

LEILIANE TEIXEIRA BENTO FERNANDES
VANESSA MEDEIROS DA NÓBREGA
Organizadoras

Guia de Diretrizes

Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com Transtorno do Espectro Autista: da Atenção Primária à Saúde aos Centros Especializados em Reabilitação





Universidade Estadual da Paraíba

Prof^a. Célia Regina Diniz | *Reitora*

Prof^a. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa | *Diretor*

Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500

Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Leiliane Teixeira Bento Fernandes

Vanessa Medeiros da Nóbrega

(Organizadoras)

GUIA DE DIRETRIZES

**Fluxo de atendimento à criança e ao
adolescente com Transtorno do Espectro
Autista: da Atenção Primária à Saúde aos
Centros Especializados em Reabilitação**



Campina Grande - PB | 2024



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa (*Diretor*)

Expediente EDUEPB

Design Gráfico e Editoração

Erick Ferreira Cabral
Jefferson Ricardo Lima A. Nunes
Leonardo Ramos Araujo

Revisão Linguística e Normalização

Antonio de Brito Freire
Elizete Amaral de Medeiros

Assessoria Técnica

Carlos Alberto de Araujo Nacre
Thaise Cabral Arruda
Walter Vasconcelos

Divulgação

Danielle Correia Gomes

Comunicação

Efigênio Moura

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

G943 Guia de diretrizes [recurso eletrônico] : fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com Transtorno do Espectro Autista : da Atenção Primária à Saúde aos Centros Especializados em Reabilitação / organização de Leiliane Teixeira Bento Fernandes e Vanessa Medeiros da Nóbrega. – Campina Grande : EDUEPB, 2024.
125 p. : il. color. ; 15 x 21 cm.

ISBN: 978-85-7879-996-0 (Impresso)
ISBN: 978-85-7879-993-9 (10.000 KB - Epub)
ISBN: 978-85-7879-994-6 (15.000 KB - PDF)

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Cuidado à Criança e ao Adolescente. 3. Centros Especializados em Reabilitação. I. Fernandes, Leiliane Teixeira Bento. II. Nóbrega, Vanessa Medeiros da. III. Título.

21. ed. CDD 616.8

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Mirelle de Almeida Silva – CRB-15/483

Copyright © EDUEPB

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todas as famílias de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista e a todos os profissionais que, todos os dias, lutam para construir pontes entre o mundo considerado "típico" e os indivíduos neurodivergentes.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), por propiciar aos pesquisadores subsídios necessários à manutenção do processo de pesquisas acadêmicas, por meio de suas bolsas de estudos.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), por acreditar na viabilidade e na importância da realização desse projeto, a fim de gerar melhores resultados no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Aos profissionais de saúde que atendem a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, que se envolveram no processo de construção e validação da presente diretriz.

ÓRGÃOS FINANCIADORES

Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ). Edital FAPESQ/MS nº 05/2020 - Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Termo de outorga 18/2021.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Código de Financiamento 001.

Declaramos, para os devidos fins, que as recomendações finais dessas diretrizes não sofreram influência dos pontos de vista ou interesses dos órgãos financiadores.

CONSTRUA-ME UMA PONTE

Eu sei que você e eu
Nunca fomos iguais.
E eu costumava olhar para as estrelas à noite
E queria saber de qual delas eu vim.
Porque eu pareço ser parte de um outro mundo
E eu nunca saberei do que ele é feito.
A não ser que você me construa uma ponte, construa-me uma ponte,
Construa-me uma ponte de amor.

Eu espero pelo dia no qual você sorrirá para mim
Apenas porque perceberá que existe uma pessoa decente e inteligente,
Enterrada profundamente em meus olhos caleidoscópios,
Pois eu tenho visto como as pessoas me olham,
Embora eu nada tenha feito de errado.
Construa-me uma ponte, construa-me uma ponte,
E, por favor, não demore muito.

Vivendo na beira do medo,
Vozes ecoam como trovão em meus ouvidos,
Vendo como eu me escondo todo dia.
Estou apenas esperando que o medo vá embora,
Eu quero muito ser uma parte do seu mundo.

Eu quero muito ser bem sucedido,
E tudo o que preciso é ter uma ponte,
Uma ponte construída de mim até você,
E eu estarei junto a você para sempre,
Nada poderá nos separar,
Se você me construir uma ponte, uma pequena, minúscula ponte
de minha alma, para o fundo do seu coração.

Mc Kean

escritor, pessoa com autismo

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i>
ADI-R	<i>Autism Diagnostic Interview Revised</i>
ADOS	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
APS	Atenção Primária  Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CAA	Comunicação Ampliada Alternativa
CAIT	Centros de Atendimento Infantil Precoce
CAO	Centros de Atividades Ocupacionais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CARS	<i>Childhood Autism Rating Scale</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comit de tica em Pesquisa com Seres Humanos
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CHAT	<i>Checklist for Autism in Toddlers</i>
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CID-11	Classificação Internacional de Doenças - Versão 11
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DI	Deficiência Intelectual
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Versão 5
ESF	Estratégia Saúde da Família

GEMAF	Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JBI	<i>The Joanna Briggs Institute</i>
IRDI s	Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
M-CHAT-R	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised</i>
M-CHAT-R/F	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
ONGs	Organizações não-governamentais
PREAUT	<i>Programme de Recherche et Évaluation sur L'autisme</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children</i>
TS	Tecnologias em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USMIJ	Unidade de Saúde Mental Infantojuvenil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
--------------------	----

Capítulo 1

DESENVOLVIMENTO DA DIRETRIZ	19
Objetivo da diretriz	19
Usuários-alvo	20
População-alvo	21
Introdução	21
Métodos	25
Atualização da diretriz	29
Necessidade de recursos para aplicação da diretriz	29
Mensuração da aplicação das recomendações da diretriz	30
Facilitadores e barreiras no processo de aplicação da diretriz	30

Capítulo 2

CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
Introdução	33
Triagem do TEA	38

Relação da Atenção Primária à Saúde e o ambiente escolar no cuidado integral à criança com TEA	46
Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com TEA na atenção Primária À Saúde	49

Capítulo 3

CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	51
Introdução	51
Triagem do TEA em serviços especializados	54
Diagnóstico de TEA	54
Exames e testes indicados	55
Instrumentos para auxiliar o diagnóstico	58
Diagnóstico de comorbidades	62
Avaliação das habilidades, interesses e necessidades da criança e adolescente com TEA	63
Reabilitação da criança e do adolescente com TEA	65
Alta ou transição dos serviços pediátricos para os de adultos	74
Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com TEA na Atenção Secundária	76

Capítulo 4

APOIO ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA	77
REFERÊNCIAS	85

ANEXOS	97
Anexo 1 – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)	97
Anexo 2 – <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F)</i>	102
Anexo 3 – Escala de Avaliação de Traços Autístico (ATA)	104
Anexo 4 – <i>Childhood Autism Rating Scale (CARS)</i>	112
SOBRE AS ORGANIZADORAS	121
SOBRE AS AUTORAS	123



APRESENTAÇÃO

Este documento foi organizado e escrito pela enfermeira Leiliane Teixeira Bento Fernandes, com o auxílio da enfermeira Dra. Vanessa Medeiros da Nóbrega, a partir de uma ampla revisão de escopo e de procedimentos de validação de conteúdo, com profissionais da equipe multiprofissional em saúde que atendem a esses usuários, com a orientação e escrita das professoras Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira e Dra. Neusa Collet, durante a trajetória de um doutorado acadêmico.

O interesse em desenvolver a presente diretriz surgiu da inquietação pessoal da primeira autora em dar sentido ao seu caminho de doutoramento, entendendo que esse é um dom que carece de um propósito. Viver o propósito da pesquisa é colocá-la a favor e à disposição da sociedade, de modo a contribuir na vida de pessoas que não obtiveram as mesmas oportunidades ou que encontraram outros propósitos de vida.

Assim, pretende-se colaborar com a gestão e assistência dos serviços de saúde a indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), entendendo que, diante do aumento vertiginoso de casos suspeitos ou diagnosticados nos últimos anos em todo o mundo, as instituições de saúde precisaram se reinventar para abarcar tamanha demanda, e, por vezes, esse processo carece do auxílio de pessoas para além dos muros assistenciais.



Pesquisar em saúde é entender que as lutas e os lutos do outro também são as minhas, porque, se deixarmos o outro perecer, parte de nós enquanto sociedade também perece junto com ele. Promover condições favoráveis a todos os cidadãos é papel da ciência, dos governos e de cada indivíduo, o que enobrece o homem e propicia plena assistência à população.

Por fim, a capa desse material, traz como representação vários aspectos desse caminho: a cor rosa, foi escolhida porque simbolicamente o autismo tem a cor azul, e isso, que por vezes, pode contribuir ainda mais para a invisibilidade do autismo feminino; as mãos representam o cuidado; a faixa amarela, o caminho, a trajetória estabelecida pela diretriz; e o coração com o símbolo do quebra cabeça representa a complexidade do TEA e o amor necessário por parte dos cuidam deles.



Capítulo 1

DESENVOLVIMENTO DA DIRETRIZ

Leiliane Texeira Bento Fernandes
Vanessa Medeiros da Nóbrega
Simone Helena dos Santos Oliveira

Objetivo da diretriz

Este documento possui como objetivo apresentar orientações técnicas e de caráter modo-conduta para os profissionais de saúde que atendem a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista em serviços de Atenção Primária à Saúde e de Atenção Secundária, especificamente, em Unidades de Saúde da Família e Centros Especializados em Reabilitação. Visa colaborar para a orientação dos fluxos de atendimento nos referidos serviços e alinhar as práticas de cuidado com a finalidade de minimizar condutas discrepantes, de forma a melhorar a resolutividade das demandas, por meio de um cuidado longitudinal e contínuo, mas, também, singular. Busca, ainda, estimular a troca de informações entre os profissionais da equipe, para favorecer a adesão



e a execução do itinerário terapêutico e do plano de cuidados ao público-alvo.

Usuários-alvo

Esta diretriz foi desenvolvida para subsidiar o manejo de profissionais de saúde que prestam atendimento de triagem, diagnóstico e reabilitação a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista em Unidades de Saúde da Família e Centros Especializados em Reabilitação. Assim, contempla-se, neste texto, o exercício profissional das seguintes categorias:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Assistente Social;
- Terapeuta Ocupacional;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;
- Educador físico;
- Cirurgião dentista;
- Pedagogo;
- Psicopedagogo.

Cabe salientar que se buscou desenvolver uma diretriz multiprofissional, entendendo que o atendimento a pessoas com TEA perpassa uma gama de ciências, sendo necessária uma equipe com formação diversa para atender às várias demandas impostas pelo



transtorno (Brasil, 2012), não havendo uma sobressalência de uma categoria à outra.

População-alvo

A presente diretriz compreende os aspectos do cuidado profissional a crianças e adolescentes de ambos os sexos, entre 0 e 19 anos, com diagnóstico suspeito ou confirmado de TEA.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que se expressa já nos primeiros anos de vida. Caracteriza-se por dificuldades de comunicação e interação social, manifestações comportamentais repetitivas e estereotipadas, podendo apresentar interesses e atividades restritas, caracterizando um desenvolvimento atípico (Brasil, 2021a).

Sua primeira descrição na literatura médica data do ano de 1943, nos Estados Unidos da América (EUA) (Grandin; Panek, 2019). Desde então, diversas pesquisas têm reunido esforços para descobrir suas causas, porém ainda é inconclusivo (Hayes *et al.*, 2018; Grandin; Panek, 2019; Calderoni *et al.*, 2020). Um modelo teórico utilizado no meio científico, é a teoria dos copos. Essa trata o transtorno como sendo multifatorial, mono ou multigênica com associação a fatores ambientais (Hoang *et al.*, 2018), como idade parental avançada, uso de ácido valpróico, e exposição a metais pesados na gestação - alumínio, cádmio, chumbo, mercúrio e arsênio - (Shiani *et al.*, 2023). Já foram descritos mais de 1.000 genes relacionados ao TEA, porém, estes também podem se associar

a outras condições de saúde, como Deficiência Intelectual (DI), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), esquizofrenia, depressão e transtorno do humor e afeto (Hoang *et al.*, 2018; Mendes, 2021).

Ademais, há fatores ambientais, como o uso de ácido val-próico e idade parental avançada que foram relatados como de forte risco para o TEA (NG *et al.*, 2017; Brito, 2021). A Figura 1 demonstra como esses fatores podem se combinar para o desenvolvimento ou não do transtorno.

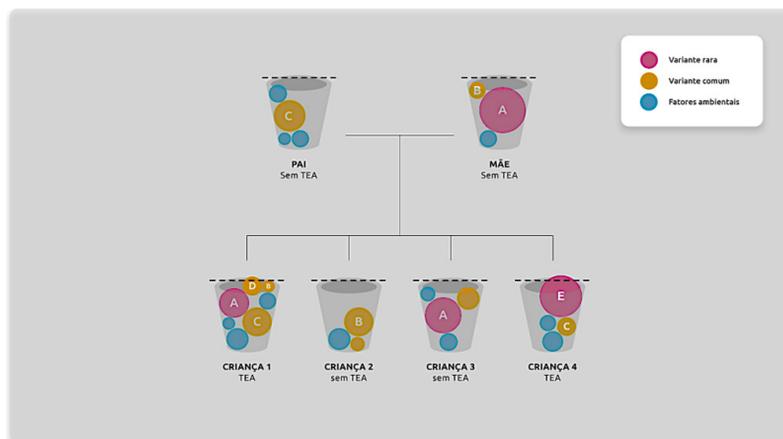


Figura 1 - Modelo da teoria dos copos.

Fonte: Pereira, 2022, p. 12.

Na Figura 1 é possível perceber que cada indivíduo é representado por um copo, que composto por variantes genéticas e ambientais vão preenchendo os espaços com maior ou menor impacto e raridade e se essa soma ultrapassar a borda do copo, considera-se que a pessoa tenha TEA. Assim, podem ser gerados filhos autistas ou não de pais sem TEA, que possuam traços



genéticos/ambientais associados à condição (Gaugler *et al.*, 2014). Sendo assim, continua sendo diagnosticado a partir de observação e avaliação de comportamento (Grandin; Panek, 2019).

Ao longo dos anos, essa condição crônica de saúde veio ganhando espaço de discussão em todo o mundo, principalmente, com o avanço de sua prevalência e diagnóstico. Revisão sistemática de prevalências mundiais demonstrou estimativa de 1 a cada 100 indivíduos com TEA em todo o mundo (Zeidan *et al.*, 2022). Já levantamento realizado em 11 estados, nos Estados Unidos da América, identificou TEA em 1 a cada 44 crianças com oito anos (Maenner *et al.*, 2021), entretanto, em países em desenvolvimento, esses dados são pouco conhecidos (Organização Panamericana de Saúde, 2017).

No Brasil, há mais de uma década, estimou-se que a prevalência de TEA era de 25 indivíduos a cada 10.000 nascidos vivos (Paula *et al.*, 2011). Entretanto, essa proporção foi obtida com dados de poucas fontes (André *et al.*, 2020). Buscando identificar a epidemiologia desse transtorno no país, somente em 2019, por meio da Lei nº 13.861 de 2019, foi instituído que devem constar, nos censos demográficos, informações inerentes ao TEA (Brasil, 2019). No Estado da Paraíba, estudo estimou que há 83.000 famílias/domicílios com pelo menos um autista, 31,5% desses na idade entre 2 e 5 anos, 48% apresentavam nível 1 de suporte, e a proporção por sexo foi percebida em 1:4 meninos (Fernandes *et al.*, 2020).

A avaliação diagnóstica é baseada em critérios triádicos do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Versão 5 (DSM-V) e Classificação Internacional de Doenças - Versão 11 (CID 11) (Frigaux *et al.*, 2019), a qual passou a vigorar em 1º de janeiro de 2022 e atualizou diversas condições, inclusive sobre



o TEA. Porém, sua implementação no Brasil ainda não ocorreu devido à barreira idiomática (Biblioteca Virtual em Saúde, s.d.). A identificação do transtorno está associada a exames clínicos, médicos e paraclínicos adicionais, por meio de testes inespecíficos em procedimentos diagnósticos convencionais (Frigaux *et al.*, 2019).

No DSM-V, o TEA é classificado em três níveis de suporte: Nível 1 - “Exigindo apoio”, pessoas que têm dificuldade para iniciar interações sociais sem apoio, com inflexibilidade a mudanças, grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações; Nível 2 - “Exigindo apoio substancial”, indivíduos com comunicação social verbal ou não gravemente deficitária, mesmo com apoio, inflexíveis a mudanças e com grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações; Nível 3 - “Exigindo apoio muito substancial”, indivíduos também com grandes limitações na comunicação social verbal ou não e na iniciativa para interagir socialmente, inflexibilidade de comportamento com extrema dificuldade em lidar com a mudança, grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações, os quais interferem acentuadamente no funcionamento, em todas as esferas. Em todos os níveis, é necessário que, além dos déficits característicos de comunicação social, haja repetição de comportamentos com restrição de interesses e insistência nas mesmas coisas (*American Psychiatric Association*, 2014).

Saber o prognóstico é uma necessidade da família, mas, em muitos casos, é incerto. As evidências sugerem que a maioria dos indivíduos autistas com deficiências cognitivas moderadas a graves, especialmente, se permanecerem sem linguagem útil, continuarão a precisar de educação especializada, quando crianças, e apoio no emprego e na vida diária, na idade adulta. Para indivíduos de maior capacidade intelectual (ou seja, $QI > 70$), o futuro depende



frequentemente de quanto apoio é fornecido para permitir que eles tenham acesso à escola, à faculdade, a empregos e à vida independente e sejam totalmente incluídos na sociedade (Fuentes *et al.*, 2021). Há evidências de melhor prognóstico quando a atenção conjunta está presente aos 4 anos de idade e fala funcional aos 5 anos. Há melhor função cognitiva se o QI for maior que 70 e a criança mostrar interesse em interagir com colegas em desenvolvimento típico (Lee; Thomas; Lee, 2015; Volkmar *et al.*, 2014).

Ao pensar na rede de atenção das pessoas com TEA para promover a autonomia e independência no cotidiano, apreende-se a necessidade de cuidados ao longo do tempo, nos quais a articulação dos setores da saúde, da proteção social, da educação, do lazer, da cultura e do trabalho são fundamentais para o cuidado integral (Brasil 2014b). De acordo com a Lei nº 12.764/2012, em seu artigo 3º, parágrafo III, o atendimento a pessoas com TEA deve ser integral, permitindo o diagnóstico precoce, mesmo que não seja definitivo, a assistência multiprofissional, o acesso a medicamentos, nutrição e terapia nutricional e informações claras sobre o diagnóstico e tratamento (Brasil, 2012).

Dessa forma, o indivíduo com TEA deve ter, no âmbito do SUS, a seguridade do atendimento integral, seja nos aspectos diretamente relacionados ao transtorno, às eventuais comorbidades e também a questões de saúde não relacionadas ao TEA, sempre que houver a demanda (Araújo *et al.*, 2019).

Métodos

Esta diretriz foi norteadada pela segunda versão do instrumento “*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)*”,



que tem como finalidade dar suporte ao desenvolvimento de diretrizes de práticas em saúde por meio de orientações de construção e validação (Brouwers *et al.*, 2013).

Diante disso, este documento foi construído a partir de uma revisão de escopo, baseada nos métodos do *The Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2020) e de um diagnóstico situacional por meio de visitas técnicas realizadas em serviços que atendem a crianças e adolescentes com TEA em uma capital brasileira. Optou-se por esse tipo de revisão por não ter sido encontrada na literatura a descrição de fluxos de atendimento que refletissem a realidade do município em estudo, sendo necessário o mapeamento das evidências em fontes diversas e até mesmo literatura cinzenta.

Sendo assim, questionou-se: “Quais práticas de cuidado têm orientado ou podem orientar o fluxo de atendimento em saúde para crianças e adolescentes com TEA nos serviços de atenção?” Para responder a essa questão, buscou-se mapear documentos de pesquisa que dizem respeito a práticas de cuidado que possam ser orientadoras do fluxo de atendimento a crianças e adolescentes com TEA em serviços de saúde. Buscando contemplar os aspectos sobre Participantes, Conceito e Contexto (Peters *et al.*, 2020), a revisão considerou P = crianças/adolescentes com TEA de ambos os sexos; C = práticas de cuidado que orientam o fluxo de atendimento em saúde; C = serviços de atenção à saúde.

As fontes de evidências incluíram diversas metodologias, literatura nacional e internacional, materiais advindos da literatura branca e cinzenta; não houve limites de idiomas nem de acesso gratuito aos textos, porém foram selecionadas apenas as publicações dos últimos dez anos (entre 2012 e 2021), a fim de contemplar práticas mais atuais. Foram utilizados os Descritores



em Ciências da Saúde (DeCS): Criança, Adolescente, Transtorno do Espectro Autista, Guia de Prática Clínica e seus correspondentes na língua inglesa: *Child, Adolescent, Autism Spectrum Disorder, Practice guideline*. Para a pesquisa de dados publicados, buscou-se em cinco bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)/Pubmed, PsycINFO, Scopus, Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Já a investigação em literatura cinzenta ocorreu por meio de sucessivas pesquisas eletrônicas no Google acadêmico, na Biblioteca do Ministério da Saúde do Brasil e no portal Linhas de cuidado. Além disso, realizou-se a revisão das referências dos manuscritos selecionados como terceira etapa de buscas, assim como sugere o manual do JBI.

A etapa de triagem e seleção das evidências foi realizada no período de abril de 2021 a agosto de 2022, por duas revisoras capacitadas, além do auxílio de uma terceira revisora para analisar as discordâncias. Para a avaliação da literatura branca, foram utilizados dois programas gratuitos: *EndNote* e *Rayyan Qatar Computing Research Institute*, que permitiram a leitura dos documentos, cegamento das pesquisadoras auxiliares e, por fim, a comparação entre as seleções (Ouzzani *et al.*, 2016).

Ao todo, foram encontrados 710 artigos na literatura branca, dos quais foram removidos 256 por serem duplicados, restando 454 para leitura de títulos e resumos por duas pesquisadoras. Houve a necessidade de convidar uma terceira revisora para resolver 35 conflitos, que, por fim, resultaram em 136 artigos incluídos para leitura na íntegra e 318 excluídos por não versarem sobre o tema, não responderem à pergunta de pesquisa ou não terem sido acessados na íntegra, mesmo após o contato com os autores. Dos artigos lidos



integralmente, compuseram a amostra final 67 deles, após o consenso entre duas das pesquisadoras. Além disso, foram adicionadas como fontes de dados da literatura cinzenta: três documentos nacionais legais, três dissertações, duas linhas de cuidado, uma diretriz governamental, três manuais de orientação e um trabalho de conclusão de curso de licenciatura. Por fim, os materiais selecionados subsidiaram a escrita deste documento e dos fluxogramas nele inseridos. Por se tratar de uma revisão de escopo, não foi realizada a classificação do nível de evidências dos materiais acessados, devido à diversidade das fontes de dados e a não obrigatoriedade dessa etapa em revisões desse tipo (Peters *et al.*, 2020).

Antes e após a realização da revisão de escopo, foi realizado um diagnóstico situacional por meio de visitas técnicas a serviços de saúde que atendem aos usuários-alvo, a fim de observar como o fluxo de atendimento era estabelecido. Foram realizados registros em diário de campo para subsidiar a formulação dos tópicos componentes da diretriz, a qual foi submetida a processo de validação por profissionais da equipe de saúde com experiência na área.

Para a validação, o AGREE II recomenda entre 2 e 4 juízes. Os critérios de inclusão destes foram: profissionais de saúde com pelo menos dois anos de experiência em atendimento assistencial ou gerencial, vinculados a unidades de saúde da família, centros multiprofissionais especializados em reabilitação de crianças/adolescentes com TEA ou ao cargo de gestão na SMS de João Pessoa/PB das áreas técnicas prioritárias de saúde da criança e do adolescente, da atenção básica e da pessoa com deficiência, para avaliar o conteúdo do presente documento.

Diante do déficit de textos que atendam aos mais diversos aspectos do atendimento multiprofissional em pediatria e hebiatria



a pessoas com TEA de forma abrangente e fundamentada na literatura científica, além de adequação à realidade brasileira, paraibana e pessoense, desenvolveu-se essa diretriz para fornecer suporte para os profissionais na assistência prestada nos seguintes aspectos:

- Conhecimentos gerais sobre TEA;
- Cuidados na APS;
- Triagem;
- Avaliação dos sinais, sintomas e faixas etárias em que se apresentam;
- Diagnóstico precoce;
- Instrumentos diagnósticos;
- Exames complementares;
- Atuação multiprofissional em reabilitação;
- Serviços de apoio familiar;
- Cuidados para a transição do atendimento entre os serviços.

Atualização da diretriz

Sugere-se que, a cada dois anos, os coordenadores dos serviços de saúde que utilizem a presente diretriz possam buscar novas evidências na literatura, a fim de atualizar e implementar as mudanças necessárias.

Necessidade de recursos para aplicação da diretriz

Considera-se que não sejam necessários recursos extras para a implementação da presente diretriz, visto que se constitui em tecnologia leve-dura, em que sua primeira versão foi



fornecida impressa aos serviços de saúde de João Pessoa-PB e em formato digital. Além disso, as suas atualizações poderão ser realizadas por meio de revisões de literatura em plataformas gratuitas pelos próprios usuários-alvo, o que são consideradas atividades de baixo-custo.

Mensuração da aplicação das recomendações da diretriz

Para dar início ao processo de implementação da diretriz, recomenda-se a realização de oficinas de capacitação com a participação dos profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes com TEA em unidades de saúde da família e serviços secundários de reabilitação, a fim de facilitar a sua utilização. Após isso, cada serviço de saúde pode estabelecer critérios para avaliar a implementação da diretriz, qual o grau de adesão da equipe multiprofissional quanto às recomendações e qual o impacto dessas na prática clínica.

Facilitadores e barreiras no processo de aplicação da diretriz

Considera-se como facilitadores à implementação da diretriz a sua acessibilidade e baixo-custo diante do potencial impacto positivo que pode proporcionar aos fluxos de atendimento na rede de saúde. Assim, poderá contribuir para a identificação e encaminhamentos precoces de crianças/adolescentes com TEA na atenção primária e a diminuição das filas de espera para triagem e atendimento em serviços secundários e maior rotatividade dos



pacientes devido à eficiência no processo de reabilitação e alta. Como barreiras, pode-se prever que haja dificuldades operacionais devido à grande demanda dos serviços, com a atual expansão dos casos suspeitos de TEA e a indisponibilidade dos profissionais em modificarem suas práticas consolidada.



Capítulo 2

CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leiliane Teixeira Bento Fernandes
Vanessa Medeiros da Nóbrega
Neusa Collet

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das mais importantes portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada a ordenadora do cuidado nas diferentes Redes temáticas de Atenção (Brasil, 2021b). A atenção à pessoa com TEA, dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tem na APS a sua principal porta de entrada, visto que é função das Unidades de Saúde da Família (USF) as ações de acolher e acompanhar a criança no pré-natal e na vigilância do desenvolvimento infantil (Araújo *et al.*, 2019). No Brasil, desde 2017, a Lei nº 13.438 tornou obrigatória a avaliação psíquica de lactentes nos seus primeiros 18 meses em consultas pediátricas no SUS (Brasil, 2017), o que favorece a identificação e o estímulo precoce de crianças com TEA (Araújo *et al.*, 2019).



A APS, ao realizar com eficácia a vigilância do desenvolvimento infantil, contribui para a identificar precocemente sinais de TEA e para a melhor adequação dos encaminhamentos aos serviços especializados para o estabelecimento do diagnóstico e o início do plano de reabilitação. É de responsabilidade dos profissionais da APS, na consulta de puericultura, realizar a vigilância do desenvolvimento infantil para identificar sinais iniciais de atraso no desenvolvimento, que podem sinalizar para TEA, como atraso na linguagem verbal ou não-verbal, contato social, desinteresse no outro, comportamentos repetitivos e estereotipados, para realizar os encaminhamentos adequados aos serviços especializados com a finalidade de estabelecer o diagnóstico e iniciar o plano de intervenção (Brasil, 2021b). As observações da criança, as entrevistas com os pais e a aplicação de instrumentos específicos são fatores-chave para o estabelecimento do diagnóstico do TEA. Sendo assim, sugere-se a aplicação de instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil por serem sensíveis à detecção de alterações sugestivas de TEA (Brasil, 2021a).

Tendo em vista que os principais sinais de alerta do TEA surgem na primeira infância, embora nem sempre sejam evidentes tão precocemente (Brasil, 2021b), um grupo de cientistas brasileiros desenvolveu o instrumento “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)” (Anexo 1) para profissionais da saúde da APS utilizarem, a fim de observarem comportamentos do binômio mãe-filho e, assim, identificarem sinais de risco para o desenvolvimento infantil (Campana, 2013). O IRDI norteia a observação clínica de crianças com idade entre 0 e 18 meses de vida pelos profissionais, por meio de 31 indicadores, porém não se constitui em um instrumento específico para triagem de TEA



(Machado *et al.*, 2014). Há evidências de que seu uso durante o acompanhamento do desenvolvimento infantil é capaz de detectar crianças que estejam em percurso autístico, visto que é um instrumento de avaliação contínua, pois, durante um ano e seis meses, permite a observação da evolução dos sinais de risco (Campana, 2013), para que a intervenção clínica seja cada vez mais precoce na estimulação da socialização, linguagem e afeto (Brasil, 2021b), sem a necessidade de aguardar até os 18 meses de vida para uma triagem específica.

Se identificados atrasos no desenvolvimento em crianças com idade inferior a 18 meses, recomenda-se avaliar as habilidades de comunicação social, iniciar a educação dos pais e reagendar a próxima visita após 3 meses (se a idade da criança for inferior a 12 meses) ou após 1 mês (se a idade da criança for superior a 12 meses). Se as preocupações em relação aos atrasos persistirem, deve-se usar uma ferramenta de triagem específica para TEA, e, caso o resultado seja positivo ou preocupante, é necessário continuar a educação dos pais, encaminhar a criança para avaliação abrangente de TEA, iniciar um programa de intervenção precoce, avaliar o estado da audição e agendar a próxima visita de acompanhamento após um mês (Dalwai *et al.*, 2017).

Com base nas evidências existentes, a maioria dos bebês que desenvolvem TEA parecem ter contato visual relativamente intacto e sorriso social aos 6 meses de idade, com a frequência e qualidade desses comportamentos sociais, diminuindo entre 6 e 12 meses. Há um consenso de que os sintomas de deficiência social se tornam mais aparentes, pelo menos no nível do grupo, por volta dos 12 meses de idade. Comportamentos afetados nessa idade incluem responsividade ao nome, exploração de objetos



atípicos, comportamentos repetitivos e linguagem e comunicação não verbal (Steiner *et al.*, 2012).

Quanto às habilidades de comunicação, déficits na capacidade de compreender gestos e comunicação verbal de outras pessoas, bem como iniciar atos comunicativos, torna-se muito pronunciada por volta dos 2 anos. É notável que crianças com TEA não tentam compensar a falta de linguagem falada com o uso do olhar e gestos convencionais, como é frequentemente visto em crianças cujos atrasos de linguagem não estão associados a deficiências sociais. À medida que a linguagem começa a surgir no segundo e terceiro ano, as características linguísticas incomuns, incluindo ecolalia (ou seja, repetição literal de enunciados de outros) e *scripting* (ou seja, repetição de frases ouvidas anteriormente em livros, filmes ou outras fontes) e tom anormal ou entonação tornam-se aparentes (Steiner *et al.*, 2012).

As habilidades cognitivas não verbais abrangem as motoras finas, o raciocínio não verbal, o simbólico, a memória, a atenção e a velocidade de processamento. Para avaliar esses aspectos em crianças, os testes não cronometrados são mais propensos a fornecer uma melhor estimativa, pois algumas crianças demoram muito mais para responder, embora saibam a resposta correta. Tipicamente, os testes de raciocínio perceptivo ou matricial baseados visualmente produzem estimativas mais altas da capacidade cognitiva de uma criança do que outros tipos de testes. No entanto, a avaliação dessas habilidades em crianças mais velhas e minimamente verbais precisa da adequação dos materiais à idade e, em alguns casos, modificações para se adaptar às necessidades e interesses da criança mais velha (Kasari *et al.*, 2013).



Como os distúrbios do desenvolvimento da linguagem impactam a socialização, podem ser confundidos com o TEA, sendo difícil distinguir, principalmente, em crianças pré-escolares. No entanto, dois comportamentos foram relatados para diferenciar consistentemente crianças autistas de colegas com deficiência de linguagem aos 20 e 42 meses de idade: apontar interesse e usar gestos convencionais (Volkmar *et al.*, 2014).

Crianças com TEA e minimamente verbais apresentam um repertório muito pequeno de palavras ou frases fixas para se comunicar. O número exato de palavras pode variar entre as crianças, de nenhuma palavra ou frase falada a talvez 20 ou 30, dependendo de uma série de fatores, incluindo idade, histórico de intervenção e acesso a sistemas de comunicação alternativa/aumentativa (CAA) (Kasari *et al.*, 2013).

O relato familiar sobre alterações no desenvolvimento ou comportamento da criança apresenta correlação forte com a confirmação posterior diagnóstica. Cabe salientar que não é necessário confirmar o diagnóstico para iniciar a estimulação precoce, pois é preconizado tratamento oportuno tanto para casos suspeitos de TEA como para os casos de desenvolvimento atípico da criança (Steiner *et al.*, 2012; Narzisi *et al.* 2014; Volkmar *et al.*, 2014; Dalwai *et al.*, 2017; Shahidullah *Et Al.*, 2018; Landa, 2018; Brasil, 2021a; Fuentes *et al.*, 2021; Williams *et al.*, 2021).

Nesse contexto, é preciso que os profissionais da APS, enquanto dispositivo de saúde mais próximo à realidade comunitária, realizem a escuta qualificada das famílias de crianças com desenvolvimento atípico e suspeita de TEA para que recebam apoio imediato e oportuno para os cuidados básicos de saúde, estimulação precoce, prevenção de agravos, encaminhamento



ao diagnóstico e ofertas de tratamento adequados, a partir da disponibilidade na rede local (Brasil, 2021b). Levando-se em consideração a neuroplasticidade cerebral, quanto mais cedo forem realizados os encaminhamentos adequados, melhores resultados a longo prazo (Brasil, 2021a).

Os profissionais da APS devem orientar qualquer criança com suspeita de atraso ou sintomas de TEA para um programa de intervenção precoce apropriado o mais rápido possível. Uma vez recebido o diagnóstico, esses profissionais devem encorajar os pais a procurar tratamento precoce intensivo em intervenções comportamentais de desenvolvimento natural (Shahidullah *et al.*, 2018).

Casos com nível de suporte menor devem ser mantidos em tratamento na USF, com apoio da atenção especializada, e, quando necessário, podem-se acionar outros pontos da rede. Casos que necessitem de maior nível de suporte devem ser acompanhados pela equipe especializada, entretanto o vínculo com a APS deverá ser mantido (Brasil, 2021c).

Os profissionais da APS devem obter o consentimento dos pais para se comunicarem diretamente com clínicas de cuidados especializados ou escolas para reduzir a carga sobre os pais de comunicar continuamente (e às vezes comunicar incorretamente) informações entre os profissionais (Shahidullah *et al.*, 2018).

Triagem do TEA

A triagem para autismo deve ser baseada, principalmente, em preocupações levantadas por pais e/ou identificação de alterações no desenvolvimento pelo profissional de saúde ou da equipe



escolar (Fenikile *et al.*, 2015; Fuentes *et al.*, 2021). Os primeiros sintomas do TEA são a ausência de comportamento típico (não a presença de comportamentos atípicos). Outros sinais importantes incluem preocupações dos pais sobre audição inconsistente ou capacidade de resposta incomum, especialmente, para chamar nomes; extremos de temperamento e comportamento, variando de irritabilidade acentuada à passividade alarmante; e regressão das habilidades sociais e/ou da fala, que geralmente ocorre entre 15 a 24 meses (Dalwai *et al.*, 2017).

Os profissionais da APS são frequentemente o primeiro ponto de contato quando os pais têm preocupações sobre o desenvolvimento ou comportamento de seus filhos. Em cada consulta de puericultura, devem-se monitorar todas as áreas de desenvolvimento, com atenção especial às habilidades sociais e de linguagem (Shahidullah *et al.*, 2018). Todavia, estudo apontou que os enfermeiros da APS não se sentem preparados para realizar a triagem, mesmo entendendo a importância de fazê-la. Dessa forma, faz-se importante disseminar o conhecimento de que há instrumentos para sistematizar essa detecção precoce (Corrêa *et al.*, 2022).

Para avaliar o desenvolvimento de todas as crianças pequenas, recomenda-se utilizar instrumentos de triagem, e, se a triagem indicar sintomatologia de TEA significativa, uma avaliação diagnóstica mais abrangente deve ser realizada (Volkmar *et al.*, 2014). A observação da criança deve centrar-se na abordagem dos domínios de interação social e comportamentos repetitivos e restritos. A idade e o nível de desenvolvimento da criança podem ditar alguma modificação nos procedimentos de avaliação. Os clínicos devem ser sensíveis a fatores como questões étnicas, culturais ou socioeconômicas, que podem afetar a avaliação (Volkmar *et al.*, 2014).



A avaliação dos profissionais de saúde visa não somente estabelecer o diagnóstico, mas, de acordo com sua área de saber e em atuação interdisciplinar, identificar potencialidades da pessoa e de sua família (Brasil, 2014). No entanto, o diagnóstico de TEA esbarra em vários problemas porque a maioria dos seus sintomas se sobrepõem a diversos transtornos psiquiátricos, neurológicos, orgânicos ou somáticos (Frigaux *et al.*, 2019).

Para avaliar as habilidades de interação social em bebês e crianças muito pequenas, os sinais de alerta são a falta de um sorriso social (ou seja, sorrir em resposta ao sorriso de outra pessoa); a resposta limitada ao nome; se a criança monitora pouco os rostos e gestos faciais dos outros, incluindo contato visual, expressões afetivas e pistas de olhar, bem como menos tempo monitorando as atividades de outras pessoas; e se apresentam respostas afetivas atípicas para determinadas situações. O contato visual é muitas vezes fugaz e não bem combinado com o fluxo de trocas sociais e comunicativas, além disso as crianças parecem ter interesse por jogos sociais e interações face a face recíprocas, somente se acompanhadas por um componente físico como cócegas, balançar, jogar no ar, etc. (Steiner *et al.*, 2012).

A triagem precoce é indicada em indivíduos de alto risco ou quando são identificados sinais de alerta para TEA. A suspeita ou preocupações dos pais justificam uma avaliação em profundidade (Volkmar *et al.*, 2014; Mukherjee, 2020). Profissionais minimamente treinados podem administrar ferramentas de triagem de forma confiável e eficiente, durante as consultas de puericultura (Fenikile *et al.*, 2015; Shahidullah *et al.*, 2018).

Os instrumentos utilizados na triagem são classificados em dois níveis. Os instrumentos de nível 1 são indicados para uso na



população geral com a finalidade de detectar crianças com sinais de risco de autismo, e os de nível 2 indicados para crianças com problemas de desenvolvimento, a fim de identificar crianças com sinais mais característicos de risco de autismo (Castro-Souza, 2011; Seize; Borsa, 2017; Young *et al.*, 2020). Esses instrumentos podem ter alta sensibilidade para garantir que crianças com distúrbios sejam identificadas no rastreio, e/ou alta especificidade, a qual favorece a exclusão daquelas que não possuem o distúrbio (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) publicou uma orientação científica para que os pediatras e profissionais de saúde que trabalham com crianças na primeira infância utilizem o instrumento de triagem *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up* (M-CHAT-R/F) (Anexo 2), uma versão revisada do M-CHAT (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019), que conta com uma entrevista de seguimento elaborada para esclarecer e obter exemplos específicos do comportamento típico da criança a ser aplicada em uma consulta de reavaliação, com a finalidade de reduzir o número de falsos positivos e o encaminhamento desnecessário a centros especializados (Lobão, 2020).

O M-CHAT-R/F é um instrumento validado utilizado durante consulta de rotina, para auxiliar a identificação de crianças com idade entre 16 e 30 meses com suspeita de TEA, objetivando aumentar ao máximo a sensibilidade (Shahidullah *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2021). Todos os profissionais da área da saúde podem utilizar esse instrumento, que demanda um tempo aproximado de 10 minutos para sua aplicação, podendo ser respondido pelos cuidadores e pais da criança durante a consulta e revisado pelos profissionais (Dalwai *et al.*, 2017). Mesmo assim, ainda podem



ocorrer casos de falsos positivos, que terão o rastreio positivo para o TEA, mas não terão o diagnóstico final após investigação mais abrangente (Losapio *et al.*, 2009). Recentemente, em 2022 foi lançada a terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança no Brasil, na qual se orienta o uso do M-CHAT-R/F pela APS na consulta de puericultura, aos 18 meses (ou em idade inferior em caso de suspeita de atraso do desenvolvimento infantil). Toda criança brasileira tem o direito de recebê-la no momento do seu nascimento, e essa caderneta tem a finalidade de auxiliar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2022a).

Há recomendações da Academia Americana de Pediatria para realizar a triagem de TEA em todas as crianças com idade entre 18 e 24 meses, a fim de reconhecer sinais de alerta precocemente e realizar o diagnóstico precoce subsequente (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a, 2015b; Dalwai *et al.*, 2017; Oner; Munir, 2019; Mukherjee, 2020; Shahidullah *et al.*, 2018; Williams, *et al.*, 2021). Essa recomendação se sustenta na evidência, pois é justamente por volta dos 17-18 meses que surgem as primeiras preocupações nos relatos dos pais em relação aos filhos que não conseguem verbalizar ou se comunicar adequadamente para idade, e/ou não respondem ao ser chamado, o que levanta dúvidas sobre a sua capacidade auditiva (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). Entretanto, o comportamento atípico pode ser detectado em algumas crianças ainda mais jovens (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a).

Ao avaliar a pontuação do M-CHAT-R (Quadro 1), o profissional considera rastreio positivo quando a criança apresenta falha em três itens. A resposta “NÃO” para qualquer item indica risco de TEA, com exceção dos itens 2, 5 e 12, em que o “SIM” indica esse risco. Para classificação do risco após a pontuação, deve-se utilizar a tabela a seguir (Losapio *et al.*, 2009, p. 2):

Classificação	Orientação para os profissionais
Baixo risco 0-2 pontos	Se a criança tem idade inferior a 24 meses, reavaliar após os dois anos. Não há necessidade de nova avaliação, a não ser que a evolução clínica indique risco de TEA.
Risco médio 3-7 pontos	Realizar consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F), reavaliando os itens em que a criança falhou. Se a pontuação permanecer maior ou igual a 2, a triagem é positiva, e a criança deve ser encaminhada para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se a pontuação for de 0-1, a triagem da criança é negativa. Nova triagem da criança deve ser realizada em consultas futuras.
Risco elevado 8-20 pontos	Encaminhar imediatamente a criança para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

Quadro 1 - Algoritmo de pontuação do M-CHAT-R/F.

Fonte: Losapio *et al.*, 2009.

A entrevista de seguimento contém os mesmos itens do M-CHAT-R, porém as respostas para os itens, em vez de ser “sim” ou “não”, serão “passa” ou “falha”. Considera-se positiva se a criança falhar em quaisquer itens na entrevista de seguimento, e, nesses casos, é fortemente recomendado orientar a família a estimular a criança no dia a dia, além de encaminhar para avaliação especializada e intervenção. Se persistirem dúvidas ou preocupações do profissional de saúde e dos pais em relação ao TEA, independente da pontuação de triagem, a criança deve ser levada para avaliação e/ou intervenção (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Para crianças maiores de 18 meses com escores de triagem positivos ou elevados, os profissionais da APS devem encaminhar crianças e familiares a especialistas para realização de uma avaliação mais abrangente e intervenção apropriada (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a; Dalwai *et al.*, 2017; Shahidullah *et al.*, 2018). No



encaminhamento da APS ao serviço secundário, minimamente deve estar descrito o quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas), a história de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados, o tratamento atual ou anterior realizado (terapias, medicações com dose e posologia), o histórico familiar de TEA/deficiência intelectual ou dos pais (Brasil, 2021c).

Segundo estudo, casos especiais que tendem a indicar falso positivo no M-CHAT e que os profissionais devem atentar são as crianças que nasceram de muito baixo peso, prematuras, ou que apresentam algum déficit motor, cognitivo e sensorial (Gonçalves; Pedruzzi, 2013). Vale ressaltar que as questões do instrumento requerem um sistema motor relativamente preservado e competências visual e audição preservadas.

Embora crianças com triagem positiva possam não preencher todos os critérios diagnósticos para o TEA, há benefícios com a implementação de estimulação e intervenção precoce, pois elas geralmente apresentam outros transtornos do desenvolvimento (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). Ademais, as ferramentas de triagem, além de fortalecer os achados, aumentam a credibilidade da avaliação ao comunicar aos pais, por oferecer uma medida objetiva (Eow *et al.*, 2020).

Cabe à equipe da APS em uma perspectiva integrada e multiprofissional, nas consultas de rotina da criança, identificar sinais iniciais de alterações ou atipia no desenvolvimento neuropsicomotor, a fim de suspeitarem precocemente de TEA. Assim que se detectar ausência de qualquer marco do desenvolvimento, os profissionais da equipe devem imediatamente orientar a estimulação precoce, pois essa traz benefícios com melhor desfecho para a criança, independentemente da confirmação diagnóstica (Brasil, 2021b).



O TEA pode ser diagnosticado de forma confiável antes dos 2 anos de idade. Durante os primeiros meses e anos de vida, as crianças posteriormente diagnosticadas com TEA apresentam níveis reduzidos de atenção e capacidade de resposta às interações sociais, levando a déficits em sua capacidade de aprender a partir de pistas de comunicação social. Ademais, pode-se identificar aumento do comportamento repetitivo com objetos (ex. bater e girar), movimentos anormais do corpo e desregulação de temperamento (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a; Williams *et al.*, 2021). A identificação precoce de crianças em risco de autismo é importante para oferecer apoio às famílias e facilitar o acesso à educação e ao tratamento adequados (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a; Fuentes *et al.*, 2021).

A plasticidade cerebral na infância oferece esperança de que a intervenção precoce tenha o potencial de alterar essa trajetória, tornando as interações sociais mais salientes e recompensadoras e levando a ganhos significativos de desenvolvimento e melhores resultados (Williams *et al.*, 2021). Por isso, há urgência em identificar as crianças no espectro em uma idade ainda menor (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a), pois é uma fase em que o cérebro humano passa por um profundo período de estabelecimento e refinamento de conexões entre neurônios, contribuindo para melhor prognóstico quando iniciadas precocemente as intervenções (Williams *et al.*, 2021).

Recomenda-se a avaliação estruturada do comportamento, cognição, linguagem, função adaptativa, função motora, audição, visão e processamento sensorial. Os diagnósticos estabelecidos pela avaliação abrangente supracitada em crianças menores de 30 meses permanecem estáveis em 80% na idade adulta (Mukherjee, 2020).

Como alternativa ao uso do M-CHAT em crianças maiores de 30 meses, há evidências que indicam o uso da escala de Avaliação



de Traços Autísticos (ATA) (Anexo 3). Esse é um instrumento composto por 23 subescalas, é de fácil aplicação e também pode ser preenchido por pais, profissionais da educação (como professores, pedagogos, psicopedagogos, etc.) e profissionais de saúde em geral. Não é utilizado para diagnóstico, porém permite o acompanhamento longitudinal da evolução do usuário, podendo ser aplicado em pessoas entre 2 e 18 anos. O tempo de sua aplicação gira em torno de 20 e 30 minutos, aproximadamente. Para avaliar a pontuação da escala, considera-se que cada subescala vale de 0 a 2 e é positiva se pelo menos um de seus itens estiver presente. Por fim, somam-se os valores de todas as subescalas e gera-se a pontuação global da escala (Assumpção Jr *et al.*, 1999).

Relação da Atenção Primária à Saúde e o ambiente escolar no cuidado integral à criança com TEA

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersectorial instituída em 2007, com vistas a unir os âmbitos da Saúde e da Educação de forma coparticipativa. A articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde tem sido, ao longo dos anos, a base desse programa. Sendo assim, cabe às Equipes de Saúde da Família realizar ações de avaliação clínica, psicossocial, nutricional e de saúde bucal, por meio de uma aproximação com a comunidade escolar. Já o ambiente escolar, seja ele em creches, pré-escolas e escolas, configura-se em um local que concentra boa parte da população infantojuvenil brasileira, as quais nele passam boa parte do seu tempo diário, o que possibilita que os profissionais da educação possam ter a percepção de diversas características apresentadas, que sejam significativas para a produção de saúde (Brasil, *s.d.*).



É importante que a porta de entrada para o diagnóstico do TEA se dê nas escolas que fazem parte do PSE e das USF. Os educadores e profissionais da saúde dos municípios deverão ser capacitados para identificar sintomas do transtorno e fazer a triagem correta e adequada de casos suspeitos. Os profissionais da APS devem orientar professores e a comunidade escolar para sinais de alerta para o TEA.

A equipe escolar deve estar capacitada para identificação de crianças com desenvolvimento atípico e alertar os responsáveis a procurar a APS a fim de iniciar o processo investigativo. Ademais, escola e APS, ao realizarem um trabalho compartilhado, favorece-se a intervenção precoce nessas crianças, bem como fortalecimento da rede de apoio familiar quando a equipe escolar também está apta a orientar estratégias mais adequadas para prevenir e gerenciar comportamentos inadequados ou que vão de encontro à aprendizagem, promovendo avanços significativos no desenvolvimento infantil e melhorando a qualidade de vida da família e da criança (Hayes *et al.*, 2018; Fuentes *et al.*, 2021; Shahidullah *et al.*, 2018; Wee *et al.*, 2021).

Para construir um plano de intervenção abrangente que promova inclusão social da criança com TEA, sua melhor aprendizagem e adaptação aos ambientes frequentados, é imprescindível o engajamento dos pais, profissionais da educação e de saúde. Ao iniciar seu processo de introdução em ambientes escolares, a criança com diagnóstico de TEA deverá passar por uma avaliação que respeite suas especificidades, identificando suas potencialidades e fragilidades para a construção de uma matriz pedagógica individualizada (Brasil, 2021b).

Dois profissionais da educação são extremamente importantes nesse processo: pedagogo e psicopedagogo. No Brasil há



garantias legais para a inclusão de pessoas com TEA em escolas regulares, porém, nem sempre o educador tem conhecimento profundo sobre como lidar com esse perfil de aluno. Nos anos iniciais de estudo, é comum que o professor seja um pedagogo. Esse por sua vez, tem o importante papel na inclusão desses alunos, como: tornar a sala de aula um ambiente acolhedor e seguro; desenvolver práticas pedagógicas que incluam a todos, promover acessibilidade e participação ativa de todos os discentes para uma educação de qualidade (Silva, 2022).

Já a psicopedagogia é uma profissão que surgiu da necessidade de um profissional que reunisse conhecimentos da psicologia, pedagogia, linguística e neurologia para auxiliar crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem. Esse profissional tem como principal objetivo compreender os processos de aprendizagem de cada indivíduo. No contexto da criança com TEA seu papel é essencial, pois o transtorno interfere na troca da afetividade e sociabilidade comprometendo a sua aprendizagem e desenvolvimento. Destaca-se a relevância da parceria com professores, familiares, e cuidadores, que devem estar alinhados com o mesmo objetivo (Bertoldi; Brzozowski, 2020).

Aos serem percebidas as alterações, é muito importante a agilidade no encaminhamento para um setor específico ao atendimento em saúde mental e reabilitação da saúde infantojuvenil, a fim de diagnosticar e tratar precocemente a criança ou adolescente (Ministério Público de São Paulo, 2013). Entretanto, ressalta-se que isso deve ocorrer em parceria com a APS para evitar encaminhamentos desnecessários que sobrecarregam a rede especializada de saúde. Para conferir o fluxo completo de atendimento na APS, observe a Figura 2.

Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com TEA na atenção Primária À Saúde

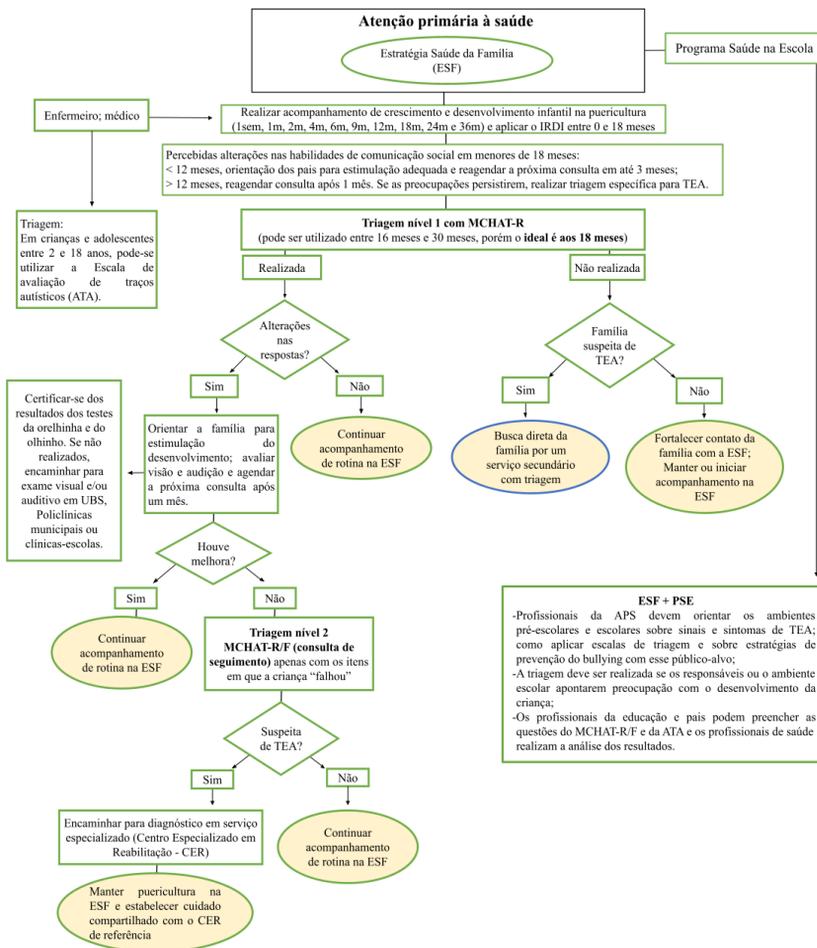


Figura 2 - Fluxograma de atendimento multiprofissional à criança e ao adolescente com TEA na APS.



Capítulo 3

CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM TEA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Leiliane Teixeira Bento Fernandes
Vanessa Medeiros da Nóbrega
Neusa Collet

Introdução

A atenção secundária à saúde diz respeito aos serviços especializados de menor complexidade, que, no caso de indivíduos com TEA, é composta pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras instituições especializadas (Araújo *et al.*, 2019).

Todavia, na prática cotidiana, os papéis das instituições que compõem a rede na atenção ao TEA, por vezes, não estão claros, o que pode dificultar o planejamento e a oferta de serviços de forma articulada, eficaz e organizada (Araújo *et al.*, 2019). Estudo apontou que familiares e profissionais demonstraram preocupações



quanto ao atendimento de pessoas com TEA em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-i), que abrangeu a realização dos atendimentos, frequência ideal, linhas terapêuticas, infraestrutura, entre outras (Lima *et al.*, 2014).

Para que esses aspectos fiquem claros para a família, a rede de atenção precisa ter um bom funcionamento. Uma rede articulada compreende serviços congruentes com as funções de cada instituição, levando em consideração os recursos humanos e a infraestrutura disponíveis (Araújo *et al.*, 2019). Reitera-se a importância da definição mais clara dos papéis de cada instituição e profissional a fim de evitar confusões e favorecer uma melhor organização da rede por parte da gestão pública (Lima *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o CAPS e o CER têm função diferente, portanto um profissional que atue em um deles, independente de sua categoria, deverá se adequar às ações pertinentes ao seu serviço. Por exemplo, o terapeuta ocupacional no CER precisa estar qualificado para realizar atendimentos de Integração Sensorial e no CAPS pode atuar na promoção de reinserção dos usuários na comunidade (Araújo *et al.*, 2019).

Crianças triadas para TEA podem e devem ser encaminhadas para Estimulação Precoce e Programas de Reabilitação em serviços de referência em reabilitação intelectual. Dessa forma, o CER pode ser considerado um importante ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (Araújo *et al.*, 2019). A tecnologia assistiva é uma área de atuação multiprofissional e interdisciplinar, que engloba diversos recursos e práticas para a promoção da funcionalidade e inclusão social de pessoas com deficiência (Brasil, 2020).



O CER é organizado a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual), podendo ser nomeado como CER II, CER III e CER IV (Brasil, 2020). Um dos seus principais desafios é prover assistência para habilitação/reabilitação da pessoa com TEA em razão dos comprometimentos no desenvolvimento desencadeados pelo transtorno. Estratégias de reabilitação compreendem práticas que permitem desenvolver novas habilidades ou habilidades perdidas (Araújo *et al.*, 2019).

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada, tais como: acolhimento do usuário; avaliação inicial; diagnóstico a partir da análise dos sinais, sintomas, histórico clínico, exames físicos, complementares e avaliação de funcionalidade; elaboração de Plano Terapêutico; atendimento especializado em reabilitação/habilitação; estimulação Precoce às Crianças de 0 a 3 anos; orientações aos cuidadores pessoais, acompanhantes e familiares; estratégias de Educação permanente; sistema de referência e contrarreferência; articulação intersetorial com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros (Brasil, 2021c).

A intervenção nos primeiros anos pode ajudar a melhorar as habilidades de comunicação social, minimizar a gravidade dos sintomas, otimizar o desenvolvimento infantil e minimizar o estresse e melhorar o bem-estar dos pais. (Fuentes *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2015a). As terapias especializadas para a habilitação/reabilitação da pessoa com TEA ocupariam um papel de destaque na redução dos sinais do TEA. Considerando a heterogeneidade do TEA, em termos de sinais e de possíveis comorbidades



(Lai *et al.*, 2014), os serviços de habilitação/reabilitação devem ser interdisciplinares, com o objetivo de reduzir os sinais de TEA e favorecer a autonomia do indivíduo, ao contribuir com avanços na linguagem, na socialização e nas atividades de vida diária (Brasil, 2014).

Triagem do TEA em serviços especializados

Caso os pais/responsáveis não encontrem apoio na APS para a identificação do TEA em seus filhos, podem buscar diretamente serviços especializados para avaliação, como também para revisão do seu nível atual de suporte (Wee, *et al.*, 2021). Um desses serviços de acolhimento especializado é o CER, no qual uma equipe multidisciplinar realiza a triagem como também o plano terapêutico singular (PTS) para melhoria da qualidade de vida dos envolvidos, diretamente com os cuidados de uma pessoa com TEA. Para mais informações acerca do processo de triagem de um indivíduo com suspeita de TEA, verifique a página 52.

Diagnóstico de TEA

Como a etiologia do TEA ainda permanece desconhecida, e as evidências científicas apontam para a interação de fatores genéticos e ambientais, na qual os ambientais podem aumentar ou diminuir o risco a depender da predisposição genética, há necessidade de uma investigação mais consistente para discernir sobre as melhores estratégias terapêuticas. A exposição a agentes químicos; o déficit de vitamina D e de ácido fólico; o uso de ácido valpróico durante a gravidez; bebês prematuros com menos de 35 semanas de idade



gestacional ou com peso menor que 2.500g ao nascer; a gemelari-
dade gestacional; as infecções maternas e a idade materna avançada,
apesar de não existir uma correlação forte quanto o aumento e/ou
diminuição dos fatores, são considerados fatores contribuintes para
o risco de desenvolvimento do TEA. (Brasil, 2021a).

A avaliação etiológica compreende anamnese e exame físico detalhado (antropometria, dismorfismo, pele, neurológico e sistêmico); teste de audição; exames laboratoriais (hemograma completo e níveis de ferritina, hormônio estimulante da tireoide e tiroxina) são úteis para descartar outras causas de atraso no desenvolvimento (Lee; Thomas; Lee, 2015); exames de imagem como ressonância magnética (RM) e eletroencefalografia (EEG) (Frigaux *et al.*, 2019) além de ser recomendados para todas as crianças a realização de teste genético (Mukherjee, 2020), pois mais de 25% das crianças com TEA têm uma causa genética identificada. As características clínicas que apontam para a etiologia genética incluem, particularmente, a presença de deficiência intelectual, epilepsia, deficiência motora ou certas características dismórficas (Baker; Jeste, 2015). Quanto mais grave o atraso no desenvolvimento de uma criança, maior a probabilidade de se encontrar uma etiologia genética (Barton *et al.*, 2018).

Exames e testes indicados

Testes genéticos

Evidências internacionais sugerem que, em todas as crianças com autismo, deve-se coletar dados sobre 3 gerações da família, realizar exame físico minucioso para identificar síndromes e hibridização cromossômica comparativa baseada em matriz de



oligonucleotídeos (aCGH) ou matriz de polimorfismo de nucleotídeo único (SNP). Os médicos podem solicitar o sequenciamento dos genomas de ambos os pais, bem como da criança, para verificar quais mutações estão presentes apenas na criança. Isso porque é mais provável que essas mutações espontâneas estejam contribuindo para o autismo do que as herdadas, se os pais não apresentam autismo. O sequenciamento do genoma é caro e muitas vezes não é coberto pelas seguradoras de planos de saúde (Hoang *et al.*, 2018). Por enquanto, as academias de medicina americanas recomendam apenas cariotipagem ou análise de *microarray* cromossômico para autismo. Eles também aconselham procurar por mutações pontuais em FMR1, MECP2 ou PTEN, mas apenas quando uma criança apresenta outros sinais das síndromes associadas a mutações nesses genes (Barton *et al.*, 2018). Os meninos devem realizar teste de DNA para o X frágil, caso tenha presença de retardo mental ou se características dismórficas estiverem presentes, e as meninas, a sequência MECP2 (Baker; Jeste, 2015; Barton *et al.*, 2018; Dalwai *et al.*, 2017; Fuentes *et al.*, 2021). Em caso de macrocefalia (circunferência da cabeça maior que 2 desvios padrão acima da média para a idade), realizar análise da sequência genética PTEN (Baker; Jeste, 2015; Barton; *et al.* 2018; Fuentes *et al.*, 2021). As vantagens de estabelecer etiologia genética incluem a precisão no aconselhamento, possível terapia específica, evitando testes desnecessários e maior aceitação da família (Baker; Jeste, 2015; Mukherjee, 2020). Se o teste for negativo (sem etiologia identificada), aconselhar sobre risco de recorrência (até 20% com base em estudos de irmãos infantis). Se teste positivo (etiologia identificada), aconselhar sobre mutações específicas e características clínicas associadas, incluindo comorbidades, tratamento, prognóstico (Baker; Jeste,



2015). Independente do resultado, irmãos de crianças com TEA devem ter um acompanhamento mais de perto para detectar precocemente novos casos (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a).

Teste metabólico

Não indicado rotineiramente, considerar o envolvimento multissistêmico (cardíaco, hepático, renal), acidose láctica e anemia severa (Baker; Jeste, 2015; Frigaux *et al.*, 2019; Mukherjee, 2020).

Ressonância Magnética

Se realiza esse exame neurológico para descartar ou confirmar outros transtornos ou patologias que podem vir junto ao autismo, como macrocefalia ou síndromes genéticas associadas a anormalidades estruturais do cérebro.

Eletroencefalograma (EEG)

Realizar para episódios relativos à convulsão, à regressão de linguagem, síndromes genéticas específicas associadas à epilepsia (Baker; Jeste, 2015). Na suspeita do transtorno de Rett, incluir o teste do gene MeCP2 (Dalwai *et al.*, 2017). A regressão grave e súbita em crianças que anteriormente apresentavam desenvolvimento típico em vários domínios é rara e, se ocorrer, pode estar associada à síndrome de Landau-Kleffner, uma afasia epileptiforme adquirida identificada por dados clínicos e de EEG (Fuentes *et al.*, 2021);

Polissonografia

Pode ser útil para diagnosticar distúrbios do sono tratáveis (insônia) e para diagnosticar convulsões noturnas (Baker; Jeste, 2015).

Avaliações adicionais

Hipotireoidismo, homocistinúria, traumatismo craniano, síndrome alcoólica fetal ou anormalidades cromossômicas) com base na história familiar, exame e características dismórficas são recomendadas (Dalwai *et al.*, 2017).

Apesar dos exames e testes, o diagnóstico diferencial é difícil de ser estabelecido pela multiplicidade de afecções associadas ou pela natureza atípica do quadro clínico. Embora as escalas diagnósticas do autismo não sejam obrigatórias, continuam sendo atualmente os únicos suportes para auxiliar no diagnóstico diferencial com um nível de evidência suficiente (Frigaux *Et Al.*, 2019; Mukherjee, 2020).

Instrumentos para auxiliar o diagnóstico

Ao longo dos anos, vários instrumentos foram elaborados e validados para sistematizar a maneira de diagnosticar o TEA. Esses instrumentos utilizam duas fontes principais de informação: descrições dos pais sobre o curso do desenvolvimento neurológico e padrões comportamentais atuais de seus filhos e informações obtidas a partir da observação direta do comportamento das crianças (Seize; Borsa, 2017).

No diagnóstico, apenas três instrumentos - o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), o *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) e o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) – têm um apoio forte baseado em evidências (Dalwai *et al.*, 2017; Hayes *et al.*, 2018). Os profissionais ainda confundem o uso de ferramentas de triagem e de diagnóstico (Barton; Harris; Leech, 2016), por isso a importância de capacitá-los para seu uso, a fim



de evitar equívocos. Apesar do ADIR-R e do ADOS serem considerados padrão-ouro para o diagnóstico do autismo (Steiner *et al.*, 2012; Frigaux *et al.*, 2019), não estão disponíveis as versões adaptadas e validadas culturalmente para o Brasil. Neste guia será indicado o CARS, que já passou pelo processo de validação.

O CARS (Anexo 4) demonstrou sensibilidade e especificidade semelhante ao ADOS, mantendo sua integridade diagnóstica em diversos contextos culturais e ambientais. Além disso, dada a flexibilidade de realizar observações comportamentais necessárias para completar o CARS (por exemplo, é possível usar uma interação lúdica com linguagem mínima), essa medida não apresenta as mesmas limitações de administração do ADOS (Harisson *et al.*, 2014).

O CARS é indicado para indivíduos com mais de 2 anos até 17 anos e 11 meses, colaborando na avaliação da gravidade dos sintomas com base na observação indireta (Pereira; Riesgo; Wagner, 2008). Já está na sua segunda versão, a qual agora é constituída por dois questionários, um a ser preenchido pelo profissional examinador e outro pelos pais/cuidadores. O questionário a ser preenchido pelos profissionais possui dois tipos: um padrão (CARS2-ST) e o outro para indivíduos de alto funcionamento (CARS2-HF), com QI de pelo menos 80. Portanto, esse instrumento só deve ser utilizado para avaliação diagnóstica, após avaliação da capacidade intelectual pelo neuropsicólogo (Clínica Neuro Gandolfi, 2020). Como o CARS2 não foi encontrado em português do Brasil, continua sendo indicado o uso do CARS.

Os resultados obtidos no CARS (Quadro 2) configuram parte de um processo de tomada de decisão multidisciplinar e multimodal na identificação de crianças com TEA e a pontuação é contada

ao final do teste. Para utilizar o instrumento, o profissional deve compreender que é necessário comparar o comportamento da criança a ser diagnosticada com o de uma típica da mesma idade. Para cada um dos 15 itens avaliados, as pontuações variam de 1 a 4, sendo a pontuação mínima 15 e a máxima 60. Há a possibilidade de dar “meios pontos” quando o comportamento da criança/adolescente estiver entre dois itens e considera-se TEA quando a pontuação obtida é a partir de 30 (Pereira; Riesgo; Wagner, 2008).

Pontuação	Classificação TEA
15-29,5	Ausência
30-36,5	Leve a moderado
acima de 37	Grave

Quadro 2 - Algoritmo de pontuação do instrumento CARS.

Fonte: Pereira; Riesgo; Wagner, 2008.

No que se refere à tomada de decisão multidisciplinar, a equipe deve contar, no mínimo, com psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo, considerando que o diagnóstico de TEA envolve a identificação de “desvios qualitativos” do desenvolvimento (sobretudo, no terreno da interação social e da linguagem), a necessidade do diagnóstico diferencial e a identificação de potencialidades tanto quanto de comprometimentos (Brasil, 2014; Fuentes *et al.*, 2021).

Essa avaliação multidisciplinar é fundamental em crianças pequenas com transtornos do desenvolvimento, pois muitas vezes há necessidade de esclarecer ambiguidades diagnósticas e projetar um programa de tratamento individualizado (Mukherjee, 2020; Steiner *et al.*, 2012; Williams *et al.*, 2021). Essas equipes



multidisciplinares geralmente incluem um psicólogo clínico ou de desenvolvimento licenciado, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta, assistente social e pediatra de desenvolvimento. Assim, é possível uma avaliação abrangente que explora todas as áreas de desenvolvimento relevantes para fazer um diagnóstico diferencial (Steiner et al., 2012). Independentemente da idade, quando o processo de diagnóstico ocorre em meninas, por ser mais difícil, há necessidade de várias sessões para uma investigação clínica muito mais focada e detalhada antes de chegar a um diagnóstico definitivo (Fuentes *et al.*, 2021).

Além do levantamento da história do desenvolvimento, o diagnóstico também depende da observação de comportamentos sociais que surgem durante as relações e o contexto de vida. Os mecanismos de avaliação recomendados segundo o DSM-V incluem a obtenção de informação de várias fontes (observação clínica, relatórios da família, da escola, do trabalho) em diferentes contextos e inter-relações. Contudo, é importante atentar para fatores de interação e diálogo entre profissionais e entre profissionais e família, pois influenciam o processo de investigação e avaliação diagnóstica (Hayes *et al.*, 2018).

Ao final do processo investigativo, todas as famílias merecem uma explicação completa de como o diagnóstico foi alcançado e quais podem ser as implicações em termos de provisão e apoio futuro. Se, por qualquer motivo, não for possível chegar a um diagnóstico preciso (ou a conclusão for de que o indivíduo NÃO tem autismo), isso também deve ser totalmente explicado. A informação deve ser fornecida de forma clara e precisa, utilizando uma linguagem adequada ao contexto social e educativo da família (Fuentes *et al.*, 2021). Preocupação com o impacto potencial ou



benefícios para quem recebe o diagnóstico e fatores considerados positivos, como acesso a apoio e intervenção, maior compreensão ou alívio, bem como potenciais impactos negativos, como o estigma, devem ser considerados (Hayes *et al.*, 2018).

Diagnóstico de comorbidades

Há efeitos potenciais das comorbidades sobre o progresso do comportamento e do desenvolvimento da criança com TEA (Zwaigenbaum *et al.*, 2015b). Portanto, a identificação e o manejo das comorbidades é fundamental para a eficácia do tratamento (Dalwai *et al.*, 2017; Wee *et al.*, 2021). Os especialistas podem colaborar com o médico de família no manejo das comorbidades, auxiliando o gerenciamento dos cuidados crônicos (Shahidullah *et al.*, 2018).

As comorbidades comuns incluem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo-compulsivo, convulsão e ansiedade. É importante também rastrear e abordar outras comorbidades, incluindo distúrbios do sono e problemas gastrointestinais, como constipação, refluxo gastroesofágico e doença celíaca (Lee; Thomas; Lee, 2015). Mais de 95% dos indivíduos com TEA têm pelo menos um distúrbio adicional, e muitos têm várias dificuldades concomitantes (deficiência intelectual, problemas de sono, alimentação e eliminação, convulsões, distúrbios intestinais, paralisia cerebral, encefalopatia, problemas de linguagem, deficiências visuais e auditivas, distúrbios genéticos, síndrome de Tourette e, principalmente, uma ampla gama de distúrbios emocionais e problemas comportamentais (Fuentes *et al.*, 2021).



Crianças pequenas que apresentam um diagnóstico inicial de TEA devem ser continuamente monitoradas durante o desenvolvimento para o TDAH, principalmente, porque a idade média de diagnóstico para as duas condições é discrepante (Young *et al.*, 2020).

Avaliação das habilidades, interesses e necessidades da criança e adolescente com TEA

Para a realização de triagem, diagnóstico e construção do plano de intervenção, é necessário que haja a avaliação mínima das crianças/adolescentes: história clínica (trajetória de desenvolvimento; história médica; nível de desenvolvimento e fatores familiares ou sociais relevantes); identificação da sintomatologia do transtorno (instrumentos de triagem); avaliação do nível de desenvolvimento e habilidade de linguagem expressiva e receptiva; exame físico e sensorial (audição e visão; triagem neurológica, etc.); avaliação de dificuldades emocionais ou comportamentais; e informações sobre fatores socioambientais de vários informantes (Dalwai *et al.*, 2017; Fuentes *et al.*, 2021, Steiner *et al.*, 2012). As avaliações ocupacionais e fisioterapêuticas devem ser realizadas para avaliar dificuldades sensoriais e/ou motoras (Dalwai *et al.*, 2017; Volkmar *et al.*, 2014). O sono é uma importante variável a ser avaliada (Volkmar *et al.*, 2014).

As crianças com TEA muitas vezes não são motivadas pelo desejo de agradar o examinador. Desse modo, os profissionais têm que compensar os efeitos potencialmente negativos da diminuição da motivação social e outras dificuldades de teste, alocando mais tempo para realizá-lo, utilizando uma sala pequena e sem



materiais que distraíam, planejando cuidadosamente o assento e a orientação da criança na sala, facilitando transições entre tarefas (muitas vezes, intercalando tarefas preferidas, de modo que a motivação para continuar a participação não diminua) e usando reforços positivos para promover um bom comportamento para realização de testes, como atenção, conformidade e tentativas de manipular os objetos apresentados (mas, não especificamente para o sucesso da tarefa, pois isso violaria a padronização da maioria das avaliações de desenvolvimento). Além disso, muitas vezes é útil incluir os pais no processo de avaliação, solicitando seus conselhos sobre o que pode motivar seu filho ou quais aspectos do teste eles podem achar aversivos (por exemplo, sons altos associados ao esvaziamento de um balão). Os pais podem fornecer *feedback* valioso sobre a natureza representativa do desempenho da criança durante a avaliação, o que é essencial para fins de diagnóstico e planejamento do tratamento (Steiner *et al.*, 2012).

São importantes avaliações detalhadas das habilidades e dificuldades da criança em vários domínios para nortear abordagens gerais de gerenciamento. Essa se constituirá como linha de base para o planejamento de intervenções e monitoramento do progresso subsequente (Shahidullah *et al.*, 2018; Fuentes *et al.*, 2021). Nesse sentido, o registro das informações é importante para monitorar o desempenho e a resposta ao tratamento (Mukherjee, 2020).

Informações mais detalhadas sobre o desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal de uma criança geralmente são úteis para fins de diagnóstico e planejamento de tratamento. Assim, recomenda-se a inclusão de um fonoaudiólogo na equipe de avaliação (Steiner *et al.*, 2012).



Embora a avaliação multidisciplinar tenha sido identificada como a avaliação ‘ideal’, algumas diretrizes sugerem, na prática, como suficiente um profissional de saúde experiente. Apesar de ser considerada ideal, não há nenhuma orientação de como o consenso é alcançado quando a avaliação diagnóstica é realizada por uma equipe multidisciplinar (Hayes *et al.*, 2018). Diante desse entrave, sugere-se que os médicos coordenem uma avaliação multidisciplinar apropriada de crianças com TEA e realizem uma avaliação completa com exame físico e de diagnóstico e testes genéticos (Volkmar *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 2021).

A avaliação de crianças mais velhas com TEA e minimamente verbais necessita de pessoas especializadas, pois essas apresentam necessidades mais complexas, além de planejar cuidadosamente o ambiente de avaliação. Nesse sentido, é importante antecipar para pais e para as crianças o que vai acontecer, bem como buscar com os pais informações necessárias sobre materiais para reforço, modo primário de comunicação e necessidade de intervalos das crianças (Kasari *et al.*, 2013).

A avaliação psicológica inclui medidas de capacidade cognitiva e habilidades adaptativas e é indicada para o planejamento do tratamento e do apoio nas dificuldades de comunicação social em relação ao desenvolvimento geral (Volkmar *et al.*, 2014).

Reabilitação da criança e do adolescente com TEA

As intervenções para reabilitação devem ser integradas em um plano de cuidados abrangente. Isso deve incluir um plano de Apoio Comportamental Positivo, que visa fornecer consistência de intervenções (incluindo educacionais) entre diferentes cuidadores,



funcionários e usuários do serviço. O plano de cuidados deve ser compartilhado com todas as partes relevantes no cuidado da criança/adolescente, com o consentimento apropriado (Young *et al.*, 2020) e reavaliado periodicamente, com a finalidade de traçar novas metas com base nos projetos de vida, nos avanços alcançados pelo processo de reabilitação para tornar o indivíduo com TEA mais autônomo e para garantia de seus direitos (Brasil, 2021c).

Com relação às terapias especializadas para a reabilitação de indivíduos com TEA, estão disponibilizadas no SUS: Análise do Comportamento Aplicada (ABA); e tratamento medicamentoso (Araújo *et al.*, 2019).

Dois pilares devem ser considerados em qualquer programa de tratamento: a presença de uma equipe especializada no manejo e tratamento do autismo e a presença de uma colaboração ativa da família no planejamento do tratamento (Narzisi *et al.*, 2014). Para planejar uma intervenção abrangente, é fundamental incluir as necessidades singulares da criança e da família e as conclusões das avaliações padronizadas, sempre levando em conta o perfil de potencialidades, dificuldades e necessidades do indivíduo e o contexto familiar e social em que vive. Também é importante estar ciente de que indivíduos, famílias e circunstâncias mudam com a idade e, portanto, a intervenção e o apoio devem ser adaptados considerando essas mudanças. Concentrar-se nos pontos fortes da criança e não apenas nas fragilidades pode ajudar a proporcionar um ambiente muito mais positivo para as pessoas autistas e suas famílias. As potencialidades também podem ser usadas para contornar ou substituir as dificuldades relativas (Fuentes *et al.*, 2021; Young *et al.*, 2020).

Na “análise funcional” do comportamento, identificam-se as possíveis causas subjacentes das dificuldades para ajudar os



indivíduos a adquirir meios alternativos e mais eficazes/aceitáveis de influenciar seu ambiente colaborando, assim, no desenvolvimento de habilidades necessárias para melhorar a qualidade de vida. Também é necessário identificar os fatores ambientais (sociais, sensoriais, cognitivos, físicos, etc.) que podem estar limitando o progresso e/ou a qualidade de vida, a fim de realizar as adaptações necessárias para minimizar os desconfortos, além de ajudar os outros a verem o ambiente “através dos olhos” da pessoa autista, com a finalidade de planejar estratégias para reduzir o estresse ambiental (Fuentes *et al.*, 2021; Young *et al.*, 2020).

Para fins do programa de intervenção precoce, atraso no desenvolvimento em lactentes e crianças pequenas com uma condição de risco estabelecida inclui um atraso significativo (definido como um atraso de 33%) em uma ou mais das cinco áreas a seguir: cognitiva, física/motora (incluindo visão e audição), comunicação, social ou emocional, ou adaptativo (Williams *et al.*, 2021).

Aquelas crianças com alto risco de ter deficiência de desenvolvimento substancial devido a uma combinação de fatores de risco biomédicos também são elegíveis para intervenção precoce, mesmo que ainda não apresentem um atraso significativo. A intervenção precoce para crianças de até 3 anos de idade com TEA suspeito ou confirmado, além de ser adequada às necessidades de desenvolvimento da criança, ter o envolvimento da família e/ou cuidadores e valorizar suas necessidades singulares, deve focar nas características centrais do autismo, ou seja, déficits na comunicação e interação social e padrões repetitivos restritos de comportamento, atividades e/ou interesses (Zwaigenbaum *et al.*, 2015b; Dalwai *et al.*, 2017). A finalidade é melhorar a comunicação social, regulação emocional/ comportamental e comportamentos adaptativos



(Zwaigenbaum *et al.*, 2015b), eliminando comportamento disruptivo e maximizando sua independência (Mukherjee, 2020).

Para trabalhar os déficits centrais do TEA, a intervenção comportamental é a base do tratamento. Essa deve ser estruturada, de alta intensidade e direcionada aos déficits para que se alcancem melhores resultados (Baker; Jeste, 2015). Adicionalmente, os preditores de resultados positivos para a criança em intervenção precoce são: interesse da criança no engajamento social; comportamentos de iniciação de atenção conjunta com ganhos na linguagem expressiva; início da intervenção em idade precoce com avanços maiores nos primeiros anos de intervenção (resultados positivos na comunicação social, no domínio adaptativo, às vezes atingindo maior redução na gravidade dos sintomas do TEA); intervenção realizada por profissionais especializados na área; tipo de intervenção, fidelidade e consistência dos atendimentos e aceitação dos pais (Landa, 2018).

A avaliação do plano terapêutico deve ser contínua para que os ajustes necessários sejam realizados. O envolvimento da família é um pré-requisito para a eficácia do programa como co-terapia, porém requer supervisão, treinamento e monitoramento. Os pais devem ajudar a estabelecer metas e prioridades para o tratamento do filho (Narzisi *et al.*, 2014; Dalwai *et al.*, 2017; Fuentes *et al.*, 2021, Hayes *et al.*, 2018; Mukherjee, 2020; Steiner *et al.*, 2012; Volkmar *et al.*, 2014). As crianças aprendem novas habilidades mais rápido quando estão interessadas. Geralmente, têm interesses especiais, muitas vezes, relacionados com música, aparelhos eletrônicos ou máquinas, ou idiomas. Esses interesses da criança podem ser um ponto de partida para fazer atividades em conjunto com os outros (Verdier *et al.*, 2020).



Nos serviços de intervenção, o cuidado deve ser centrado na família, considerando suas crenças socioculturais, dinâmica familiar e rede de apoio, bem como a capacidade econômica, tanto em termos de entrega como de avaliação de fatores que moderam os resultados. As intervenções dos profissionais devem considerar os distúrbios médicos que podem afetar o comportamento da criança e a resposta a uma intervenção e deve ser encaminhada aos profissionais de saúde indicados (Zwaigenbaum *et al.*, 2015a, 2015b).

Um mínimo de 25 horas por semana de intervenção é fundamental para a eficácia (Dalwai *et al.*, 2017; Steiner *et al.*, 2012). Contudo, o tratamento eficaz não é determinado por um número fixo de horas ou sessões de intervenção, pois o objetivo da terapia deve ser garantir que todas as oportunidades possíveis durante o dia sejam usadas para facilitar o progresso e minimizar as dificuldades. A intervenção é constituída tanto por sessões estruturadas como por oportunidades que ocorrem naturalmente ao longo do dia que podem ser usadas para melhorar a atenção conjunta, o envolvimento e a comunicação recíproca (Fuentes *et al.*, 2021). No entanto, é importante considerar os recursos da família – em termos de tempo, emoção e apoio – e estruturar o conteúdo para que sejam relevantes para as necessidades da criança (e levando em consideração idade cronológica da criança ou idade de desenvolvimento) (Young *et al.*, 2020).

A combinação de intervenções implementadas por pais e profissionais de saúde/professores têm o benefício de imergir as crianças em um ambiente de aprendizagem, reforçando e favorecendo a aquisição de habilidades cada vez mais complexas. Profissionais, treinados em desenvolvimento infantil e em como adaptar estratégias instrucionais de desenvolvimento e



análise de comportamento aplicada ao temperamento, estilo de aprendizagem, potencialidades e necessidades da criança podem oferecer uma intervenção eficaz à criança, fornecer modelos para a implementação dos pais e apoiar a aquisição de estratégias de engajamento responsivo (Landa, 2018).

Em pré-escolares (24-71 meses), há uma convergência crescente entre métodos comportamentais e de desenvolvimento. Para ambos os tipos de tratamento, o foco da intervenção precoce é direcionado para o desenvolvimento de habilidades consideradas “pivôs”, como atenção compartilhada, imitação, comunicação, jogo simbólico, habilidades cognitivas, atenção e regulação (Narzisi *et al.*, 2014; Zwaigenbaum *et al.*, 2015b). As intervenções devem promover as habilidades por meio de brincadeiras com os pares (Narzisi *et al.*, 2014).

A intervenção comportamental de desenvolvimento naturalista (NDBI) mostrou-se muito promissora com crianças muito pequenas. Os NBDIs são baseados na ciência do desenvolvimento, usam o desenvolvimento típico como âncora para avaliação e planejamento de programas de tratamento, são entregues no contexto de relacionamentos e caracterizados como centrados na criança e baseados em brincadeiras (Landa, 2018; Williams *et al.*, 2021).

As abordagens cognitivas incluindo terapia de remediação cognitiva (TRC) e terapia cognitivo-comportamental (TCC) são mais adequadas para jovens na adolescência do que crianças mais novas, embora o equilíbrio entre intervenções cognitivas e comportamentais possa favorecer o último ao tratar crianças com TDAH e TEA coexistente (Young *et al.*, 2020). A TCC mostrou-se eficaz no gerenciamento da ansiedade e da raiva em jovens adultos com TEA de alto funcionamento. (Dalwai *et al.*, 2017).



A Análise funcional do comportamento é uma técnica observacional que registra sistematicamente os antecedentes, os comportamentos e as consequências do comportamento. É útil para fornecer *insights* sobre os gatilhos do comportamento desafiador e os fatores que mantêm o comportamento (Young *et al.*, 2020). Assim, é possível traçar estratégias para apoiar comportamentos positivos, ao invés de enfrentar comportamentos desafiadores (Narzisi *et al.*, 2014).

Com base na análise do comportamento, é possível traçar as metas e as melhores estratégias terapêuticas. A depender do comportamento, um número maior de sessões pode ser necessário, com sessões sendo ministradas em um ritmo mais lento, de menor duração e/ou incluindo intervalos no meio da sessão. Maior estrutura e adesão a uma agenda clara pode ajudar a reduzir a incerteza e a ansiedade. É útil incluir pais/responsáveis (e professores, se apropriado) para apoiar o jovem a aplicar as técnicas aprendidas na terapia, em diferentes contextos (Young *et al.*, 2020). O objetivo é a aquisição de novas habilidades e sua generalização e manutenção em contextos naturais e apoiar comportamentos positivos ao invés de enfrentar comportamentos desafiadores (Narzisi *et al.*, 2014).

Na comunicação, um plano educacional individualizado deve ser desenvolvido em coordenação com o fonoaudiólogo. Para crianças com fluência no discurso, o foco deve ser na linguagem pragmática e treinamento de habilidades sociais. Há diferentes métodos que podem ser utilizados para intervenções de interação social à linguagem pragmática de acordo com a fase de desenvolvimento. No ensino infantil/pré-escola, pode-se utilizar a participação guiada, faça-olhe-ouça-diga, organizadores de jogos,



interação com pares. Já na fase escolar, as histórias sociais e rede de pares/círculo de amigos e na adolescência rede de pares/círculo de amigos, grupo de habilidades sociais e pensamento social constituem-se como métodos que agregam potencial às intervenções (Volkmar *et al.*, 2014).

Já na intervenção farmacológica, a medicação deve ser prescrita de forma individualizada e experimental, realizando acompanhamento médico sistemático e frequente, especialmente, ao tratar problemas de saúde mental no autismo (Fuentes *et al.*, 2021). A farmacoterapia pode ser oferecida a crianças quando há um sintoma-alvo específico ou uma comorbidade (Dalwai *et al.*, 2017; Mukherjee, 2020; Volkmar *et al.*, 2014).

Os medicamentos utilizados em pessoas com TEA são risperidona, olanzepina, quetiapina, ziprasidona, clozapina e aripiprazol (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019), sendo a risperidona e o aripiprazol, os únicos medicamentos com indicação da Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos para os sintomas relacionados ao TEA (Baker; Jeste, 2015; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). Eles melhoram comportamentos intrusivos ou mal-adaptativos e, assim, podem facilitar a capacidade da criança de se envolver e aprender com intervenções educacionais e comportamentais para seus principais sintomas de TEA (Baker; Jeste, 2015). Por provocarem efeitos colaterais importantes, na ausência de sintomas que justifiquem seu uso, a criança pode e deve ser tratada sem o emprego de psicofármacos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Os medicamentos utilizados no TEAs são indicados para tratar sintomas associados ou comorbidades. Até o momento, há um déficit na oferta de tratamento medicamentoso que trate



os sintomas nucleares do TEA... (como a comunicação social ou comportamentos repetitivos). Cabe ressaltar a importância de se buscar a resolução de potenciais fatores desencadeantes do comportamento identificados na avaliação da pessoa com TEA ou a identificação de comorbidades, antes de iniciar qualquer tratamento (Brasil, 2022b).

A justificativa para tomar a medicação, se prescrita, precisa ser explicada (por exemplo, o que é, como funciona, o que faz, por que eles estão tomando, quais são as expectativas). Essa abordagem promoverá a compreensão e a colaboração pessoal que ajudará na conformidade (Young *et al.*, 2020).

A seletividade alimentar é o foco da intervenção alimentar, por isso é importante considerar que as crianças com TEA, frequentemente, preferem alimentos à base de carboidratos, ricos em amido, em vez de vegetais e frutas, o que, juntamente com a vida sedentária, aumenta o risco de ganho de peso excessivo e sobrepeso/obesidade em uma idade jovem. A obesidade tem sido associada ao agravamento dos sintomas do TEA, o que justifica a avaliação antropométrica regular a fim de manter os pais bem informados sobre o peso e o estado de saúde geral do filho (Eow *et al.*, 2020).

A intervenção para seletividade alimentar é aplicada por terapeutas ocupacionais que devem considerar os fatores oral, sensorial, cognitivo e as abordagens para a alimentação seletiva em crianças com TEA, a fim de proporcionar uma intervenção precoce para seus pais. A compreensão dos pais sobre esses fatores e as abordagens relacionadas à alimentação favoreceu a implementação de estratégias adequadas para melhorar a alimentação seletiva, com o aumento do número de itens alimentares na dieta da criança (Miyajima *et al.*, 2017).



Também pode atuar na área alimentar o nutricionista comportamental. Essa não é uma especialidade dessa categoria profissional, porém é uma abordagem utilizada por esses profissionais de forma inovadora, de modo a incluir fatores sociais, culturais emocionais da alimentação, para cuidar de pacientes com transtornos alimentares e dificuldades em seguir dietas padrão ou orientações nutricionais tradicionais (Catão; Tavares, 2017).

Quanto às terapias complementares para o TEA, a fitoterapia, acupuntura corporal, acupuntura no couro cabeludo, moxabustão e psicoterapia médica são modalidades utilizadas internacionalmente. Elas visam, principalmente, à redução de problemas emocionais, como ansiedade, irritação e mau humor; também podem trabalhar para melhorar a condição física, associada à alimentação, ingestão, digestão, defecação e sono, com foco nos sintomas gastrointestinais (Lee *et al.*, 2018). A musicoterapia é indicada para bebês, crianças e adolescentes, porém ainda não se configura como prática baseada em evidências em relação ao TEA (Kern *et al.* 2013). No SUS, são oferecidas e indicadas como práticas integrativas complementares para pessoas com TEA: a dançaterapia, fitoterapia, florais de Bach e óleos essenciais (Queiroz; Martins; Paixão, 2021).

Alta ou transição dos serviços pediátricos para os de adultos

Para evitar o desligamento dos serviços, o planejamento da transição deve ocorrer pelo menos 1 ano antes de um jovem passar dos serviços destinados a crianças para aqueles voltados aos adultos, a fim de que os apoios apropriados possam ser identificados.



Uma transição bem-sucedida deve envolver todos no círculo de apoio da pessoa (Young *et al.*, 2020) para que a transição a outros serviços ocorra da melhor forma possível (Wee *et al.*, 2021).

No processo de transição dos cuidados da infância para a fase adulta, deve-se preparar a família e o jovem, considerando o nível de dependência dele da família (tanto em relação às AVDs como comunicação), para moldar o atendimento conforme a necessidade. É importante ajudar o indivíduo a identificar e encontrar os suportes e serviços apropriados para a fase adulta, com a finalidade de ampliar sua rede de apoio antes da transição propriamente dita (Hart *et al.*, 2019).

Diretrizes de transição recomendam iniciar uma conversa sobre o processo de transição aos 12-14 anos para as famílias se prepararem, além de incentivá-las a investigar os apoios comunitários disponíveis em sua área para adultos com a condição de seus filhos. Ademais, quando estiver próxima a mudança de serviço, é importante que os cuidadores se antecedam e conheçam o ambiente com ou sem o usuário; que realizem essas visitas com objetivo apenas de conhecer a equipe; solicitem uma carta de transferência no serviço anterior com um resumo sucinto do paciente e suas necessidades, a ser entregue ao médico antes da primeira consulta, e quando iniciarem os atendimentos propriamente ditos, pré-agendá-los, evitando tempo de espera, realizar consultas mais curtas e levar algum objeto favorito da pessoa com TEA (Hart *et al.*, 2019). Para conferir o fluxo completo de atendimento nos serviços secundários, observe a Figura 3.

Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente com TEA na Atenção Secundária

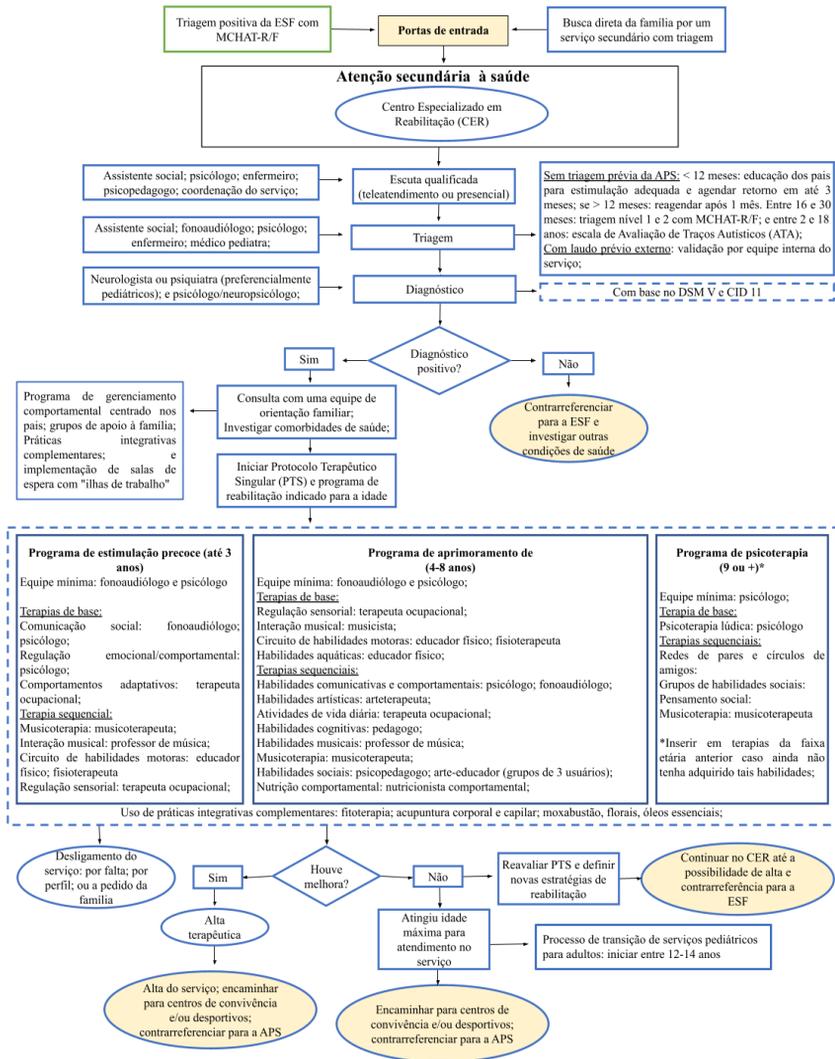


Figura 3 - Fluxograma de atendimento multiprofissional à criança ao adolescente com TEA em CER.



Capítulo 4

APOIO ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA

Leiliane Teixeira Bento Fernandes

Vanessa Medeiros da Nóbrega

Simone Helena Dos Santos Oliveira

Existem dois tipos de intervenções que podem ser oferecidas aos pais/cuidadores: intervenções de apoio aos cuidadores e intervenções de capacitação dos pais/cuidadores (Young *et al.*, 2020).

As intervenções de apoio aos pais/cuidadores proporcionam um “espaço” de apoio e acolhimento onde os usuários do serviço podem se encontrar e compartilhar experiências. O foco é predominantemente nos pais/responsáveis, sendo a criança a beneficiária indireta (Young *et al.*, 2020).

As famílias e as relações dinâmicas que existem dentro delas desempenham um papel crítico no desenvolvimento e nos resultados de seus membros. Infelizmente, pais de crianças com TEA vivenciam uma infinidade de estressores dentro e fora da família. O aumento do estresse para os pais de crianças que convivem com



o TEA pode ser exacerbado, quando confrontados com a tarefa esmagadora de gerenciar e coordenar serviços (Shahidullah *et al.*, 2018).

Esse estresse inicia-se no processo de diagnóstico. Muitas famílias têm dificuldades em compreender ou processar completamente as informações que recebem no momento do diagnóstico. Assim, precisam de oportunidade adequada para fazer perguntas, de preferência em uma consulta de acompanhamento, quando tiverem tempo para refletir sobre o que lhes foi dito. As famílias devem receber um relatório escrito abrangente, detalhando as conclusões da avaliação, fontes de informação relevantes e providências para apoio adicional (Fuentes *et al.*, 2021).

Na intervenção de apoio aos pais, a equipe de APS deve assegurar que o seu serviço fortaleça a rede de apoio social às crianças com TEA e suas famílias. Apoiar os pacientes inclui ter conhecimento e conexões com centros e organizações locais de autismo, programas de deficiência de desenvolvimento e outras organizações profissionais que tenham recursos locais de referência para serviços de apoio (terapeutas, tecnologia de comunicação alternativa e aumentativa, recursos de advocacia). O apoio às famílias inclui fazer encaminhamentos apropriados para aconselhamento matrimonial e familiar, terapia pai-filho e/ou apoio individual para gerenciar a multidão de estressores relacionados a ter filhos com TEA. Além disso, os profissionais também devem oferecer apoio informacional para fortalecer o conhecimento sobre o TEA e sobre os serviços da rede de atenção para ajudar os pais a navegar por suas múltiplas opções de tratamento (Shahidullah *et al.*, 2018). É importante, também, encaminhar a família a uma assistente social para o acesso aos benefícios do governo (financeiro



ou de suporte da rede à terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, modificação comportamental e cuidados temporários) (Lee; Thomas; Lee, 2015).

Para tanto, é necessário coordenar o cuidado prestado pelos serviços da rede de atenção, compartilhando informações sobre as necessidades das famílias e crianças para que não tenham que repetir sua história em cada serviço que visitam (Young *et al.*, 2020, Wee *et al.*, 2021). É importante reconhecer as dificuldades sentidas pelos pais/responsáveis em lidar diariamente com uma criança com necessidades complexas, incluindo conteúdos que ajudem os pais/responsáveis a gerir os seus próprios sentimentos de isolamento, estresse, ansiedade e depressão (Young *et al.*, 2020).

É relevante que os médicos de família façam rastreamento de depressão dos pais e irmãos da família com diagnóstico de autismo. Não menos relevante também é incentivá-los a aproveitar momentos de lazer e cuidados com todos da família para evitar o esgotamento (Lee; Thomas; Lee, 2015).

A APS deve ser a coordenadora do cuidado, acompanhando a criança/adolescente com TEA e família (Lee; Thomas; Lee, 2015; Shahidullah *et al.*, 2018). Os profissionais da APS devem monitorar e avaliar de perto os resultados associados a essas avaliações, intervenções e serviços de apoio coordenados por meio de consultas de acompanhamento ou outras abordagens de comunicação e compartilhamento de informações. O ambiente escolar pode estar novamente bem posicionado para atuação colaborativa com a APS (Shahidullah *et al.*, 2018), conforme informações contidas nas páginas 27-28 deste documento.

É necessário reavaliar o papel dos profissionais da equipe multiprofissional, pois cada pessoa com TEA deve ter um



profissional coordenador de caso (geralmente chamado de “trabalhador-chave” ou “gerente de caso”) para apoiar a família no itinerário terapêutico (Fuentes *et al.*, 2021; Wee *et al.*, 2021). A responsabilidade é integrar recomendações de intervenção, monitorar o progresso e apoiar o planejamento para o futuro, treinando os cuidadores diretamente envolvidos na vida do indivíduo com TEA (pais, professores, outros membros da família, trabalhadores de apoio, etc.) (Fuentes *et al.*, 2021).

Com a ajuda do trabalhador-chave, apoiado por outros profissionais relevantes, as estratégias derivadas de uma variedade de modelos de intervenção podem ser modificadas e combinadas para desenvolver programas de intervenção flexíveis e individuais que atendam às necessidades específicas da criança e da família. É preciso considerar a criança e sua totalidade (bom sono, alimentação saudável e exercícios), reconhecer o valor e esforço dos pais, facilitando o acesso a todos os serviços de apoio relevantes e fornecendo-lhes informações sobre os serviços existentes (Fuentes *et al.*, 2021).

Os profissionais que mais podem facilitar o atendimento integrado para crianças com TEA são os da APS (Shahidullah *et al.*, 2018). Eles contribuem para promover melhoria da qualidade de vida, colaboração e integração entre as áreas de saúde, educação, assistência social e os sistemas de saúde públicos, e promover a parceria entre cuidador e equipe da APS para a tomada de decisão compartilhada (Mukherjee, 2020; Wee *et al.*, 2021).

Aconselhar e esclarecer as dúvidas dos pais de forma eficaz, orientá-los quanto aos direitos e os grupos de apoio disponíveis, resultará em um manejo mais fácil dos desafios. Dentre eles, transições mais suaves durante adolescência (ensino superior/vocação,



sexualidade) e idade adulta (prontidão para o emprego, assistência médica, tutela e arranjos de vida) e melhor compreensão dos direitos e leis relacionadas ao TEA (Mukherjee, 2020; Wee *et al.*, 2021).

Adicionalmente, proporcionar acesso à participação e inclusão plena e efetiva na sociedade, investindo em estratégias mais amplas para tornar os ambientes físicos e sociais mais acessíveis, inclusivos e solidários é de extrema importância. É primordial que os profissionais de saúde capacitem as pessoas com autismo e suas famílias ou cuidadores para defender seus direitos, contribuir para a formulação de políticas e participar plenamente da sociedade (Fuentes *et al.*, 2021; Shahidullah *et al.*, 2018).

Em relação às terapias alternativas complementares, o médico deve apoiar para que a família obtenha informações apropriadas baseadas em evidências e intervenções educativas e comportamentais estruturadas para crianças com TEA. Os médicos devem perguntar especificamente sobre o uso de tratamentos alternativos/complementares e estar preparados para discutir seus riscos e benefícios potenciais (Mukherjee, 2020; Volkmar *et al.*, 2014).

É importante também os profissionais apoiarem os pais a adaptar as AVDs às necessidades dos filhos. As necessidades de apoio podem variar durante os diferentes períodos de vida da criança, por isso é preciso oferecer apoio contínuo e coordenado para contribuir com a tomada de decisão em busca de resolutividade das demandas que surgem no cotidiano. A participação em grupos de apoio de pais com crianças com as mesmas condições possibilita apoio mútuo e troca de experiências entre as famílias (Verdier *et al.*, 2020; Lee; Thomas; Lee, 2015; Volkmar *et al.*, 2014).



Na capacitação dos pais/responsáveis, o foco é ensiná-los a realizar intervenções comportamentais e ambientais para seus filhos conforme a faixa etária e necessidades singulares. Nesse caso, o pai/cuidador é o agente da mudança e a criança é a beneficiária direta (Lee; Thomas; Lee, 2015; Landa, 2018; Young *et al.*, 2020).

A família e/ou cuidadores devem ser envolvidos ativamente no planejamento terapêutico como parte da intervenção, atuando como co-terapeuta, com supervisão, treinamento e monitoramento apropriados (Landa, 2018; Zwaigenbaum *et al.*, 2015b). Evidência revela aumento do conhecimento e das práticas educativas com a diminuição do estresse parental, como também melhora nas habilidades sociais das crianças quando participam ativamente do processo de intervenção. No entanto, programas de intervenção podem não ser benéficos para famílias desestruturadas sem rede de apoio (Ilg *et al.*, 2017).

Programas de gerenciamento comportamental focado nos pais são vitais para garantir os melhores resultados no desenvolvimento da criança (Eow *et al.*, 2020; Fuentes *et al.*, 2021), ao fornecer às famílias conselhos baseados em evidências sobre o manejo comportamental utilizando recursos mais acessíveis (Fuentes *et al.*, 2021). Todas as intervenções a serem utilizadas para o gerenciamento das comorbidades, orientação quanto às habilidades sociais, fala e terapia de linguagem, terapia motora e terapias sensoriais devem ser baseadas em evidências (Mukherjee, 2020).

Sempre que possível, deve-se proporcionar psicoeducação tanto ao jovem como aos seus pais/responsáveis em uma abordagem ao longo da vida. As sessões de acompanhamento são essenciais para fornecer informações de suporte e pontos-chave de transição, além de assegurarem que indivíduos e/ou pais/



responsáveis tenham expectativas realistas sobre as habilidades da criança e o que pode ser alcançado por intervenções (médicas e não médicas). Os programas psicoeducativos devem ser diferenciados para as populações de crianças e adolescentes, incluindo nessas questões relativas à transição, sexualidade e risco (Young *et al.*, 2020). Em crianças e adolescentes recém-diagnosticadas, os grupos de psicoeducação para pais aumentam a compreensão destes sobre o autismo e contribuem no desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação, como também com o gerenciamento dos comportamentos “desafiadores”, como rituais, birras e agressividade, medos e fobias, e problemas de alimentação, sono e uso do banheiro (Fuentes *et al.*, 2021).

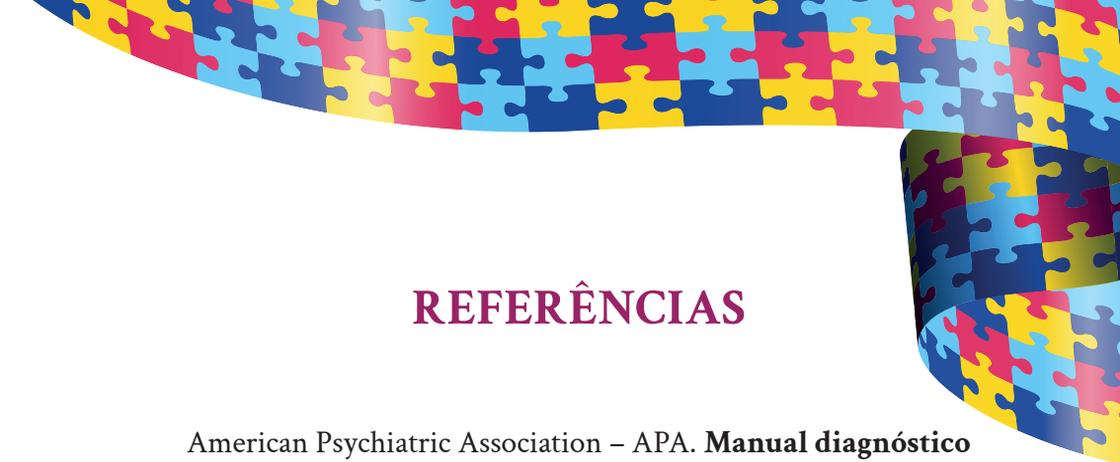
A capacitação dos pais de bebês e crianças pequenas com risco elevado de TEA favorece a adoção de estratégias adequadas e contribui com o desenvolvimento da criança. Esse tipo de intervenção proporciona resultados extremamente relevantes, tendo em vista que os precursores da evolução de habilidades sociais e de comunicação estão sendo adquiridos durante esse estágio inicial de amadurecimento humano. Além disso, os ganhos relatados ocorreram durante um período em que a taxa de progressos está diminuindo e os sintomas de TEA estão surgindo (Landa, 2018).

Todas as crianças e adolescentes com TEA devem ser acompanhadas ao longo do tempo (Landa, 2018). Jovens com deficiência intelectual e/ou autismo devem fazer check-up anual a partir dos 14 anos de idade (Wee *et al.*, 2021).

Por fim, diante do frequente e longo processo de reabilitação, os pais vivenciam rotinas diárias e semanais de sala de espera, ou seja, levam os filhos para a terapia com o profissional que vai atendê-los e ficam aguardando na sala de espera, sem, muitas vezes,



disponham de atividades que possam realizar durante este período. Sendo assim, pode-se ofertar a esses indivíduos um ambiente de ilha de trabalho, em que os pais que trabalham de forma remota possam utilizar esse tempo para manter suas atividades ou, como alternativa opcional, ofertar práticas integrativas complementares, atividades físicas, ou atividades de interesse para eles.



REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 947p.

André, T. G.; *et al.* Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista: una revisión de la literatura. **Jóvenes en la ciencia**, v. 7, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204/2695>. Acesso em: 03 mar. 21.

Araújo, J. A. M. R.; *et al.* Breves Considerações Sobre a Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista na Rede Pública de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**; v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v10i2.687.

Assumpção, J.R. F. B.; *et al.* Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas artísticas. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**; v. 57, n. 1, 1999. DOI: 10.1590/S0004-282X1999000100005. Acesso em: 28 ago. 2022.

Baker, E.; Jeste, S. S. Diagnosis and management of Autism Spectrum Disorder in the era of genomics: Rare disorders can pave the way for targeted treatments. **Pediatric Clinics of North America**, v. 62, n. 3, p. 607–618, 2015



Barton, E. E.; Harris, B.; Leech, N. Autism Identification Policies and Practices in Early Childhood: A Preliminary Investigation From One State. **Infants & Young Children**, v. 29, n. 4, p. 267–289, 2016.

Bertoldi, F. S.; Brzozowski, F. S. O papel da Psicopedagogia na inclusão e na aprendizagem da pessoa autista. **Rev. Psicopedagogia**, v. 37, n. 114, p. 341-52, 2020. DOI: 10.51207/2179-4057.20200028.

Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. **Classificação Internacional de Doenças passa pela 11ª revisão e entra em vigor em janeiro de 2022**. s.d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/classificacao-internacional-de-doencas-passa-pela-11a-revisao-e-entra-em-vigor-em-janeiro-de-2022/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

Brasil. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 18 dez. 22.

Brasil. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 04 mar. 21.

Brasil. **Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2017**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo



que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

Brasil. **Lei no 13.861, de 18 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao Transtorno do Espectro Autista nos censos demográficos. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13861.htm. Acesso em: 29 fev. 2020.

Brasil. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. s.d. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.

Brasil. **Transtorno do Espectro Autista - Atenção Primária à Saúde - Definição**. 2021a. <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/>. Acesso em: 12 de jul. 2022.

Brasil. **Transtorno do Espectro Autista - Atenção Primária à Saúde - Vigilância em Saúde**. 2021b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/vigilancia-em-saude/#pills-aspectos-gerais-autismo>. Acesso em: 12 de jul. 2022.

Brasil. **Transtorno do Espectro Autista - Atenção Primária à Saúde - Planejamento terapêutico compartilhado**. 2021c. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/atencao-especializada/>



estavel-planejamento-terapeutico/#pills-acompanhamento-tratamento.
Acesso em: 15 ago. 2022.

Brasil. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**. 2020. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

Brasil. **Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.progresso.com.br/cotidiano/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil/386409/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

Brasil. **Portaria conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-no-7-2022-comportamento-agressivo-no-tea.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

Brouwers, M.; *et al.* AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Update: sep 2013. **Can Med Assoc J**, v. 182, p. E839-842, 2010. DOI: 10.1503/cmaj.090449. Disponível em: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

Campana, N. T. C. **Uso de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas**



de desenvolvimento associados ao autismo. São Paulo. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-10042014-150406/publico/campana_corrigida.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

Castro-Souza, R. M. **Adaptação brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers).** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília – DF. 2011.

Catão, L. G.; Tavares, R. L. Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. **Revista Campo do Saber;** v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/259/219>. Acesso em: 03 set. 2022.

Clínica Neurogandolfi. **CARS-2:** Escala de Classificação de Autismo na Infância, Segunda Edição. Disponível em: <<https://www.clinicaneurogandolfi.com/post/cars-2-escala-de-classificacao-de-autismo-na-infancia-segunda-edicao>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

Corrêa, I.S.; *et al.* Triagem para transtorno do espectro autista pela enfermeira na atenção primária: revisão integrativa. **Rev Recien,** v. 12, n. 37, p. 293-303, 2022.

Dalwai, S.; *et al.* Consensus statement of the Indian academy of pediatrics on evaluation and management of autism spectrum disorder. **Indian Pediatrics,** v. 54, n. 5, p. 385–393, 2017.



Eow, S. Y.; *et al.* Factors associated with autism severity among Malaysian children with Autism Spectrum Disorder. **Research in Developmental Disabilities**, v. 100, p. 103632, 2020.

Fenikilé, T. S.; *et al.* Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. **Primary Health Care Research & Development**, v. 16, n. 04, p. 356–366, 2015.

Fernandes, L. T. B.; *et al.* **Perfil de saúde de crianças/adolescentes com autismo na Paraíba e o uso de tecnologias móveis para a educação e assistência em saúde.** 2020. No prelo.

Frigaux, A.; Evrard, R.; Lighezzolo-Alnot, J. L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique : intérêts, limites et ouvertures. **L'Encéphale**, v. 45, n. 5, p. 441–448, 2019.

Fuentes, J.; *et al.* ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 961–984, 2021.

Grandin, T.; Panek, R. **O cérebro autista** - pensando através do espectro. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2019. 251p.

Gonçalves, T. M.; Pedruzzi, C. M. Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura. **Rev. CEFAC**; v. 15, p. 1011-1018, 2013.

Harisson, A. J.; *et al.* Observation-centered approach to ASD assessment in Tanzania. **Intellect Dev Disabil.**; v. 52, n. 5, p. 330-47, 2014. DOI: 10.1352/1934-9556-52.5.330.



Hart, L. C.; *et al.* Practical Steps to Help Transition Pediatric Patients to Adult Care. **Pediatrics**, v. 144, n. 6, p. e20190373, 2019.

Hayes, J.; *et al.* Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: a narrative review. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 222, 2018.

Hoang, N.; *et al.* Heterogeneity in clinical sequencing tests marketed for autism spectrum disorders. *NPJ Genom Med.*; v. 3, p. 27-30, 2018. DOI: 10.1038/s41525-018-0066-3.

Ilg, J.; *et al.* Evaluation of a French parent-training program in young children with autism spectrum disorder. **Psychologie Française**, v. 63, n. 2, p. 181-199, 2018.

Kasari, C.; *et al.* Assessing the Minimally Verbal School-Aged Child With Autism Spectrum Disorder: Assessing minimally verbal ASD. **Autism Research**, v. 6, n. 6, p. 479-493, 2013.

Kern, P.; *et al.* Music Therapy Services for Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Survey of Clinical Practices and Training Needs. **Journal of Music Therapy**, v. 50, n. 4, p. 274-303, 1 dez. 2013.

Landa, R. J. Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. **International Review of Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 25-39, 2018.

Lee, P. F.; Thomas, R. E.; Lee, P. A. Approach to autism spectrum disorder: using the new DSM-V diagnostic criteria and the CanMEDS-FM framework. **Canadian Family Physician**, v. 61, p. 421-424, 2015.



Lee, J.; *et al.* A survey of Korean medicine doctors' clinical practice patterns for autism spectrum disorder: preliminary research for clinical practice guidelines. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 18, n. 1, p. 90, 2018.

Lima, R. C.; *et al.* Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis**; v. 24, n. 3, 2014. DOI: 10.1590/S0103-73312014000300004.

Lobão, T. V. **Aplicação do instrumento Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) para rastreamento de transtorno do espectro autista em lactentes de alto risco.** Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde da criança e do adolescente. Curitiba: 2020.

Losapio, M. F.; *et al.* **Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F).** 2009. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

Machado, F. P.; *et al.* Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiol., Commun. Res.**; v. 19, n. 4, p. 345-351, 2014. DOI: 10.1590/S2317-64312014000300001392.

Maenner, M.J.; *et al.* Prevalência e características do transtorno do espectro do autismo em crianças de 8 anos — Rede de monitoramento de autismo e deficiências de desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos,



2018. **MMWR Surveill Summ**; v. 70, n. SS-11, p. 1–16, 2021. DOI: 10.15585/mmwr.ss7011a1.

Ministério Público de São Paulo. **Cartilha Autismo e educação**. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_autismo/aut_diversos/Cartilha-AR-Out-2013%20-%20autista%20na%20escola.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

Miyajima, A.; *et al.* Development of an Intervention Programme for Selective Eating in Children with Autism Spectrum Disorder. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy**, v. 30, n. 1, p. 22–32, dez. 2017.

Mukherjee, S. B. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder: American Academy of Pediatrics 2020 Clinical Guidelines. **Indian Pediatrics**, v. 57, n. 10, p. 959–962, out. 2020.

Narzisi, A.; *et al.* Non-Pharmacological Treatments in Autism Spectrum Disorders: An Overview on Early Interventions for Pre-schoolers. **Current Clinical Pharmacology**, v. 9, n. 1, 2014.

Ng M.; *et al.* Environmental factors associated with autism spectrum disorder: a scoping review for the years 2003–2013. **Health Promot Chronic Dis Prev Can.** v. 37, n. 1, p. 1–23, 2017. doi: 10.24095/hpcdp.37.1.01.

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. **Folha informativa - Transtorno do espectro autista**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em: 25 abr. 2019.



Oner, O.; Munir, K. M. Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised (MCHATR/F) in a urban metropolitan sample of young children in Turkey. **J Autism Dev Disord**; p.1-8, 2019.

Paula, C. S.; *et al.* Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Rev Assoc Med Bras**; v. 57, n. 1, p. 2-5, 2011. DOI: 10.1590/S0104-42302011000100002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100002. Acesso em: 14 jul. 2020.

Pereira, A.; Riesgo, R.S.; Wagner, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **J. Pediatr.**; v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008. DOI: 10.1590/S0021-75572008000700004.

Queiroz M. S. F.; Martins, M. J. M. L.; Paixão, J. A. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em crianças com Transtorno Espectro Autista (TEA) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão de literatura. **Revista Artigos. Com**; v. 29, e7726, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7726>. Acesso em: 04 set. 2022.

Seize, M. M.; Borsa, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**; v. 22, n. 1, 2017. DOI: 10.1590/1413-82712017220114.

Shahidullah, J. D.; *et al.* Linking the Medical and Educational Home to Support Children With Autism Spectrum Disorder: Practice Recommendations. **Clinical Pediatrics**; v. 57, n. 13, p. 1496–1505, 2018.



Shiani, A.; *et al.* A systematic literature review on the association between exposures to toxic elements and an autism spectrum disorder. **Science of The Total Environment**, v. 857, n. 2, 2023, p. 159246. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.159246>.

Silva, S. L. **O papel do pedagogo na inclusão escolar de alunos com deficiência na escola “Sagrada família” no município de Tomé-Açu.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Pará, Abaetetuba, 2022. 20 f. Disponível em: https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/bitstream/prefix/5106/1/TCC_PapelPedagogoInclusao.pdf. Acesso em: 05 jan. 2023.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Transtorno do Espectro do Autismo.** 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

Steiner, A. M.; *et al.* Practitioner’s Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. **Journal of Autism and Developmental Disorders**; v. 42, n. 6, p. 1183–1196, jun. 2012.

Verdier, K.; Fernell, E.; Ek, U. Blindness and Autism: Parents’ Perspectives on Diagnostic Challenges, Support Needs and Support Provision. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 6, p. 1921–1930, 2020.

Volkmar, F.; *et al.* Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. **Journal**



of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 53, n. 2, p. 237–257, 2014.

Wee, C. *et al.* Developing a model for mental health services for children and young people with intellectual disability and/or autism in North West England. **Advances in Autism**, v. 7, n. 2, p. 178-190, 2021.

Williams, M. E.; *et al.* Policy and Practice Barriers to Early Identification of Autism Spectrum Disorder in the California Early Intervention System. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 51, n. 10, p. 3423–3431, 2021.

Young, S. *et al.* Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus. **BMC Medicine**, v. 18, n. 1, p. 146, 2020.

Zwaigenbaum, L. *et al.* Early Identification and Interventions for Autism Spectrum Disorder: Executive Summary. **Pediatrics**, v. 136, n. 1, 2015a.

Zwaigenbaum, L. *et al.* Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. **Pediatrics**, v. 136, n. Supplement_1, p. S60–S81, 2015b.

Zeidan, J.; *et al.* Global prevalence of autism: A systematic review update. **Autism Res.**, v. 15, n. 5, p. 778–790, 2022. DOI: 10.1002/aur.2696.

ANEXOS

Anexo 1 – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

PROTOCOLO IRDI – FOLHA DE ROSTO

UBS onde a criança é atendida:	No. do prontuário no serviço: No. na pesquisa:
Nome completo da criança:	Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () masculino () feminino
Nomes completos dos pais:	Telefones dos pais: Endereço completo (com CEP):
Idade gestacional: _____ semanas	Posição da criança na família:
Peso ao nascer: _____ g	APGAR 5:
Número de consultas em pré-natal:	Duração da amamentação exclusiva: meses
Época do desmame: meses	
Idade materna:	Escolaridade Materna:

Encontros realizados:
Data: ___/___/___ Motivo:

PROTOCOLO IRDI – 1ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Nº na pesquisa: _____
UBS: _____ Nº do Prontuário: _____
Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____
Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____
Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:
P = Presente
A = Ausente
NV = Não verificado

Indicadores de 0 a 3 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
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 (mamanhês).		
3. A criança reage ao mamalhês.		
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		

PROTOCOLO IRDI – 2ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ N° na pesquisa: _____
 UBS: _____ N° do prontuário: _____
 Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____
 Nome do cuidador que acompanhou a criança: Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:
 P = Presente
 A = Ausente
 NV = Não verificado

Indicadores de 4 a 7 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.		
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		
8. A criança solicita a mãe ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		
9. A mãe ou cuidador fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.		
10. A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.		
12. A mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.		
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		

PROTOCOLO IRDI – 3ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Nº na pesquisa: _____

UBS: _____º do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: ____ Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 8 a 11 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
14. A mãe (ou cuidador) percebe quando a criança está querendo chamar a sua atenção.		
15. Durante a troca de fraldas, a alimentação, banho e outros cuidados com o corpo, a criança brinca com a mãe (ou cuidador) e demonstra carinho por ela.		
16. A criança demonstra quando gosta ou não gosta de alguma coisa.		
17. Mãe e criança possuem uma linguagem que faz parte da rotina e da intimidade delas.		
18. A criança estranha pessoas que ela não conhece.		
19. A criança possui objetos preferidos (paninho, ursinho).		
20. A criança faz gracinhas (caretas, biquinho, pisca, bate palminhas) para chamar atenção.		
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.		
22. A criança aceita os alimentos picados ou inteiros (frutas, pedacinhos de carne, batata e outros) e não apenas os líquidos e papinhas.		

PROTOCOLO IRDI – 4ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança _____

Data de nasc.: ____/____/____ N° na pesquisa: _____

UBS: _____ N° do prontuário: _____

Profissional que aplicou _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: ___Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 12 a 17 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.		
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.		
25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.		
26. A mãe não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.		
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.		
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.		
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.		
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.		
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.		

Anexo 2 – Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F)

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 "ôh 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

M-CHAT-R 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 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 "oh 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

Anexo 3 – Escala de Avaliação de Traços Autístico (ATA)

- I. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL** - O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a não aceitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento:
1. Não sorri;
 2. Ausência de aproximações espontâneas;
 3. Não busca companhia;
 4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo);
 5. Evita pessoas;
 6. É incapaz de manter um intercâmbio social;
 7. Isolamento intenso.
- II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE** - O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se a nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isso com o fim de conseguir ser o centro da atenção:
1. Não responde às solicitações;
 2. Mudança repentina de humor;
 3. Mantém-se indiferente, sem expressão;
 4. Risos compulsivos;
 5. Birra e raiva passageira;
 6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar).

- 
- III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR** - A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente utiliza-se do adulto como o meio para conseguir o que deseja:
1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que ele deseja;
 2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha);
 3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos);
 4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.
- IV. RESISTÊNCIA À MUDANÇA** - A resistência à mudança pode variar da irritabilidade até a franca recusa:
1. Insistente em manter a rotina;
 2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação;
 3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade.
- V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA** - Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade:
1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos;
 2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar);
 3. Prende-se a uma sequência temporal (Cada coisa em seu tempo);
 4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado).



VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFINIDO - A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até o constante evitar dos estímulos visuais:

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos;
2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora);
3. Expressão do olhar vazio e sem vida;
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente;
5. Fixa os objetos com uma olhada periférica, não central;
6. Dá a sensação de que não olha.

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA - A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar desde uma certa expressividade até uma ausência total de resposta:

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada;
2. Não mostra uma reação antecipatória;
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente;
4. Imobilidade facial.

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO - Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não:

1. Não quer ir dormir;
2. Se levanta muito cedo;
3. Sono irregular (em intervalos);
4. Troca ou dia pela noite;
5. Dorme muito poucas horas.



IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO - Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar até aquela em que se opõe ativamente:

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre);
2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos);
3. Quando pequeno não mastigava;
4. Apresenta uma atividade ruminante;
5. Vômitos;
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira;
7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão);
8. Ausência de paladar (Falta de sensibilidade gustativa).

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES - O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto:

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário;
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto;
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer;
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente.

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR) - Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica:

1. Morde e engole objetos não alimentares;
2. Chupa e coloca as coisas na boca;
3. Cheira tudo;
4. Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa.



XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS - Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra:

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo;
2. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão;
3. Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira);
4. Carrega insistentemente consigo determinado objeto;
5. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo;
6. Coleciona objetos estranhos;
7. Utiliza os objetos de forma particular e inadequada.

XIII. FALTA DE ATENÇÃO - Dificuldades na fixação e concentração.

Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente:

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la;
2. Age como se fosse surdo;
3. Tempo de latência de resposta aumentado;
4. Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende);
5. Resposta retardada;
6. Muitas vezes dá a sensação de ausência.

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM - Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina:

1. Não quer aprender;
2. Se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste;

- 
3. Esquece rapidamente;
 4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer;
 5. Insiste constantemente em mudar de atividade.

XV. FALTA DE INICIATIVA - Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria:

1. É incapaz de ter iniciativa própria;
2. Busca a comodidade;
3. Passividade, falta de interesse;
4. Lentidão;
5. Prefere que outro faça o trabalho para ele.

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO - É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais severas, com uso exclusivo de fala particular e estranha:

1. Mutismo;
2. Estereotípias vocais;
3. Entonação incorreta;
4. Ecolalia imediata e/ou retardada;
5. Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo;
6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente;
7. Não se comunica por gestos;
8. As interações com adultos não são nunca um diálogo.

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS -

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que faz referência a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais:

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser;
2. Não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária ou um interesse iminente específico;
3. Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas;
4. Às vezes surpreende por suas habilidades inesperadas.

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

- Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração:

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa;
2. Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste;
3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem;
4. Reações de birra.

XIX. NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES -

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo:

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja;
2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz.

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE -

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até



grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade:

1. A criança está constantemente em movimento;
2. Mesmo estimulada, não se move;
3. Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho;
4. Vai de um lugar a outro, sem parar;
5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar;
6. Não se move nunca do lugar onde está sentado.

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS - Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino:

1. Balanceia-se;
2. Olha e brinca com as mãos e os dedos;
3. Tapa os olhos e as orelhas;
4. Dá pontapés;
5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face;
6. Roda objetos ou sobre si mesmo;
7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos;
8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo.

XXII. IGNORA O PERIGO - Expõe-se sem ter consciência do perigo

1. Não se dá conta do perigo;
2. Sobe em todos os lugares;
3. Parece insensível a dor.

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

Anexo 4 – Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Pontos	Sintomas
1 - Relacionamento interpessoal	
1	Sem evidência de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança às vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde às iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.
2 - Imitação	
1	Apropriada: A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. As vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	Grau moderado: A criança só imita as vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	Grau severo: A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.

Pontos	Sintomas
3 - Resposta emocional	
1	Resposta apropriada para a idade e situação: A resposta emocional (forma e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações não são relacionadas a objetos ou acontecimentos do “entorno”.
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas às situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro, podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.
4 - Expressão corporal	
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades “menores” podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças da mesma idade. Podem estar presentes: peculiar postura de dedos e corpo, autoagressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se manterem quando a criança está envolvida em atividades.

Pontos	Sintomas
5 - Uso do objeto	
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	
3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maiores. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.
6 - Adaptação a mudanças	
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente/o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência às mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.

Pontos	Sintomas
7 - Uso do olhar	
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.
8 - Uso da audição	
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiperreação. Às vezes a reação é atrasada, às vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tapar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.

Pontos	Sintomas
9 - Uso do paladar, olfato e do tato	
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade, geralmente através dos sentidos. O paladar e o olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).
2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lambar objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual à dor de grau moderado, assim como sub ou hiperreação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta à dor assim como uma hiperreação a algo que é só levemente desconfortável.
10 - Medo e nervosismo	
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparada a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	Grau severo: Há manutenção do medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de autoconservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

Pontos	Sintomas
11 - Comunicação verbal	
1	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	
3	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.
12 - Comunicação não-verbal	
1	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p. ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstrem não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

Pontos	Sintomas
13 - Atividade	
1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quieta. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim “passar” por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiperatividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.
14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade, não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p. ex: talento para música, ou facilidade com números.

Pontos	Sintomas
15 - Impressão geral	
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.
3,5	
4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

LEILIANE TEIXEIRA BENTO FERNANDES

Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pela Residência Multiprofissional Hospitalar do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). Residente em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Realizou



contribuições substanciais para concepção ou desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados do trabalho; redação e revisão da diretriz; aprovação final da versão a ser publicada. Também concordou em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à precisão ou à integridade de qualquer parte tenham sido devidamente investigadas e resolvidas. E-mail: leilianeufpb@gmail.com

VANESSA MEDEIROS DA NÓBREGA

Enfermeira. Servidora pública na Prefeitura Municipal de João Pessoa. Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Pediatria e Neonatologia pelo grupo CEFAPP. Residente em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Realizou coleta, análise e interpretação dos dados do trabalho; redação e revisão da diretriz; aprovação final da versão a ser publicada. E-mail: nessanobregam@gmail.com



SOBRE AS AUTORAS

LEILIANE TEIXEIRA BENTO FERNANDES

Vide página 121

VANESSA MEDEIROS DA NÓBREGA

Vide página 121

NEUSA COLLET

Enfermeira. Docente titular aposentada do Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora e Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/ USP). Residente em Cabedelo, Paraíba, Brasil. Realizou contribuições substanciais para concepção ou desenho do trabalho; revisão da diretriz; aprovação final da versão a ser publicada. E-mail: neucollet@gmail.com



SIMONE HELENA DOS SANTOS OLIVEIRA

Enfermeira. Docente titular da Escola Técnica de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC), com Pós-Doutorado em Doenças Crônicas pela Universidade de Pernambuco (UPE).

Mestra em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Enfermagem, Cirúrgica e Administração. Residente em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Realizou revisão da diretriz e aprovação final da versão a ser publicada. E-mail: simonehsoliveira@gmail.com



SOBRE O LIVRO

Júlia Kauana Arcanjo da Costa e Francielly Rodrigues Soares
Revisão e Normalização

Ana Emília Galvão e Silva Holanda
Arte da Capa

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes
Projeto Gráfico e Diagramação

Canva e Freepik
Imagens

O interesse em desenvolver a presente diretriz surgiu da inquietação pessoal da primeira autora em dar sentido ao seu caminho de doutoramento, entendendo que esse é um dom que carece de um propósito. Viver o propósito da pesquisa é colocá-la a favor e à disposição da sociedade, de modo a contribuir na vida de pessoas que não obtiveram as mesmas oportunidades ou que encontraram outros propósitos de vida.

Assim, pretende-se colaborar com a gestão e assistência dos serviços de saúde a indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), entendendo que, diante do aumento vertiginoso de casos suspeitos ou diagnosticados nos últimos anos em todo o mundo, as instituições de saúde precisaram se reinventar para abarcar tamanha demanda, e, por vezes, esse processo carece do auxílio de pessoas para além dos muros assistenciais.

ISBN 978-85-7879-996-0



 **eduepb**