



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 718/CIB/2025

Resolve assumir em Santa Catarina a Linha de Cuidado da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista do Ministério da Saúde, complementada pela Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Santa Catarina como orientadores do cuidado das pessoas com TEA/DI.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 295ª reunião ordinária de 14 de outubro de 2025.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002, publicada pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre a organização do atendimento às pessoas com deficiência intelectual e autismo no SUS;

Considerando a Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nos 2,3 e 6, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando os vazios assistenciais para atendimento em deficiência intelectual (DI) e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e visando expandir as ações com enfoque em uma abordagem integral do indivíduo, por meio de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, há necessidade de adoção de estratégia para ampliação dos atendimentos em DI e/ou TEA em SC;

Considerando a necessidade de atualização das Diretrizes para os Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina;

Considerando a Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, do Ministério da Saúde;

RESOLVE

Art.1º Assumir em Santa Catarina a Linha de Cuidado da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista do Ministério da Saúde, complementada pela Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Santa Catarina como orientadores do cuidado das pessoas com TEA/DI (Anexo I);

Art. 2º Promover a organização de Núcleos de Atenção às Pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo para atendimento regional com discussão e definição no âmbito do Grupo Condutor da Rede da Pessoa com

Deficiência, CIR e CIB e com financiamento estadual, no teto de R\$ 2.385.000,00 (Dois milhões, trezentos e oitenta e cinco mil reais);

Art. 3º Qualificação dos fluxos e revisão dos protocolos de acesso aos serviços, com regulação das vagas, tanto nos serviços de modalidade única como nos Núcleos.

Art. 4º Promover a qualificação da atenção primária e das equipes multidisciplinares (eMulti) para atenção qualificada das pessoas com DI/TEA neste âmbito de atenção.

Art. 5º Revogar a Deliberação 109/CIB/2024.

Art. 6º Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 14 de outubro de 2025.

DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Presidente do COSEMS
Coordenadora CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **O6G5LA77**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



SINARA REGINA LANDT SIMIONI (CPF: 030.XXX.839-XX) em 28/10/2025 às 10:12:50

Emitido por: "AC SAFEWEB RFB v5", emitido em 11/07/2025 - 10:05:14 e válido até 11/07/2026 - 10:05:14.

(Assinatura ICP-Brasil)



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 28/10/2025 às 11:44:27

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAyNDcxNDhfMjQ5MzEwXzlwMjVfTzZHNUxBNzc=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00247148/2025** e o código **O6G5LA77** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



LINHA DE CUIDADO

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO
AUTISMO NA REDE DE CUIDADOS
À DEFICIÊNCIA EM SANTA
CATARINA

2025



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

**Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e
Transtorno de Espectro do Autismo (TEA) na Rede de Cuidados à
Pessoa com Deficiência de Santa Catarina**

2025

Governador do Estado de Santa Catarina
Jorginho Mello

Secretário de Estado da Saúde
Diogo Demarchi Silva

Secretária-adjunta de Estado da Saúde
Cristina Pires Pauluci

Superintendente de Atenção à Saúde
Willian Westphal

Diretor de Atenção Especializada
Marcus Aurélio Guckert

Gerente de Habilitações e Redes de Atenção
Jaqueline Reginatto

Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno de Espectro do Autismo (TEA) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Santa Catarina

Equipe técnica de elaboração:

Jaqueline Reginatto
Sabrina Vieira da Luz
Janaína Philippi Cecconi
Janice Westphal Roman Nappi

Colaboradores:

Jaqueline Mocelin
Fernanda Casagrande Velho Mattioli
Aline Nacer
Alexandre Evangelista Santos
Fabiano Jussaro de Jesus

LISTA DE SIGLAS

AGD: Atraso Global do Desenvolvimento

APS: Atenção Primária à Saúde

BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CER: Centro Especializado em Reabilitação

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

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DI: Deficiência Intelectual

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

IRDI: Instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento

Infantil M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with

Follow-Up PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RCPD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

TEA: Transtorno do Espectro Autista

Sumário

1	INTRODUÇÃO	6
2	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM SANTA CATARINA	8
2.1	Atenção Primária à Saúde	8
2.2	Atenção Especializada Ambulatorial	8
2.2.1	Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação	9
2.2.2	Centros Especializados em Reabilitação	10
2.3	Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência	13
2.4	Outras redes de apoio	14
3	LEGISLAÇÕES E NORMAS	15
4	DEFINIÇÕES	20
4.1	Pessoa com Deficiência	20
4.1.1	Deficiência Intelectual	20
4.1.2	Transtorno do Espectro do Autismo	29
4.1.3	Atraso Global do Desenvolvimento	40
5	AValiação DIAGNÓSTICA	41
5.1	Avaliação Diagnóstica Precoce	41
5.2	Avaliação da Deficiência Intelectual	42
5.3	Avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo	43
5.3.1	Sinais de Risco para TEA	44
5.3.2	Triagem/Rastreio do TEA por Idade	45
5.3.3	Instrumentos para Avaliação Diagnóstica de TEA	46
5.3.4	Outros Instrumentos	47
5.4	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	47
5.5	Avaliação Multiprofissional	48
6	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR/COMPARTILHADO	49
6.1	Ferramenta de Acompanhamento Terapêutico	49
6.2	Instrumento de Cogestão na RCPD	49
6.3	Desligamento e Alta	50
7	SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL DI/TEA	51
7.1	Caracterização dos Serviços	51
7.1.1	Serviço de Reabilitação Intelectual e TEA	53
7.1.2	Centros Especializados em Reabilitação (CER)	54
7.2	Propostas Terapêuticas	54
7.3	Equipe Multiprofissional	55
8	ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO	60
8.1	Atenção Primária à Saúde	60
8.2	Secretaria Municipal de Saúde	61
8.3	Serviço de Regulação	61

8.4	Serviço Polo Regional	61	
8.5	Serviços de Reabilitação Intelectual de Modalidade Única e Centros Especializados em Reabilitação	62	62
8.6	Grupos Condutores da RCPD	62	
8.7	Secretaria de Estado da Saúde (SES)	63	
9	PRODUÇÃO AMBULATORIAL	64	
10	FLUXO DOS SERVIÇOS	67	
10.1	Fluxo de Triagem da APS – zero a 3 anos e 11 meses	69	
10.2	Fluxo de Triagem da APS – acima de 4 anos de idade	71	
11	IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E OUTROS DESDOBRAMENTOS - Recomendações do Ministério da Saúde (2021)	72	
	BIBLIOGRAFIA	74	
	ANEXOS	78	
	ANEXO I – ACOMPANHANDO E MONITORANDO OS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	79	
	MONITORAMENTO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	82	
	ANEXO II – INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)	95	
	ANEXO III – ESCALAS M-CHAT-R e M-CHAT-R/F	98	
	ANEXO IV – ESCALA ABC	104	
	ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO AUTISMO (ASQ)	107	
	ANEXO VI – ESCALA CARS	111	
	ANEXO VII – ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND	119	
	ANEXO VIII – ATEC	131	
	ANEXO IX – Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)	135	
	ANEXO X – Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (04 a 16 anos) - C-GAS	137	
	ANEXO XI – Projeto Terapêutico Singular/Compartilhado	140	
	ANEXO XII – Protocolo de Encaminhamento	141	

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social, e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Suas diretrizes, implementadas nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, destacam a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços.

A partir da Portaria GM nº 1.635 de 12 de setembro de 2002, publicada pelo Ministério da Saúde, passou a ser preconizado o atendimento às pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo no SUS, garantindo assistências por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, identificando e acompanhando esta população.

Em 2010, a Secretaria de Estado da Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS), dentro dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, e com o objetivo de atender este público específico, elaborou o Manual de Normas Técnica para Serviços de Deficiência Intelectual e Autismo, amparado na Portaria GM nº 1.635/2002 e legislação suplementar.

Foi a partir da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, em 2012, e com a edição do Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, que determinou um cenário ainda mais consistente e com maior relevância e destaque para os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência, reafirmando o compromisso de garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações que promovam o desenvolvimento de habilidades por meio de projeto terapêutico singular, baseado em avaliações multiprofissionais das necessidades e capacidades funcionais de cada pessoa.

O “Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou distúrbio do espectro do autista”, revisado a partir da publicação do Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, em 2013, trazia os critérios para estabelecimento do teto financeiro para os serviços habilitados, caracterização dos serviços, competência e atribuições do serviço, definições sobre os atendimentos, normas referentes às áreas físicas, materiais e equipamentos, sobre a habilitação junto ao SUS, considerações finais e anexos.

Os serviços de deficiência intelectual (DI) e transtorno do espectro do autismo (TEA), no Estado, na sua maior parte, foram contratualizados antes da publicação da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, e a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, estabeleceu que o serviço de reabilitação intelectual passa a compor a RCPD, que deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional

devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

“Entende-se por serviços de reabilitação intelectual aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza mental e/ou intelectual, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2020).

Em 2024 foram aprovadas as diretrizes para os serviços de reabilitação em DI/TEA na RCPD em Santa Catarina, aprovados pela Deliberação 109/CIB/2024, conforme instrutivo do Ministério da Saúde.

A publicação das notas técnicas CGSPD/SAES/MS nº 14, 15 e 16 de 2024, atualizadas pelas Notas Técnicas nºs 2 e 3/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS, trouxeram mais contribuições e tratam dos seguintes assuntos, respectivamente: Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista e critérios para adesão ao incentivo de 20% destinados aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que realizam atendimento voltado às pessoas com TEA; as orientações para o registro de procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); e os critérios para a habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas ortopédicas, pelo Ministério da Saúde no âmbito da RCPD.

A partir da necessidade constante de atualizações e revisão das políticas públicas para pessoas com deficiência, esta Linha de Cuidado propõe a ampliação de acesso e melhorias na estruturação da rede de assistência, em consonância com as legislações atuais, com o objetivo de atender as pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo de forma articulada entre os diferentes níveis de atenção, contribuindo para a efetiva inclusão social. Esta Linha abrange o desenho de fluxos entre serviços, competências nos diversos níveis de assistência e atribuições dos profissionais interdisciplinares, articulação com outras esferas da rede, a importância da atuação intersetorial, configurando-se como um instrumento norteador para a reabilitação da saúde das pessoas com DI e TEA no SUS em Santa Catarina.

2 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM SANTA CATARINA

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), atualizada por meio da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, visa promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida. É de fundamental importância a articulação intra e intersetorial, incluindo os movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins e a transversalização para o desenvolvimento das ações da política de saúde para a pessoa com deficiência.

Neste sentido, a configuração da RCPD em Santa Catarina é constituída por pontos de atenção à saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

A seguir serão descritos os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nos níveis:

- I) Atenção Primária à Saúde;
- II) Atenção Especializada Ambulatorial;
- III) Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência

2.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção primária é a porta de entrada para a integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida, envolvendo as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, o atendimento das pessoas com deficiência deve ocorrer de forma contínua e compartilhada com a atenção especializada.

2.2 Atenção Especializada Ambulatorial

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações, de acordo com o momento que se configurou a habilitação e do tipo de oferta ambulatorial especializada.

Na atenção especializada em Santa Catarina, para atendimento na área de DI e TEA, a Rede está desenhada e composta por diferentes estabelecimentos de saúde, categorizados da seguinte forma:

- a) Serviços de reabilitação habilitados em apenas uma modalidade de deficiência: Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo;
- b) Centros Especializados em Reabilitação (CER), locais destinados ao atendimento de duas a quatro modalidades de deficiência, e
- c) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para garantir os atendimentos em saúde bucal para as pessoas com deficiência.

A Linha de Cuidado da Saúde Bucal está disponível
em: saude.sc.gov.br: Linha de Saúde Bucal SC

2.2.1 Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação

O Estado conta com 143 serviços de atendimento de modalidade única, na área da deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo distribuídos nas seguintes regiões de saúde, conforme quadro, a seguir:

Dos 143 serviços, 136 são APAES, 3 AMAS e 4 outros serviços (Amor para Down, Clínica de reabilitação Patrik, IRPH, NAIPE).

Quadro 1: Número de serviços de modalidade única de DI/TEA, por região de saúde:

Região de Saúde	Quantitativo de Serviços
Extremo Oeste	16
Oeste	8
Xanxerê	11
Alto Uruguai Catarinense	2
Meio-Oeste	8
Alto Vale do Rio do Peixe	9
Serra Catarinense	9
Foz do Rio Itajaí	9
Alto Vale do Itajaí	6
Médio Vale do Itajaí	8
Grande Florianópolis	10

Laguna	14
Carbonífera	11
Extremo Sul Catarinense	6
Planalto Norte	10
Nordeste	3
Vale do Itapocú	3

Cabe ressaltar ainda, que dentro dos serviços de atendimento de modalidade única, na área da deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo, tem-se as propostas dos Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com TEA, estrutura de habilitação do Ministério da Saúde. Em Santa Catarina, três propostas já foram aceitas, nos municípios de Criciúma, Videira e São José, todos aguardando publicação de portaria.

2.2.2 Centros Especializados em Reabilitação

O Estado possui seis Centros Especializados em Reabilitação (CER), sendo todos com atendimento de DI e TEA, além de outras deficiências. Cinco deles são do tipo CER II e um CER III.

Quadro 2: Centros Especializados em Reabilitação no Estado, município gestor e municípios de referência

PRESTADOR	GESTOR	MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA
CER II – REABILITAÇÃO (CCR) Deficiência Física e Deficiência Intelectual	Gestão Estadual	Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas
CER II – UNIPLAC Deficiência Física e Deficiência Intelectual	Gestão Municipal - Lages	Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema

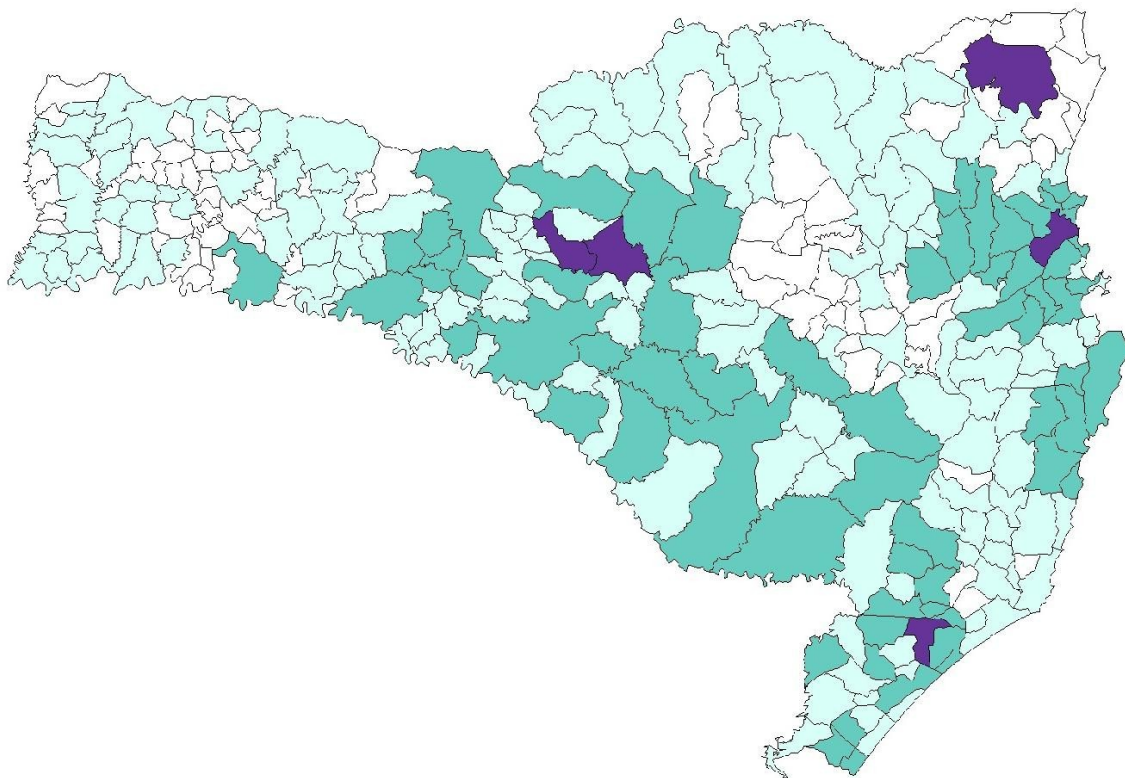
CER II – POLICLÍNICA HU FURB Deficiência Física e Deficiência Intelectual	Gestão Municipal - Blumenau	Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó
CER II – UNESC	Gestão Municipal - Criciúma	Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova

Deficiência Física e Deficiência Intelectual		Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga. Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbó do Sul e Turvo
CER II – UNIVALI Deficiência Física e Deficiência Intelectual	Gestão Municipal - Itajaí	Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo
CER III – UNOESC Deficiência Física, Deficiência Intelectual e Deficiência Auditiva	Gestão Municipal - Joaçaba	Abdon Batista, Água Doce, Brunópolis, Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Monte Carlo, Ouro, Treze Tílias, Vargem, Vargem Bonita, Zortéa, Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Curitiba, Fraiburgo, Frei Rogério, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Pinheiro Preto, Ponte Alta do Norte, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristovão do Sul, Tangará, Timbó Grande, Videira, Alto Bela Vista, Arabutã, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara, Xavantina

Frente ao quantitativo atual dos serviços de modalidade única e de Centros Especializados em Reabilitação e seus municípios de referência, é importante analisar que dos 295 municípios de Santa Catarina há 82 municípios que não possuem serviços de DI/TEA na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, demonstrados no mapa abaixo, nos municípios que estão em branco.

Na Figura 1, os municípios destacados na cor verde clara são os que possuem um serviço de referência, os municípios pintados em verde mais escuro, possuem dois serviços de referência, podendo ser um serviço de modalidade única e referência para um CER, ou dois serviços de modalidade única. E os de cor mais escura (roxo) estão os municípios com 3 serviços de referência.

Figura 1: Municípios com Serviços de DI/TEA em Santa Catarina



Para minimizar os vazios assistenciais e com o objetivo de ampliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado, medidas importantes e necessárias serão tomadas a partir da execução desta Linha de Cuidado, com participação dos Grupos Condutores de cada Macrorregião, tanto para organização dos serviços já existentes, em relação aos fluxos dentro da rede regional, como para analisar a possibilidade de implementação de novos pontos de atenção ambulatorial de habilitação estadual.

A Linha de Cuidado da pessoa com DI/TEA, se propõe a ampliar a RCPD, visando estratégias com enfoque em uma abordagem integral do indivíduo como um ser biopsicossocial, não apenas centrado no modelo médico e assistencial, mas por meio de trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares.

A ampliação e a organização dos serviços e dos fluxos tem como escopo o atendimento de todas as faixas etárias de maneira ordenada. Além disso, busca o fortalecimento dos Grupos Condutores da RCPD.

2.3 Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, na Seção III, sobre a atenção hospitalar e de urgência e emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, determinam:

Art. 22. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22)

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, I)

II - instituir equipes de referência em reabilitação para identificação e tratamento precoce das deficiências; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

III - promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

IV - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

V - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

VI - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

VII - promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.526 de 11.10.2023\)](#)

Em Santa Catarina há 265 leitos de cuidados prolongados e constituem-se de uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

Apesar de ser considerado um tipo de atendimento intermediário; entre a entrada do paciente na urgência e emergência do hospital e o retorno para o seu domicílio; esses leitos são destinados aos pacientes que necessitam de assistência médica, de equipamentos e recursos humanos especializados de forma ininterrupta.

2.4 Outras redes de apoio

As redes de Atenção Psicossocial (RAPS), de Urgência e Emergência (RUE), a Rede Alyne (substitui e reestrutura a Rede Cegonha) e a de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) apresentam-se como estruturas cuja implantação, expansão, articulação e corresponsabilidade do cuidado aos usuários são prioritárias para o Ministério da Saúde desde 2012.

Cada uma delas traz contribuições na atenção às pessoas com DI/TEA e suas famílias, não de modo exclusivo à essa clientela, não necessariamente como parte oficial da própria RCPD, mas como outras possibilidades de acesso a diferentes modalidades de cuidado para a conformação de uma grande e potente rede de saberes e ações (Brasil, 2015). Estas redes tem como objetivo a abrangência e cuidado no campo do acompanhamento pré-natal, da puericultura, do desenvolvimento neuropsicomotor, da intervenção precoce, da atenção psicossocial, da reabilitação e nas situações de crise, tendo a ordenadora do cuidado, a Atenção Primária.

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 e o Decreto nº 11.063 de 4 de maio de 2022, trazem a definição de deficiência mental, desta forma:

“d) Deficiência Mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação;
2. Cuidado pessoal;
3. Habilidades sociais;
4. Utilização dos recursos da comunidade;
5. Saúde e segurança;
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer; e
8. Trabalho;

e) Deficiência Múltipla associação de duas ou mais deficiências” (BRASIL, 2004; BRASIL, 2022).

A Lei Estadual nº 17.292, de 19 de outubro de 2017, em consonância com a Lei Federal, também define os critérios de deficiência intelectual e do transtorno do espectro do autismo:

“IV – Deficiência intelectual: origina-se antes da idade de 18 (dezoito) anos e é caracterizada por limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, que abrangem muitas habilidades sociais cotidianas e práticas;

V – Transtorno do Espectro Autista, caracterizado como:

a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social, ausência de reciprocidade social, falência em desenvolver e manter

relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; ou

b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou comportamentos sensoriais incomuns, excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados e interesses restritos e fixos;” (BRASIL, 2017).

A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, define o TEA como deficiência, dentre outros direitos.

A partir desta Lei, as pessoas com TEA foram amparadas nas leis para pessoas com deficiência, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Portaria de GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002, incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, os procedimentos relacionados aos atendimentos às pessoas com deficiência mental e autismo.

Outras normas específicas na área da deficiência intelectual e TEA, tanto em nível nacional quanto estadual foram editadas, conforme tabela a seguir:

Quadro 3: Normas federais e estaduais vigentes na área de DI/TEA

Normas	Ementa
Portaria GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002.	Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, os procedimentos relacionados em anexo (Ementa elaborada pela CDI/MS).
Portaria GM/MS nº 2.848, de 07 de novembro de 2007.	Aprova a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria MS/SAS nº 154, de 18 de março de 2008	Recompõe a tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, conforme Anexo I.
Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008	Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e redefine o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS financiados

	pelo FAEC.
Portaria nº 451, de 16 de dezembro de 2009	Aloca no limite financeiro de média e alta complexidade - MAC da gestão estadual de Santa Catarina, o valor anual de R\$5.802.813,38 (cinco milhões oitocentos e dois mil, oitocentos e treze reais e trinta e oito centavos).
Portaria GM/MS nº 3687, de 22 de dezembro de 2017	Estabelece a alteração de valores de procedimentos, recurso a ser incorporado ao Bloco de Média e Alta Complexidade - Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e define estratégia para ampliação do acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS.
Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Deliberação 190/CIB/2009	Alocação do novo recurso proposto pelo Ministério da Saúde referente a uma análise inicial dos recursos do FAEC para o MAC, no valor anual de R\$ 5.802.813,38 para o financiamento do procedimento 03.01.07.007-5 referente aos atendimentos das APAES
Deliberação 228/CIB/2013	A revisão do Manual de Normas Técnicas da APAE, para Serviços de Deficiência Intelectual e/ou Autismo, conforme instrutivo do Ministério da Saúde, publicado em abril de 2013; e a revisão do teto financeiro.
Deliberação 024/CIB/2018	Aprova: Art. 1 Fica definido o período que compreende as competências janeiro a junho de 2018, de produção aprovada no SIA, para análise do teto financeiro dos estabelecimentos regidos pelo Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista/2013. Art. 2 A proposta de expansão da oferta de procedimentos prevista no artigo 5º da Portaria GM/MS nº 3.687/2017
Deliberação 085/CIB/2019 retificada em 2024	Aprova o ajuste dos tetos financeiros dos serviços atualmente contratualizados, conforme a planilha da Produção levantada (competências abril/2018 a março/2019) - Anexo I; as novas solicitações de habilitação, conforme normas técnicas estabelecidas e após envio do contrato pelo Gestor Municipal para análise da SES, através da Gerência competente - GECOS. (Planilha dos Serviços aguardando contratualização com a gestão municipal - Anexo II); que todos os serviços já contratualizados e os novos passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do SISREG. Sendo critério para as novas contratualizações e que se estabelece o prazo de 90 dias para adequação dos Serviços já contratualizados; este recurso ficará disponível por um período máximo de até 180 dias para solicitações de novas habilitações;

	anualmente serão revisados os tetos dos serviços contratualizados, para efetivação de novos ajustes caso sejam necessários. As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem configurar as agendas no SISREG para regulação do 1º atendimento, sendo 100% regulado, configurada como vagas de “reserva”, de acordo com o Plano Operativo do Prestador Credenciado e, em conformidade com a nomenclatura descrita no Anexo I da Portaria nº 3687
Deliberação 009/CIB/2020	Art. 1º O décimo quarto lote de Protocolos de Acesso (EM ANEXO), a ser utilizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal, e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, referente aos Atendimentos das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).
Deliberação 103/CIB/2022	Aprova as Diretrizes para aos Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, conforme instrutivo do Ministério da Saúde, revisado em agosto de 2020;
Deliberação 107/CIB/2024	Aprova o ajuste dos tetos financeiros dos serviços atualmente contratualizados para atendimento em reabilitação de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista, conforme a planilha da Produção levantada (competências jan/23 a dez/23) para aqueles Serviços que apresentaram produção acima do teto, com alocação da diferença do recurso com o teto anterior - ANEXO I
Deliberação 108/CIB/2024	Aprova que todos os serviços já contratualizados para atendimento em reabilitação na Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista e os novos serviços contratualizados também para este atendimento, passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do SISREG. Sendo critério para as novas contratualizações e que se estabelece o prazo de 90 dias para adequação dos Serviços já contratualizados; (...)
Deliberação 109/CIB/2024	Aprova as Diretrizes para aos Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina (ANEXO I - Diretriz), conforme Instrutivo do Ministério da Saúde, revisado em agosto de 2020 e Notas Técnicas CGSPD/SAES/MS Nº 14, 15 e 16 de 2024
Nota Informativa nº 1/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS	Nota Informativa direcionada aos gestores e profissionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)
Nota Técnica nº2/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS	Informações quanto aos critérios para obtenção de incentivo financeiro de custeio para o Componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD
	no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nota Técnica nº3/2025- CGSPD/DAET/SAES/MS	Apresenta orientações para registro de procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) pelos componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).
Nota Técnica nº4/2025- CGSPD/DAET/SAES/MS	Direcionada aos gestores e profissionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) acerca dos critérios de elegibilidade para recebimento do incentivo financeiro de investimento federal, com recurso de Programa/Ação, no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no exercício de 2025.

4 DEFINIÇÕES

4.1 Pessoa com Deficiência

Pessoa com deficiência, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, é “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação.”

A seguir passaremos às definições da deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo, sendo que as condições poderão ocorrer de forma isolada ou comórbidas, bem como será tratado sobre o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e atraso global do desenvolvimento.

4.1.1 Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual é um transtorno do desenvolvimento que é caracterizado por déficits nos funcionamentos intelectual e adaptativo com início no período do desenvolvimento. Afeta aproximadamente 1% a 3% da população, com uma proporção entre homens e mulheres de 2:1.

De acordo com o Ministério da Saúde, a deficiência intelectual se refere a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado por diminuição no funcionamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento. Está presente quando existe déficit em duas ou mais áreas de competências adaptativas entre as dez previstas (comunicação, cuidados pessoais, autonomia em casa, competências sociais, utilização de recursos comunitários, iniciativa e responsabilidade, saúde e segurança, aptidões acadêmicas funcionais, lazer e trabalho). (BRASIL, 2010).

Atraso global do desenvolvimento (AGD) é o termo usado para descrever crianças com idade entre 0 a 5 anos com atraso significativo em 2 ou mais áreas do desenvolvimento. Embora estes atrasos possam ser transitórios, é estimado que aproximadamente dois terços das crianças com AGD vão receber o diagnóstico de DI depois dos 5 anos de idade.

Como parte da rotina da puericultura, o Ministério da Saúde recomenda a vigilância do desenvolvimento em todas as consultas utilizando a caderneta de saúde da criança menina e caderneta de saúde da criança menino para avaliação dos marcos de desenvolvimento de 0 a 10 anos e o Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança.

A) CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

O termo deficiência intelectual, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V-TR), que substitui o termo “retardo mental” do DSM-IV, traz como características déficit em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. O DSM V-TR não classifica a deficiência intelectual em níveis de gravidade conforme o quociente intelectual (QI), mas conforme o funcionamento/ comportamento adaptativo, o qual determina os tipos de apoios necessários para a realização de atividades.

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), a denominação Retardo Mental, tem a classificação de níveis de gravidade, baseadas no valor do QI, classificada em leve (QI entre 50 a 69), moderada (QI entre 35 e 49), grave (QI entre 20 e 34) e profunda (QI inferior a 20).

Na atualização da CID (CID-11), o quadro de Deficiência Intelectual está incluso entre os transtornos do neurodesenvolvimento, especificamente os do desenvolvimento intelectual, que correspondem a um amplo contingente de condições etiologicalamente distintas.

Quadro 4: Nomenclatura e classificação conforme os Manuais (DSM IV e V) e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10 e CID 11)

	DSM-IV	DSM - V- TR	CID - 10	CID 11
Responsável	Associação de Psiquiatria Americana (APA)	Associação de Psiquiatria Americana (APA)	Organização Mundial da Saúde (OMS)	Organização Mundial da Saúde (OMS)
Ano Publicação	2000	2022	1989	2019
Capítulo		Transtorno do Neurodesenvolvimento	Capítulo V Transtornos Mentais e de Comportamento (F00 - F99)	Transtornos do Neurodesenvolvimento
Nomenclatura	Retardo Mental	Deficiência Intelectual	Retardo Mental	6A00 - Transtorno do

		(Transtorno do Desenvolvimento Intelectual)	(F70 - F79)	Desenvolvimento Intelectual
Classificação		Avaliação não pelo QI mas pelo nível de funcionalidade	F70 - Retardo Mental Leve F71 - Retardo Mental Moderado F72 - Retardo Mental Severo F73 - Retardo Mental Profundo F 78 - Outro Retardo Mental F79 - Retardo Mental Não Especificado	6A00.0 - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, leve 6A00.1 - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, moderado 6A00.2 - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, severo 6A00.3 - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, profundo 6A00.4 - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, provisório 6A00.Z - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, não especificado.
Código adicional			Código adicional para identificar condições associadas como autismo, outros transtornos do desenvolvimento, epilepsia, transtorno de conduta, ou deficiência física grave.	Código adicional para adicionar etiologia conhecida.

B) AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O diagnóstico inicial da DI é baseado principalmente na apresentação clínica. Os componentes-chave do processo diagnóstico são: apresentação clínica; a história médica completa; história detalhada da gestação e do período neonatal; exame físico geral; exame de características dismórficas; exame neurológico; avaliação das habilidades cognitivas; avaliação das habilidades adaptativas; avaliação da audição e visão; história familiar; exames de laboratório (doenças genéticas, erros inatos do metabolismo) e de neuroimagem, quando for o caso; exames de rastreio de doenças para recém-nascidos.

O diagnóstico da DI requer avaliação das habilidades cognitivas e adaptativas da pessoa usando instrumentos padronizados administrados individualmente por profissionais qualificados.

Diagnosticar uma deficiência intelectual pode ser essencial para acesso a serviços, benefícios financeiros, direitos, isenções ou para proteção legal.

- Avaliação da Função Intelectual

O funcionamento intelectual é chamado de inteligência e inclui uma ampla gama de atividades mentais, como a capacidade de raciocínio lógico e inteligência prática (resolução de problemas), a capacidade de aprender, habilidades verbais e assim por diante. Ele se manifesta e se expressa por meio de inúmeros conjuntos de capacidades, comportamentos, pensamentos e emoções. Em outras palavras, o funcionamento intelectual é definido como a capacidade global que permite ao indivíduo compreender e interagir com a realidade.

O funcionamento intelectual é comumente medido pelo quociente de inteligência (QI), que representa uma pontuação total obtida em testes padronizados (testes de QI) desenvolvidos para avaliar a inteligência humana. A pontuação do teste de QI tem uma mediana de 100 e um desvio padrão de 15. Uma pontuação de 70 ou menos (dois desvios padrão abaixo da mediana) indica limitações intelectuais.

Para esta medição são utilizados instrumentos padronizados como a Escala de Inteligência Wechsler em Crianças-V (WISC-V), a Escala de Inteligência Wechsler para a Pré-escola e o Ensino Fundamental-IV (WPPSI-IV) e as Escalas de Inteligência Stanford-Binet-V. Geralmente, são realizadas por um psicólogo certificado. Esses instrumentos são projetados para medir a capacidade intelectual geral de uma criança e incluem subtestes verbais e não verbais. Pessoas com DI apresentam déficits nos domínios verbal e não verbal, embora não necessariamente no mesmo grau. Uma pontuação geral de QI em escala completa é derivada da combinação das pontuações de QI verbal e não verbal. A Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI) é uma versão abreviada da WAIS, que utiliza apenas alguns subtestes para fornecer uma estimativa da inteligência geral. A WASI é frequentemente usada para triagem e avaliação rápida, especialmente em contextos clínicos e educacionais.

O WISC-V e o WPPSI-IV incluem os seguintes índices: índice de compreensão verbal, índice visoespacial, raciocínio fluido, memória de trabalho e velocidade de processamento. Os subtestes de Stanford-Binet incluem conhecimento, raciocínio quantitativo, raciocínio visoespacial, memória de trabalho e raciocínio fluido. Esses instrumentos podem ser administrados em crianças a partir dos 2 anos de idade (Stanford Binet-V) até os 2 anos e meio (WPPSI-IV), embora seja importante observar que os escores de inteligência se tornam mais estáveis após os 5 anos de idade.

Pessoas com escores de inteligência mais de 2 desvios-padrão abaixo da média são consideradas como estando na faixa de DI. Usando a curva normal para delinear os níveis de inteligência com um escore médio de QI de 100 e um padrão e um desvio padrão de 15, estima-se que aproximadamente 2,5% da população se enquadraria na faixa de DI com pontuações de QI inferiores a 70 (2 desvios-padrão abaixo da média). Aqueles com pontuações de QI de 70 a 84 são considerados como tendo inteligência limítrofe. Na escola, crianças com inteligência limítrofe podem ser consideradas "aprendizes lentos", mas não no mesmo grau que crianças com DI. Fazer um diagnóstico de DI nem sempre é simples; pode exigir algumas consultas para avaliar completamente a criança, e um acompanhamento contínuo pode ser necessário.

A escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS) destina-se a avaliar a inteligência de adultos e adolescentes mais velhos (a partir dos 16 anos). Avalia a inteligência de forma multidimensional, com diversos índices que medem diferentes aspectos da capacidade intelectual.

- **Avaliação do Funcionamento Adaptativo**

Nesta linha de cuidado serão utilizados os conceitos sobre o funcionamento/comportamento adaptativo, o qual determina os tipos de apoios necessários para a realização de atividades conforme o DSM-V-TR.

O funcionamento adaptativo é operacionalizado em 3 domínios: o domínio conceitual (p. ex., competência e memória, linguagem e habilidades acadêmicas, julgamento), o domínio social (p. ex., consciência social, habilidades de comunicação interpessoal, amizades) e o domínio prático (p. ex., aprendizagem e autogestão). Prejuízo em, pelo menos, um destes domínios, onde é necessário suporte contínuo, deve estar presente para atender à definição de DI.

Quadro 5: Domínios do funcionamento adaptativo

Domínio	Componentes chave ou funções
Conceitual	Memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimento prático, solução de problemas, julgamento em situações novas.
Social	Consciência dos pensamentos dos outros, sentimentos e experiências; empatia; habilidade de comunicação interpessoal; habilidade de desenvolver amizades; julgamento social.
Prático	Autocuidado; responsabilidades no trabalho; manejo de dinheiro; recreação, autogestão do comportamento, organização de tarefas de escola ou trabalho
Fonte: Patel <i>et al</i> , 2020	

C) NÍVEIS DE SEVERIDADE

O DSM-V-TR caracteriza a severidade da DI baseada no funcionamento adaptativo e o quanto de suporte a pessoa precisa.

Os sinais e sintomas clínicos da deficiência intelectual são geralmente reconhecidos pela primeira vez durante a primeira e segunda infância. Eles variam de acordo com a idade de apresentação, causa específica e da gravidade do déficit cognitivo. Bebês e crianças pequenas com déficit intelectual grave têm alta probabilidade de ter uma causa subjacente e apresentar precocemente características clínicas associadas à causa subjacente. Por outro lado, uma grande percentagem de crianças com déficits intelectuais de grau leve é altamente improvável de ter uma causa subjacente específica identificável ou achados clínicos e podem não ser reconhecidas como portadoras de deficiência intelectual até mais tarde na infância. Algumas crianças com DI leve podem não serem reconhecidas até os 5 a 9 anos de idade.

• DI LEVE

Uma pessoa com DI leve pode manifestar dificuldades no final da pré-escola ou nos primeiros anos da escola. Ela pode ter dificuldades no ambiente acadêmico (leitura, escrita, aritmética, tempo e conhecimento de dinheiro nos primeiros anos de vida) e parecer mais imatura socialmente em comparação com outras crianças da mesma idade. A comunicação e o pensamento podem ser mais concretos e menos maduros do que os de seus pares. Embora possa funcionar apropriadamente em questões de cuidados pessoais e muitos até mesmo acabam vivendo de forma independente, eles podem precisar de apoio intermitente particularmente em situações complexas da vida diária. Alguns podem atingir o nível acadêmico de desempenho acadêmico de sexta série.

• DI MODERADA

Uma pessoa com DI moderada geralmente se apresenta mais cedo do que aquelas de DI leve, manifestando-se com dificuldades de aprendizagem e linguagem nos anos pré- escolares e déficits no comportamento social e de comunicação, que requerem suporte limitado, embora possivelmente substancial. Os afetados podem em última análise, ser capazes de realizar tarefas básicas de cuidado pessoal (p. ex., vestir-se, ir ao banheiro e

comer de forma independente), mas podem ser necessárias quantidades significativas de tempo e ensino. Durante a idade adulta, podem ser empregados em trabalhos que exigem habilidades cognitivas e de comunicação mínimas e podem ser capazes de participar de todas as tarefas domésticas, mas com suporte e ensino contínuos. Alguns podem atingir o nível de desempenho acadêmico equivalente ao do segundo ano do ensino fundamental.

- **DI GRAVE**

Uma pessoa com DI grave tem capacidade limitada para compreender linguagem escrita e os conceitos de números e tempo e precisaria de amplo apoio de cuidadores ao longo da vida. A linguagem falada também é muito limitada e elas podem ter compreensão limitada da fala/linguagem e da comunicação gestual. Crianças com DI grave precisariam de amplo apoio e supervisão para todas as atividades da vida diária. Algumas podem atingir o nível pré-escolar em termos de desempenho acadêmico.

- **DI PROFUNDA**

Uma pessoa com DI profunda possui habilidades conceituais que não vão além do concreto e essa habilidade envolve principalmente a manipulação de objetos, na melhor das hipóteses. Eles têm uma compreensão muito limitada da linguagem simbólica embora possam ser capazes de compreender instruções básicas. Uma pessoa com DI profunda necessita de apoio integral em todos os aspectos dos cuidados pessoais e da vida diária.

Quadro 6: Níveis de Gravidade da Deficiência Intelectual (DI)

NÍVEL DA DI (% CRIANÇAS COM DI)	NÍVEL DE SUPORTE (NOS DOMÍNIOS CONCEITUAL, SOCIAL E PRÁTICO)	PONTUAÇÃO DE QI ESTIMADA	PROJEÇÃO DE REALIZAÇÃO ACADÊMICA FINAL
Leve (85%)	Intermitente	55-70	Até o nível da sexta ano
Moderada (10%)	Limitado	40-55	Até o nível de segundo ano
Grave (3% - 4%)	Extenso	25-40	Nível pré-escolar
Profunda (1% - 2%)	Difuso	<25	—

Nota: O nível de gravidade é baseado no nível de funcionamento adaptativo e de suporte.

Fonte: Purugganan, 2018

D) FATORES DE RISCO

A DI é uma condição complexa, e a combinação de diferentes fatores de risco pode aumentar o risco de desenvolver a condição. Existem diversas causas para as deficiências intelectuais e múltiplas, incluindo fatores genéticos e ambientais. Os fatores de risco podem

ser divididos em três grandes grupos: pré-natais (durante a gestação), perinatais (no momento do parto) e pós-natais (após o nascimento)

- **FATORES DE RISCO PRÉ-NATAIS E PERINATAIS:**

- Mal nutrição;
- Deficiência de vitaminas ou minerais;
- Insuficiência placentária;
- Exposição in útero à álcool, drogas, toxinas, teratogênicos;
- Doença materna, p. ex. Hipotireoidismo;
- Infecções pré e perinatais (toxoplasmose, sífilis, varicela-zoster, parvovírus B19, rubéola, citomegalovírus e herpes);
- Eventos no Parto:
 - Anóxia no parto;
 - Prematuridade e baixo peso ao nascer;
 - Fatores de risco para asfixia no parto;
 - Hemorragia intracraniana e hipoglicemia;
 - Insuficiência placentária e Eventos intrauterinos (p. ex., eclâmpsia, ruptura prematura de membranas).
- Outros.

- **FATORES DE RISCO PÓS NATAL:**

- Infecção (p. ex., meningites, encefalites);
- Envenenamento por chumbo e outras substâncias;
- Privação ambiental severa;
- Violência, abuso e negligência da criança;
- Condições somáticas (p. ex., tumores cerebrais, epilepsia intratável);
- Tratamentos cirúrgicos, radiação e quimioterapia.
- Trauma cerebral;
- Outros acidentes que resultam na perda de consciência que pode levar a lesão cerebral;
- Outros.

E) ETIOLOGIA

Existem muitas etiologias diferentes para a DI como descrito no Quadro 7. Um número significativo de pessoas não apresenta causa identificável. É mais provável identificar uma causa biológica em formas mais significativas de DI (moderada, grave e profunda) do que em DI leve, que pode ser influenciada por dificuldades culturais, linguísticas e sociais.

Quadro 7: Causas da Deficiência Intelectual

Síndrome Genéticas	Distúrbios cromossômicos, p. ex. Síndrome de Down
	Deleções genéticas contíguas, p. ex.: síndrome de Williams, síndrome de Angelman
	Deleções de um único gene, p. ex., síndrome do X Frágil, síndrome de Rett
Causas Ambientais	Álcool e outros teratógenos
	Infecções pré-natais
	Infecções do sistema nervoso central na primeira infância
	Lesão cerebral traumática
Distúrbios/malformações do sistema nervoso central	
Erros inatos do metabolismo	
Nutricional (ex. Desnutrição severa, deficiência crônica de ferro)	
Desconhecida	

Fonte: Purugganan, 2018

Em geral, é mais provável que haja uma causa genética específica detectada em formas graves e sindrômicas de DI do que em formas leves e não sindrômicas, mas a abordagem diagnóstica é semelhante em todas as categorias de DI.

Quadro 8: Síndromes Genéticas Comumente Associadas com Deficiência Intelectual

SÍNDROME	DEFEITO GENÉTICO	PERFIL DO DESENVOLVIMENTO	ACHADOS FÍSICOS COMUNS
Down	Trissomia 21 (95%)	DI leve a moderado	Fácies de Down
	Translocação (4%)	(verbal – baixo)	Doença congênita do coração
	Mosaicismo (1%)	Hipotonia	Hipotireoidismo
		Doença de Alzheimer precoce	Anormalidades gastrointestinais
X Frágil	Repetição trinucleotídeo CGG (>200)	DI (tipicamente moderada)	Face alongada
		Transtornos de aprendizado	Macrocefalia
		Transtorno do espectro do	Articulações hiperextensíveis

		autismo	Testes ampliados (pós-puberal)
Rett	Deleção <i>MECP2</i>	DI Maneirismos estereotipados de mãos Regressão de linguagem	Desaceleração do crescimento do crânio Anormalidades de marcha
Williams	Deleção 7q11	DI severa a profunda (não verbal – baixo)	Características faciais élficas Cardíaco (ex. Estenose aórtica supravalvar) Anormalidades renais Hipertensão
Angelman	Deleção derivada da mãe 15Q (ou disomia paternal)	DI Severo a profundo Maneirismos atípicos de mãos	Microcefalia Prognatismo
Prader-Willi	Deleção derivada do pai 15q (ou disomia maternal)	DI (níveis variados) Transtornos psiquiátricos	Neonato: hipotonia/dificuldades de alimentação Pré-escolar: obesidade, apetite excessivo

Fonte: Purugganan, 2018

4.1.2 Transtorno do Espectro do Autismo

A) SINTOMAS CLÍNICOS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que persiste ao longo da vida. A Organização Mundial da Saúde, OMS, calcula que o autismo afeta uma em cada 160 crianças no mundo, sendo a prevalência na população de 1,6%.

Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição – texto revisado (DSM-V-TR), as características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D).

Apresenta-se com diferentes níveis de gravidade com diferentes níveis de necessidade de suporte. Pode cursar com deficiência intelectual com ou sem comprometimento da linguagem. Pode estar associado a uma condição genética conhecida

ou outra condição médica ou fator ambiental assim como a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental. A catatonia pode ou não estar presente.

Sinais de alerta no neurodesenvolvimento da criança podem ser percebidos nos primeiros meses de vida, sendo o diagnóstico estabelecido por volta dos 2 a 3 anos de idade. A prevalência é maior no sexo masculino. A identificação de atrasos no desenvolvimento, o diagnóstico oportuno de TEA e encaminhamento para intervenções comportamentais e apoio educacional na idade mais precoce possível, pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral. Ressalta-se que o tratamento oportuno com estimulação precoce deve ser preconizado em qualquer caso de suspeita de TEA ou desenvolvimento atípico da criança, independentemente de confirmação diagnóstica (BRASIL, 2022).

Segundo DSM-V-TR, “os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento ou diferenças nos processos cerebrais, o que acarreta prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência.”

É frequente que os transtornos do desenvolvimento estejam acompanhados de comorbidades.

B) CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA:

- CLASSIFICAÇÃO COMPARATIVA DO TEA

Segundo a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, o transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se pela deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social com dificuldades de comunicação verbal e não verbal para a interação social, de desenvolvimento de relações apropriadas; ausência de reciprocidade social; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades (BRASIL, 2012a).

No quesito classificação do TEA, o quadro clínico é referenciado dentro dos transtornos do neurodesenvolvimento, tanto pela OMS através da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), como pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), no DSM-V-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que delimita o descritivo de patologias psíquicas.

Quadro 9: Informações resumidas dos diagnósticos, conforme os Manuais e a CID, sendo o critério atualizado o do DSM V-TR e da CID-11

DSM-IV TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	DSM - V-TR TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	CID - 10 F84: TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	CID 11 6A02: TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)
<p>Transtorno Autista</p> <p>Transtorno de Rett</p> <p>Transtorno Desintegrativo da infância</p> <p>(Síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa)</p> <p>Transtorno de Asperger</p> <p>Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação</p>	<p>Nível 1: Grau Leve (necessita de pouco suporte)</p> <p>Com suporte: pode ter dificuldade para se comunicar, mas não é um limitante para interações sociais. Problemas de organização e planejamento impedem a independência.</p> <p>Nível 2: Grau Moderado (necessitam de suporte)</p> <p>Semelhante às características descritas no nível 3, mas com menor intensidade no que cabe aos transtornos de comunicação e deficiência de linguagem.</p> <p>Nível 3: Grau Severo (necessitam de maior suporte/apoio)</p> <p>Diz respeito àqueles que apresentam um deficit considerado grave nas habilidades de comunicação verbais e não verbais, ou seja, não conseguem se comunicar sem contar com suporte. Com isso apresentam dificuldade nas interações sociais e tem cognição reduzida.</p>	<p>F84.0 Autismo infantil</p> <p>F84.1 Autismo atípico</p> <p>F84.2 Síndrome de Rett</p> <p>F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância</p> <p>F84.4 Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados</p> <p>F84.5 Síndrome de Asperger</p> <p>F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento</p> <p>F84.9 Transtornos globais não especificados de desenvolvimento (TID SOE)</p>	<p>6A02.0 TEA Sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional</p> <p>6A02.1 TEA Com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional</p> <p>6A02.3 TEA Sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional</p> <p>6A02.5 TEA com desordem do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional</p> <p>6A02.y Outro transtorno do espectro do autismo especificado</p> <p>6A02.z Transtorno do espectro do autismo não especificado</p>

	Também possuem um perfil inflexível de comportamento, tendo dificuldade de lidar com mudanças. Tendem ao isolamento social, se não estimuladas.		
--	---	--	--

Fonte: Avaliação e Atendimento da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) Rede de Atenção à Saúde do Paraná, 2023

Quadro 10: Critérios diagnósticos do DSM - V -TR:

DOMÍNIOS	SINTOMAS (Déficits em)	EXEMPLOS
A - Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, manifestados pelo seguinte, atualmente ou pela história; deve ter todos os 3 sintomas neste domínio.	1. Reciprocidade socioemocional	Abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa; reduzido compartilhamento de interesses, emoções ou afeto; falha para iniciar ou responder a interações sociais.
	2. Comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social.	Comunicação verbal e não verbal pouco integrada; anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos; ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
	3. Desenvolver, manter e compreender relacionamentos.	Dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a vários contextos sociais; dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos; ausência de interesse por pares.
B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados, no momento atual ou história pregressa, por pelo menos 2 dos seguintes sintomas, atualmente ou por história prévia.	1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos.	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	Sufrimento extremo em relação a pequenas mudanças; dificuldades com transições; padrões rígidos de

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses, ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes sintomas, atuais ou pregressos; deve ter 2 dos 4 sintomas.	verbal.	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.	Forte apego a ou preocupação com objetos incomuns; interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos.
	4. Hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.	Indiferença aparente a dor/temperatura; reação contrária a sons ou texturas específicas; cheirar ou tocar objetos de forma excessiva; fascinação visual por luzes ou movimento.
C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).		
D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente		
E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento		
Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação ao transtorno da comunicação social (pragmática).		
Especificar a gravidade atual com base em prejuízos na comunicação social em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2).		
Exigindo apoio muito substancial		
Exigindo apoio substancial		
Exigindo apoio		
Especificar se:		

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante
Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante
<p>Especificar se:</p> <p>Associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental (Nota para codificação: Usar código adicional para identificar a condição genética ou outra condição médica associada.)</p> <p>Associado a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental</p>
<p>Especificar se:</p> <p>Com catatonia (adicionar o código 293.89 se também estiver presente catatonia)</p>

C) ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO TEA

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento de base biológica que é altamente hereditário. Os fatores genéticos correspondem a cerca de 80% de herdabilidade do TEA (Linchenstein et al., 2010; Ronald and Hoekstra, 2011). Apesar disto, a causa exata ainda é desconhecida. Descobrir a causa tem sido um desafio devido à complexidade genética e à variação fenotípica. Estimativas de risco de recorrência de TEA idiopáticos são de aproximadamente 5% a 6% quando há um irmão mais velho com TEA e até mesmo maior quando há 2 crianças com TEA na família.

Em uma minoria dos casos (<10%), o TEA pode estar associado a uma condição médica ou uma síndrome conhecida. Embora se acredite que o TEA seja principalmente de origem genética, fatores ambientais podem modular a expressão fenotípica.

Finalmente, a predominância masculina observada também sugere um papel genético na herança do autismo.

Em uma discussão sobre etiologia, subtipificar TEA como idiopático ou secundário é bastante útil. O termo “idiopático” se refere a casos em que crianças atendem aos critérios para autismo, mas não têm uma condição médica associada conhecida por causar TEA. A maioria dos indivíduos com TEA têm o tipo idiopático. Crianças com TEA idiopático demonstram fenótipos comportamentais variáveis, são um pouco menos propensas a ter AGD/DI comórbido e geralmente não têm características dismórficas que anunciam uma síndrome reconhecível. O termo autismo “secundário” se refere a casos com uma síndrome identificável ou distúrbio médico conhecido por estar associado ao TEA.

- FATORES GENÉTICOS DO TEA

A proporção de indivíduos com TEA que têm uma síndrome comórbida ou condição médica constituem cerca de 10 a 15% dos casos.

Quadro 11: Seleção de Síndromes genéticas associadas ao transtorno do espectro do autismo

SÍNDROME	• Características clínicas
Esclerose Tuberosa	<ul style="list-style-type: none"> • Máculas hipopigmentadas • Angiofibromas • Manchas Shagreen • Tumores benignos em múltiplos órgãos • Convulsões • Déficits cognitivos • Lesões renais
Síndrome do X Frágil	<ul style="list-style-type: none"> • Face longa e estreita • Testa e queixo proeminentes • Orelhas grandes • Aumento testicular na adolescência • Macrocefalia • Palato arqueado • Articulações hiperextensíveis • É a causa genética mais comum de Autismo e Deficiência intelectual em homens.
Síndrome de duplicação do Cromosomo 15q11-q13	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotonia • Frouxidão articular • Atrasos globais no desenvolvimento, particularmente atrasos motores • Convulsões • Atraso na fala • Déficits sociais • Estereotipias • Padrão variável de dismorfismo facial leve
Síndrome de Angelman	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência intelectual grave • Microcefalia pós-natal • Problemas de movimento/equilíbrio • Atraso de linguagem • Convulsões
Síndrome de Rett	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorre quase exclusivamente em mulheres

	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da fala • Substituição de movimentos manuais propositais por movimentos estereotipados • Anormalidades na marcha • Padrão respiratório anormal
Síndrome de Cohen	<ul style="list-style-type: none"> • Cabelos e sobrancelhas grossos • Fissuras palpebrais em formato de onda • Ponta nasal larga • Filtro curto ou suave • Microcefalia • Fraco ganho de peso na infância • Obesidade troncular na adolescência • Hipotonia • Atraso no desenvolvimento • Neutropenia • Hiper mobilidade articular
<p>Síndrome Cornélia de Lange (CDLS)</p> <p>CDLS1, CDLS2, CDLS3, CDLS4, CDLS5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia • Synophrys (sobrancelhas unidas) • Sobrancelhas altamente arqueadas • Narinas antevertidas • Atraso no início do crescimento pré-natal • Hirsutismo • Déficits de redução dos membros superiores • Deficiência auditiva • Miopia • Defeitos do septo cardíaco • Disfunção gastrointestinal • Anormalidades geniturinárias
Neurofibromatose tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiplas máculas café com leite • Sardas axilares e/ou inguinais • Nódulos de Lisch (hamartomas de íris) • Neurofibromas
Síndrome de Down	<ul style="list-style-type: none"> • Fissuras palpebrais ascendentes • Dobras epicânticas • Braquicefalia • Prega palmar transversal • Deficiência intelectual • Condições médicas (por exemplo, doenças cardiovasculares, anormalidades

	gastrointestinais, distúrbios endócrinos)
Síndrome de Noonan (tipos múltiplos)	<ul style="list-style-type: none"> Baixa estatura Doença cardíaca congênita (mais frequentemente estenose pulmonar) Desenvolvimento atrasado
Síndrome de Williams-Beuren	<ul style="list-style-type: none"> Fácies "Élfica" Estenose arterial sistêmica (mais frequentemente estenose aórtica supravalvar) Baixa estatura Anormalidades geniturinárias Cognição e desenvolvimento prejudicados
Síndrome DiGeorge (22q11.2 deleção)	<ul style="list-style-type: none"> Anomalias cardíacas conotruncais Timo hipoplásico Hipocalcemia
<ul style="list-style-type: none"> PTEN * (phosphatase and tensin homolog gene) - associado a síndromes com macrocefalia 	
Macrocefalia/Síndrome autística	<ul style="list-style-type: none"> Macrocefalia pós-natal Testa larga Proeminência Frontal Distância nasolabial longa Ponte nasal deprimida Deficiência intelectual
Síndrome de Cowden/Bannayan-Riley-Ruvalcaba	<ul style="list-style-type: none"> Macrocefalia Fácies semelhantes a pássaros Mandíbula e maxila hipoplásicas Catarata Microstomia Palato arqueado alto Pectus excavatum Anomalias geniturinárias Marcas na pele Lipomas Máculas penianas

Síndrome CHARGE	<ul style="list-style-type: none"> • Coloboma do olho • Defeitos cardíacos
	<ul style="list-style-type: none"> • Atresia coanal • Retardo de crescimento • Anomalias geniturinárias • Anormalidades no ouvido
Síndrome de Joubert	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoplasia do vermis cerebelar • Sintomas neurológicos • Distrofia retiniana • Anomalias renais
Síndrome de Smith-Lemli-Opitz	<ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia pós-natal • Fenda palatina mole/úvula bífida • Micrognatia • Orelhas de inserção baixa e rotacionadas posteriormente • Pobre ganho de peso • Sindactilia do segundo e terceiro dedos do pé • Genitália anormal • Deficiência intelectual • Hipotonia • Deficiência Intelectual
Síndrome de Timothy	<ul style="list-style-type: none"> • Sindactilia • Doença cardíaca congênita • Disfunção em múltiplos órgãos • Anormalidades cognitivas

FONTE: Adaptado de Augustyn e G. Voight, 2024

• FATORES DE RISCO AMBIENTAIS PARA TEA

A maioria dos casos de autismo resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais. Fatores pré-natal, perinatal e neonatal estão associados ao aumento de risco relativo de TEA. (Howes et al, 2017; Johnson, 2007).

○ PERÍODO PRÉ-NATAL:

Muitas das anormalidades conhecidas, associadas ao desenvolvimento cerebral no

autismo, ocorrem no primeiro e segundo trimestres da gestação. Portanto, fatores ambientais têm maior probabilidade de desempenhar um papel no feto por meio de fatores maternos.

Atualmente, entende-se que a etiologia do TEA é multifatorial, com uma variedade de fatores genéticos e em menor extensão fatores ambientais. Por exemplo:

- Exposição gestacional a fatores teratogênicos: valproato e talidomida;
- Infecções materna pré/perinatal, por exemplo rubéola;
- Idade paterna e materna elevada;
- Deficiência de vitamina D materna;
- Obesidade materna.

○ PERÍODO PERINATAL:

- Hipóxia perinatal;
- Muito baixo peso ao nascer (<1500 g);
- Crianças a termo com encefalopatia.

○ PERÍODO PÓS-NATAL:

- Prematuridade significativa;
- Exposição ambiental ao mercúrio.

Embora a discussão anterior revele que uma variedade de condições conhecidas por estarem associadas ao TEA, atualmente, uma investigação etiológica da criança com TEA raramente identifica uma causa conhecida na ausência de: atraso global do desenvolvimento (AGD)/ deficiência intelectual (DI), características dismórficas, histórico familiar positivo e/ou exame neurológico com alterações focais.

• FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE AUTISMO

Diante do aumento da prevalência de diagnósticos de TEA encontram-se os seguintes fatores para corroborar no diagnóstico (Nice, 2017):

- Ter um irmão com autismo;
- Defeitos congênitos associados à malformação do sistema nervoso central e/ou disfunção, incluindo paralisia cerebral;
- Peso ao nascer menor que 2500 g;
- Prematuridade (menos de 35 semanas);
- Ameaça de aborto com menos de 20 semanas;
- Admissão em uma unidade de terapia intensiva neonatal;
- Presença de defeitos congênitos;

- Sexo masculino;
- Idade materna maior que 40 anos;
- Idade paterna maior que 40 anos;
- Histórico parental de psicose semelhante à esquizofrenia ou transtorno afetivo;
- Histórico parental de outro transtorno mental ou comportamental;
- Uso materno de valproato de sódio na gravidez;
- Uma deficiência de aprendizagem (intelectual);
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;
- Encefalopatia neonatal ou encefalopatia epiléptica, incluindo espasmos infantis;
- Distúrbios cromossômicos, como a síndrome de Down;
- Doenças genéticas, como o X frágil;
- Distrofia muscular;
- Neurofibromatose;
- Esclerose tuberosa;
- Deficiência intelectual;
- Paralisia cerebral.

4.1.3 Atraso Global do Desenvolvimento

De acordo com o DSM V-TR, este diagnóstico está reservado a indivíduos com menos de cinco anos de idade, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado de modo confiável durante a primeira infância, naqueles que ainda não são capazes de passar por avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças pequenas demais para participar de testes padronizados.

Esta categoria é diagnosticada quando a criança apresentar atrasos significativos em dois ou mais dos seguintes domínios do desenvolvimento: cognitivo, motor, da fala, socioemocional ou atividades da vida diária, impactando o desenvolvimento com resultado em prejuízos e/ou desafios na vida cotidiana, de maneira substancial o suficiente para justificar atenção clínica especializada precoce.

Usuários com AGD, irão requerer reavaliações após um período, pois, à medida que crescem é essencial uma compreensão precisa do seu progresso e dos seus desafios. Diagnósticos adicionais podem levar à substituição desse diagnóstico por uma condição mais específica, à medida que mais informações são coletadas.

5. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Uma vez que se determina que a criança está em risco moderado ou grave em seu desenvolvimento tanto pela triagem e/ou pela vigilância do desenvolvimento, um encaminhamento oportuno para avaliação diagnóstica clínica e intervenção precoce ou tratamento, dependendo da idade, é indicado. Crianças com atraso global do desenvolvimento devem ser encaminhadas para intervenção precoce ou tratamento na atenção especializada.

O Ministério da Saúde desenvolveu documentos para nortear o atendimento de crianças para estimulação precoce e atendimento de DI e TEA.

- [Diretrizes de Estimulação Precoce;](#)
- [Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual](#)
- [Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA](#)
- [Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos de Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS;](#)
- [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) Comportamento agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo\)](#)
- [Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista \(TEA\) na criança](#)
- [PCDT resumido - Diagnóstico etiológico da Deficiência Intelectual](#)

A seguir serão descritos os critérios para a avaliação diagnóstica precoce, da avaliação intelectual e do transtorno do espectro do autismo.

5.1 Avaliação Diagnóstica Precoce

Na atenção primária, o profissional deverá se atentar aos marcos do desenvolvimento descritos na Caderneta da Saúde da Criança e registrá-los.

A Caderneta da Criança é um instrumento de vigilância em saúde acessível, que facilita o acompanhamento integral da saúde infantil, num processo contínuo de acompanhamento das atividades relacionadas ao desenvolvimento da criança e à detecção de alterações no desenvolvimento típico. Fundamental, para ambos os diagnósticos, DI e/ ou TEA, tanto profissionais de saúde quanto professores e o próprio núcleo familiar devem ser responsáveis por seu preenchimento e concomitantemente ações precoces para reavaliações ou novas tomadas de decisão.

PARA ACESSAR A CADERNETA DA CRIANÇA (Menino, Menina, Digital),
ACESSAR O LINK:

<https://www.gov.br/saude/saude-da-crianca/caderneta>

Os marcos do desenvolvimento auditivo, visual, motor e de linguagem, descritos na Caderneta de Saúde da Criança, encontram-se anexos a esta Linha de Cuidado (Anexo I).

5.2 Avaliação da Deficiência Intelectual

Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a tarefa de identificação de sinais iniciais de atraso no desenvolvimento, durante as consultas de puericultura, buscando identificar sinais precoces de qualquer atraso do desenvolvimento da criança

A identificação, seguida da intervenção precoce é crucial para indivíduos com atrasos globais no desenvolvimento e ajudarão os indivíduos a desenvolver as habilidades necessárias e melhorar seu funcionamento geral.

Geralmente o diagnóstico mais definitivo dos indivíduos com funcionamento intelectual e comportamento adaptativo abaixo da média será após a idade de 5 anos, por meio de testes padronizados de QI e uma avaliação abrangente do comportamento adaptativo.

A) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O diagnóstico de deficiência intelectual é feito quando os critérios do DSM-V-TR ou CID-11 são preenchidos, e outros transtornos foram adequadamente descartados. A DI deve ser diferenciada de transtornos específicos do aprendizado, de transtornos da comunicação, déficits sensoriais (deficiência auditiva e visual), transtornos da linguagem receptiva/expressiva, doenças neurodegenerativas, TEA, transtornos afetivos ou psicose.

B) COMORBIDADES

Transtornos psiquiátricos ocorrem 3 vezes mais crianças e adolescentes com DI que crianças com o desenvolvimento típico. Altas taxas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador opositor, TEA, síndrome alcoólica fetal. Problemas sérios de comportamento podem ocorrer 2,5 a 4 vezes mais frequentemente em crianças com deficiência intelectual do que crianças com desenvolvimento típico.

C) MANEJO

O modelo de programa recomendado para tratamento de pessoas com deficiência intelectual é o modelo multidisciplinar. O médico da atenção primária deve prestar cuidados médicos preventivos e gerais, além de facilitar e coordenar o encaminhamento para o atendimento consultivo especializado e o acesso aos serviços de apoio necessários. O projeto terapêutico singular construído na atenção especializada deve ser compartilhado com os profissionais da atenção primária.

O tratamento das comorbidades somáticas e psiquiátricas dos sintomas comportamentais, tratamento medicamentoso, outras terapias (fonoterapia, fisioterapia, terapias psicológicas, terapia ocupacional), educação especial, treinamento vocacional, treinamento para a vida independente e apoio comunitário, abordagem familiar, psicoeducação, também devem estar incluídos nas estratégias de tratamento.

Intervenções psicossociais podem ser consideradas tendo como alvo transtornos psiquiátricos comórbidos ou sintomas psiquiátricos específicos em crianças e adolescentes com DI. Intervenções de comunicação, *Applied Behavioral Analysis* (ABA), suporte social e outras modalidades de tratamento como treinamento cognitivo podem ser utilizadas.

Os medicamentos psicotrópicos podem ser utilizados tendo como alvo transtornos psiquiátricos comórbidos ou sintomas psiquiátricos. Os ensaios clínicos randomizados mais rigorosos são com risperidona e metilfenidato. As evidências de pesquisa que apoiam o uso destes medicamentos tendem a se concentrar em alvos gerais (por exemplo, “comportamentos disruptivos”) em vez de transtornos psiquiátricos específicos, e a incluir múltiplos tipos de comportamento ou sintomas (ou seja, irritabilidade, agressividade, hiperatividade). Ao contrário do TEA, não há medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) especificamente para indivíduos com DI.

É importante que sejam oferecidos programas de treinamento para profissionais da área da saúde e educação para que estes estejam familiarizados com o tema, em especial aos profissionais da atenção primária à saúde. A educação à comunidade com campanhas educativas, distribuição de material, entre outras ações devem ser feitas para que pais e cuidadores identifiquem sinais e possam levar seus filhos o mais precocemente possível para avaliação.

5.3 Avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo

A identificação de sinais de atrasos no desenvolvimento possibilita o início imediato de intervenções que são extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos.

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

- Atendimentos individuais

- Atendimentos à família
- Atividades livres e espaços em grupo

Abrange todas as atividades exercidas pelos profissionais de saúde com o objetivo de compreender, de forma abrangente e detalhada, a natureza das dificuldades do paciente, o que inclui o diagnóstico funcional e nosológico.

A avaliação clínica do paciente deverá ser completa com anamnese, exame clínico, diagnóstico diferencial e comorbidades, classificação diagnóstica e avaliação de funcionalidade.

Há uma variedade de formas clínicas e/ou comorbidades que podem acometer a pessoa com TEA, sendo importante avaliar a necessidade de exames complementares e interconsultas de outros especialistas no processo diagnóstico.

5.3.1 Sinais de Risco para TEA

Apesar dos avanços no entendimento da neurobiologia, genética e neuroimagem, o diagnóstico do TEA é clínico, baseado em entrevistas com os pais e/ou cuidadores e observação direta do comportamento da criança. Para apoiar a avaliação podem também ser aplicados instrumentos de triagem e escalas de avaliação diagnóstica. Devido à complexidade e a sobreposição de sintomas é recomendado que o diagnóstico seja feito por uma equipe multidisciplinar para a confirmação diagnóstica. Podem ser necessárias avaliações complementares como testes neuropsicológicos e exames clínicos.

Os indivíduos com TEA podem apresentar outros transtornos mentais concomitantes, as comorbidades. Diante do quadro complexo e repleto de nuances, faz-se necessário realizar um diagnóstico diferencial a fim de descartar outras possibilidades de quadros psicopatológicos e confirmar a hipótese diagnóstica proposta.

A triagem padronizada para TEA dos 16 até 30 meses de idade e com vigilância permanente do desenvolvimento continua a ser recomendada a ser realizada na atenção primária. Os profissionais da atenção primária devem estar familiarizados com o quadro clínico de TEA, avaliação etiológica apropriada e condições médicas e comportamentais concomitantes (como transtorno do sono e alimentação, sintomas do trato gastrointestinal, obesidade, convulsões, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ansiedade) que afetam a função e a qualidade de vida da criança. Há uma base de evidências crescente para dar suporte a intervenções comportamentais entre outras para abordar habilidades e sintomas específicos.

A diretriz NICE (2011) Autismo: Reconhecimento, Encaminhamento e Diagnóstico de Crianças e Jovens no Espectro do Autismo, embora enfatize a baixa qualidade das evidências encontradas, lista os fatores de risco:

- Um irmão com autismo;
- Histórico parental de psicose semelhante à esquizofrenia;
- Histórico parental de transtorno afetivo;
- Histórico parental de outro transtorno mental ou comportamental;

- Idade materna maior que 40 anos;
- Idade paterna entre 40 e 49 anos;
- Peso ao nascer menor que 2500 g;
- Prematuridade (menos de 35 semanas);
- Admissão em uma unidade de terapia intensiva neonatal;
- Presença de defeitos congênitos;
- Sexo masculino;
- Ameaça de aborto com menos de 20 semanas;
- Residir em uma capital;
- Residir no subúrbio de uma capital.

5.3.2 Triagem/Rastreio do TEA por Idade

Resultado de testes de rastreamento não são diagnósticos, eles auxiliam o profissional da atenção primária a identificar crianças que estão em risco para diagnóstico de TEA e que necessitam de avaliação adicional e especializada.

- **CRIANÇAS MENORES DE 16 MESES:**

A recomendação do Ministério da Saúde para rastreamento do desenvolvimento infantil são os **Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)**. Os IRDI são de uso livre pelos profissionais de saúde para uso na APS (Anexo II).

- **CRIANÇAS ENTRE 16 À 30 MESES:**

A ferramenta de triagem mais utilizada nesta faixa etária é o ***Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R)***. Crianças com escores de 8 ou mais têm alto risco para autismo ou outros transtornos do desenvolvimento e devem ser encaminhadas imediatamente para avaliação especializada. Nas crianças que tiveram escores entre 3 e 7 é recomendado que seja aplicada a escala de reavaliação M-CHAT-R- F (Anexo III).

A triagem padronizada para TEA aos 16 e 30 meses de idade com vigilância contínua do desenvolvimento continua a ser recomendada na atenção primária. Os profissionais da atenção primária devem estar familiarizados com o quadro clínico de TEA, avaliação etiológica apropriada e condições médicas e comportamentais concomitantes (como transtorno do sono e alimentação, sintomas do trato gastrointestinal, obesidade, convulsões, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ansiedade) que afetam a função e a qualidade de vida da criança. Há uma base de evidências crescente para dar suporte a intervenções comportamentais entre outras para abordar habilidades e sintomas específicos.

- CRIANÇAS DE 3 A 11 ANOS DE IDADE

O **Autism Behavior Checklist (ABC)** (Anexo IV) permite rastrear sintomas de autismo a partir dos três anos. Quando utilizada na triagem não há necessidade de ser repetida no diagnóstico.

- ADOLESCENTES (12 ANOS DE IDADE) E ADULTOS

O **Questionário de Avaliação de Autismo (Autism Screening Questionnaire – ASQ)** (Anexo V), originalmente *Social Communication Questionnaire* (SCQ) (Rutter et al., 2003), é um questionário auto-aplicável, devendo ser preenchido pelos pais ou responsáveis pelo paciente. Dividido em 40 questões que percorrem todo o desenvolvimento e hábitos de vida dos pacientes da infância até os dias atuais, engloba os três domínios básicos de prejuízo no TEA: sociabilidade, linguagem e comportamento. As respostas são de SIM ou NÃO, contando com pontuações totais para o status final do questionário. Trata-se de um questionário de *screening*, ou seja, de rastreamento, que orienta e auxilia na realização do diagnóstico.

5.3.3 Instrumentos para Avaliação Diagnóstica de TEA

Caberá a cada equipe responsável pela avaliação na atenção especializada, definir quais os instrumentos para o diagnóstico nosológico para a classificação diagnóstica e subsídios para o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Instrumentos de avaliação são úteis para a padronização da avaliação, assim como auxiliam a guiar a formulação do projeto terapêutico singular e o seu seguimento. Cada instrumento tem a sua especificidade e alguns são de uso restrito a algumas profissões, como o psicólogo e o fonoaudiólogo. Para conhecimento, seguem algumas delas.

Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada ou Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R): Entrevista diagnóstica semiestruturada, para ser aplicada no principal cuidador da criança com hipótese de TEA. Tem o objetivo de avaliar ao longo da vida de uma série de comportamentos relevantes para o diagnóstico diferencial de TEA, em indivíduos a partir dos 5 anos até o início da idade adulta e com idade mental a partir dos 2 anos de idade.

Escala de Avaliação do Autismo na Infância ou **Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Anexo VI)**: Escala com 15 itens que auxilia no diagnóstico e identificação de crianças com autismo, além de ser sensível na distinção entre o autismo e outros atrasos no desenvolvimento. A sua importância é baseada na capacidade de diferenciar o grau de comprometimento do autismo entre leve, moderado e severo.

Programa de Observação Diagnóstica do Autismo ou Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G): Avaliação semiestruturada da interação social, da comunicação, do brincar e do uso imaginativo de materiais para indivíduos suspeitos de terem algum transtorno do espectro do autismo. É destinada para avaliação de crianças entre 5 e 12 anos, que tenham uma competência na linguagem expressiva esperada em uma criança de 3 anos de idade.

Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Anexo VII): Avaliação de nível funcional, sem limite de idade.

5.3.4 Outros Instrumentos

Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) (Anexo VIII): é uma ferramenta on-line gratuita e frequentemente usada, desenvolvida para monitorar sintomas e comportamentos e avaliar a eficácia de vários tratamentos ao longo do tempo. Permite avaliar o efeito das intervenções, sendo recomendável sua aplicação antes e após a implementação do tratamento.

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) (Anexo IX): é uma ferramenta utilizada em saúde mental para avaliar o funcionamento geral de um indivíduo, em uma escala de 0 a 100. Pontuações mais altas indicam melhor funcionamento e ajuste social, enquanto pontuações mais baixas indicam maior comprometimento. É utilizada para avaliação de pacientes a partir dos 16 anos.

Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (*Children's Global Assessment Scale – C-GAS*) (Anexo X): Adaptada da Escala de Avaliação Global para adultos, é uma classificação do funcionamento geral de crianças e jovens de 4 a 16 anos. O clínico avalia uma série de aspectos do funcionamento psicológico e social e atribui à criança ou ao jovem uma pontuação única entre 1 e 100, com base em seu nível mais baixo de funcionamento. A pontuação os classifica em uma das dez categorias que variam de “necessita de supervisão constante” (1 a 10) a “funcionamento superior” (91 a 100).

5.4 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Além das escalas e instrumentos de avaliação, destaca-se a importância de avaliar a pessoa com deficiência por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com o objetivo de nortear o atendimento na reabilitação intelectual, em especial quanto ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que conduz o olhar biopsicossocial para a pessoa com deficiência.

Para mais informações, acesse: [Manual Prático para o uso da CIF](#)

5.5 Avaliação Multiprofissional

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146, de 2015, a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A avaliação da deficiência intelectual e dos transtornos do espectro do autismo, deve ser realizada por equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra ou neurologista e profissionais da área da reabilitação, com a finalidade diagnóstica e para a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013).

Os processos avaliativos devem ser fundamentados no modelo biopsicossocial permitindo identificar as necessidades de cada paciente. Tem como finalidade estabelecer o diagnóstico e de maneira complementar identificar potencialidades da pessoa com deficiência, de sua família e/ou atendentes pessoais (BRASIL, 2020).

O objetivo da avaliação não é apenas o estabelecimento do diagnóstico por si só, mas a identificação de potencialidades da pessoa e de sua família (BRASIL, 2014). A avaliação e observação do desenvolvimento global, quanto aos aspectos funcionais, motores, sensoriais, cognitivos, comunicacionais, de fala e expressividade, e de como todos estes sinais podem ser considerados em todos os aspectos da vida diária, potencializados ou atenuados no contexto do indivíduo, serve de base para a elaboração de um PTS, desenvolvido pela equipe multiprofissional e interdisciplinar junto à pessoa com deficiência intelectual e com transtorno do espectro do autismo, e com suas famílias.

6 PROJETO TERAPÊUTICO.. SINGULAR/COMPARTILHADO

6.1 Ferramenta de Acompanhamento Terapêutico

É importante destacar que a reabilitação é um processo com duração limitada, com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com DI/TEA tenha acesso a recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais favorecendo sua inserção e participação em contextos diversos (Brasil, 2015) considerando-se tanto o processo de avaliação como o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)/Compartilhado (Anexo XI)**.

O PTS/PTC desenvolve-se em quatro movimentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Estes movimentos não são sequenciais e pode haver necessidade de serem revistos ou repetidos. Ele delimita um conjunto de ações e condutas específico que valoriza a singularidade de cada indivíduo, que deve ser conduzido, acompanhado e avaliado com a participação do usuário (indivíduo, família ou grupo) e da(s) equipe(s) de saúde (RS, 2022; Brasil, 2015).

Para o desenvolvimento de habilidades e para a execução de atividades de vida independente, a equipe multiprofissional poderá desenvolver ações de estimulação precoce, orientações à família, orientações à escola, discussão dos casos em equipe, construção/ reavaliação do PTS, práticas terapêuticas, com objetivo de promover o desenvolvimento neuropsicomotor, habilidades de desempenho ocupacional, da linguagem, habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado. (BRASIL, 2020).

O PTS/PTC é uma forma de organizar o cuidado, é uma ferramenta dinâmica de acompanhamento terapêutico que prevê ações dentro e fora dos serviços, que deve ser revisto sistematicamente, levando em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação (com vistas à produção de autonomia) e garantia de direitos em relação às necessidades constantemente elencadas.

6.2 Instrumento de Cogestão na RCPD

O PTS/PTC é um plano de cuidados personalizado, modular, que não é fixo, e deve buscar o formato colaborativo entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Prevê a elaboração de objetivos específicos a serem trabalhados a curto, médio e longo prazo, reconhecendo as prioridades que o indivíduo/família elencam (o que para ele é mais importante e/ou viável) e o que do ponto de vista da(s) equipe(s) é mais urgente e/ou viável.

O processo terapêutico torna-se compartilhado, e pode ser iniciado na atenção primária, a partir da tomada de decisões e condutas iniciais sobre o caso. Pode ser estendido às ações terapêuticas definidas na atenção especializada e conduzido por uma equipe multidisciplinar que possa monitorar o caso em situações distintas:

- Atendimentos individuais

- Atendimentos à família
- Atividades livres e espaços em grupo

O atendimento articulado no PTS/PTC é uma tendência mundial e inovadora para operacionalizar o cuidado para melhorar a qualidade de vida da pessoa com DI/TEA e sua família (Golse,2012; Crespin,2012; Brasil, 2015).

Devem ser traçadas metas de atendimento bem definidas, por meio de técnicas, atividades e intervenções mais adequadas para cada usuário, considerando que nem todos os usuários necessitam ser atendidos por todos os profissionais da equipe, e que os atendimentos podem ser realizados individualmente, em grupo ou por meio de oficinas terapêuticas.

6.3 Desligamento e Alta

As reavaliações devem ser realizadas a cada 6 meses, pela equipe multidisciplinar, com o objetivo de observar os ganhos obtidos, pontos de estagnação e quais as novas necessidades para uma reorientação individualizada das intervenções.

Sugere-se que seja utilizada a escala Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC), [Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde \(CIF\)](#), bem como a reavaliação da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF), a Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (C-GAS) e a escala de seguimento (M-CHAT-R/F).

Consulte [instrumentos auxiliares.](#)

Na passagem para a adolescência, além da possibilidade do surgimento de crises convulsivas, pode acontecer piora das situações de agitação e agressividade ou, menos comumente, maior apatia e lentidão em crianças que eram mais inquietas.

O manejo das questões de sexualidade pode se apresentar como uma dificuldade associada. Em pequena parcela das pessoas com TEA há perda autolimitada, mas permanente, de habilidades de linguagem e declínio cognitivo no período da adolescência.

Casos de menor gravidade, devem ser mantidos em tratamento na Unidade de Atenção Primária à Saúde, com apoio da atenção especializada (equipes multiprofissionais ambulatoriais do CAPSi/CAPS), responsável pelo projeto terapêutico e a referência em saúde mental para o cuidado ao TEA e, quando necessário, o CAPSi/CAPS pode acionar outros pontos da rede, como serviços de referências específicas para atendimento ao TEA.

Casos de maior gravidade devem ser acompanhados pela equipe especializada do próprio CAPSi/CAPS e Atenção Especializada Ambulatorial.

Independente da complexidade do serviço em que o paciente esteja sendo atendido, o vínculo com a Atenção Primária à Saúde deve ser mantido (coordenadora do cuidado).

O projeto terapêutico singular 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.

7 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL DI/TEA

O Ministério da Saúde, a partir da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, em 2012, e com a edição do Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, determinou que o Serviço de Reabilitação Intelectual deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

Destacam-se que os serviços de reabilitação/ habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com transtornos do espectro do autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações que promovam o desenvolvimento de habilidades por meio de Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multiprofissionais das necessidades e capacidades funcionais de cada pessoa.

No Estado, os componentes da RCPD para avaliação e reabilitação das pessoas com DI e TEA são:

- Centros Especializados em Reabilitação;
- Serviços de Reabilitação Intelectual de modalidade única:
 - Serviço de reabilitação em Deficiência Intelectual e TEA (APAE, AMA e outros)
 - Núcleo de Atenção à criança e adolescente com Transtorno do Espectro do Autismo (NT nº 14/ 2024 – CGSPD/DAET/SAES/MS)

7.1 Caracterização dos Serviços Reabilitação Intelectual e TEA

7.1.1 Pré requisitos

Para se caracterizar um serviço de reabilitação intelectual e TEA de acordo com os instrutivos do Ministério da Saúde, o prestador deverá atender aos seguintes requisitos:

- O estabelecimento deverá estar cadastrado com o código de classificação 135-002 (Serviço de Reabilitação Intelectual), bem como manter o cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- Unidade ambulatorial, cadastrada no Sistema SIA-SUS. Lembrando que todos os atendimentos realizados pelos profissionais da equipe obrigatória e da complementar, deverão ser lançados junto ao SAI/SUS, gerando série histórica, e respeitando-se o limite financeiro contratual com o município gestor.
- Garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.
- Articular ações com a atenção primária à saúde, para capacitar e assistir as

- equipes, buscando identificar os casos a serem resolvidos na atenção básica, evitando encaminhamentos desnecessários a pontos de atenção especializados;
- Funcionar em dois turnos de quatro horas/dia, de segunda a sexta-feira, durante os 12 meses do ano, ininterruptamente;
 - Acesso regulado, guiado por protocolo de regulação através de critérios e classificação de risco de acordo com o Protocolo
 - Os atendimentos ofertados nos **Serviços de Reabilitação Intelectual e TEA de modalidade única**, ocorrerão de forma articulada e compartilhada com os outros pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, o plano terapêutico individualizado do paciente, elaborado por meio de equipe multiprofissional, o usuário e sua família, quando couber, com base na avaliação biopsicossocial.

7.1.2 Propostas Terapêuticas

Os serviços de reabilitação intelectual, sejam os de modalidade única e/ou CER que atuarão conforme os fluxos a serem estabelecidos em cada Região de Saúde, garantindo as seguintes propostas terapêuticas para o desenvolvimento de habilidades e de vida autônoma.

- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência;
- Intervenção precoce: oferta de estímulos de forma global, favorecendo o desenvolvimento da criança dentro do máximo do seu potencial, aproveitando o período de maior plasticidade do Sistema Nervoso Central;
- Orientar os cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação de ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;
- Reavaliar periodicamente, a cada 6 meses, o projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo;
- Contrarreferenciar o paciente para a regulação estadual ou municipal sempre que necessário e conforme a evolução do paciente guiando-se pelos critérios específicos de cada ponto da RAS e/ou RCPD;
- Alta ou transferência do paciente, compartilhando informações relevantes sobre o PTS desenvolvido, ganhos obtidos e demandas atuais
- Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos;
- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à

Pessoa com Deficiência (atenção primária, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;

- Participar e/ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisa na área de deficiência e outras inovações;
- Buscar articulação com serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com o objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.
- Registrar atendimento e fazer o devido lançamento da produção ambulatorial (SIA/SUS) realizados em cada atendimento.

7.1.3 Equipe multiprofissional

No SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL e TEA:

O Serviço de Reabilitação Intelectual, nos serviços de modalidade única, deverá contar, com os seguintes profissionais na equipe mínima:

- Médico psiquiatra ou médico neurologista; e
- Fisioterapeuta Geral ou Terapeuta ocupacional; e
- Fonoaudiólogo Geral
- Psicólogo clínico; e
- Assistência Social

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, outros profissionais que integram os serviços de reabilitação, quais sejam: enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, pedagogo, bem como outros profissionais de apoio.

É imprescindível que os dados da equipe mínima obrigatória e da equipe complementar estejam registrados no CNES e manter o cadastro atualizado.

O Serviço deverá contar com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha.

É recomendado que as equipes profissionais realizem educação permanente e cursos de atualização na área específica de atuação.

Nos CENTROS ESPECIALIZADOS em REABILITAÇÃO:

Nos Centros Especializados em Reabilitação, os critérios da equipe mínima nos serviços de atendimento de deficiência intelectual, são:

Tipologia	Modalidade	Equipe/Carga-horária
CER II	Auditiva/Intelectual	Fisioterapeuta – 30h Terapeuta Ocupacional – 60h Fonoaudiólogo – 160h Psicólogo – 120h Assistente Social – 40h Enfermeiro -20h Médico ORL -20h – Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 2*- 40h
CER II	Física/Intelectual	Fisioterapeuta – 120h Terapeuta Ocupacional – 60h Fonoaudiólogo – 80h
		Psicólogo – 120h Assistente Social – 40h Enfermeiro -20h Médico ortopedista – 20h / Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 2*- 40h
CER II	Intelectual/Visual	Fisioterapeuta – 30h Terapeuta Ocupacional – 60h Fonoaudiólogo – 80h Psicólogo – 120h Pedagogo - 40h Assistente Social – 40h Enfermeiro -20h Médico oftalmo -20h Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 1*- 40h Eletivo grupo 2*- 40h

CER III	Auditiva/Física/Intelectual	Fisioterapeuta – 120h Terapeuta Ocupacional – 60h Fonoaudiólogo – 160h Psicólogo – 160h Assistente Social – 80h Enfermeiro -40h Médico ORL -20h Médico ortopedista; 20h / Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 1*- 80h Eletivo grupo 2*- 40h
CER III	Auditiva/Intelectual/Visual	Fisioterapeuta – 60h Terapeuta Ocupacional – 60h Fonoaudiólogo – 160h Psicólogo – 160h Pedagogo -40h Assistente Social – 80h Enfermeiro -40h Médico ORL -20h Médico oftalmo 20h / Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h
		Eletivo grupo 1*- 80h Eletivo grupo 2*- 40h
CER III	Física/Intelectual/Visual	Fisioterapeuta – 120h Terapeuta Ocupacional – 120h Fonoaudiólogo – 120h Psicólogo – 160h Pedagogo -40h Assistente Social – 80h Enfermeiro -40h Médico oftalmo 20h; médico ortopedista 20h; Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 1*- 40h Eletivo grupo 2*- 40h

CER IV	Auditiva/Física/Intelectual/ Visual	Fisioterapeuta – 240h Terapeuta Ocupacional – 120h Fonoaudiólogo – 240h Psicólogo – 240h Pedagogo -40h Assistente Social – 120h Enfermeiro -40h Médico oftalmo 20h; médico ORL 20h; ortopedista 20h; Médico Neuro ou Psiquiatra - 20h Responsável Técnico -40h Eletivo grupo 1*- 80h Eletivo grupo 2*- 80h
--------	--	--

8. ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO

O acesso ao usuário para atendimento nos serviços de atendimento de pessoas com DI/TEA, perpassa pelos diferentes níveis de atenção e competências administrativas. Caberá a cada esfera administrativa exercer suas atividades conforme a seguir especificadas e de acordo com o fluxo descrito no Capítulo 10.

8.1 Atenção Primária à Saúde

São atribuições e competências da Atenção Primária à Saúde (APS):

- I. Prestar atendimento integral para as pessoas com DI/TEA e compartilhar o cuidado, nos casos de necessidade de reabilitação, para os serviços que compõem a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência;
- II. Realizar acompanhamento dos marcos do desenvolvimento, registrando-os na Caderneta de Saúde da Criança;
- III. Realizar triagem de acordo com a faixa etária para estabelecimento de indicadores de risco para a DI/TEA;
- IV. Identificar o local para encaminhar o usuário com suspeita de DI/TEA para avaliação conforme pactuado na macrorregião;
- V. Preencher o **protocolo de encaminhamento (Anexo XII)** com as informações necessárias e endereçar para a SMS para solicitar o agendamento no SISREG.
- VI. Receber o usuário com DI/TEA encaminhado da referência, para ordenar novas ações e articulações com os outros pontos da rede conforme cada caso.

Todo o contato com a criança deve ser visto como um momento interventivo, de avaliação e acompanhamento de seu desenvolvimento.

As medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, já na atenção primária, uma vez que a INTERVENÇÃO PRECOCE e oportuna oferece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica na Atenção Especializada

Recomenda-se que formalmente toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Sugere-se que o agendamento seja realizado no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade.

8.2 Secretaria Municipal de Saúde

São atribuições e competências da Secretaria Municipal de Saúde:

- I. Configurar a agenda no SISREG para a regulação do 1º atendimento/avaliação;
- II. Receber o protocolo de encaminhamento para o Serviço de DI/TEA;
- III. Inserir o processo no Sistema de Regulação (SISREG) com as informações prestadas pela APS;
- IV. Comunicar ao usuário do seu agendamento no Serviço, que deverá retirar seu protocolo de agendamento.
- V. Realizar o processamento dos códigos SIGTAP recebidos dos serviços de gestão municipal, buscando solucionar inconsistências, corrigindo possíveis erros, para posterior encontro de contas;
- IV. Realizar o matriciamento como uma ferramenta de articulação intersetorial entre a atenção especializada e a atenção primária.

8.3 Serviço de Regulação

São atribuições e competências da Regulação:

- I. Regular os processos no SISREG conforme Protocolo de Classificação de Risco;
- II. Agendar o usuário para consulta de reabilitação nos serviços de referência conforme pactuado;

8.4 Serviços de Reabilitação Intelectual de Modalidade Única, Centros Especializados em Reabilitação, outros serviços

São atribuições e competências dos Serviços de Reabilitação:

- I. Reabilitar o usuário com DI/TEA agendado por meio do SISREG;
- II. Realizar o PTS;
- III. Atender o usuário de forma integral, com todas as ações realizadas, registradas pelos profissionais no prontuário único do paciente;
- IV. Cumprir o Termo de compromisso e garantia de acesso e as cotas, respeitando o limite financeiro contratual.
- V. Cumprir as normas técnicas e operacionais do serviço, preconizadas na Linha de Cuidado e nas normas vigentes.
- VI. Apresentar mensalmente o BPAI, para SMS, em meio magnético e impresso, para possibilitar o processamento e posterior pagamento da produção.

VII. Agendar os retornos do usuário, com agendas configuradas como vaga “interna” no sistema SISREG ou por meio de outro sistema de informação, para que a unidade prestadora do serviço garanta o retorno do paciente conforme descrito no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente.

VIII. Encaminhar o paciente para a contrarreferência após a alta;

IX. Capacitar os profissionais da APS;

X. Cumprir os protocolos estabelecidos pelo SUS.

8.5 Grupos Condutores da RCPD

São algumas das atribuições e competências dos Grupos condutores da RCPD, na área de DI/TEA:

I. Conhecer detalhadamente o diagnóstico dos componentes e serviços da RCPD da sua Macrorregião, mantendo o PAR (Plano de Ações Regionais) atualizado;

II. Assessorar a implementação de serviços na Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência nos municípios das Macrorregiões de Santa Catarina para ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com DI/TEA, conforme o Plano de Ação Regional;

III. Monitorar e (re)avaliar o processo de articulação e efetividade da RCPD, de acordo com os representantes do próprio Grupo Conductor, a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS, bem como o estudo territorial da Macrorregião;

IV. Articular os fluxos da assistência em saúde da pessoa com DI/TEA entre os municípios;

V. Articular as ações entre a saúde, educação e assistência social, outros serviços e redes.

8.6 Secretaria de Estado da Saúde (SES)

São atribuições e competências da Secretaria de Estado da Saúde:

I. Acompanhar o cumprimento das cotas e produção das unidades;

II. Acompanhar as ações realizadas através do Grupo Conductor da RCPD bem como demais estruturas da rede regional ;

III. Estabelecer critérios, fluxos e novas habilitações de unidades, conforme Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

IV. Promover capacitações da Linha de Cuidado para os profissionais dos serviços da RCPD.

9. PRODUÇÃO AMBULATORIAL

Cada serviço deverá verificar a necessidade ou não de habilitação específica para utilização dos códigos a serem registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A produção de dados coopera, entre outras coisas, para o fortalecimento das ações das Políticas Públicas do SUS. Reflete também os cuidados prestados em cada estabelecimento e apoia os ajustes na ficha de programação orçamentária (FPO). Recomenda-se consultar a Nota Informática N°1/2025 e a Nota técnica N°3/2025 ambas da CGSPD/DAET/SAES/MS.

Os códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos. Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SIGTAP) estão disponíveis para utilizar na produção dos serviços de modalidade única, Centros Especializados em Reabilitação e outros serviços pactuados junto ao Grupo Condutor da RCPD, que atuem na Atenção à Pessoa com DI/TEA, por exemplo os novos serviços que aguardam a publicação de portaria para iniciar atividades.

A seguir estão descritos os códigos de referência que também estão disponíveis através do link (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>).

Quadro 12: Procedimentos da tabela SIGTAP disponíveis para utilização nos serviços de DI/TEA.

Código SIGTAP	Nome Procedimento	Valor
03.01.07.007-5	Atendimento / acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	R\$17,67
03.01.07.002-4	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	R\$ 17,67
03.01.07.004-0	Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação	R\$ 17,67
03.01.07.005-9	Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	R\$ 17,67
03.01.07.006-7	Atendimento / acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	R\$ 7,71
03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)	R\$ 6,66
03.01.07.009-1	Atendimento em oficina terapêutica II em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica II)	R\$ 25,24
03.01.07.011-3	Terapia fonoaudiológica individual	R\$ 10,90

03.01.04.003-6	Terapia em grupo	R\$ 6,15
03.01.04.004-4	Terapia individual	R\$ 2,81
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	R\$ 6,30
03.01.01.031-5	Teleconsulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	R\$ 10,00
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo	R\$ 6,35
03.01.07.029-6	Estimulação precoce relacionada ao neurodesenvolvimento na atenção especializada	R\$ 0,00
03.01.07.030-0	Atendimento de familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência nos serviços de reabilitação da atenção especializada	R\$ 0,00
03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)	R\$ 6,66
03.01.07.027-0	Matriciamento de equipes dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência	R\$ 0,00
03.01.07.028-8	Alta por objetivos terapêuticos alcançados da reabilitação na atenção especializada	R\$ 0,00
03.01.07.026-1	Teleatendimento/telemonitoramento em reabilitação intelectual	R\$ 0,00
03.01.08.016-0	Atendimento em psicoterapia de grupo	R\$ 5,59
01.01.01.002-8	Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada	R\$2,70
01.01.04.002-4	Avaliação antropométrica	R\$0,00
02.11.07.006-8	Avaliação de linguagem escrita/leitura	R\$4,11
02.11.07.007-6	Avaliação de linguagem oral	R\$4,11
02.11.07.008-4	Avaliação Miofuncional de sistema estomatognático	R\$4,11
02.11.07.011-4	Avaliação vocal	R\$4,11
02.11.07.017-3	Exame de organização perceptiva	R\$4,11
02.11.07.018-1	Exame neuropsicomotor evolutivo	R\$4,11
02.11.10.001-3	Aplicação de teste p/ psicodiagnóstico	R\$2,74
03.09.05.001-4	Sessão de acupuntura aplicação de ventosas/moxa	R\$ 3,67
03.09.05.002-2	Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	R\$4,13
03.09.05.004-9	Sessão de auroculoterapia	R\$ 0,00
03.09.05.005-7	Sessão de massoterapia	R\$ 0,00

03.09.05.007-3	Tratamento naturopático	R\$ 0,00
03.09.05.008-1	Tratamento osteopático	R\$ 0,00
03.09.05.009-0	Tratamento quiroprático	R\$ 0,00
03.09.05.011-1	Sessão de apiterapia	R\$ 0,00
03.09.05.012-0	Sessão de aromaterapia	R\$ 0,00
03.09.05.013-8	Sessão de cromoterapia	R\$ 0,00
03.09.05.016-2	Sessão de imposição de mãos	R\$ 0,00
03.09.05.018-9	Sessão de terapia de florais	R\$ 0,00
03.09.05.019-7	Tratamento homeopático	R\$ 0,00
03.09.05.020-0	Tratamento fitoterápico	R\$ 0,00
03.09.05.021-9	Tratamento antroposófico	R\$ 0,00
03.09.05.022-7	Tratamento Ayurvédico	R\$ 0,00
03.09.05.023-5	Tratamento em medicina tradicional chinesa	R\$ 0,00
03.09.05.014-6	Sessão de geoterapia	R\$ 0,00
03.09.05.015-4	Sessão de hipnoterapia	R\$ 0,00
03.09.05.006-5	Tratamento termal/crenoterápico	R\$ 0,00

Os códigos 03.09.05 (03 - procedimentos clínicos, 09 - terapias especializadas e 05 práticas integrativas e complementares em saúde - PICS) podem ser implementados como iniciativas de trabalho especializado através de oficinas terapêuticas.

As práticas integrativas e complementares foram incluídas como possibilidade terapêutica, além das terapias de apoio convencionais, para indivíduos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor ou déficit intelectual. Estão indicadas a todos os indivíduos com déficit intelectual, no sentido de promover melhor qualidade de vida, minimizando dificuldades adaptativas, atuando nos eventuais transtornos de comportamento associados, potencializando seu desenvolvimento e autonomia, considerando suas limitações e respeitando sua individualidade (Brasil, 2020).

Em algumas unidades de atenção primária há equipes multiprofissionais (emulti) e/ou de atenção, promoção e prevenção à saúde (eAPPS - Deliberação 452/ CIB/ 2024) que poderão ser acionadas para atendimento de usuários e/ ou para orientação em relação a essas práticas em saúde (PNPICS, 2006).

10. FLUXO DOS SERVIÇOS

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para os serviços de atendimento às pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Os usuários com suspeita de DI/TEA encaminhados pela escola ou por outros profissionais de saúde deverão passar em consulta na APS para início dos atendimentos.

O usuário com suspeita de DI/TEA após a realização da triagem na consulta médica de puericultura ou na saúde da família será encaminhado para avaliação no serviço de referência, e deverá preencher o protocolo de encaminhamento para os serviços habilitados da RCPD da sua Região de Saúde (**Anexo XII**).

Todo o encaminhamento para avaliação será inserido na agenda de avaliação do SISREG e será regulado conforme o Protocolo de acesso para a classificação de risco, na Secretaria de Saúde gestora do serviço e agendas disponíveis (pactuado pelo GC).

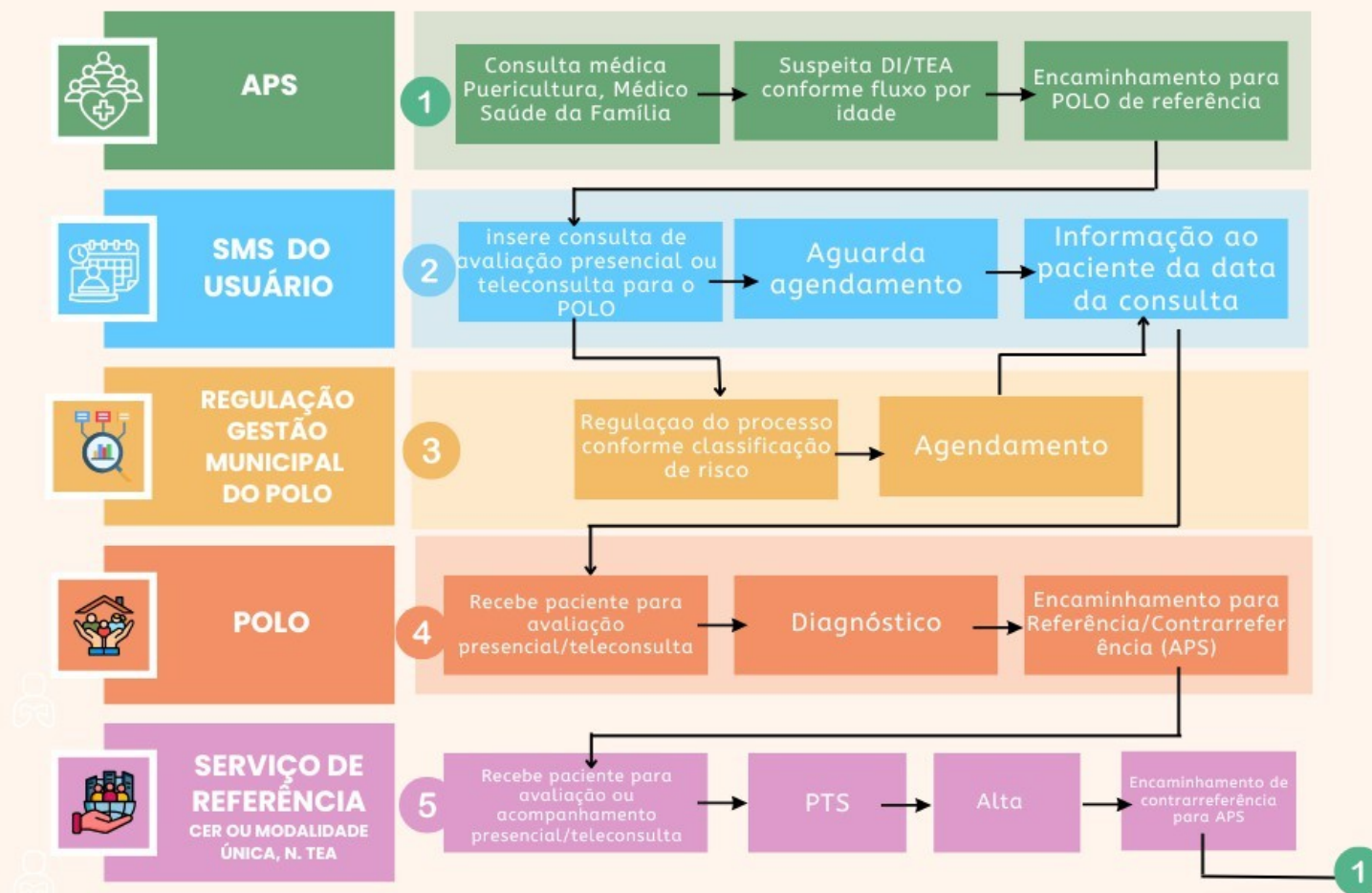
A APS será a ordenadora da RCPD e deverá encaminhar para a referência de atendimento, de acordo com a necessidade do paciente, para algum dos serviços de Reabilitação pré definidos.

No caso de o usuário não necessitar de atendimento especializado, a Atenção Primária em Saúde fará o seguimento desse usuário conforme preconizado.

O fluxo da avaliação do usuário com diagnóstico ou suspeita de DI/TEA está demonstrado na Figura a seguir.

FLUXO SERVIÇOS

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO



Obs. O Polo/ Serviço de referência, refere-se a qualquer ponto da rede regional, conforme definido e pactuado com o Grupo Condutor/CIR.

10.1 Fluxo de Triagem da APS – zero a 3 anos e 11 meses

Ao realizar a consulta de acompanhamento do desenvolvimento na APS, no caso das crianças de zero a 3 anos e 11 meses de idade, o médico deverá verificar e registrar a avaliação do desenvolvimento integral da criança, na caderneta de saúde (MS/2024), identificando se o desenvolvimento é normal, ou se há provável atraso ou já um alerta para o desenvolvimento. No quadro 13, segue um orientador para classificação de risco e quais as condutas que devem ser tomadas.

Quadro 13: Avaliação para identificação de risco para atraso do desenvolvimento.

	Dados da avaliação	Classificação	Conduta
	<p>Perímetro cefálico < -2 escores z ou > +2 escores z, ou</p> <p>presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*, ou</p> <p>ausência de 1 ou mais marcos 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)</p>	PROVÁVEL ATRASSO NO DESENVOLVIMENTO	Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento
	<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos) ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou mais fatores de risco</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<p>Orientar o cuidador da criança sobre a estimulação;</p> <p>Marcar retorno em 30 dias;</p> <p>Informar cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</p>
	Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes.	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<p>Elogiar o cuidador;</p> <p>Orientar o mãe/cuidador para que continue estimulando a criança;</p> <p>Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde;</p> <p>Informar o mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.</p>

*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. Fonte: Adaptado de Caderneta da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Além deste primeiro instrumento de avaliação e, considerando a Lei Nº 13.438 de 2017, é obrigatório que todas as crianças nos seus primeiros dezoito meses de vida sejam avaliadas por meio do protocolo de rastreio com a finalidade de facilitar a detecção em consulta pediátrica de acompanhamento da criança de risco para o seu desenvolvimento psíquico. É recomendado e indicado que seja aplicado o protocolo M-Chat-R aos 18 e 30 meses.

Crianças que apresentem atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), devem ser atendidas, orientadas e monitoradas pelos profissionais da APS.

Nos casos que se identifica a suspeita de DI/TEA e/ou atraso global do desenvolvimento (AGO), com fatores de risco para deficiência intelectual e TEA, duas ações são importantes:

A consulta de puericultura deverá ser antecipada para os 16 meses de idade da criança e deverá ser aplicado o M-Chat-R;

Essa criança deve ser atendida para estimulação precoce, em tempo oportuno e mesmo sem diagnóstico fechado.

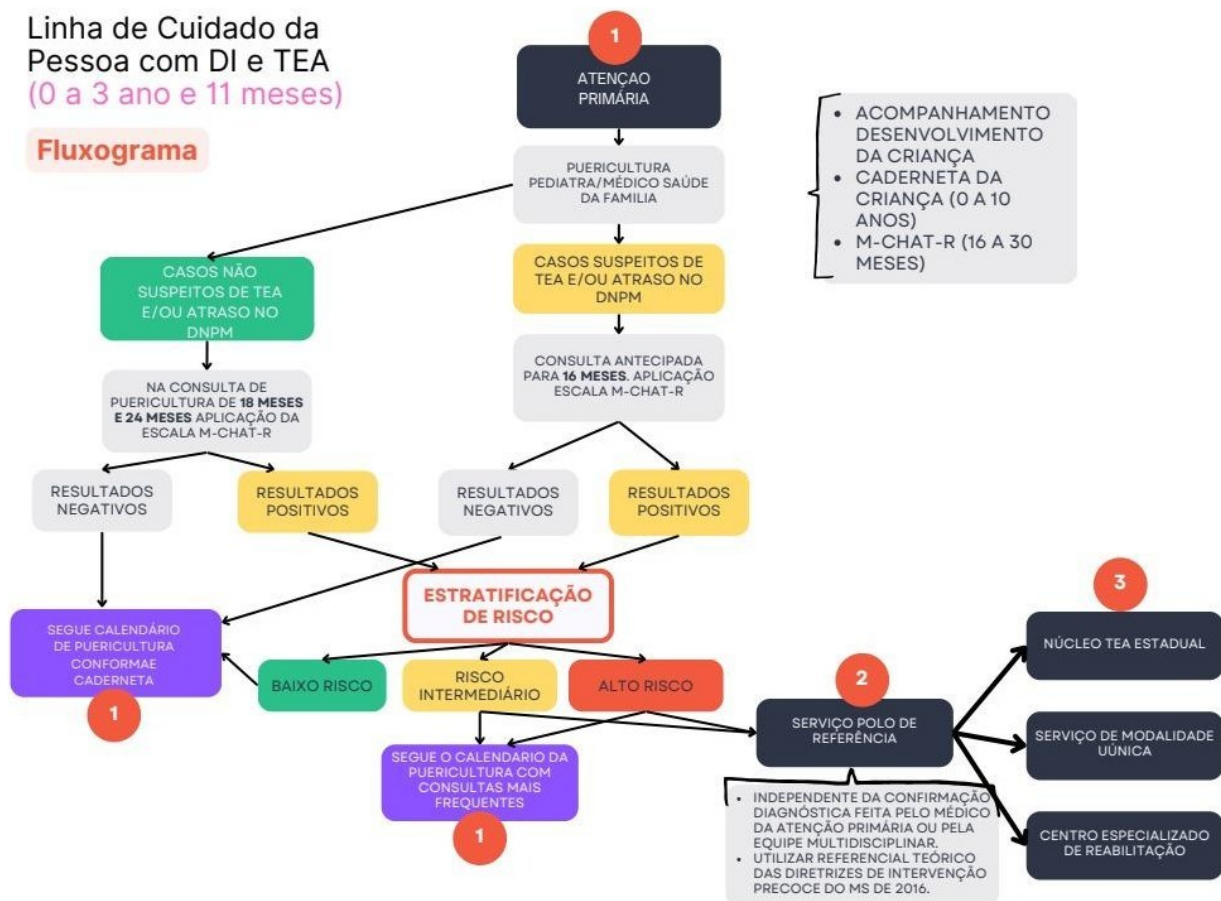
A partir da aplicação do M-Chat-R, no caso de resultados negativos, o médico deverá fazer a estratificação de risco, conforme a orientação para tomada de decisão.

- Resultados negativos: mantém consulta na puericultura;
- No caso de resultados positivos na aplicação do M-Chat-R, o médico deverá fazer a estratificação de risco, conforme a orientação para tomada de decisão, descrita a seguir:
- Resultados positivos com baixo risco: mantém consulta na puericultura;
- Resultados positivos com risco intermediário: consultas mais frequentes na puericultura, podendo ser antecipada a aplicação do M-Chat-R aos 16 meses. E encaminha para ações de estimulação precoce;
- Resultados positivos com alto risco: prioridade quanto as ações de estimulação precoce, encaminhamento para a referência conforme pactuação pré definida.

No fluxograma a seguir estão descritas as etapas no caso de suspeita de DI/TEA, a partir da consulta de puericultura.

Linha de Cuidado da Pessoa com DI e TEA (0 a 3 ano e 11 meses)

Fluxograma



10.2 Fluxo de Triagem da APS – acima de 4 anos de idade

Ao realizar a consulta de acompanhamento do desenvolvimento na APS, no caso das crianças de maiores de 4 anos, o médico deverá verificar e registrar a avaliação do desenvolvimento integral da criança, na caderneta de saúde (MS/2024), identificando se o desenvolvimento está adequado, se há provável atraso ou é um alerta para o desenvolvimento, conforme descritos no Quadro 13.

Ressalta-se que o tratamento oportuno com estimulação precoce deve ser preconizado em qualquer caso de suspeita de DI/TEA ou desenvolvimento atípico da criança, independentemente de confirmação diagnóstica. A identificação de atrasos no desenvolvimento, a tomada de decisão pelo encaminhamento e ações para intervenções comportamentais e apoio educacional na idade mais precoce possível, pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral.

11. IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E OUTROS DESDOBRAMENTOS -Recomendações do Ministério da Saúde

O diagnóstico de TEA é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos. Instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil são sensíveis para detecção de alterações sugestivas de TEA, devendo ser devidamente aplicados durante as consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde. O relato/queixa da família acerca de alterações no desenvolvimento ou comportamento da criança tem correlação positiva com confirmação diagnóstica posterior, por isso, valorizar o relato/queixa da família é fundamental durante o atendimento da criança.

Ressalta-se ainda que a linha de cuidado tem seu início a partir do primeiro contato da família ou da pessoa com TEA, independentemente do ponto de atenção, que deve ser organizada de acordo com os contextos municipais e/ou regionais, contando com uma diversidade de pontos de atenção articulados a partir das necessidades das pessoas e de suas famílias.

As definições de estratégias para as ações dentro da Rede, deve incluir uma diversidade de caminhos para o alcance da atenção qualificada, visando a garantia da produção do cuidado continuado, comunitário/territorial, incluindo a atenção primária e o acesso à complexa densidade tecnológica. Ao mesmo tempo, precisa haver a efetiva garantia de direitos das pessoas com TEA e de seus familiares. Exige, necessariamente, o desenvolvimento do trabalho em rede intersetorial, assim como a interação com os sistemas de garantia de direitos.

A articulação entre os componentes e seus pontos de atenção é central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários.

Manifestações agudas, por exemplo, podem ocorrer e, frequentemente, o que conseguimos observar são sintomas de agitação e/ou agressividade, podendo haver auto ou heteroagressividade. Nesse sentido, a transição de cuidado entre as redes temáticas poderá ocorrer, compartilhando a assistência desse usuário em relação ao seu tratamento e condutas definidas a cada etapa.

Estas manifestações ocorrem por diversos motivos, sendo fundamental buscar compreender e agir, dentre os procedimentos possíveis temos: estratégias comportamentais de modificação do comportamento, uso de comunicação suplementar e/ou alternativa como apoio para compreensão/ expressão, estratégias sensoriais, e procedimentos mais invasivos, como é o caso das medicações e, em algumas situações, intervenções em unidades de urgência/ emergência ou mesmo SAMU.

Lembrando que, uma linha de cuidado, no contexto da saúde, é um itinerário ou fluxo de atenção ao paciente, que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, direcionadas a uma condição de saúde específica. Este fluxo visa garantir um cuidado coordenado e integral ao paciente, desde a atenção primária até os serviços

especializados, sempre que necessário. Ela não se encerra neste documento, ela se constrói na ação, nos acertos e nos erros, em constante movimento e construção. Neste momento, seguindo as normativas do Ministério da Saúde vigentes, até a finalização desta proposta, sujeito à alterações, adequações atualização em qualquer tempo.

Esta Linha de Cuidado será implementada a partir das discussões e de dados da realidade de cada Região de Saúde em consonância com os Grupos Condutores da RCPD (Macrorregião), compreendendo quais as demandas mais importantes, considerando serviços vigentes, organizando novas agendas, seguindo protocolos de acesso atualizados, e ainda, acomodando por faixa etária ou por nível de suporte, ou ainda por outro critério a ser definido, o fluxo da rede daquele território. Após esse mapeamento e reestruturação dessa rede, é que serão definidos os serviços referências para a estimulação precoce e atendimento de usuários com mais de quatro anos de idade, o que poderá incluir adolescentes, adultos e idosos, conforme cada realidade encontrada.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal. Brasília, 2012a.
2. BRASIL. Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), 2013.
3. BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília, 2014.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
4. BRASIL. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156p. ISBN 978-85-334-2108-0
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília 2016.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação De Gestão De Protocolos Clínicos E Diretrizes Terapêuticas – PCDT/CGGTS/ DGITIS/SCTIE/MS .Protocolo para Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual. Relatório de Recomendação nº 572, Brasília - DF, out. 2020.
7. BRASIL. Protocolo do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.2022
https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220425_pcdt_comportamento_agressivo_no_tea_final.pdf
8. BRASIL. Caderneta da criança menina 6a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_6ed.pdf
9. BRASIL. Caderneta da criança menino 6a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_6ed.pdf
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Criança. <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em 13 de janeiro de 2025.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/transtorno-do-espectro-autista-entenda-os-sinais>. Acesso em 10 de abril de 2025.
12. BRASIL. Protocolo do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.
https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220425_pcdt_comportamento_agressivo_no_tea_final.pdf
13. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF). Alimentação na Educação Infantil: mais que cuidar, educar, brincar e interagir. Observatório da Alimentação Escolar. Padovani, Aline R. (entrevista) 2021, p. 14-24. Disponível em:
<https://alimentacaoescolar.org.br/acervo/alimentacao-na-educacao-infantil-mais-que-cuidar-educar-brincar-e-interagir/>

14. PARANÁ. Avaliação e atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Linha de cuidado à saúde da pessoa com deficiência. Secretaria da Saúde do Paraná: 2023.
https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-02/1a_edicao.pdf. Acesso em 09 de janeiro de 2025.
15. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022. Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica
16. SANTA CATARINA. Protocolo Clínico e Protocolo Clínico e Clínico e de Acolhimento: Espectro Autista (Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento). Florianópolis: Santa Catarina/RAPS
17. SANTA CATARINA. Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2016. ISBN 978-85-62522-13-0
18. SÃO PAULO. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2014.
19. SÃO PAULO. Linha de Cuidado da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo – TEA. São Paulo: 2022.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/LINHA_DE_CUIDADO_TEA_FINAL.pdf. Acesso em 27 de janeiro de 2025.
20. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Diretrizes da Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos (CFFa, 2022) <https://fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Diretrizes-A-Atuacao-Fonoaudiologica-Nos-Disturbios-Alimentares-Pediatricos.pdf>. Acesso em 25 de março de 2025.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas: 1993.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). Transtorno do espectro autista. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>. Acesso em 24 de fevereiro de 2025.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Doenças - 11ª Revisão. <https://icd.who.int/pt/>. Acesso em 25 de fevereiro de 2025.
24. Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Austimo. [Internet]. Estados Unidos. [acesso em 10 Jan 2022]. Disponível em :<https://www.cdc.gov/>. 25 de março de 2020.
25. Costa, V. R. F. e cols. As estratégias de intervenção fonoaudiológica em crianças com seletividade alimentar: uma revisão integrativa da literatura . Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v.17, n.4, p. 01-17, 2024 DOI: 10.55905/revconv.17n.4-222
26. Diniz, P. B, et Al. Escala Brasileira de alimentação Infantil (Diniz et al, 2021) . Rev. paul. Pediatr. 39•2021. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019377>
27. Diniz, P. B. Recusar alimentar na infância – o que a fonoaudiologia tem a dizer e a contribuir. In: Levy DS, Almeida ST. Disfagia infantil. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018. p. 85-96.
28. Gama, Brito B. T.; LOBO, Monteiro; SILVA, Trindade da; SILVA, Montenegro. 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.
29. Goday, P.S.; Huh, S.Y.; Silverman, A.; Lukens, C.T.; Dodrill, P.; Cohen, S.S.; Delaney, A.L.; Feuling, M.B.; Noel, R.J.; Gisel, E.; Kenzer, A.; Kessler, D.B.; Kraus, De Camargo O; Browne, J.; Phalen, J.A. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2019 Jan;68(1):124-129. doi: 10.1097/MPG.0000000000002188. PMID: 30358739; PMCID: PMC6314510.

30. Hirota, T., So, R., Kim, Y. S., Leventhal, B., & Epstein, R. A. (2018). A systematic review of screening tools in non-young children and adults for autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 80, 1–12.
31. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, Loth E, McAlonan GM, McCracken JT, Parr JR, Povey C, Santosh P, Wallace S, Simonoff E, Murphy DG. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2018 Jan;32(1):3-29. doi: 10.1177/0269881117741766.
32. Junqueira P. Relações cognitivas com o alimento na infância: abordagem ampliada e integrada. São Paulo: ILSI Brasil-International Life Sciences Institute do Brasil; 2017. 35 p.
33. Lázaro, C. P. , siqueira, G. M. e Pondé, M. P. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 68 (4) •Oct Dec 2019 <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000246>
34. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.
35. Martins, Poliana Cardoso. Autismo [livro eletrônico] : seletividade alimentar no contexto escolar. -- Vitória da Conquista, BA, 2024. Disponível em: <https://alimentacaoescolar.org.br/acervo/autismo-seletividade-alimentar-no-contexto-escolar/>. Acesso em 27 de março de 2025.
36. Mello, E. D. e Maximino, P. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning. Guia Prático de Atualização . Departamento Científico de Nutrologia. Sociedade Brasileira de pediatria.Nº 3, maio de 2017.
37. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical Guideline. (CG128) www.nice.org.uk/guidance/cg128
38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Clinical Guideline. (CG170) www.nice.org.uk/guidance/cg170
39. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. Clinical Guideline <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909>
40. Rosen, N.E., Lord, C. & Volkmar, F.R. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *J Autism Dev Disord* 51, 4253–4270 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
41. Scott, FJ, Baron-Cohen, S., Bolton, P., & Brayne, C. (2002). O CAST (Teste de Síndrome de Asperger na Infância): Desenvolvimento preliminar de uma triagem no Reino Unido para crianças em idade escolar primária. *Autismo*, 6(1), 9-31. <https://doi.org/10.1177/1362361302006001003>.
42. Silva, L. M. A. , Augusto, A. L. P. e Souza, T. S. N . Comportamento alimentar de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* (2317-8582). Canoas, v.12, n.1, 2024 (1-14). Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/10512 / <https://doi.org/10.18316/sdh.v12i1.10512>
43. Silva, M. G. e Pereira, L. R. Conhecimento dos pais sobre os impactos do consumo alimentar no Transtorno do Espectro Autista (TEA). *RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. São Paulo, SP-ISSN 2357-7894 (online).
44. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.Triagem precoce para Autismo / Transtorno do Espectro Autista. Porto Alegre: SBP, 2017
45. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Transtorno do Espectro do Autismo. Porto Alegre: SBP, 2019.
46. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA INFANTIL. Proposta de Padronização Para o Diagnóstico, Investigação e Tratamento do Transtorno do Espectro Autista. São Paulo: SBNi, 2021.

47. SOUZA, Renata Ferreira; NUNES, Débora Regina de Paula. Transtornos do processamento sensorial no autismo: algumas considerações. *Revista Educação Especial*, v. 32, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial>> .
48. US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Wetlauf et al, 2014).
49. Weffort , V. R. S. e cols. Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos – 2021. / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. São Paulo: SBP, 2021.
50. Wetherby AM, Brosnan_Maddox S, Peace V, et al. Validation of the infant-toddler checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*. 2008; 12: 487-511.
51. Williams, J., Scott, F., Stott, C., Allison, C., Bolton, P., Baron-Cohen, S., & Brayne, C. (2005). CAST (Teste de Síndrome de Asperger na Infância): Precisão do teste. *Autismo*, 9(1), 45-68. <https://doi.org/10.1177/1362361305049029>. Acesso em 26 de março de 2025.
52. Williams, J., Allison, C., Scott, F., Stott, C., Bolton, P., Baron-Cohen, S., & Brayne, C. (2006). Teste da Síndrome de Asperger na Infância (CAST): confiabilidade teste-reteste. *Autismo*, 10(4), 415-427. <https://doi.org/10.1177/1362361306066612>
53. Williams, JG, Allison, C., Scott, FJ, Bolton, PF, Baron-Cohen, S., Matthews, FE, & Brayne, C. (2008). Teste do Espectro Autista Infantil (CAST): Diferenças entre os sexos. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1731-1739. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0558-6>

ANEXO I: Acompanhando e Monitoramento dos Marcos do Desenvolvimento

ANEXO II: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

ANEXO III – Escalas M-CHAT-R e M-CHAT-R/F

ANEXO IV: Escala ABC

ANEXO V: Questionário de Avaliação do Autismo (ASQ)

ANEXO VI: Escala CARS

ANEXO VII: Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland

ANEXO VIII: Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

ANEXO IX: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

ANEXO X: Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (04 a 16 anos) – C-GAS

ANEXO XI: Projeto Terapêutico Singular/Compartilhado

ANEXO XII: Protocolo de Encaminhamento

ANEXO I – ACOMPANHANDO E MONITORANDO OS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

Para acessar a caderneta de Saúde da Criança (menino/menina) ou digital , acesse: Caderneta de Saúde da Criança

Vigilância do Desenvolvimento

Infantil Profissional de saúde, identifique:

1. Riscos ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.
2. Presença de infecções durante o período gestacional (STORCH + Zika).
3. Pré-natal não realizado ou incompleto.
4. Problemas na gestação, no parto ou no nascimento.
5. Prematuridade (<37 semanas).
6. Peso abaixo de 2.500 gramas.
7. Icterícia grave.
8. Hospitalização no período neonatal.
9. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
10. Parentesco entre os pais.

■ Reveja também alguns dados do exame físico da criança como perímetro cefálico menor do que -2 escores Z ou maior do que +2 escores Z.

■ Verifique a presença de alterações fenotípicas mais frequentes, como:

- fenda palpebral oblíqua;
- olhos afastados;
- implantação baixa de orelhas;
- fissura labiopalatina;
- pescoço curto e/ou largo;
- prega palmar única;
- quinto dedo da mão curto e recurvado.

■ Observe o comportamento da criança.

■ Procure ajuda dos responsáveis pela criança no reconhecimento das habilidades e no preenchimento dos Marcos de Desenvolvimento que constam nesta Caderneta.

■ Só considere a informação dos cuidadores nos itens que estão assinalados. **ATENÇÃO!** Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da sua criança. Valorize esta informação.

ATENÇÃO!

Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da sua criança. Valorize esta informação

Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento

■ Localize a faixa etária da criança nas colunas da idade em meses.

ATENÇÃO!

Caso a criança tenha nascido prematura, é preciso corrigir a sua idade, diminuindo da idade atual o tempo que faltou para completar 40 semanas ou 9 meses de gestação (pág. 88).

- Localize as quatro linhas coloridas da mesma cor correspondentes aos marcos do desenvolvimento da faixa etária entre as pág. 81 e 85.
- Verifique a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades.
- Preencha os espaços correspondentes segundo a legenda a seguir.

P = marco presente
A = marco ausente
NV = marco não verificado

- Ao final da faixa etária, a criança deve ter atingido todos os marcos previstos.

Caso ainda não tenha alcançado algum marco da faixa etária dela:

- Vá para a faixa etária anterior.
- Verifique se a criança cumpre os marcos da faixa anterior.
- Após esta etapa, consulte o Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança, que se encontra na página 80.
- Classifique o desenvolvimento da criança e adote a conduta adequada.

IMPORTANTE!

Siga a conduta do instrumento, sempre dando aos acompanhantes as orientações quanto à estimulação da sua criança de acordo com sua faixa etária (pág. 37 a 52).

- Na consulta de retorno, refaça a classificação e siga também as orientações do instrumento.
- Ao concluir a tomada de decisão, o profissional que fizer a avaliação do desenvolvimento integral da criança deve indicar a classificação correspondente nos quadros de desenvolvimento dos registros de consulta das páginas 70 à 76 desta Caderneta.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>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).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<p>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.</p>
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • 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

MONITORAMENTO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

A triagem neonatal é uma das etapas fundamentais da atenção à saúde do recém-nascido, identificando precocemente doenças congênitas e outras condições de saúde que possam comprometer o desenvolvimento saudável da criança.

Os testes realizados nos primeiros dias de vida são o Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçãozinho, Teste da Linguinha e Teste do Olhinho.

A integração dessas ações de triagem neonatal assegura uma abordagem abrangente e preventiva, focada na promoção da saúde e bem-estar das crianças desde os primeiros dias de vida, contribuindo para a redução das taxas de mortalidade e morbidade neonatal.

A) ESTRATIFICAÇÃO E RISCO

Torna-se fundamental o preenchimento do instrumento de Avaliação do Desenvolvimento integral da criança até 10 anos, através da caderneta de saúde:

- Provável AGD: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora.
- Possível AGD: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências.

Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (idade corrigida = semanas da idade cronológica – semanas que faltaram para completar 40 semanas).

(Fonte: Adaptado de Telessaúde RS-UFRGS (2022), e Brasil (2023a, 2023b).

B) MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que ocorre desde o nascimento até a idade adulta. É marcado por mudanças físicas, psicológicas, sociais e emocionais. Embora cada criança tenha seu ritmo único, é importante observar se os marcos principais estão sendo atingidos dentro de um intervalo razoável esperado. Caso contrário, pode ser necessário ações possíveis pela equipe de saúde da própria APS, com orientações e estimulação precoces, ou mesmo encaminhar para atenção especializada, conforme critérios mínimos.

Monitorar e entender esses marcos é de domínio dos profissionais de saúde, porém é crucial para pais e mesmo educadores, pois permite avaliar se uma criança está progredindo adequadamente em seu desenvolvimento.

Os marcos do desenvolvimento infantil são uma série de habilidades que a maioria das crianças atinge em uma determinada faixa etária. Eles são divididos em quatro categorias principais:

- Socioemocional: habilidades relacionadas às emoções, relacionamentos e comportamento social como sorrir, interagir, brincar com outras crianças, expressar emoções e preferências.
- Cognitiva: habilidades relacionadas ao pensamento, aprendizado e resolução de problemas, dependendo dos sentidos, das interações, da comunicação verbal e não verbal, do brincar.
- Linguagem: habilidades relacionadas à comunicação e expressão verbal e não verbal conforme o esperado para cada idade, seja balbuciar e produzir sons, falar as primeiras palavras, formar frases, fazer perguntas, cumprir ordens, contar histórias.
- Motora: habilidades relacionadas ao movimento e coordenação, como segurar a cabeça, rolar, sentar-se, engatinhar, andar, subir escadas, correr.

Dentro dos marcos existem habilidades específicas importantes e que tem conexão com os desenvolvimentos descritos a seguir.

I) DESENVOLVIMENTO AUDITIVO

A prevalência da deficiência auditiva varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos, e de um a quatro para cada cem recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A legislação brasileira torna obrigatório e gratuito o teste da orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal) para todos os recém-nascidos, conforme a Lei Federal nº 12.303 de 2 de agosto de 2010. O objetivo é identificar precocemente problemas auditivos, permitindo intervenção precoce e melhora nas chances de desenvolvimento da fala e linguagem da criança.

São considerados neonatos ou lactentes com **indicadores de risco para deficiência auditiva** (IRDA) aqueles que apresentarem os seguintes fatores em suas histórias clínicas (JCIH, 2007; LEWIS et al., 2010):

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.
- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item.
- Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.
- Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV).
 - Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal.
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras).
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friederich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth).

- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite (prioridade vermelha sempre).
- Traumatismo craniano.
- Quimioterapia.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

II) DESENVOLVIMENTO VISUAL

Crianças pequenas com deficiência visual grave e irreversível de início precoce podem apresentar atraso no desenvolvimento motor, linguístico, emocional, social e cognitivo, com consequências para toda a vida. Crianças em idade escolar com deficiência visual também podem apresentar níveis mais baixos de desempenho educacional, bem como afetar gravemente a qualidade de vida.

A Lei Estadual Nº 19.108, de 29 de novembro de 2024, prevê que o exame deverá ser repetido aos quatro, seis e doze meses após o nascimento, nas unidades de Atenção Básica de Saúde. E, também, em consulta especializada, aos dois e 3 três anos de idade.

Causas de cegueira na infância por causas evitáveis:

- Cicatrizes corneanas (deficiência de vitamina A, sarampo, conjuntivite neonatal);
- Catarata congênita e de desenvolvimento;
- Glaucoma;
- Retinopatia da prematuridade;
- Erros de refração;
- Lesões traumáticas;
- Tracoma.

(Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2022), e Brasil (2023a, 2023b).

Fatores de risco para perda da visão em crianças de até 3 anos:

- Congênitos ou perinatais
- História familiar de doenças com possível envolvimento oftálmico (catarata congênita, retinoblastoma, glaucoma, síndromes genéticas ou doença metabólicas).
- História familiar de altos erros refrativos.
- Peso ao nascimento < 1.500 g ou idade gestacional < 35 semanas.
- Infecções intraútero como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis (TORCH), HIV, Zika, varicela.
- Exposição durante a gestação à álcool e drogas ilícitas (cocaína, crack, outras). □
Uso de medicações durante a gestação: talidomida, misoprostol, benzodiazepínicos, corticoide sistêmico.
- Intercorrências perinatais como meningite, sepse, síndrome do desconforto respiratório, transfusões sanguíneas, hemorragia intraventricular, internação em unidade de terapia intensiva neonatal.
- Malformações oftalmológicas congênitas, como aniridia.

- Síndromes genéticas com repercussão oftalmológica, como albinismo.
- Alteração na Triagem Ocular Neonatal (teste do olhinho).

Pós-natais ou tardias:

- Acidentes, traumas e maus-tratos.
- Alterações neurológicas.
- Infecções sistêmicas e locais.
- Estrabismo (Teste de Hishberg).
- Nistagmo.
- Fatores nutricionais (perda de peso e dificuldade de ganho de peso podem indicar doença sistêmica).
- Radiação.
- Doenças sistêmicas, alterações metabólicas ou alterações cromossômicas com possível envolvimento oftálmico (ex: artrite idiopática juvenil, diabetes mellitus, Síndrome de Marfan, Síndrome de Down).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2016a), Ejzenbaum et al. (2020) e Kaufman et al. (2021)

III) DESENVOLVIMENTO MOTOR

Quando uma criança não atinge os marcos motores esperados para a sua idade, seja em habilidades motoras grossas (como se sentar, engatinhar ou andar) ou motoras finas (como pegar objetos ou desenhar) é um sinal de alerta para o profissional de saúde que chama a atenção para um fato em comum, de que algo não está indo bem com a criança, pois ela não segue a sequência esperada de aquisições importantes para o seu desenvolvimento.

É sempre o momento de revisar informações, orientar estímulos ou detalhar mais a investigação clínica. Verificar se há alguma condição da infância que justifique ou se essa condição tende a ser transitória, permanente e/ou progressiva, entre outras ações em saúde, implicará no desfecho do próprio processo, e precisa incluir um acompanhamento com avaliações mais frequentes, orientações mais assertivas e uma rede de saúde que converse entre si e gerencie o momento de encaminhar para intervenções precoces, por exemplo.

O atraso é em si mesmo, uma condição essencial para tomada de decisão e prestação de cuidados. Assim, o acompanhamento do desenvolvimento é um processo que pode auxiliar os profissionais e pais a entenderem o que ocorre com a criança, até a delimitação de um diagnóstico final, mais preciso e que vai redirecionar as ações e seguir na reabilitação.

IV) DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM

O desenvolvimento da linguagem é um marco crucial na vida de uma criança. A aquisição adequada da linguagem desempenha um papel fundamental no seu crescimento intelectual, emocional e social. Seguem alguns sinais de alerta:

- **Atraso na fala:** Se a criança não está alcançando marcos linguísticos típicos para sua faixa etária, como a ausência de palavras ou frases simples até os 2 anos de idade, isso pode indicar um atraso no desenvolvimento da fala.
- **Dificuldades na compreensão:** Quando a dificuldade da criança está em compreender e seguir instruções adequadas à sua idade. Contudo se a criança não demonstra compreensão adequada de palavras e comandos simples, isso pode indicar problemas de linguagem.
- **Vocabulário restrito ou sem aquisição novas palavras:** Se a criança possui um vocabulário significativamente menor do que outras crianças da mesma idade, isso pode indicar um problema de linguagem, o vocabulário de uma criança está diretamente relacionado à sua capacidade de comunicação e compreensão, e qualidade de interações na família, na escola ou no convívio social.
- **Problemas na fluência da fala:** a disfluência é um fenômeno comum na fase em que as crianças estão estruturando sua linguagem, que pode surgir na faixa etária dos três anos. As recentes pesquisas têm delimitado algumas diferenciações entre as disfluências que são manifestações infantis naturais ao período de estruturação linguística, em relação àquelas que são sinais efetivos de gagueira. (<https://gagueira.org.br/gagueira-diagnostico-diferencial/gagueira-e-disfluencia-comum-na-infancia>)
- **Erros de pronúncia persistentes:** É comum as crianças cometerem erros de pronúncia durante o desenvolvimento da fala, porém, se esses erros persistirem além de uma certa idade, pode ser um indicativo de um problema de linguagem. Ao chegar na etapa de escolaridade, devem finalizar a aquisição dos fonemas da língua portuguesa.
- **Dificuldades na interação social:** Problemas de linguagem afetam a interação social da criança. Dificuldades em iniciar ou manter uma conversa, falta de contato visual e dificuldades em interpretar as expressões faciais e linguagem corporal dos outros podem ser sinais de alerta. Nesse ponto é fundamental respeitar as recomendações sobre uso de telas, que em excesso limitam as interações positivas que irão servir de referência, modelo e espelhamento para novas aquisições no desenvolvimento como um todo.

Fontes: American Speech-Language-Hearing Association. (2019). Speech and Language Developmental Milestones. Retrieved from <https://www.asha.org/public/speech/development/chart/>

McLeod, S., C McKinnon, D. H. (2007). Prevalence of Communication Disorders Compared with Other Learning Needs in 14,500 Primary and Secondary School Students. *International Journal of Language C Communication Disorders*, 42(Suppl 1), 37-59.

Norbury, C. F., Gooch, D., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Pickles, A., ... C Vamvakas, G. (2016). Younger children experience lower levels of language competence and academic progress in the first year of school: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 65-73.

Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., C Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language C Communication Disorders*, 35(2), 165-188.

Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., C McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(6), 1461-1481

MERÇON, S. A. A., NEMR, K. Gagueira e disfluência comum na infância: análise das manifestações clínicas nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. *Revista do CEFAC*, São Paulo, vol. 09, no. 02, 174-179, abr-jun 2007.

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM DA CRIANÇA

	5 anos	Fala frases completas corretamente. Fala corretamente todos os sons da língua.
	4 anos	Inventa histórias. Entende regras e jogos simples.
	3 anos	É possível entender tudo o que a criança fala, no entanto há erros gramaticais.
	2 anos	Tem cerca de 300 palavras em seu vocabulário. Compreende e emite frases simples. Pergunta nomes e funções.
	18 meses	Está apta se comunicar formando frases curtas de 2 a 3 palavras.
	12 meses	Fala s primeiras palavras e imita a ação de outras pessoas. Aumenta a interação verbal através do balbucio e de palavras simples. Identifica o próprio nome quando chama. Entende ordens simples como "dar tchau", "mandar beijo" e "bater palmas".
	7 a 11 meses	Emite alguns sons. Repete palavras simples. Bate palmas, aponta o que quer e dá "tchau".
	4 a meses	Grita, emite alguns sons como se conversasse e imite sua voz. Presta atenção quando alguém está falando e vocaliza.
1 a 3 meses		Comunica-se com o meio basicamente através de variações na entonação do choro e dos emitidos. Chora, emite alguns sons e dá gargalhadas. Sorri quando alguém fala de frente para ela.

Lamprecht, 2004	
1 a 3 anos	p, b, t, d, k, g, m, n, nh, f, v, s, z, ch, j. Ex.: Bola
4 anos	lh e r. Ex.: ilha, barata.
5 anos	Encontros consonantais com l e r. Ex.: planta, primo.

Fonte: <https://fonoaudiologia.org.br/comunicacao/desenvolvimento-da-linguagem-e-auditivo-da-crianca/>

V) SONO DE ZERO A DOIS ANOS DE IDADE

Os problemas de sono que surgem na primeira infância geralmente persistem na adolescência, embora a natureza desses problemas tenda a mudar com o tempo. Alterações do sono em crianças podem ser sinais de alerta também.

Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresentam problemas de sono, como insônia, dificuldade para adormecer e acordar durante a noite e rotinas de sono irregulares. Estes problemas podem afetar a qualidade de vida da criança e da família, e podem ser agravados por fatores como sensibilidade sensorial, (crianças com TEA podem ser mais sensíveis a estímulos sensoriais, como ruídos, luzes e texturas, o que pode interferir no sono), com as comorbidades como TDAH, refluxo gastroesofágico e epilepsia, por exemplo. Ou ainda, o relógio biológico pode estar desregulado, ter rotinas de sono inconsistentes, alterações na rotina do dia ou da noite podem afetar o sono, especialmente em crianças com TEA.

Fonte: [Autism Spectrum Disorder and Sleep – PubMed \(nih.gov\)](#)

DURAÇÃO MÉDIA DE SONO DO BEBÊ

IDADE	SONO DURANTE A NOITE	SONECAS	TOTAL
1 mês	Ciclos de sono de 1 a 4 horas de duração, intercalados por 1 a 2 horas	-	16 a 20 meses

	acordado - independentemente de ser noite ou dia.		
3 meses	De 6 a 9 horas	De 5 a 9 horas, divididas em três a quatro sonecas	15 horas
6 meses	De 9 a 11 horas	De 2 a 3 horas, divididas em duas três sonecas	14 horas
1 ano	De 9 a 10 horas	De 2,5 a 3 horas, sendo uma de manhã e outra à tarde	13 horas
2 anos	10,5 horas	De 1,5 a 2 horas, em uma soneca à tarde	12,5 horas

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

VI) ALIMENTAÇÃO

Durante o primeiro ano de vida da criança, aprender a comer tem uma conexão direta com o desenvolvimento de suas habilidades motoras orais. Muitas ações funcionam de forma integrada para que o surgimento destas habilidades possa acontecer ao mesmo tempo em que o restante do corpo também desenvolve as capacidades motoras. À medida que o bebê vai ganhando mais estabilidade e controle postural, os movimentos de abrir e fechar a boca passam a ser realizados com maior amplitude e a capacidade de sugar e engolir vai se somando ao surgimento de outras habilidades motoras orais mais específicas.

Há íntima relação destas habilidades com o desenvolvimento motor geral da criança e com a sua condição neuromuscular. Uma postura e posicionamentos adequados por exemplo, oferecem a base estável que a criança precisa para sentir-se segura ao estar sobre o cadeirão de alimentação, junto à mesa, vivendo suas experiências em torno da alimentação. Um corpo alinhado permite que todas as estruturas orais funcionem de maneira integrada.

Quando existe qualquer prejuízo neste aspecto, os movimentos utilizados nas funções de alimentação ficam prejudicados, influenciando no controle, manipulação oral, e até na deglutição dos alimentos. Quando a estabilidade da cabeça, do tronco e da pelve está prejudicada por uma alteração do tônus, há um impacto na realização de movimentos orais rápidos, coordenados e precisos, refletindo diretamente em como a criança suga, morde, mastiga e deglute.

No entanto, é sempre importante que a consistência alimentar oferecida à criança possa se modificar gradativamente ao longo do primeiro ano de vida, de forma que a escolha dos alimentos em textura seja apresentada com variação, mas respeitando o momento de desenvolvimento no qual a criança se encontra. Ajustar as ofertas alimentares de acordo com padrão de movimentação oral da criança é essencial para um aprendizado prazeroso e confortável na sua relação com a alimentação.

A alimentação da criança modifica-se ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. e desempenha papel vital, não apenas como processo biológico necessário, mas também como elemento intrínseco no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social das crianças (Alvarenga, Figueiredo; Timerman; Antonaccio, 2018 in: Furtado, 2024), além da aquisição das habilidades sensório-motoras orais, importantes para a fala. A maioria dos pais/responsáveis considera que o ato de comer é inato e fácil.

Porém, a alimentação é um aprendizado complexo, que depende de diversos aspectos para acontecer, tais como as habilidades motoras e sensoriais orais, os aspectos emocionais e motivacionais, o contexto social, familiar e ambiental da criança.

No quadro a seguir, o entendimento de que também se “aprende a comer”, sinaliza o conjunto de áreas e aspectos que irão conduzir mais este processo de aprendizagem.



Fonte:

Adaptado de Padovani, 2021

Algumas características do desenvolvimento dos lactentes estão relacionadas aos comportamentos alimentares. Nos primeiros seis meses de vida, o aleitamento materno será a fonte ideal do ponto de vista nutricional, emocional e de estímulo motor.

Após os seis meses de idade, o lactente deve continuar em aleitamento materno, mas há a necessidade de introdução da alimentação complementar (AC), tanto do ponto de vista nutricional (sendo fonte de ferro, zinco, vitamina A e calorias), quanto do ponto de vista motor, aproveitando esta fase de intensa curiosidade em explorar o meio ambiente.

Ao completar seis meses de vida, grande parte dos lactentes saudáveis já apresentam a capacidade para sentar-se sem apoio, sustentar a cabeça e o tronco, segurar objetos com as mãos, e explorar estímulos ambientais. Desde o início da AC, é importante que essa seja junto com as refeições em família, incentivando a interação entre os membros da casa.

Nesta fase, é de suma importância que os pais sejam orientados a ser o exemplo de hábitos alimentares saudáveis e a munirem-se de paciência, respeitando os limites impostos pela baixa idade, sempre agindo como um facilitador no processo de alimentação, proporcionando um ambiente tranquilo sem a utilização de estratégias coercitivas ou punitivas. Uma frase pode ser o resumo desta orientação: Comer junto e não dar de comer.

Dessa fase em diante, serão constantes as aquisições de habilidades orais e alimentares, incluindo adesão cada vez maior as rotinas alimentares da família.

Em muitos lares, consultórios pediátricos e fonoaudiológicos, um desafio peculiar se apresenta: a seletividade alimentar (SA). A SA é um fenômeno que transcende as barreiras culturais, afetando crianças de diversos contextos e origens. A SA consiste em um tipo de comportamento alimentar alterado e é identificado como um conjunto de características e particularidades díspares que incluem três domínios diferentes: recusa alimentar, repertório alimentar limitado e uma ingestão alimentar específica de alta frequência habitual (Bandini, Anderson, Curtin, Cermak, Evans, Scampini, Maslin, & Must, 2010; Rocha, de Medeiros Júnior, Lima, da Silva Machado, Pereira, da Silva Lima, Pessoa, Rocha, & da Silva, 2019, in: Furtado, 2024).

Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresentam alterações na alimentação, como seletividade alimentar, recusa a novos alimentos e dificuldades em aceitar diferentes texturas e cores. Esses desafios podem levar a deficiências nutricionais e impactar o desenvolvimento da criança. A seletividade alimentar é classificada como um Distúrbio Alimentar Pediátrico e se caracteriza por recusa alimentar, desinteresse pelo alimento e pouco apetite, além de ser muito comum na criança, esse problema, muitas vezes traz sérios problemas nutricionais e comportamentais.

O início típico dos sintomas de alguma alteração alimentar pode ocorrer em qualquer fase da infância, sendo mais prevalente, ao redor dos seis meses aos quatro anos de vida. Fatores de risco para essa situação são a presença de prematuridade e a encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE), que acarretam risco de 30% e 80% para se desenvolver dificuldade alimentar em algum momento da vida, respectivamente.

As crianças e adolescentes autistas possuem um considerável consumo de alimentos processados e ultraprocessados, além de comportamentos relativos à recusa alimentar, disfagia, baixa aceitação de alimentos sólidos, compulsão alimentar e sintomas gastrointestinais.

O ato de comer transcende questões anatômicas e fisiológicas, pois está inserido em um contexto social e cultural, de aprendizagem, emocional, de oportunidades e afetividade familiar.

Com o objetivo de investigar o comportamento alimentar dos indivíduos com TEA, pesquisadores elaboraram escalas que pudessem ser preenchidas por pais ou cuidadores. Essas escalas foram elaboradas para identificar informações relativas à manutenção e ao agravamento do comportamento alimentar.

A Escala para Avaliação do Comportamento Alimentar em pessoas com TEA apresentou adequados índices psicométricos para o estudo de validade. O novo instrumento traz aspectos inovadores ao propor a primeira escala de avaliação do comportamento alimentar especificamente para crianças com TEA, em língua portuguesa e avalia seis dimensões: Motricidade na Mastigação, Seletividade Alimentar, Aspectos Comportamentais, Sintomas Gastrointestinais, Sensibilidade Sensorial e Habilidades nas Refeições.

O propósito da escala é identificar as dimensões do comportamento alimentar que estão alteradas, para que possa haver um direcionamento mais específico em relação à terapêutica, bem como ser um instrumento para mensurar a evolução do tratamento. Para acesso a escala: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/qwqxWxDcgG7YhnDJ36VKzFg/?lang=pt>

Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA

Nome da criança: _____ Idade: _____

Data hoje: ____ / ____ / ____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo da criança: ☐ Masculino ☐ Feminino

Relação do respondente com a criança: ☐ Pai ☐ Cuidador ☐ Mãe ☐ Avô/Avó ☐ Outro Especificar _____

Formulário preenchido por: (nome completo) _____

Por favor, preencha este questionário de acordo com a sua opinião sobre o comportamento alimentar do seu filho, mesmo que a sua opinião seja diferente daquela de outras pessoas. Caso tenha algum comentário adicional, pode anotar ao lado de cada item ou no final do questionário. **POR FAVOR, RESPONDA A TODOS OS ITENS.**

Abaixo há uma lista de vários problemas ou dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar. As opções de resposta variam de 1 (Não) até 5 (Sempre). Coloque um círculo em torno da resposta que mais se adéqua à criança:

1. **Não:** Se seu filho(a) não apresenta o comportamento (nunca);
2. **Raramente:** Se seu filho(a) raramente apresenta o comportamento descrito;
3. **Às vezes:** Se seu filho(a) às vezes apresenta o comportamento;
4. **Frequentemente:** Se seu filho(a) com frequência apresenta o comportamento;
5. **Sempre:** Se seu filho(a) sempre apresenta o comportamento.

Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Dificuldades para mastigar os alimentos	0	1	2	3	4
2. Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante	0	1	2	3	4
3. Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua	0	1	2	3	4
4. Mastiga os alimentos com a boca aberta	0	1	2	3	4
5. Evita comer vegetais cozidos e/ou crus	0	1	2	3	4
6. Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)	0	1	2	3	4

Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Evita comer frutas	0	1	2	3	4
8. Possui inquietação/agitação motora que dificulta se sentar à mesa	0	1	2	3	4
G. Tem dificuldades de se sentar à mesa para fazer as refeições (ex.: almoça no chão, sofá, cama)	0	1	2	3	4
10. Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios	0	1	2	3	4
11. Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta	0	1	2	3	4
12. Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (ex.: sabão, terra, plástico, chiclete)	0	1	2	3	4
13. Vomita, durante ou imediatamente após as refeições	0	1	2	3	4
14. Durante ou imediatamente após as refeições, golia (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente	0	1	2	3	4
15. Come sempre com os mesmos utensílios (ex.: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)	0	1	2	3	4
16. Come sempre no mesmo lugar	0	1	2	3	4
17. Quer comer sempre os mesmos alimentos (ex.: se comeu frango hoje, quer amanhã novamente)	0	1	2	3	4
18. Quer comer alimentos com cor semelhante (ex.: somente quer sucos amarelos - manga, maracujá, laranja)	0	1	2	3	4
1G. Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem (ex.: bebe suco somente de caixinha, quer somente produtos do Bob Esponja)	0	1	2	3	4
20. Possui ritual para comer (ex.: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido, seu filho se recusa a comer ou fica irritado ou perturbado)	0	1	2	3	4
21. Sem permissão, pega a comida	0	1	2	3	4

Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
fora do horário das refeições					
22. Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições	0	1	2	3	4
23. Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto)	0	1	2	3	4
24. Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)	0	1	2	3	4
25. Alergia alimentar (ex.: amendoim, frutos do mar)	0	1	2	3	4
26. Tem intolerância à lactose	0	1	2	3	4
Comentários Adicionais:					
Soma dos Fatores					
Fatores da Escala	Itens				Total
Fator 1: Motricidade na Mastigação	1: __ 2: __ 3: __ 4: __ 5: __ 6: __ 7: __				—
Fator 2: Seletividade Alimentar					—
Fator 3: Habilidades nas Refeições	8: __ 9: __ 10: __ 11: __ 12: __				—
Fator 4: Comportamento Inadequado relacionado às Refeições	13: __ 14: __				—
Fator 5: Comportamentos Rígidos relacionados à Alimentação	15: __ 16: __ 17: __ 18: __ 19: __ 20: __				—
Fator 6: Comportamento Opositor relacionado à Alimentação	21: __ 22: __ 23: __				—
Fator 7: Alergias e Intolerância Alimentar	24: __				

Outra é a Escala brasileira, de alimentação infantil (Diniz *et al*, 2021).

A disponibilidade da EBAI permite aos profissionais de saúde o uso de uma ferramenta confiável e sem custo para a rápida detecção de problemas alimentares, contribuindo para a identificação precoce desses problemas e o consequente encaminhamento mais rápido para o tratamento especializado. Dessa forma, espera-se minimizar os agravos decorrentes do estresse orgânico, social, financeiro e emocional que os problemas de alimentação acarretam a criança e na sua família.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/NDbJhSLqw9LVcHDbHbfbm8C/?lang=pt&format=pdf>

Data ____/____/____ Nome da criança: _____

Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estão sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada.

1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança?	1 Muito Difícil	2	3	4	5	6	7 Fácil
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	1 Não estou preocupado	2	3	4	5	6	7 Estou muito preocupado
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	1 Nunca tem fome	2	3	4	5	6	7 Tem um bom apetite
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	1 No início da refeição	2	3	4	5	6	7 No fim da refeição
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	1 1 - 10	2 11 - 20	3 21 - 30	4 31 - 40	5 41 - 50	6 51 - 60	7 > 60 min
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	1 Se comportar bem	2	3	4	5	6	7 Faz grande bagunça, faz birra, manha
7. A sua criança náusea, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
9. Você precisa ir atrás de sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
10. Você precisa forçar sua criança a comer ou beber?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção) da sua criança?	1 Boa	2	3	4	5	6	7 Muito Ruim
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	1 Crescendo pouco	2	3	4	5	6	7 Crescendo bem
13. Como a alimentação da sua criança influencia sua relação com ela?	1 De forma muito negativa	2	3	4	5	6	7 Não influencia nada
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?	1 Não influencia nada	2	3	4	5	6	7 De forma muito negativa

ANEXO II – INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)

	Presente	Ausente	Não verificado
De zero a 3 meses e 29 dia	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).		
	3. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
	4. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe		
De 4 a 7 meses e 29 dias	5. A criança começa a diferenciar o dia da noite.		
	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		
	7. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		
	8. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases		
	9. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela		
	10. A criança procura ativamente o olhar da mãe.		
	11. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.		
	12. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		
De 8 a 11 meses e 29 dias	13. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.		
	14. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe		
	15. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa		

	16. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular		
	17. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		
	18. A criança possui objetos prediletos		
	19. A criança faz gracinhas.		
	20. A criança busca o olhar de aprovação do adulto		
	21. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada		
De 12 a 17 meses e 29 dias	23. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.		
	24. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno		
	25. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede		
	26. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe		
	27. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.		
	28. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos		
	29. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança		
	30. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.		

Se a criança tiver dois indicadores ausentes, há chance (risco relativo = 1,75; IC 95% 1,07-2,88) de apresentar problemas de desenvolvimento aos 3 anos.

Quatro dos indicadores tiveram, quando ausentes isoladamente, **capacidade de predição de risco psíquico aos 3 anos de idade (medido pelo risco relativo) estatisticamente significativa: os indicadores** número 7 – *A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades* (RR = 3,46; IC 95% 1,19-10,07), número 18 – *A criança estranha pessoas desconhecidas para ela* (RR = 2,93; IC 95% 1,49-5,73), número 22 – *A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada* (RR = 3,75; IC 95% 1,37-10,28) e número 30 – *Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança* (RR = 4,19; IC 95% 1,74-10,06).

Conjuntos de indicadores que, após análise estatística fatorial (isto é, quando todos os indicadores de cada um dos seguintes conjuntos estavam ausentes), tiveram correlação significativa para predizer risco psíquico aos 3 anos de idade:

- na faixa de zero a 4 meses: todos os cinco indicadores formam um fator só, que é significativo para predizer risco psíquico (RR = 3,51; IC 95% 1,10-11,17);
- na faixa de 4 a 8 meses: há um fator (formado pelos indicadores 6, 7, 8 e 9) que é significativo para predizer risco psíquico (RR = 2,50; IC 95% 1,01-6,59);
- na faixa de 8 a 12 meses: há um fator (formado pelos indicadores 16 e 22) que é significativo para predizer risco psíquico (RR = 5,01; IC 95% 1,97-13,15);
- na faixa de 12 a 18 meses: há um fator (formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30) que é significativo para predizer risco psíquico (RR = 1,99; IC 95% 1,03-3,85) e também para predizer risco para o desenvolvimento (RR = 2,82; IC 95% 1,45-5,45).

Extraído de: KUPFER, M. C. et al. *Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica*. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.** [Online], v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

ANEXO III – ESCALAS M-CHAT-R e M-CHAT-R/F

M-CHAT-R

A) Escala M-CHAT-R para triagem de TEA, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses

Instruções de uso

O M-CHAT-R pode ser aplicado e pontuado como parte da visita de puericultura e também por especialistas ou outros profissionais que desejem avaliar o risco de TEA. O principal objetivo do M-CHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o máximo possível de casos de TEA. Portanto, existe alta taxa de falso positivo, o que significa que nem todas as crianças que apresentarem escore de risco serão diagnosticadas com TEA. Por isso, foram acrescentadas as questões da consulta de seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários do instrumento devem estar cientes que, mesmo com a consulta de seguimento, um número significativo de crianças com pontuação positiva no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com TEA. Entretanto, essas crianças são de alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, de modo que, estas devem ser reavaliadas. A pontuação do M-CHAT-R pode ser obtida em menos de dois minutos. As instruções de pontuação podem ser baixadas no site <http://www.mchatscreen.com>, assim como outros documentos correlatos.

Algoritmo da pontuação

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA. O algoritmo a seguir maximiza as propriedades psicométricas da M-CHAT-R:

BAIXO RISCO: Pontuação Total entre 0-2	Se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.
RISCO MÉDIO: Pontuação Total entre 3-7	aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuras visitas médicas.
RISCO ELEVADO: Pontuação Total entre 8-20	Não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

Escala M-CHAT-R para triagem de TEA, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses

M-CHAT-R™

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO , se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO , faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO , móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO , mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO , aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO , aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO , seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO , para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO , ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não

11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO , seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO , quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO , o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO , se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO , se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO , ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

B) Consulta de Seguimento (M-CHAT-R/F)

Autorizações para Utilização

O Checklist Modificado para Autismo em crianças pequenas, versão revisada e para consulta de seguimento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) foi criado para acompanhar o M-CHAT-R. O M-CHAT-R/F pode ser baixado Microsoft Word - Escala - Versão...o PUBLICACIÃO...O.docx

O M-CHAT-R/F (consulta de seguimento) e mais instruções de uso podem ser acessadas no site https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F foi criado para ser usado junto com o M-CHAT-R. O M-CHAT-R foi validado para rastrear crianças entre 16 e 30 meses de idade, para avaliar o risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quem o utiliza deve estar ciente que, mesmo com a consulta de seguimento, haverá um número significativo de crianças que pontuarão para TEA no M-CHAT-R, mas não terão esse diagnóstico. Contudo, essas crianças apresentam risco de outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, portanto a consulta de seguimento se justifica para qualquer criança rastreada positivamente.

Após o preenchimento do M-CHAT-R pelo familiar, o profissional deve pontuar o instrumento de acordo com as instruções. Se a pontuação for positiva, selecione os itens do M-CHAT-R que a criança falhou e os reaplique no M-CHAT-R/F. Somente aqueles itens nos quais a criança inicialmente falhou precisam ser reaplicados.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o fluxograma, fazendo perguntas até marcar “PASSOU” ou “FALHOU”. Atenção, os familiares podem responder “talvez” para perguntas da entrevista. Se isso acontecer, pergunte se o mais frequente é “sim” ou “não” e continue a entrevista de acordo com essa resposta. Naqueles lugares onde é possível dar como resposta “outro”, o entrevistador deve julgar se a resposta é “PASSOU” ou “FALHOU”.

Pontue as respostas para todos os itens na página de pontuação do M-CHAT-R/F (que contém os mesmos itens do M-CHAT-R, sendo que “Sim/Não” foram substituídos por “PASSOU/FALHOU”). A entrevista é considerada como sendo de rastreamento positivo se a criança falhar em dois itens quaisquer da consulta de seguimento. Se a criança for rastreada positivamente no M-CHAT-R/F, é altamente recomendado que a criança seja encaminhada para a intervenção precoce e testagem diagnóstica o mais breve possível. Atenção, se o agente de saúde ou o familiar tiver preocupações sobre TEA, a criança deve ser encaminhada para avaliação, independente da pontuação no M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F.

M-CHAT-R/F Consulta de seguimento™ Folha de Pontuação

Atenção: **Sim/Não** foram substituídos por Passou/Falhou

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO , se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Passou	Falhou
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Passou	Falhou
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO , faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala no telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Passou	Falhou
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO , móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Passou	Falhou
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO , mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Passou	Falhou
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou conseguir ajuda? (POR EXEMPLO , aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com um dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO , aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua?)	Passou	Falhou
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO , seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Passou	Falhou
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO , para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Passou	Falhou
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO , ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Passou	Falhou
11	Quando você sorri para seu filho, ele sorri de volta para você?	Passou	Falhou
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO , seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de aspirador de pó ou de música alta?)	Passou	Falhou

13	O seu filho anda?	Passou	Falhou
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo ele?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO , dá tchau, bate palmas ou faz barulho engraçado quando você faz)	Passou	Falhou
16	Se você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Passou	Falhou
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele? (POR EXEMPLO , olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz “olha mãe” ou “óh mamãe”?)	Passou	Falhou
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO , se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”?)	Passou	Falhou
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO , se ele/ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Passou	Falhou
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO , ser balançado ou pular em seus joelhos)	Passou	Falhou

Interpretação da pontuação da escala M-CHAT-R

PONTUAÇÃO		ENCAMINHAMENTO
BAIXO RISCO:	Pontuação Total entre 0-2.	Se a criança tem menos de 24 meses na primeira avaliação, reaplicar o M-CHAT após aniversário de 2 anos.
RISCO MÉDIO:	Pontuação Total entre 3-7.	Aplicar a Entrevista de Seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) ¹ para obter informações adicionais sobre as respostas que indicam risco. O teste é considerado positivo (risco para TEA) se a criança falhar em quaisquer 2 itens na Entrevista de Seguimento.
RISCO ELEVADO:	Pontuação Total entre 8-20.	A criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce. É necessário acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada

Fonte: Linha de Cuidado do TEA na Criança, Ministério da Saúde, 2021.

ANEXO IV – ESCALA ABC

ABC - AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST- RECORD FORM

Inventário de Comportamento da Criança Autista

Elaborado por Krug, Arick e Almond (1993), validado por Marteleto e Pedromônico (2005)

Protocolo de registro do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA)

Nome da criança: _____

Data da aplicação: ____/ ____/ ____

Idade da criança: _____

Data de nascimento: ____/ ____/ ____

		ES	RE	CO	LG	PS
01	Gira em torno de si por longo período de tempo.			4		
02	Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente.					2
03	É raro atender estímulo não-verbal social/ ambiente (expressões, gesto situações).		4			
04	Ausência de resposta para solicitações verbais: venha cá; sente-se.				1	
05	Usa brinquedos inapropriadamente			2		
06	Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto)	2				
07	Ausência do sorriso social		2			
08	Uso inadequado de pronomes (eu por ele)				3	
09	Insiste em manter certos objetos consigo			3		
10	Parece não escutar (suspeita-se de perda de audição)	3				
11	Fala monótona e sem ritmo				4	
12	Balança-se por longos períodos de tempo			4		
13	Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê)		2			
14	Fortes reações frente a mudanças no ambiente					3
15	Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças				2	
16	Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos			4		
17	Ausência de resposta para expressão facial/sentimento de outros		3			
18	Raramente usa “sim” ou “eu”				2	
19	Possui habilidade numa área do desenvolvimento.					4
20	Ausência de respostas a solicitações verbais envolvendo o uso de				1	

	referenciais de espaço					
21	Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez)	3				
22	Balança as mãos			4		
23	Intensos acessos de raiva e/ou frequentes “chiliques”					3
24	Evita ativamente o contato visual		4			
25	Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho		4			
26	Não reage a estímulos dolorosos	3				
27	Difícil e rígido no colo (ou foi quando bebê)		3			
28	Flácido quando no colo		2			
29	Aponta para indicar objeto desejado				2	
30	Anda nas pontas dos pés			2		
31	Machuca outros mordendo, batendo, etc					2
32	Repete a mesma frase muitas vezes				3	
33	Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças		3			
34	Ausência de reação do piscar quando luz forte incide em seus olhos	1				
35	Machuca-se mordendo, batendo a cabeça, etc			2		
36	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente)					2
37	Não aponta para mais que cinco objetos				1	
38	Dificuldade de fazer amigos		4			
39	Tapa as orelhas para vários sons	4				
40	Gira, bate objetos muitas vezes			4		
41	Dificuldade para o treino de toalete					1
42	Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer				2	
43	Frequentemente muito ansioso ou medroso		3			
44	Franze, cobre ou vira os olhos quando em presença de luz natural	3				
45	Não se veste sem ajuda					1
46	Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons				3	
47	“Olha através” das pessoas		4			
48	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas				4	
49	Frequentemente inconsciente dos perigos de situações e do ambiente					2
50	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados					4
51	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente			3		

52	Frequentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas	3				
53	Repete sequências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por ex.)			4		
54	Destrutivo com seus brinquedos e coisas da família			2		
55	O atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses					1
56	Usa mais que 15 e menos que 30 frases diárias para comunicar-se				3	
57	Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo	4				

Legenda: ES = estímulo sensorial; RE = relacionamento; CO = uso do corpo e objeto; LG = linguagem; PS = desenvolvimento pessoal social.

Interpretação:

Menor que 47= criança normal

47-53= leve probabilidade para autismo

54-67= moderada probabilidade para autismo Maior

68 = autismo

Total: ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO AUTISMO (ASQ)

Questionário de Avaliação de Autismo

Autism Screening Questionnaire (ASQ)

Por favor, responda cada questão e assinale o quadrado com a resposta. Se você não estiver seguro, escolha a melhor resposta. [Os pronomes ele/o estão sendo usados aqui apenas para facilitar o questionário].

		Sim	Não
1	Ele é capaz de conversar usando frases curtas ou sentenças?		
Se não, prossiga para questão 9.			
2	Ele fala com você só para ser simpático (mais do que para obter algo)?		
3	Você pode ter um diálogo (por exemplo, ter uma conversa com ele que envolva alternância, isto é, um de cada vez) a partir do que você disse?		
4	Ele usa frases estranhas ou diz algumas coisas repetidamente da mesma maneira? Isto é, ele copia ou repete qualquer frase que ele ouve outra pessoa dizer, ou ainda, ele constrói frases estranhas?		
5	Ele costuma usar socialmente perguntas inapropriadas ou declarações? Por exemplo, ele costuma fazer perguntas pessoais ou comentários em momentos inadequados?		
6	Ele costuma usar os pronomes de forma invertida, dizendo você ou ele quando deveria usar eu?		
7	Ele costuma usar palavras que parece ter inventado ou criado sozinho, ou usa maneiras estranhas, indiretas, ou metafóricas para dizer coisas? Por exemplo, diz “chuva quente” em vez de vapor.		
8	Ele costuma dizer a mesma coisa repetidamente, exatamente da mesma maneira, ou insiste para você dizer as mesmas coisas muitas vezes?		

9	Existem coisas que são feitas por ele de maneira muito particular ou em determinada ordem, ou seguindo rituais que ele te obriga fazer?		
10	Até onde você percebe, a expressão facial dele geralmente parece apropriada à situação particular?		
11	Ele alguma vez usou a tua mão como uma ferramenta, ou como se fosse parte do próprio corpo dele (por exemplo, apontando com seu dedo, pondo a sua mão numa maçaneta para abrir a porta)?		
12	Ele costuma ter interesses especiais que parecem esquisitos a outras pessoas (e.g., semáforos, ralos de pia, ou itinerários de ônibus)?		
13	Ele costuma se interessar mais por partes de um objeto ou brinquedo (e.g., girar as rodas de um carro), mais do que usá-lo com sua função original?		
14	Ele costuma ter interesses específicos, apropriados para sua idade e para seu grupo de colegas, porém estranhos pela intensidade do interesse (por exemplo, conhecer todos os tipos de trens, conhecer muitos detalhes sobre dinossauros)?		
15	Ele costuma de maneira estranha olhar, sentir/examinar, escutar, provar ou cheirar coisas ou pessoas?		
16	Ele costuma ter maneirismos ou jeitos estranhos de mover suas mãos ou dedos, tal como “um bater de asas” (<i>flapping</i>), ou mover seus dedos na frente dos seus olhos?		
17	Ele costuma fazer movimentos complexos (e esquisitos) com o corpo inteiro, tal como girar, pular ou balançar repetidamente para frente e para trás?		
18	Ele costuma machucar-se de propósito, por exemplo, mordendo o braço ou batendo a cabeça?		
19	Ele tem algum objeto (que não um brinquedo macio ou cobertor) que ele carrega por toda parte?		
20	Ele tem algum amigo em particular ou um melhor amigo?		
21	Quando ele tinha 4-5 anos ele repetia ou imitava espontaneamente o que você fazia (ou a outras pessoas) (tal como passar o aspirador no chão, cuidar		

	da casa, lavar pratos, jardinagem, consertar coisas)?		
22	Quando ele tinha 4-5 anos ele apontava as coisas ao redor espontaneamente apenas para mostrar coisas a você (e não porque ele as desejava)?		
23	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava usar gestos para mostrar o que ele queria (não considere se ele usava tua mão para apontar o que queria)?		
24	Quando ele tinha 4-5 anos usava a cabeça para dizer sim?		
25	Quando ele tinha 4-5 anos sacudia a sua cabeça para dizer 'não'?		
26	Quando ele tinha 4-5 anos ele habitualmente olhava você diretamente no rosto quando fazia coisas com você ou conversava com você?		
27	Quando ele tinha 4-5 anos sorria de volta se alguém sorrisse para ele?		
28	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava mostrar coisas de seu interesse para chamar a sua atenção?		
29	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava dividir coisas com você, além de alimentos?		
30	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava querer que você participasse de algo que o estava divertindo?		
31	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava tentar confortá-lo se você ficasse triste ou magoado?		
32	Entre as idades de 4 a 5 anos, quando queria algo ou alguma ajuda, costumava olhar para você e fazia uso de sons ou palavras para receber sua atenção?		
33	Entre as idades de 4 a 5 anos tinha expressões faciais normais, isto é, demonstrava suas emoções por expressões faciais?		
34	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele costumava participar espontaneamente e/ou tentava imitar ações em jogos sociais – tais como “Polícia e Ladrão” ou “Pega-Pega”?		
35	Quando ele estava com 4 ou 5 anos jogava jogos imaginários ou brincava de “faz de conta”?		

36	Quando ele estava com 4 ou 5 anos parecia interessado em outras crianças da mesma idade que ele não conhecia?		
37	Quando ele estava com 4 ou 5 anos reagia positivamente quando outra criança se aproximava dele?		
38	Quando ele estava com 4 ou 5 anos, se você entrasse no quarto e iniciasse uma conversa com ele sem chamar seu nome, ele habitualmente te olhava e prestava atenção em você?		
39	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele costumava brincar de “faz de conta” com outra criança, de forma que você percebia que eles estavam entendendo ser uma brincadeira?		
40	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele brincava cooperativamente em jogos de grupo, tal como esconde-esconde e jogos com bola?		
<p>* Tradução para o português Cristiane Silvestre Paula, Amanda Viviam dos Santos, Maria Clara Pacífico Mercadante, Clizeide da Costa Aguiar, Maria Eloisa B. D'Antino, José S. Schwartzman, Decio Brunoni, Marcos Tomanik Mercadante</p>			

ANEXO VI –ESCALA CARS

ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA AUTISMO NA INFÂNCIA

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

Nome da criança: _____

Idade: _____ Data da aplicação: ____ / ____ / ____

	I. Relações pessoais
1	1. Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico;
1.5	
2	2. Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímida, não responder ao adulto como esperado ou se agarrar aos pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade;
2.5	
3	3. Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo;
3.5	
4	4. Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.
	Observações:

	II. Imitação
1	1. Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade;
1.5	
2	2. Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso;
2.5	
3	3. Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; frequentemente imita apenas após um tempo (com atraso);
3.5	

4	4. Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.
	Observações:

III. Resposta emocional:

1	Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta;
1.5	
2	Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. Às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor;
2.5	
3	Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou se tornar rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção;
3.5	
4	Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas à situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.
	Observações:

IV. Uso corporal:

1	Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade;
1.5	
2	Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns.
2.5	
3	Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.
3.5	
4	Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou frequentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças e fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.

	Observações:
	V. Uso de objetos
1	Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada;
1.5	
2	Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo);
2.5	
3	Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele;
3.5	
4	Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.
	Observações:
	VI. Resposta a mudanças
1	Respostas à mudança adequadas à idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva;
1.5	
2	Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais;
2.5	
3	Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada;
3.5	
4	Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.
	Observações:

--	--

	VII. Resposta visual
1	Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo;
1.5	
2	Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos;
2.5	
3	Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada frequentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos;
3.5	
4	Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.
	Observações:

	VIII. Resposta auditiva
1	Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos;
1.5	
2	Respostas auditivas levemente anormais: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos;
2.5	
3	Respostas auditivas moderadamente anormais: As respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano;
3.5	
4	Respostas auditivas gravemente anormais: A criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.
	Observações:

IX. Resposta e uso do paladar, olfato e tato	
1	Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia a dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente;
1.5	
2	Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada a uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto;
2.5	
3	Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco;
3.5	
4	Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.
	Observações:

X. Medo ou nervosismo	
1	Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade;
1.5	
2	Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante;
2.5	
3	Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar;
3.5	
4	Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.
	Observações:

XI. Comunicação verbal	
-------------------------------	--

1	Comunicação verbal normal, adequada à idade e à situação;
1.5	
2	Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente;
2.5	
3	Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular;
3.5	
4	Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.
	Observações:

XII. Comunicação não-verbal

1	Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação;
1.5	
2	Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou se esticar para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja;
2.5	
3	Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros;
3.5	
4	Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento dos significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.
	Observações:

XIII. Nível de atividade

1	Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante;
1.5	

2	Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco inquieta quanto um pouco “preguiçosa”, apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho;
2.5	
3	Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se;
3.5	
4	Nível de atividade gravemente anormal: A criança exibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.
	Observações:

XIV. Nível e consistência da resposta intelectual

1	A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem nenhuma habilidade intelectual ou problemas incomuns;
1.5	
2	Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas;
2.5	
3	Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais;
3.5	
4	Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.
	Observações:

XV. Impressões gerais

1	Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo;
1.5	
2	Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo;
2.5	
3	Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo;

3.5	
4	Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo.
	Observações:

Escore por categoria

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV Total

Resultado:

15-30: sem autismo

30-36: autismo leve-moderado

36-60: autismo grave

PONTUAÇÃO

São 15 subescalas, que somam a pontuação máxima de 60, e a ‘nota de corte’ para considerar a pessoa como pertencendo ao espectro do autismo é 30.

Atribui-se pontuação de 1 a 4 para cada subescala, sendo:

- 1= não presença de alterações no comportamento
- 2= presença leve de alterações no comportamento
- 3= presença moderada de alterações no comportamento
- 4= presença muito acentuada/severa de alterações no comportamento

Então, efetua-se somatória simples dos pontos obtidos em todos os subitens.

Podem ser utilizadas pontuações ‘quebradas’, por exemplo: 1,5 em vez de 2 ou 2,5 em vez de 3. Isso serve para situações no “limiar”, por exemplo: se determinado comportamento já não é tão leve (2), mas também não chega a ser moderado (3), ou seja, é um “leve carregado”, pode-se marcar “2,5” nesse caso. Se um comportamento é moderado (3), mas “indo mais para muito acentuado do que menos”, pode-se marcar “3,5”.

ANEXO VII – ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND

(ESCALA NECESSITA DE TREINAMENTO ESPECÍFICO)

Sparrow, S. S., Balla, D., Cicchetti, D. V., C Doll, E. A. (1984). Vineland adaptative behavior scales: Interview edition, survey form manual. Circle Pines; American Guidance Service.

Iniciais: _____

RG-IP: _____

Data de nascimento: _/ _/ _

Data: _/ _/ _

DOMÍNIO COMUNICACIONAL

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2 - Sim, frequentemente.	R: Receptiva
1 - Algumas vezes ou parcialmente.	E: Expressiva
0 - Não, nunca.	W: Escrita
DK - Não sabe.	

		R	E	W
	1. Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som.	()		
	2. Presta atenção ao menos momentaneamente quando o cuidador lhe fala.	()		
	3. Sorri à presença do cuidador.		()	
	4. Sorri à presença de outra pessoa familiar que não o cuidador		()	
	5. Ergue os braços quando o cuidador lhe diz: “Venha cá” ou “De pé”	()		
	6. Demonstra entender o significado do “não”	()		
	7. Imita os sons dos adultos imediatamente após ouvi-los.		()	
	8. Demonstra entender o significado de ao menos 10 palavras.	()		
1	9. Consegue indicar apropriadamente com gestos “sim”, “não” e “eu quero”.		()	
	10. Ouve atentamente a comandos.	()		
	11. Demonstra entender o significado de “sim” e “tudo bem”.	()		
	12. Segue ordens que requerem uma ação e um objeto.	()		
	13. Aponta corretamente para ao menos uma parte principal do corpo,	()		
	14. Utiliza os nomes próprios ou apelidos de irmãos, amigos ou colegas, ou responsáveis		()	
	15. Utiliza frases contendo um substantivo e um verbo, ou dois substantivos.		()	
	16. Nomeia ao menos 20 objetos familiares sem precisar ser interrogado. NÃO PONTUE 1.		()	

	17. Escuta uma história por pelo menos 5 minutos	()		
	18. Indica preferência quando submetido a uma escolha.		()	
2	19. Diz ao menos 50 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	20. Relata espontaneamente experiências em linguagem simples.		()	
	21. Dá um recado simples.		()	
	22. Usa frases de 4 ou mais palavras.		()	
	23. Aponta corretamente para todas as partes do corpo quando interrogado	()		
	24. Diz ao menos 100 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	25. Utiliza frases completas.		()	
	26. Usa “um(a)” e “o(a)” em frases.		()	
	27. Segue ordens na forma “se/então”.	()		
	28. Diz seu nome e sobrenome quando interrogado.		()	
	29. Faz perguntas usando “O que”, “Aonde”, “Quem”, “Por quê?” e “Quando”. NÃO PONTUE 1.		()	
3,4	30. Diz qual de dois objetos é maior sem a presença dos mesmos.		()	
	31. Relata detalhadamente experiências quando interrogado.		()	
	32. Usa “atrás” ou “entre” como preposição numa frase.		()	
	33. Usa “ao redor de” como preposição numa frase.		()	
	34. Usa frases contendo “mas” e “ou”.		()	
	35. Articula palavras claramente, sem trocas de fonemas.		()	
	36. Conta histórias populares, contos de fadas, piadas mais longas ou trechos de “shows” televisivos.		()	
5	37. Cita todas as letras do alfabeto de memória.			()
	38. Lê ao menos três sinais comuns.			()
	39. Diz o dia e mês de seu aniversário quando interrogado.		()	
	40. Usa plurais irregulares.		()	
6	41. Desenha ou escreve seu próprio nome e sobrenome.			()
	42. Diz seu número de telefone quando interrogado. N PODE SER PONTUADO.		()	
	43. Diz seu endereço completo, incluindo cidade e estado, quando interrogado.		()	
	44. Lê ao menos 10 palavras em voz alta ou em silêncio.			()
	45. Desenha ou escreve ao menos 10 palavras de memória.			()
	46. Expressa suas ideias em mais de uma maneira, sem ajuda.		()	
	47. Lê em voz alta, histórias simples.			()
	48. Desenha ou escreve sentenças simples de 3 ou 4 palavras.			()
	49. Assiste a uma aula por pelo menos 15 minutos.	()		
	50. Lê por iniciativa própria.			()
	51. Lê livros pelo menos da 29 série.			()

	52. Ordena itens ou palavras alfabeticamente pela primeira letra.			()
	53. Desenha ou escreve pequenos recados ou mensagens.			()
9	54. Explica itinerários complexos aos outros.		()	()
	55. Escreve cartas rudimentares. NÃO PONTUE 1.			()
	56. Lê livros pelo menos da 4ª série.			()
	57. Escreve em letra de mão a maior parte do tempo. NÃO PONTUE 1.			()
10 a 18 +	58. Usa um dicionário.			()
	59. Usa a relação do conteúdo em material de leitura.			()
	60. Escreve relatórios ou redações. NÃO PONTUE 1.			()
	61. Endereça envelopes corretamente.			()
	62. Usa o índice em material de leitura.			()
	63. Lê histórias de jornais adultos. N PODE SER PONTUADO.			()
	64. Tem objetivos realísticos a longo -prazo e descreve com detalhes estratégias para atingi-los.		()	
	65. Escreve cartas elaboradas.			()
	66. Lê jornais adultos ou magazines semanais. N PODE SER PONTUADO.			()
	67. Escreve cartas comerciais. NÃO PONTUE 1.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	R	E	W	Pontuação geral Subdomínio:

DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2 - Sim, frequentemente.	P: Pessoal
1 - Algumas vezes ou parcialmente.	D: Doméstica
0 - Não, nunca.	C: Comunidade
DK - Não sabe.	

		P	D	C
--	--	----------	----------	----------

<1	1. Demonstra perceber a chegada de mamadeira, seio materno ou comida.	()		
	2. Abre a boca diante da colher com comida.	()		
	3. Remove a comida da colher com a boca.	()		
	4. Engole ou mastiga bolachas.	()		
	5. Ingere comida sólida.	()		
1	6. Bebe de xícara ou copo sem auxílio.	()		
	7. Alimenta-se com auxílio de colher.	()		
	8. Demonstra entender que coisas quentes são perigosas.			()
	9. Indica que está molhado apontando, falando ou puxando a fralda.	()		
	10. Bebe por um canudo.	()		
	11. Permite que o cuidador enxugue seu nariz.	()		
	12. Alimenta-se com auxílio de garfo.	()		
	13. Tira casaco com abertura frontal, suéter ou camiseta sem auxílio.	()		
	14. Alimenta-se com colher sem derramar	()		
	15. Demonstra interesse em se trocar quando muito molhado ou sujo	()		
2	16. Urina na privada ou no penico.	()		
	17. Toma banho sem auxílio.	()		
	18. Evacua na privada ou no penico.	()		
	19. Pede para usar o banheiro.	()		
	20. Coloca roupas removíveis com faixas de ajuste.	()		
	21. Demonstra entender a função do dinheiro.			()
	22. Livra-se de seus haveres quando solicitado.		()	()
3	23. Não urina nas vestes à noite.	()		
	24. Bebe água da torneira sem auxílio.	()		
	25. Escova os dentes sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	26. Demonstra entender a função do relógio, convencional ou digital.		()	
	27. Auxilia com mais tarefas se solicitado.		()	
	28. Lava e enxuga o rosto sem auxílio.	()		
	29. Põe os sapatos nos pés corretos sem auxílio.	()		
	30. Atende o telefone adequadamente. N PODE SER PONTUADO		()	
	31. Veste-se completamente, exceto amarrar sapatos.	()		
4	32. Chama ao telefone a pessoa solicitada, ou avisa que esta não se encontra. N PODE SER PONTUADO.		()	
	33. Arruma a mesa das refeições sem auxílio.		()	
	34. Toma todas as providências quando vai ao banheiro, sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.		()	
	35. Olha para ambos os lados antes de atravessar rua ou avenida.		()	
	36. Tira roupas limpas sem auxílio quando solicitado.		()	

	37. Limpa seu nariz sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	38. Limpa mesa com objetos frágeis.		()	
	39. Enxuga-se com toalha sem auxílio.	()		
	40. Fecha todos os fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
5	41. Ajuda na preparação de alimentos que necessitam misturar e cozinhar.	()		
	42. Demonstra entender que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.		()	
	43. Dá laço em cadarço de sapato sem auxílio.	()		
	44. Toma banho sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	45. Olha para ambos os lados e atravessa a rua ou avenida sozinho(a).		()	
	46. Cobre a boca e o nariz quando tosse ou espirra.	()		
6	47. Usa colher, garfo e faca corretamente. NÃO PONTUE 1.	()		
	48. Inicia chamadas telefônicas para outrem. N PODE SER PONTUADO		()	
	49. Obedece placas de trânsito e sinais de “Pare” e “Ande”. N PODE SER PONTUADO.		()	
	50. Veste-se completamente, incluindo amarrar sapatos e fechar fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
	51. Arruma sua cama quando solicitado.		()	
	52. Diz o dia da semana quando solicitado.			()
	53. Ajusta o cinto de segurança sem ajuda. N PODE SER PONTUADO.		()	
7	54. Sabe o valor de cada moeda.			()
	55. Usa ferramentas básicas.		()	
	56. Identifica direita e esquerda nos outros.			()
	57. Arruma a mesa sem auxílio quando solicitado.		()	
8	58. Varre, esfrega ou passa o aspirador com cuidado, sem auxílio, quando solicitado.	()		
	59. Usa números de telefone de emergência em emergências. N PODE SER PONTUADO		()	
	60. Pede seu próprio prato num restaurante. N PODE SER PONTUADO		()	
	61. Diz a data de hoje se interrogado.			()
	62. Veste-se antecipando mudanças no tempo sem precisar ser advertido.	()		
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem precisar ser advertido.	()		
9,10	64. Fala a hora com intervalos de 5 minutos.			()
	65. Cuida do cabelo sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	66. Usa fogão ou forno de micro-ondas para cozinhar.		()	
	67. Usa produtos de limpeza doméstica adequada e corretamente.	()		
11,12	68. Confere corretamente o troco numa compra que custe mais de um real.		()	

	69. Usa o telefone para todo tipo de chamadas, sem auxílio. N PODE SER PONTUADO.		()	
	70. Cuida de suas unhas sem auxílio e sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.	()		
	71. Prepara alimentos que necessitam misturar e cozinhar, sem auxílio.	()		
13, 14, 15	72. Usa telefone público. N PODE SER PONTUADO.			()
	73. Arruma seu quarto sem precisar ser lembrado.		()	
	74. Economiza e já comprou ao menos um brinquedo.			()
	75. Zela por sua própria saúde.	()		
16	76. Ganha mesada regularmente.			()
	77. Arruma sua cama e troca os lençóis rotineiramente. NÃO PONTUE 1.	()		
	78. Limpa outros aposentos que não o seu regularmente, sem necessitar solicitação.	()		
	79. Realiza tarefas rotineiras de manutenção e reparos domésticos sem precisar de solicitação.	()		
17 a 18 +	80. Costura botões, caseados e ganchos nas roupas quando solicitado.	()		
	81. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	82. Cuida de seu dinheiro sem auxílio.			()
	83. Planeja e prepara o prato principal do dia sem auxílio.		()	
	84. Chega ao serviço na hora.			()
	85. Toma conta de suas roupas sem precisar ser lembrado. NÃO PONTUE 1.	()		
	86. Notifica seu supervisor se vai se atrasar para chegar			()
	87. Notifica seu supervisor se vai se ausentar por doença.			()
	88. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	89. Faz as próprias bainhas e outras alterações sem precisar ser advertido.		()	
	90. Obedece limites de tempo para café e almoço no trabalho.			()
	91. Assume trabalho em tempo integral com responsabilidade. NÃO PONTUE 1.			()
	92. Tem conta bancária e a movimenta com responsabilidade.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	P	D	C	Pontuação geral

				Subdomínio:
--	--	--	--	--------------------

DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2 - Sim, frequentemente.	IR: Relações Interpessoais
1 - Algumas vezes ou parcialmente.	PLT: Brincar e Lazer
0 - Não, nunca.	CS: Habilidades Sociais
N - Não teve oportunidade.	
DK - Não sabe.	

		IR	PL T	CS
<1	1. Olha para o rosto do cuidador	()		
	2. Reage à voz do cuidador ou de outra pessoa.	()		
	3. Distingue o cuidador dos outros.	()		
	4. Demonstra interesse em objetos ou pessoas novas.		()	
	5. Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição.	()		
	6. Antecipa-se ao sinal de que vai ser pego ao colo pelo cuidador.	()		
	7. Demonstra afeição para com pessoas familiares.	()		
	8. Demonstra interesse em outras crianças que não seus irmãos.	()		
	9. Dirige-se a pessoa conhecida.	()		
	10. Brinca com brinquedo ou outro objeto só ou acompanhado.		()	
	11. Participa de jogos simples de interação com outras crianças.		()	
	12. Utiliza objetos domésticos para brincar.		()	
	13. Demonstra interesse nas atividades dos outros.		()	
	14. Imita movimentos simples dos adultos, como bater palmas ou acenar um adeus, em resposta a um modelo.	()		
1, 2	15. Ri e sorri adequadamente em resposta a estímulos positivos.	()		
	16. Identifica ao menos duas pessoas familiares pelo nome.	()		
	17. Demonstra desejo de agradar o cuidador.	()		
	18. Participa de ao menos uma atividade ou jogo em grupo	()		
	19. Imita uma tarefa relativamente complexa, várias horas após ter sido realizada por alguém.	()		
	20. Imita frases de adultos ouvidas em ocasiões prévias.	()		

	21. Empenha-se em criar situações de “faz de conta”, só ou acompanhado.		()	
3	22. Demonstra preferência por alguns amigos em detrimento de outros.	()		
	23. Diz “Por favor” ao pedir algo.			()
	24. Qualifica felicidade, tristeza, medo e raiva em si mesmo	()		
	25. Identifica pessoas por características outras que não o nome, quando solicitado.	()		
4	26. Compartilha brinquedos e objetos sem necessitar solicitação	()		
	27. Nomeia um ou mais programas favoritos de televisão quando solicitado, e diz em que dias e canais os programas são apresentados. N PODE SER PONTUADO.	()		
	28. Segue regras em jogos simples sem precisar ser lembrado.	()		
	29. Tem um amigo predileto de qualquer sexo.	()		
	30. Segue as regras e rotinas escolares.			()
5	31. Reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros.	()		
	32. Pede perdão por erros involuntários.			()
	33. Tem um grupo de amigos.	()		
	34. Segue as regras da comunidade.			()
6	35. Joga mais de um jogo de mesa ou jogo de baralho que necessite habilidade e decisão.	()		
	36. Não fala com a boca cheia.			()
	37. Tem um amigo do peito do mesmo sexo.	()		
	38. Reage adequadamente quando apresentado a alguém.		()	
7, 8	39. Faz ou compra pequenos presentes para o cuidador ou membro da família em datas festivas, por iniciativa própria.	()		
	40. Mantém segredos e confidências por mais de um dia.		()	
	41. Devolve brinquedos, objetos ou dinheiro emprestado de um colega e devolve livros emprestados à biblioteca.		()	
	42. Termina a conversa adequadamente.			()
9	43. Segue limites de tempo impostos pelo cuidador.			()
	44. Evita perguntas ou comentários que possam embaraçar ou magoar os outros.		()	
	45. Controla raiva e mágoa quando lhe é negado.			()
	46. Mantém segredos e confidências tanto quanto for apropriado.		()	
10, 11	47. Comporta-se adequadamente à mesa sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.		()	
	48. Assiste TV ou ouve rádio em busca de informação sobre uma área de interesse em particular. N PODE SER PONTUADO.	()		
	49. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, quando acompanhado de um adulto. N PODE SER PONTUADO.	()		
	50. Pesa as consequências das ações antes de tomar decisões com independência.		()	

	51. Pede perdão por erros em seu julgamento.			()
12, 13, 14	52. Lembra datas de aniversário de membros próximos da família e amigos em particular.	()		
	53. Inicia conversas sobre tópicos de especial interesse para os outros.	()		
	54. Tem um “hobby”.		()	
	55. Devolve dinheiro emprestado do cuidador.			()
15 a 18 +	56. Reage a alusões e indiretas durante a conversação.	()		
	57. Participa de esportes extracurriculares. N PODE SER PONTUADO.		()	
	58. Assiste TV ou ouve rádio para informações práticas e cotidianas. N PODE SER PONTUADO.		()	
	59. Agenda e respeita agendamentos.			()
	60. Assiste TV ou ouve rádio buscando notícias independentemente. N PODE SER PONTUADO.		()	
	61. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, sem acompanhamento de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	62. Sai à noite com amigos, sem supervisão de um adulto.		()	
	63. Pertence a uma organização social ou de serviços, grupo de interesses ou clube organizado de adolescentes mais velhos.	()		
	64. Vai com uma só pessoa do sexo oposto a festas ou eventos públicos onde muitas pessoas estarão presentes.	()		
	65. Sai em grupos de dois ou três casais.	()		
	66. Sai para encontros a sós.	()		

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	IR	PLT	CS	Pontuação geral Subdomínio:

DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS

PONTUAÇÃO DE ITENS	
2 - Sim, frequentemente.	G: Grosseira
1 - algumas vezes ou parcialmente.	F: Fina
0 - Não, nunca.	

N - Não teve oportunidade;	
DK - Não sabe.	

		G	F
<1	1. Mantém a cabeça ereta menos 15 segundos sem auxílio quando sustentado verticalmente pelos braços do examinador.	()	
	2. Senta com apoio por pelo menos 1 minuto.	()	
	3. Agarra pequenos objetos com as mãos, de qualquer jeito.		()
	4. Transfere objetos de uma mão para a outra.		()
	5. Agarra pequenos objetos com o polegar e os dedos.		()
	6. Soergue-se para a posição sentada e mantém a posição por pelo menos 1 minuto.	()	
	7. Engatinha pelo chão sobre as mãos e os joelhos, sem encostar a barriga no chão.	()	
	8. Abre portas que só necessitam ser empurradas ou puxadas.		()
1	9. Rola uma bola enquanto sentado.	()	
	10. Anda com o objetivo de explorar os arredores.	()	
	11. Sobe e desce da cama ou de uma cadeira grande.	()	
	12. Sobe em brinquedos baixos.	()	
	13. Rabisca com lápis, crayon ou giz em superfícies.		()
2	14. Sobe escadas, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	15. Desce escada de frente, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	16. Corre graciosamente, com mudanças de velocidade e direção.	()	
	17. Abre portas, girando e empurrando maçanetas.		()
	18. Pula sobre objetos pequenos.	()	
	19. Atarracha e desatarracha a tampa de um pote.		()
	20. Pedala triciclo ou outro veículo de três rodas por, pelo menos, três pés. N PODE SER PONTUADO.	()	
	21. Mantém-se sobre um só pé, enquanto se segura em outra pessoa ou objeto estável, sem cair	()	
	22. Constrói estruturas em três dimensões, com no mínimo 5 blocos.		()
	23. Abre e fecha tesoura com uma mão.		()
3, 4+	24. Desce escada sem auxílio, alternando os pés.	()	
	25. Sobe em brinquedos altos.	()	
	26. Recorta papel com tesoura.		()
	27. Salta em um pé só pelo menos três vezes sem perder o embalo. NÃO PONTUE 1.	()	
	28. Completa quebra-cabeça de pelo menos 6 peças. NÃO PONTUE 1.	()	

	29. Desenha mais de uma forma identificável com lápis ou crayons.		()
	30. Recorta papel seguindo uma linha com a tesoura.		()
	31. Usa a borracha sem rasgar o papel.		()
	32. Pula em um pé só com facilidade. NÃO PONTUE 1.	()	
	33. Destranca fechaduras.		()
	34. Recorta figuras complexas com tesoura.		()
	35. Apanha bola pequena arremessada de uma distância de 10 pés, mesmo que necessite se mover para isso	()	
	36. Anda numa bicicleta sem rodinhas de segurança, sem cair. N PODE SER PONTUADO.	()	

DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

PONTUAÇÃO DE ITENS	
2 - Sim, frequentemente.	N - Não teve oportunidade;
1 - Algumas vezes ou parcialmente.	DK - Não sabe.
0 - Não, nunca.	

Parte 1

1. Suga polegar ou dedos.	()
2. É dependente demais.	()
3. Esconde-se.	()
4. Urina na cama.	()
5. Apresenta distúrbio alimentar.	()
6. Apresenta distúrbio do sono.	()
7. Rói unhas.	()
8. Evita a escola ou o trabalho	()
9. Demonstra acentuada ansiedade.	()
10. Apresenta tiques.	()
11. Chora ou ri muito facilmente.	()
12. Tem pouco contato com o olhar.	()
13. Apresenta infelicidade excessiva.	()
14. Range dentes durante o dia ou a noite.	()
15. É muito impulsivo.	()
16. Pouca capacidade de prestar atenção e concentração.	()
17. É demasiadamente ativo.	()
18. Tem crises de birra.	()
19. É negativista ou desafiador.	()

20. Atormenta ou ameaça.	()
21. Demonstra falta de consideração.	()
22. Mente, trapaceia ou rouba.	()
23. É fisicamente muito agressivo.	()
24. Sua em situações inapropriadas.	()
25. Foge	()
26. É teimoso ou mal-humorado.	()
27. É gazeteiro na escola ou trabalho.	()

Parte 2

INTENSIDADE - CIRCUNDE UM DELAS

		GRAVE	MODERADO
28. Envolve-se em comportamento sexual inadequado.	()	S	M
29. Tem preocupações excessivas ou peculiares com objetos ou atividades.	()	S	M
30. Expressa pensamentos que não são sensatos.	()	S	M
31. Demonstra maneirismos ou hábitos extremamente peculiares.	()	S	M
32. Apresenta comportamentos lesivos contra si mesmo.	()	S	M
33. Destrói intencionalmente propriedade própria ou alheia.	()	S	M
34. Apresenta discurso bizarro.	()	S	M
35. Alheia-se do que se passa ao seu redor.	()	S	M
36. Balança o tronco para frente e para trás quando sentado ou parado.	()	S	M
SOMA (PARTE 1 e 2):			

ANEXO VIII – ATEC

AUTISM TREATMENT EVALUATION CHECKLIST (ATEC)

Nome da criança:

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
Formulário completado por:

Tipo de Relação (mãe, pai, professor, etc.) _____

Por favor, circunde as letras, de modo a indicar o grau de verdade de cada frase:

I. Discurso/Linguagem/Comunicação:

[N] Não verdadeiro; [P] Parcialmente verdadeiro; [V] Muito verdadeiro

N	P	V	1. Sabe o seu nome
N	P	V	2. Responde a “Não” ou “Pára”
N	P	V	3. Consegue seguir algumas ordens.
N	P	V	4. Consegue usar uma palavra de cada vez (Não!, Comer, Água, etc.).
N	P	V	5. Consegue usar 2 palavras de cada vez (não querer, ir casa).
N	P	V	6. Consegue usar 3 palavras de cada vez (Querer mais leite).
N	P	V	7. Sabe 10 ou mais palavras.
N	P	V	8. Consegue usar frases com 4 ou mais palavras.
N	P	V	9. Explica o que ele/ela quer.
N	P	V	10. Faz perguntas com sentido.
N	P	V	11. O seu discurso tende a ter significado/relevante.
N	P	V	12. Usa, com frequência, várias frases sucessivas.
N	P	V	13. Mantém, razoavelmente bem, uma conversação.
N	P	V	14. Possui, para a sua idade, uma capacidade normal para comunicar.

II. Sociabilidade:

[N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente; [M] Descreve muito

N	P	V	1. Parece estar numa concha - você não consegue chegar até ele/ela.
N	P	V	2. Ignora as outras pessoas.
N	P	V	3. Presta pouca ou nenhuma atenção quando alguém se lhe dirige.
N	P	V	4. Não cooperativo e resistente.
N	P	V	5. Não estabelece contacto ocular.
N	P	V	6. Prefere que o deixem sozinho.

N	P	V	7. Não mostra afeto
N	P	V	8. Falha em cumprimentar os pais.
N	P	V	9. Evita o contacto com os outros.
N	P	V	10. Não imita.
N	P	V	11. Não gosta de ser abraçado/aconchegado.
N	P	V	12. Não partilha ou mostra.
N	P	V	13. Não acena “adeus”.
N	P	V	14. Desagradável/não obediente.
N	P	V	15. Birras
N	P	V	16. Não tem amigos/companheiros.
N	P	V	17. Raramente ri.
N	P	V	18. Insensível aos sentimentos dos outros.
N	P	V	19. Indiferente quanto ao fato de os outros poderem gostar dele.
N	P	V	20. Indiferente se o(s) pai(s) se vai/vão embora.

III. Consciência Cognitiva/Sensorial:

[N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente; [M] Descreve muito

N	P	V	1. Responde quando chamado pelo seu nome.
N	P	V	2. Responde ao elogio.
N	P	V	3. Olha para as pessoas e para os animais.
N	P	V	4. Olha para fotografias, imagens (e T.V.).
N	P	V	5. Desenha, pinta, arte (outras formas de expressão).
N	P	V	6. Brinca com brinquedos de forma apropriada.
N	P	V	7. Tem uma expressão facial apropriada.
N	P	V	8. Compreende histórias na T. V.
N	P	V	9. Compreende explicações.
N	P	V	10. Tem consciência do ambiente que o circunda.
N	P	V	11. Tem consciência do perigo.
N	P	V	12. Mostra imaginação.
N	P	V	13. Inicia atividades.
N	P	V	14. Veste-se sozinho.
N	P	V	15. Curioso, interessado.
N	P	V	16. Aventureiro - explora.
N	P	V	17. “Sintonizado” - Não desorientado.
N	P	V	18. Olha para onde os outros estão a olhar.

IV. Saúde/Físico/Comportamento:

[N] Não é problema; [m] Problema menor; [M] Problema Moderado; [S] Problema Sério

N	m	M	S	1. Urina na cama.
N	m	M	S	2. Urina nas calças/fraldas.
N	m	M	S	3. Suja as calças/fraldas.
N	m	M	S	4. Diarreia.
N	m	M	S	5. Prisão de ventre.
N	m	M	S	6. Problemas de sono.
N	m	M	S	7. Come demais/muito pouco.
N	m	M	S	8. Tem uma dieta extremamente limitada.
N	m	M	S	9. Hiperativo.
N	m	M	S	10. Letárgico (apático, sem energia).
N	m	M	S	11. Bate ou magoa a si próprio.
N	m	M	S	12. Bate ou magoa os outros.
N	m	M	S	13. Tem comportamentos destrutivos.
N	m	M	S	14. Sensível aos sons.
N	m	M	S	15. Ansioso/medroso
N	m	M	S	16. Infeliz/chora.
N	m	M	S	17. Convulsões.
N	m	M	S	18. Discurso obsessivo.
N	m	M	S	19. Rotinas rígidas.
N	m	M	S	20. Grita ou berra.
N	m	M	S	21. Exige um ambiente sempre idêntico, imutável.
N	m	M	S	22. Frequentemente agitado.
N	m	M	S	23. Não é sensível à dor
N	m	M	S	24. “Enganchado” ou fixo em certos objetos/assuntos.
N	m	M	S	25. Movimentos repetitivos (auto estimula-se, balanceia-se, etc.).

*Tradução: Leitão, G. L. (2001) *Revisão: Leitão, G. L. (2012)

I	II	III	IV	TOTAL
Data:	ATEC nº:			
Score Anterior:				

Pontuação

As pontuações totais no ATEC variam de 0 a 180 e são calculadas pela soma das pontuações de cada subescala. Em geral, uma pontuação mais alta indica um maior grau de comprometimento devido aos sintomas. As respostas a cada pergunta recebem um valor numérico e, em seguida, são somadas.

Nas **seções I e III**, uma resposta “não verdadeiro/descritivo” recebe 2 pontos, uma resposta “parcialmente verdadeiro/descritivo” recebe 1 ponto e uma resposta “muito verdadeiro/descritivo” recebe 0 ponto.

Já na **seção II**, uma resposta “não descreve” recebe 0 ponto, uma resposta “descreve parcialmente” recebe 1 ponto e uma resposta “descreve muito” recebe 2 pontos.

Na **seção IV**, uma resposta “não é um problema” recebe 0 ponto, uma resposta “problema menor” recebe 1 ponto, uma resposta “problema moderado” recebe 2 pontos e uma resposta “problema sério” recebe 3 pontos.

REFERÊNCIA

Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D.

Instituto de Pesquisa de Autismo | 4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116 USA | fax: (619) 563-6840 | www.autism.org

ANEXO IX – Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

AGF – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais). Código (Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72).

100 | 91

- Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.
- Assintomático.

90 | 81 • Sintomas ausentes ou mínimos (p. ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p. ex., uma discussão ocasional com membros da família).

80 | 71

- Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p. ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., apresenta declínio temporário na escola).

70 | 61

- Alguns sintomas leves (p. ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.

60 | 51

- Sintomas moderados (p. ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).

50 | 41

Sintomas sérios (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).

40 | 31

- Algum prejuízo no teste de realidade ou na comunicação (p. ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (p. ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).

30 | 21

- Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (p. ex., ocasionalmente incoerente, age de forma imprópria, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas (p. ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).

20 | 11

- Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (p. ex., tentativas de suicídio sem clara intenção de morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal (p. ex., suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (p. ex., ampla incoerência ou mutismo).

10 | 01

- Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p. ex., violência recorrente) OU inabilidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento de morte.

0

- Informações inadequadas.

ANEXO X – Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (04 a 16 anos) - C-GAS

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS)

Pontue o nível mais prejudicado de funcionamento geral do sujeito para um período de tempo específico selecionando o nível mais baixo que descreva seu funcionamento num continuum hipotético de saúde doença.

Use níveis intermediários (por exemplo, 35, 58, 62).

Pontue o funcionamento atual, independentemente do tratamento ou prognóstico. Os exemplos de comportamentos citados são meramente ilustrativos e não exigências para uma dada pontuação.

Período de tempo especificado: 1 mês

100 | 91 Funcionamento superior em todas as áreas (em casa, na escola e com colegas); envolvido em grande número de atividades e tem muitos interesses (por ex: tem “hobbies”, ou participa de atividades extracurriculares, ou pertence a um grupo organizado, como os Escoteiros); sociável (agradável), confiante; preocupações cotidianas nunca o tiram do sério; vai bem na escola; sem sintomas.

90 | 81 Funcionamento bom em todas as áreas; estável na família, na escola e com colegas; podem haver dificuldades transitórias e preocupações (cotidianas) que ocasionalmente saiam do controle (ex: leve ansiedade associada com uma prova importante; “explosões” ocasionais com irmãos, pais ou colegas).

80 | 71 Não mais que um leve prejuízo no funcionamento em casa, na escola ou com colegas; alguns problemas de comportamento ou sobrecarga emocional podem estar presentes em resposta a estressores vitais (ex: separação dos pais; mortes; nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência com o funcionamento é transitória; tais crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem as conhece.

70 | 61 Alguma dificuldade em uma única área, mas, em geral, funciona muito bem (ex: atos antissociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente realizar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com o trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança); tem algumas relações interpessoais significativas; a maioria das

peessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.

60 | 51 Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias mas não em todas as áreas sociais; distúrbios são perceptíveis para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a vêem em outras horas ou ambientes.

50 | 41 Grau moderado de interferência nos funcionamentos da maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área, tais como as que possam resultar de, por exemplo, ideações suicidas ou ruminções, recusa para ir à escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade frequente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriadas, episódios frequentes de agressão ou outros comportamentos antissociais, com alguma preservação de relações

51 | 31 Disfunção importante em várias áreas e incapacidade funcional em uma dessas áreas: isto é, desadaptado em casa, na escola, com colegas ou em sociedade, por ex: agressão persistente sem provocação, apatia e isolamento marcante devido ou ao humor ou a alterações do pensamento; tentativas suicidas com intenção letal clara; geralmente tais crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).

30 | 21 Incapacidade funcional em quase todas as áreas, por ex: fica em casa, na enfermaria ou na cama o dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais ou graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: algumas vezes incoerente ou inadequado).

20 | 11 Necessita de supervisão considerável para prevenir danos aos outros ou a si mesmo (ex: frequentemente violento, várias tentativas de suicídio) ou para manter a higiene pessoal ou grave prejuízo em prejuízo em todas as formas de comunicação por ex., graves anormalidades na comunicação verbal e gestual, grave inadequação social, estupor, etc.

10 | 1 Necessita de supervisão constante (cuidados por 24 horas) devido à intensa agressividade ou condutas autodestrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

Pontuação e Interpretação

A CGAS solicita ao médico que classifique a criança de 1 a 100 com base em seu nível mais baixo de funcionamento, independentemente do tratamento ou prognóstico, durante um período de tempo especificado.

1-10: Necessita de supervisão constante (cuidados 24

horas) 11-20: Necessita de supervisão considerável

21-30: Incapaz de funcionar em quase todas as áreas

31-40: Comprometimento grave no funcionamento em várias áreas e incapaz de funcionar em uma dessas áreas

41-50: Grau moderado de interferência no funcionamento na maioria das áreas sociais ou comprometimento grave do funcionamento em uma área

51-60: Funcionamento variável com dificuldades ou sintomas esporádicos em várias, mas não em todas as áreas sociais

61-70: Alguma dificuldade em uma única área, mas geralmente funcionando razoavelmente bem

71-80: Não mais do que um leve comprometimento no

funcionamento 81-90: Bom funcionamento em todas as áreas

91-100: Funcionamento superior

Referência:

SHAFFER, D.; GOULD, M. S.; BRASIC, J.; AMBROSINI, P.; FISHER, P.; BIRD, H. & ALUWAHLIA, S. - "A children's global assessment scale(CGAS)" Arch Gen Psychiat, 40: 1228-1231, Nov 1983.

ANEXO XI – Projeto Terapêutico Singular/Compartilhado

ANEXO XII – Protocolo de Encaminhamento

ANEXO XI – Projeto Terapêutico Singular/Compartilhado



PLANO TERAPÊUTICO COMPARTILHADO

Nome:	Sexo:
CNS/ CPF:	D.N: Idade:
Filiação:	Escola:
Data do primeiro atendimento:	UBS de referência:

2. DIAGNÓSTICO

Especificar o diagnóstico clínico que dará direcionamento das intervenções terapêuticas. Utilizar CID 10/CID 11 e DSM V

3. INFORMAÇÕES GERAIS

Profissionais de referência:

4. OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Breve descrição sobre os objetivos/metasp do tratamento por categoria profissional.

5. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Especificar os profissionais e metodologia/abordagem/técnica utilizada pelo profissional

6. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

7. Especificar SERVIÇOS DE SAÚDE ENVOLVIDOS:

Especificar os serviços de saúde envolvidos na execução do PTC

8. REDE INTERSETORIAL:

() Escola, especificar profissional: _____

() CRASS/CREAS

() Esporte e lazer

() Outras, especificar: _____

9. ABORDAGEM FAMÍLIA/CUIDADORES/RESPONSÁVEIS:

Breve descrição sobre os objetivos/metast junto aos familiares/cuidadores/responsáveis que auxiliará no cuidado da saúde do usuário

10. ABORDAGEM ESCOLA:

Breve descrição sobre os objetivos/metast junto a escola/ambiente escolar que auxiliará no cuidado da saúde do usuário

11. ENCAMINHAMENTO PARA:

☐ Atenção Primária à Saúde para o profissional de saúde: _____

☐ Serviço de Reabilitação de DI/TEA. Referência: _____

☐ Estimulação Precoce. Referência: _____

- Ciente dos envolvidos:

Assinatura dos profissionais:

Assinatura da família:

DATA: ____/____/____

ANEXO XII – Protocolo de Encaminhamento



ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO)

O usuário deverá ser encaminhado para o Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (DI/TEA) quando houver suspeita ou diagnóstico de DI/TEA. **O usuário será avaliado pelo serviço Polo de referência e após será encaminhado para um serviço de reabilitação.**

1. Assinale o motivo do encaminhamento:

- ☐ Suspeita de DI/TEA
☐ Diagnóstico confirmado de DI/TEA
☐ Atraso Global do desenvolvimento

2. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:

- Idade de início do quadro: _____
- Alterações de: () linguagem () sono () alimentação () comportamento () higiene pessoal () socialização

Descreva: evolução dos sintomas, distorções, etc:

● Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:

() NÃO () SIM : _____

- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia e por quanto tempo): _____

- Terapias/Tratamentos atuais: () psicólogo () fonoaudiólogo () fisioterapeuta () neurologista/psiquiatra

Descreva: História familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos, descreva:

- Exames auditivos realizados: () TAN () PEATE () Audiometria resultado: _____

- Comorbidades: () TDAH () Ep. depressivo atual () T. ansiedade atual () doenças neurológicas

() doença somática: _____ () outros: _____



ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO)

Nome:	
CNS/CPF:	D.N: ____/____/____
Endereço:	UBS:

O usuário deverá ser encaminhado para o Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (DI/TEA) quando houver suspeita ou diagnóstico de DI/TEA.

1. ASSINALE O MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

- ☐ Suspeita de DI/TEA
- ☐ Diagnóstico confirmado de DI/TEA
- ☐ Atraso Global do desenvolvimento
- ☐ Transferência de cuidado*

* em caso de mudança de domicílio, visando garantir a continuidade do atendimento do usuário que já frequenta serviço de reabilitação intelectual, modalidade única.

2. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:

- Idade de início do quadro: _____
- Alterações de: () linguagem () sono () alimentação () comportamento () higiene pessoal () socialização

Descreva: evolução dos sintomas, distúrbios, etc:

● Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:

() NÃO () SIM : _____

- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia e por quanto tempo): _____

- Terapias/Tratamentos atuais: () não () sim : () psicólogo () fonoaudiólogo () fisioterapeuta () terapeuta ocupacional () neurologista/psiquiatra () outra especialidade (qual?-_____)

Descreva: História familiar de TEA/ deficiência intelectual ou pais consanguíneos: _____

- Exames auditivos realizados: () TAN () PEATE () Audiometria resultado: _____
- Comorbidades: () TDAH () Ep. depressivo atual () T. ansiedade atual () doenças neurológicas

() doença somática: _____ () outros: _____

3. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:

● **Atraso nos marcos do desenvolvimento:** Data da aplicação: ____/____/____ () NÃO () SIM
Quais? _____

● **Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança (Ministério Saúde, 2024):**
() Provável Atraso do Desenvolvimento () Alerta para o Desenvolvimento () Desenvolvimento adequado

● **Escala M-CHAT-R (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade)***
Pontuação Total Escala M-CHAT-R **16 e/ou 18m:** _____ Data da aplicação escala: ____/____/____
() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20
Pontuação Total Escala M-CHAT-R **30 m:** _____ Data da aplicação escala: ____/____/____
() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20

*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

● **Outro instrumento de rastreio/ avaliação (qual? fornecer o resultado):**

4. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR para usuários matriculados (anexar relatório da escola/creche)

5. TRANSFERÊNCIA E CUIDADO ENTRE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL - MODALIDADE ÚNICA

Transferência de: _____ (prestador) Para: _____ (prestador)

* Ao serviço responsável pela transferência cabe encaminhar relatório de desligamento por mudança de município , enviar cópia do PTS em andamento, e orientar que o usuário procure a unidade básica de saúde mais próximo de sua nova residência para garantia do atendimento na ordenadora do cuidado em DI / TEA. Devem orientar a família de que o atendimento é prioritário desde que haja vaga na instituição referencia do novo município.

DATA: ____/____/____

Assinatura do médico

Orientações:



1. **Todo o contato com a criança deve ser visto como um momento interventivo, de avaliação e acompanhamento de seu desenvolvimento.**
2. **As medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, já na atenção primária, uma vez que a INTERVENÇÃO PRECOCE e oportuna oferece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica na Atenção Especializada**
3. **Recomenda-se que formalmente toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Sugere-se que o agendamento seja realizado no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade.**
4. **IMPORTANTE!** Para mais informações, leia as [Linhas de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista da Criança](#), [Diretrizes de Estimulação Precoce – crianças de zero a 3 anos com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor](#), [Diretrizes - Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo](#), [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](#).