2 e D3 a utilização de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que corresponde a um conjunto de propostas terapêuticas, e deve ser desenvolvido em conjunto da equipe com a família, sempre visando as singularidades de cada indivíduo e do seu contexto. O D2 também menciona a necessidade de construir um espaço de escuta e orientação para as famílias, objetivando ter um resultado melhor, dada a importância da família neste momento. Quanto a isso, é apresentada a importância de organização dos serviços com foco na família, considerando que, desta forma, a intervenção tende a ser mais efetiva (Brasil, 2014).

Por sua vez, o D3 cita as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as quais são: universalidade, equidade e integralidade, tendo maior enfoque para esta última, a qual consiste em uma atenção tanto para o sujeito quanto para as várias demandas que o

cercam, seja através de políticas de saúde, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos e a articulação intra e intersetorial. Quanto ao trabalho em rede, apresenta sobre a necessidade de realizar uma boa articulação entre os serviços, além de uma boa interlocução entre a equipe, demais profissionais e a família, sempre existindo um profissional de referência que sirva como uma ponte a fim de garantir os encaminhamentos necessários e favorecer um cuidado contínuo (Brasil, 2015).

Um dos destaques dado pelo D3 é a busca por estratégias acolhedoras e humanizadas, sempre identificando as estratégias junto com a família, valorizando a construção e sustentação de vínculos, tendo em vista também as comorbidades existentes para que se consiga uma intervenção mais efetiva. Além disso, faz-se menção à necessidade de uma intervenção precoce, mesmo antes do diagnóstico, principalmente nos âmbitos de interação social e comunicação (Brasil, 2015).

Em um estudo de revisão, Shaw (2021) conclui que há a necessidade de atuação conjunta da família, escola e especialistas. A colaboração da primeira consiste em mediar o processo de desenvolvimento do indivíduo com TEA, atendendo sua necessidade de diagnóstico, tratamento e inclusão social, além de proceder ao acompanhamento psicológico e a atividades de lazer. A escola deve colaborar com o desenvolvimento cognitivo, promovendo o ensino de habilidades sociocognitivas, a partir da estruturação escolar, da adaptação de materiais curriculares, da obtenção de recursos, da gerência de apoio administrativo, de fomento a cursos de capacitação para professores e de ações anti bullying. Também é importante que a escola propicie a saúde mental de adolescentes com TEA por meio do fortalecimento da ideia de pertença desses adolescentes ao grupo social.

Dentre as intervenções profissionais específicas citadas no D3, tem-se a ABA e o TEACCH. É importante destacar que a ABA é um elemento que constitui a Análise do Comportamento, uma ciência, e diz respeito à aplicação de conceitos e estudos a problemas socialmente relevantes, seguindo os pressupostos da base filosófica do Behaviorismo Radical. Assim, não se trata de apenas um método e por isso deve ser utilizada por profissionais capacitados.

É apresentado no D3 também, o tratamento com base psicanalítica, o qual visa a linguagem, buscando possibilidades de inserção social e a melhora dos laços sociais (Brasil, 2015). Conforme Gonçalves *et al* (2017), não há apenas uma forma de intervenção dentro da psicanálise, porém destacam-se alguns pontos recorrentes encontrados na literatura, associados ao manejo da transferência, desenvolvimento de capacidade simbólica e aquisição da linguagem.

Além do que já foi apresentado, o D3 traz mais algumas formas de intervenção para o TEA: a Comunicação Suplementar e Alternativa, para ajudar a desenvolver a fala daqueles que ainda não a possuem e/ou complementar de quem tem dificuldades. A Integração Sensorial, para auxiliar em alterações na percepção e em hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais, o que pode prejudicar no dia a dia, tanto no âmbito social quanto nas

atividades mais primitivas, como a alimentação. O Acompanhamento Terapêutico, o qual se dá através da mediação das atividades com os serviços da cidade, articulando com o restante da sociedade, visando uma boa inserção dessas pessoas no espaço público, facilitando a criação de vínculos e a redução do isolamento.

Além destes tratamentos, a utilização de Aparelhos de Alta Tecnologia, os quais podem servir como auxiliares através de jogos educativos, tarefas de desenvolvimento cognitivo, ampliação do vocabulário, contato com outras pessoas, entre outros. Por fim, é feita referência a utilização de medicamentos que, apesar de não serem específicos para o autismo, podem auxiliar em alguns sintomas-alvo, como comportamentos agressivos e auto lesivos, raiva, descontrole, e regulação do sono, sem citar nomes específicos desses medicamentos (Brasil, 2015).

Quanto ao D4, aborda este tópico fazendo referência à uma intervenção que vise dar mais autonomia aos indivíduos. A utilização de medicamentos deve ser considerada como um complemento à intervenção psicossocial, recomendando-se um bom acompanhamento para verificar se há ou não efeitos colaterais e qual o momento certo para começar a retirada, sempre em consonância com a família. Além disso, o D4 também cita a utilização de ABA, TEACCH e o *Parent Training*. Conforme apresentado, é necessário que o método de intervenção seja sempre decidido com a família, e deve visar uma boa qualidade de vida, levando em consideração todos os âmbitos da vida dos indivíduos (Brasil, 2016). O protocolo também apresenta os dados presentes nos documentos 2 e 3 como norteadores para a intervenção.

O D1, do Ministério da Educação, cita brevemente a respeito de intervenções, apenas destacando a importância de uma atenção integral às necessidades de saúde, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes que o indivíduo precisa (Brasil, 2012).

Responsabilidade social

A categoria Responsabilidade Social será discutida a partir das seguintes subcategorias: 1- garantia de direitos; 2- educação; e 3- conscientização. Apenas o Documento 4 não apresenta esta categoria.

1. Garantia de direitos

Serão apresentados dados obtidos a partir das análises dos Documentos 2, 3, 1 e 5. O D2 faz uma breve referência, destacando que deve haver um cuidado integral articulado com programas no âmbito da proteção social, da educação, do lazer, da cultura e do trabalho, relacionando todas as esferas da vida dos sujeitos (Brasil, 2014).

O D3 apresenta que as pessoas com TEA possuem seus direitos previstos em leis específicas para pessoas com deficiência. Ao se tratar de crianças e adolescentes, os direitos estão previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069/1990) e, quanto à idosos, existe a garantia prevista pelo Estatuto do Idoso (lei nº 10.741/2003), sendo dever do governo a sua garantia. Além disso, é citado o documento 1 como referência, o qual tem como diretriz o acesso as condições de uma vida digna por parte das pessoas com o transtorno (Brasil, 2015). O D3 também cita a Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a qual apresenta quatro gerações de direitos fundamentais: 1) liberdade; 2) igualdade (econômica, social e cultural); 3) fraternidade e 4) direitos tecnológicos. Apesar de se tratar de direitos fundamentais previstos também na Constituição Brasileira (Brasil, 1988), não significa que sejam cumpridos. Conforme apresentado pelo documento, a garantia de direitos não se trata de um assistencialismo, mas sim de direitos que todos e todas devem ter acesso para seu pleno desenvolvimento e convívio social (Brasil, 2015).

Quanto à assistência, para o D1, a pessoa com deficiência é, para o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), quem possui impedimentos a longo prazo que seja prejudicial ou que interfira no desenvolvimento e participação social. O documento apresenta que, aqueles que não possuem condições de se manter, dado seu comprometimento, ou que a família não tem condições suficientes, podem solicitar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), referente ao valor de um salário mínimo, ofertado pela Política Pública de Assistência Social, sendo que o BPC não exige que o beneficiado seja contribuinte do INSS (Brasil, 2015).

O D5, conhecido por “Lei Romeo Mion”, sancionado em 2020, institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – CIPTEA. Segundo consta no Documento, a expedição da CIPTEA é gratuita e deve ser utilizada com a finalidade de identificação de prioridades a pessoas com TEA, em serviços públicos e privados. Para a expedição da carteira, deve haver requerimento e relatório médico especificando o código CID do TEA. O Documento também apresenta que a CIPTEA possui validade de 5 anos para fins de atualização cadastral e levantamento de dados demográficos no Brasil. Além disso, a lei se expande para pessoas de outras nacionalidades, imigrantes e refugiados que estejam em território brasileiro com visto temporário ou autorização de residência (Brasil, 2020).

Por fim, o D6, de 2023, inclui pessoas com TEA na previsão de atendimento prioritário em estabelecimentos, especificando a discriminação de pontos de atendimento específicos para este fim. Em caso de não haver meios específicos nos estabelecimentos, deve ser realizado atendimento imediato a pessoas com TEA logo após finalização do atendimento em andamento. Ressalta-se que o D1, lei que considera pessoas com TEA como pessoas com deficiência para efeitos legais, já previa o atendimento prioritário ao realizar alteração em outras leis federais. A diferença notada no D6 é a especificidade de mencionar o TEA e não mais utilizar a classificação de pessoas com deficiência.

Os Documentos 1, 5 e 6 estão entrelaçados neste ponto de garantia de prioridade, promovendo complementações importantes. Uma das características apresentadas pelo DSM V TR é a hipersensibilidade a estímulos sensoriais, que pode acarretar em desorganização ou crises em pessoas com TEA, e locais como lojas, supermercados, bancos, etc, podem apresentar muitos estímulos, como luzes, sons e cheiros. Além disso, outras características podem tornar o momento de espera em filas muito angustiante para pessoas com TEA e seus responsáveis, como agitação motora, hiperatividade e dificuldade de regulação emocional. Dessa forma, os documentos objetivam promover acesso, permanência e qualidade de vida para pessoas com TEA e seus familiares.

2. Educação

Serão apresentadas e discutidas as informações presentes no D3, sendo que os outros não fazem referência a educação. O Documento menciona que a educação especial não deve mais ser tratada como substitutiva do ensino comum, dado que este modelo induz à uma segregação. A educação especial deve atuar de forma articulada ao ensino comum, sendo a educação um direito inquestionável e incondicional.

As pessoas com transtornos globais do desenvolvimento têm o direito à escola comum, em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, em todo o território nacional, bem como a receber os apoios necessários para o atendimento às necessidades específicas individualizadas ao longo de toda a trajetória escolar (Brasil, 2015, p. 124).

O Ministério da Educação deve garantir ações e programas a fim de transformar os sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos. Além disso, o direito à educação não diz respeito apenas ao ensino básico, mas também ao ensino médio, graduação e pós-graduação, e devem ser disponibilizados recursos por parte da educação especial sempre que necessário (Brasil, 2015).

O D3 destaca que os alunos com transtorno têm direito ao acesso ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) desde a educação infantil, o qual tem como dever organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade, levando em consideração as particularidades de cada um e visando eliminar as barreiras existentes. O atendimento deve ser complementar e não substitutivo, para maior autonomia dos alunos e sempre articulado com a proposta do ensino comum (Brasil, 2015).

Porém, apesar de haver leis e diretrizes para garantir o acesso dessas crianças ao ensino regular, é necessário avaliar a permanência dessa população nas escolas. Grossi, Grossi e Grossi (2020) descrevem que as principais causas intrínsecas apontadas como dificuldades de ensino de alunos com TEA são dificuldade de socialização, problemas de comportamento, agressividade, dificuldade de atenção e de desenvolvimento de linguagem. Também foram apontadas causas extrínsecas, como falta de conhecimento dos profissionais da educação, falta de um ambiente inclusivo, falta de currículo funcional, falta

de apoio da comunidade escolar e falta de preparo das professoras. Tais causas têm como principal efeito as dificuldades acadêmicas dos alunos com TEA, ponto que tem grande peso para a evasão escolar.

Em um estudo realizado por Santos e Elias (2018) sobre a matrícula de alunos com TEA em escolas regulares em todas as regiões brasileiras, apresenta um crescimento acentuado em 2012, ano em que a Lei Berenice Piana foi instituída, inferindo haver um impacto em relação à educação, principalmente dos anos iniciais. Entretanto, verificou-se evasão escolar de alunos de Ensino Fundamental II e Ensino Médio, o que supõe que não há condições de permanência suficiente para esse público.

3. Conscientização

Quanto à sociedade, o D3 ressalta a importância da conscientização da comunidade em relação às categorizações que reduzem às pessoas com TEA à sua condição, considerando-se que uma pessoa com transtorno é, antes de tudo, uma pessoa, e não deve carregar consigo este estigma. (Brasil, 2015).

O D1 apresenta a responsabilidade do poder público pelas informações à comunidade a respeito do transtorno e suas implicações, incentivando a capacitação de profissionais para atender esse público, além do estímulo a pesquisa científica na área. Para isso, é necessário que haja uma equipe intersetorial para desenvolver as ações e políticas referentes ao TEA. Outro ponto abordado é sobre a importância da participação da comunidade na formulação das políticas públicas e no controle da implantação destas, acompanhando e avaliando sua eficácia (Brasil, 2012).

O levantamento desses dados deve ser usado para a implementação e controle das políticas instauradas, sendo de grande relevância conhecer as características do público com que está atuando para que possa surtir resultados satisfatórios para esses indivíduos, suas famílias e a sociedade como um todo. Entretanto, percebe-se que, apesar de existirem documentos e diretrizes que preconizam a responsabilidade do poder público em conscientizar a comunidade e auxiliar na criação de novas políticas para esse público, as ações são realizadas predominantemente por pais e familiares de pessoas com TEA.

CONCLUSÃO

Ainda é necessário avançar muito em relação ao público com TEA e seus familiares, e o conhecimento da legislação existente torna-se um importante passo inicial para deixar a luta mais visível e poder garantir os direitos das pessoas com TEA. Acesso à educação, intervenções, medicamentos, assistência social, entre outros, são pontos destacados que visam assegurar que os indivíduos possam ter pleno conhecimento sobre seus direitos, podendo usufruir dos serviços sempre que for necessário. É importante destacar que existem leis e diretrizes de livre acesso, porém a realidade é bem diferente do que é

preconizado nos documentos. Também é necessário ter clareza da falta de informações sobre pessoas com TEA no país, o que prejudica o levantamento de dados necessários para melhor atender e assistir essa população.

Dessa forma, conclui-se que a existência dessas diretrizes possui um papel imprescindível na luta pelos direitos de pessoas com TEA, porém ainda é necessário avançar em muitos aspectos. É importante ter consciência de que a realidade brasileira nem sempre permite que o que é preconizado pelos documentos seja cumprido, como, por exemplo, o diagnóstico precoce. Entre seus impeditivos, encontra-se a baixa escolaridade de familiares e falta de profissionais capacitados. Sendo assim, percebe-se que a garantia dos direitos de pessoas com TEA está diretamente ligada a questões de educação da população e de saúde pública. Por fim, é necessário que haja conscientização da população de que não se trata de mero assistencialismo, mas sim da garantia de direitos desse público e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-192, 27 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023. Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue e reserva de assento em veículos de empresas públicas de transporte e de concessionárias de transporte coletivo nos dois primeiros casos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2023.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jan. 2020.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo**. Brasília, DF, 2016.

GONÇALVES, A. P., SILVA, B., MENEZES, M., E TONIAL, L. Transtorno do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. **Tempo psicanalítico**, v. 49.2, p. 152-181, 2017.

GROSSI, M. G. R., GROSSI, V. G. R., GROSSI, B. H. R. O processo de ensino aprendizagem dos alunos com TEA nas escolas regulares: uma revisão de teses e dissertações. **Cadernos de pós graduação em distúrbios do desenvolvimento**, v. 20, n. 1, p. 12-40, 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n1p12-40>

HOLANDA, G. **Transtorno do espectro autista: informações para pais, professores e profissionais da saúde**. Jaboatão dos Guararapes, PE, 2018.

LOSAPIO, M. F., PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista Psiquiatria RS**, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MARFINATI, A. C., ABRÃO, J. L. F. Reflexões sobre as práticas psicanalíticas com crianças autistas no Brasil. **Estilos Clínicos**, v. 23, p. 152-174, 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p152-174>

NASCIMENTO, A. C., LIMA, G., MORAES, P. **Intervenção precoce em crianças com suspeita ou diagnóstico de autismo**: uma revisão integrativa. TCC (graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário UNA, 2021. Acessado em 25/09/2022. Retirado de: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14161>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Autismo**. 2022. Acesso em: 06/02/2024. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-\(asd\)](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-(asd)).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**, 10ª versão (CID-10), 2019.. Retirado de: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F84>

SANTOS, V., ELIAS, N. C. Caracterização das matrículas dos alunos com transtorno do espectro do autismo por regiões brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 24, n. 4, 2018. <<https://doi.org/10.1590/S1413-65382418000500001>>

SCHMIDT, C., BOSA, C.A. **Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo**. Em: Petersen, Circe S; Wainer, R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. pp. 86-95. Artmed. 2011.

SHAW, G. S. L. Relação entre família, escola, especialistas e o desenvolvimento de pessoas autistas. Perspectivas Em Diálogo: **Revista De Educação E Sociedade**, v. 8, n. 16, p. 183-201, 2021. <https://doi.org/10.55028/pdres.v8i16.11850>

XAVIER, J. S., MARCHIORI, T., SCHWARTZMAN, J. S. Pais em busca de diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo para o filho. **Psicologia: teoria e prática**, v. 21, n. 1, p. 154-169, 2019.

ZANON, R. B., BACKES, B., BOSA, C. A. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 19, n. 1, p. 152-163, 2017.