



Diretrizes de Atenção

à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

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



Brasília – DF
2014

2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
SAF/Sul, Trecho 2, Edifício Premium, Torre 2, bloco F, térreo, sala 11
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
E-mail: peessoaacomdeficiencia@saude.gov.br

Coordenação:

Dário Frederico Pasche
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Organização:

Mariana Fernandes Campos
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Revisão técnica:

Jacy Perissinoto
Mariana Fernandes Campos
Ruth Ramalho Ruivo Palladino
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Colaboração:

Cleonice Alves Bosa
Daniela Fernanda Marques
Decio Brunoni
Fernanda Prada Machado

Jacy Perissinoto
José Salomão Schwartzman
Maria América Coimbra de Andrade
Marisa Furia Silva
Rogério Lerner
Ruth Ramalho Ruivo Palladino
Sílvia Maria Arcuri

Fotos:

Acervo da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Tatiane Souza
Diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
86 p. : il.

ISBN 978-85-334-2089-2

1. Transtornos do Espectro do Autismo. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU 616-896

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0047

Títulos para indexação:

Em inglês: Care Guidelines for Rehabilitation of Person with Autism Spectrum Disorders

Em espanhol: Directrices para la Atención a la Rehabilitación de la Persona con Transtornos del Espectro del Autismo

Sumário

PREFÁCIO	5
1 OBJETIVO.....	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 INTRODUÇÃO	11
3.1 Histórico	11
4 IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO DE SINAIS INICIAIS DE PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO.....	15
4.1 Identificação inicial	16
4.2 Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta	17
5 INDICADORES COMPORTAMENTAIS DE TEA.....	32
5.1 Motores.....	33
5.2 Sensoriais.....	34
5.3 Rotinas.....	34
5.4 Fala.....	34
5.5 Aspecto emocional	35
6 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO	36
6.1 Instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de <i>indicadores de desenvolvimento infantil</i> e dos TEA	36
7 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E CLASSIFICAÇÕES	38
7.1 Avaliação diagnóstica	39
7.2 A equipe interdisciplinar	39
7.3 Entrevista com os pais ou cuidadores.....	42
7.4 Observação direta do comportamento e da interação social	48
7.5 Classificações	55
8 COMORBIDADES E CAUSAS.....	57
8.1 Prevenção e aconselhamento genético	59

9 O MOMENTO DA NOTÍCIA DO DIAGNÓSTICO DE TEA.....	60
10 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:	
HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM TEA	62
11 APOIO E ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA COM TEA	66
12 FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E	
ATENDIMENTO DA PESSOA COM TEA NA REDE SUS	68
REFERÊNCIAS.....	70
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	72
ANEXOS.....	78
Anexo A – Indicadores Clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI).....	78
Anexo B – Versão final do M-CHAT em português.....	84

A *Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência* (NY, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às pessoas com deficiência, elegendo a “acessibilidade” como ponto central para a garantia dos direitos individuais. A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que

[...] tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Desde então, o Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, entre outros, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. Em dezembro de 2011, foi lançado o *Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência* (BRASIL, 2011) e, como parte do referido programa, o Ministério da Saúde instituiu a *Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS* (BRASIL, 2012a), estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua.

Ainda em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o governo brasileiro instituiu a *Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo* (BRASIL, 2012b), segundo a qual o indivíduo com TEA deve ser considerado uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Esse processo é resultado da luta de movimentos científicos e sociais, entre os quais entidades e associações de pais de pessoas com transtornos do espectro do autismo, que – passo a passo – vêm conquistando direitos e, no campo da Saúde, ajudando a construir equidade e integralidade nos cuidados às pessoas com TEA.

O documento ora apresentado é um dos resultados da conjunção de esforços da sociedade civil e do governo brasileiro. Coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas de várias entidades elaborou o material aqui apresentado, oferecendo orientações relativas ao cuidado à saúde das pessoas com TEA no campo da habilitação/reabilitação na *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*.

Destaque-se que se trata da atenção à pessoa (e aos seus familiares, como se verá adiante), que não deve ser reduzida à sua condição diagnóstica, pois devem ser contemplados seus aspectos psíquicos no que tange aos seus sentimentos, aos seus pensamentos e às suas formas de se relacionar com as pessoas e com o seu ambiente.

Vale ainda salientar que, para que a atenção integral à pessoa com transtorno do espectro do autismo seja efetiva, as ações aqui anunciadas devem estar articuladas a outros pontos de atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como aos serviços de proteção social (centros-dia, residências inclusivas, Cras e Creas) e de educação.

1 OBJETIVO

O objetivo desta diretriz é oferecer orientações às equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede SUS para o cuidado à saúde da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA) e de sua família nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.





2 METODOLOGIA

A elaboração das *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo* foi uma ação conjunta de profissionais, pesquisadores e especialistas com experiências reconhecidas em diversas profissões da área da Saúde e pertencentes a sociedades científicas e profissionais. Tal grupo contou também com representantes da sociedade civil.

A apresentação da problemática resultou de pesquisa bibliográfica em material nacional e internacional publicado nos últimos 70 anos, o que permitiu construir um pequeno, mas representativo resumo do estado da arte.

As recomendações, por sua vez, também foram consequência:

- a) de um trabalho de revisão crítica da experiência clínica dos membros do grupo, cada um em sua especialidade de trabalho, com as pessoas com transtornos do espectro do autismo em instituições universitárias, no Sistema Único de Saúde (SUS) e na assistência complementar e privada; e
- b) da análise de experiências internacionais.



3 INTRODUÇÃO

3.1 Histórico

A primeira definição de autismo como um quadro clínico ocorreu em 1943, quando o médico austríaco Leo Kanner, que na época trabalhava no Hospital Johns Hopkins (em Baltimore, nos EUA), sistematizou a cuidadosa observação de um grupo de crianças com idades que variavam entre 2 e 8 anos, cujo transtorno ele denominou de ‘distúrbio autístico de contato afetivo’. Embora o termo “autismo” já houvesse sido introduzido na psiquiatria por Plouller, em 1906, como item descritivo do sinal clínico de isolamento (CAMARGOS et al., 2005), a criteriosa descrição de tais anormalidades por Kanner permitiu a diferenciação do quadro de autismo de outros como esquizofrenia e psicoses infantis. O trabalho de Kanner foi de fundamental importância para formar as bases da Psiquiatria da Infância nos EUA e também mundialmente (NEUMÄKER, 2003).

Kanner evidenciou nos casos descritos as seguintes características: (a) inabilidade em desenvolver relacionamentos com pessoas; (b) atraso na aquisição da linguagem; (c) uso não comunicativo da linguagem após o seu desenvolvimento; (d) tendência à repetição da fala do outro (ecolalia);¹ (e) uso reverso de pronomes; (f) brincadeiras repetitivas e estereotipadas; (g) insistência obsessiva na manutenção da “mesmice” (rotinas rígidas e um padrão restrito de interesses peculiares); (h) falta de imaginação; (i) boa memória mecânica; e (j) aparência física normal (RUTTER, 1978). Tais características não haviam sido consideradas até então em sua “surpreendente singularidade” (KANNER, 1971). Já em 1943, Kanner deixou claro que este relato era preliminar e carecia de mais estudos, observações e investigações (KANNER, 1971; RUTTER, 1978)

¹ Genericamente, a ecolalia se caracteriza pela repetição sistemática de palavras ou sílabas do enunciado do interlocutor.

Na mesma época em que Kanner publicou seu trabalho (em uma revista científica já extinta), Asperger (1944) descreveu o quadro clínico de quatro meninos de 7 a 11 anos que, apesar de guardar semelhanças com o quadro de Kanner, definiu outro quadro clínico, hoje conhecido como síndrome de Asperger. A descrição de Asperger, apesar de também detalhada, deixou de levar em consideração casos semelhantes já descritos na literatura da época. Cabe lembrar que estamos falando de um período no qual a troca de informações era muito mais lenta em relação aos dias de hoje. Além disso, como Kanner trabalhava nos EUA, suas publicações foram feitas em inglês, o que conferiu maior difusão do seu trabalho. Além de Asperger, outros autores também descreveram quadros clínicos específicos (Rett, Heller etc.), todos de início na infância e classificados como *transtornos do desenvolvimento* (WOLFF, 2004).

Após a descrição inicial, o próprio Kanner e Eisenberg, em 1956, elegeram dois sintomas principais (isolamento extremo e insistência obsessiva na manutenção da “mesmice”, em associação ao surgimento do problema nos primeiros 2 anos de vida). O termo “autismo” já havia sido usado por Bleuler, em 1911, para descrever um sintoma fundamental da esquizofrenia (HECKERS, 2011). Estes dois fatos juntos trouxeram confusão para os termos, os conceitos e a definição do quadro clínico, resultando em estudos clínicos e pesquisas cujos objetos de investigação eram distintos, todos sob a denominação de “autismo”. Cabe ressaltar que, enquanto na esquizofrenia existe uma tendência ao isolamento por um retraimento nos relacionamentos, na síndrome descrita por Kanner observa-se uma incapacidade de desenvolver relacionamentos. Devido a uma necessidade de diferenciação entre o autismo e a esquizofrenia de início precoce, prevaleceu então o conceito de que os sinais e sintomas devem surgir antes dos 30 meses de idade. Além disso, destacam-se em seu quadro clínico: (a) problemas no desenvolvimento social que são peculiares e se manifestam de inúmeras formas e não condizem com o nível de desenvolvimento intelectual da criança; (b) atraso e padrão alterado no desenvolvimento de linguagem com características peculiares que não condizem com o nível de desenvolvimento intelectual da criança; e (c) repertório restrito e repetitivo de comportamentos e interesses, o que inclui alterações nos padrões dos movimentos (RUTTER, 1978).

A partir da descrição de Kanner de 1943, nas décadas seguintes realizaram-se inúmeras pesquisas e estudos clínicos e publicaram-se centenas de artigos, livros e capítulos de livros. Iniciou-se também um forte movimento dos pais de indivíduos com autismo. Também ocorreu a identificação de casos descritos num período anterior a 1943 que poderiam ser considerados pertencentes a esta síndrome (WOLFF, 2004). O trabalho de Sir Michael Rutter foi de fundamental importância para o desenvolvimento do conhecimento na área, pois trouxe uma contribuição relevante para a correta caracterização da síndrome em relação ao nível de desenvolvimento neuropsicomotor e cronológico, além de uma importante investigação sobre a coexistência (ou não) de retardo mental e de problemas neurológicos que só aparecem num período posterior da vida, como as crises epiléticas (RUTTER, 1978; VOLKMAR et al., 1996). Todo esse esforço em conjunto contribuiu tanto para a definição e a identificação de sinais clínicos e problemas correlacionados quanto para as diretrizes de educação e os atendimentos especializados necessários. Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo, tais como anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central (SNC) e problemas constitucionais inatos predeterminados biologicamente (AKSHOMOFF, 2006). Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes (LORD; RUTTER, 1994).

Em 1971, Kanner conseguiu reavaliar os casos iniciais (pois os pacientes estudados já eram adultos, então), corroborando a sua descrição inicial de que o quadro já está presente desde a primeira infância. Ele ressaltou, então, o quanto a inclusão, as técnicas de manejo e educação e a consideração das habilidades dos indivíduos portadores da síndrome podem contribuir para o seu desenvolvimento mais pleno (KANNER, 1971). O mesmo pode-se dizer da abordagem do médico francês Itard, que – muito antes da descrição clínica da síndrome – dedicou sua vida e demonstrou ser possível educar e humanizar um menino de aproximadamente 11 anos de idade que havia sido achado numa floresta em 1798, ferido, sujo, andando de quatro e praticamente

mudo, que hoje receberia o diagnóstico provável de Asperger. Os métodos educacionais usados por Itard são aplicados até os dias de hoje (WOLFF, 2004).

No início dos anos de 1980, o trabalho de Asperger recebeu bastante atenção, cujo foco de investigação se trata dos indivíduos “de alto funcionamento”, o que impulsionou o campo para o conceito de espectro do autismo, que se mostrou útil tanto no campo clínico quanto no âmbito das pesquisas genéticas (WOLFF, 2004).

O conceito de *autismo infantil* (AI), portanto, se modificou desde a sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de *transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento* (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os *transtornos do espectro do autismo* (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o *transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação* (portanto, não incluindo a síndrome de Rett e o *transtorno desintegrativo da infância*).

Assim, duas questões tornaram-se fundamentais: a importância da detecção de sinais iniciais de problema de desenvolvimento em bebês que podem estar futuramente associados aos TEA e a necessidade do diagnóstico diferencial. A primeira se refere à necessidade de uma intervenção, o que aumenta a chance de maior eficácia no cuidado dispensado. A segunda questão se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados pela equipe multiprofissional responsável para o estabelecimento do diagnóstico e a identificação de comorbidades.

4 IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO DE SINAIS INICIAIS DE PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO



4.1 Identificação inicial

A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. Sabe-se que, para fins de diagnóstico, manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os 3 anos de idade.

Nas ações de assistência materno-infantil da Atenção Básica, por exemplo, as equipes profissionais são importantes na tarefa de identificação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento.

Portanto, inventários de desenvolvimento geral e de sinais de alerta para problemas são um importante material para instrumentar as equipes de saúde na tarefa de identificação desses casos. Entretanto, quanto mais nova for a criança, mais inespecíficos são os sinais de problemas de desenvolvimento, o que significa ser difícil a previsão do diagnóstico que a criança poderá receber. Não se deve fazer diagnóstico precipitado sob o risco de que a natureza da condição do bebê seja ofuscada pela suposta possibilidade de prever seu quadro de TEA. As consequências de diagnóstico precipitado podem vir a ser ruins para a família e para o desenvolvimento do bebê.

Desde a detecção dos sinais até o diagnóstico propriamente dito, são necessários o acompanhamento e a intervenção. Para isso, apresentam-se a seguir um rol de sinais de problemas de desenvolvimento (BAIR et al., 2006) e um rol de características sugestivas de TEA que são encontrados com frequência no histórico clínico e nas pesqui-

sas com pacientes diagnosticados com TEA (BARBARO; RIDGWAY; DISSNAYAKE, 2011). Isso não quer dizer que todas as crianças que os apresentarem necessariamente receberão tal diagnóstico. O local e o âmbito (serviço de atenção primária ou de atenção especializada) de detecção e intervenção serão decididos em função da especificidade do caso e da sua disponibilidade no território onde a família vive.

4.2 Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta

**Quadro 1 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta
(de zero a 6 meses)**

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Interação social	Por volta dos 3 meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	A criança com TEA pode não fazer isso ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção a pessoas do que a objetos ou brinquedos.	A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor.	A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbúcio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.	A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De zero a 6 meses	Brincadeiras	A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
	Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às expressões faciais e à fala de seu cuidador.	A criança com TEA pode apresentar dificuldades nesses aspectos.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 6 a 12 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 6 a 12 meses	Interação social	As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 6 a 12 meses	Linguagem	Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades.
		Balucio se diferenciando. Risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.
		Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
		A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.
		A criança começa a repetir gestos de acenos e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc.	A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 6 a 12 meses	Brincadeiras	Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde). A criança passa a procurar o contato visual para a manutenção da interação.	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.
	Alimentação	Período importante, porque serão introduzidos texturas e sabores diferentes (sucos e papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado o desmame.	A criança com TEA pode ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 12 a 18 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Interação social	Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).	A ausência ou raridade desse gesto de atenção de compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Linguagem	Surtem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras pessoas).	A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.
		A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) para um movimento mais livre na fala.	A criança com TEA pode não apresentar esse descolamento. Sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.
		A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.	A criança com TEA mostra dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.
		A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, “vergonha”).	A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 12 a 18 meses	Brincadeiras	Aos 12 meses, a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro etc.) e as funções dos objetos (sons, luzes, movimentos etc.).	A criança com TEA tende a explorar menos os objetos e, muitas vezes, fixa-se em algumas de suas partes sem explorar suas funções (por exemplo: passa mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o).
		O jogo de “faz de conta” emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.	Em geral, isso não ocorre no TEA.
	Alimentação	A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	A criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta
(de 18 a 24 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Interação social	Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. A criança olha para o objeto e para quem o oferece.	A criança com TEA pode não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência.
		A criança já segue o apontar ou o olhar do outro em várias situações.	A criança com TEA pode não seguir o apontar ou o olhar dos outros. Pode não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado.
		A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse ao seu cuidador.	Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso se reverter em satisfação de alguma necessidade sua imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo pelo qual ela tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).

continua

continuação

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Linguagem	Por volta do 24 meses, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso aparecem os “erros”).	A criança com TEA tende à ecolalia.
		Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.	A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e os 24 meses.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Brincadeiras	Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descobrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem o animalzinho “andar” e produzir sons).	A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual ela passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa.
		As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e variada.	Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 18 a 24 meses	Alimentação	Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/ pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/ semissólidos, frios/ quentes/mornos, doces/salgados/ amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/ social.	A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5 – Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta
(de 24 a 36 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Interação social	Os gestos (o olhar, o apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.	Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após muita insistência. As iniciativas são raras. Tal ausência é um dos principais sinais de alerta para TEA.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Linguagem	A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.	A criança com TEA pode apresentar repetição de fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.
		A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).	A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.
		A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”. A fala tem uma melodia bem infantil ainda. A voz geralmente é mais agudizada.	A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.

continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Brincadeiras	A criança, nas brincadeiras, usa um objeto “fingindo” que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de “casinha”, de “médico” etc.), construindo cenas ou histórias. Ela própria e/ou seus bonecos são os “personagens”.	A criança com TEA raramente apresenta esse tipo de brincadeira ou o faz de forma bastante repetitiva e pouco criativa.
		A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).	A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.
		Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.	A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, tem dificuldades em entendê-las.

continua

conclusão

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
De 24 a 36 meses	Alimentação	A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação está contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	A criança com TEA pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos “horários” de alimentação. Pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar por longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc.

Fonte: Elaboração própria.

5 INDICADORES COMPORTAMENTAIS DE TEA



Comportamentos incomuns não são bons preditores de TEA, porque várias crianças com TEA não os apresentam e, quando os têm, costumam demonstrá-los mais tardiamente. Em alguns casos, são observados comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados severos, o que indica a necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica de TEA, como descrito a seguir:

5.1 Motores

- Movimentos motores estereotipados: *flapping* de mãos, “espremer-se”, correr de um lado para o outro, entre outros movimentos.
- Ações atípicas repetitivas: alinhar/empilhar brinquedos de forma rígida; observar objetos aproximando-se muito deles; prestar atenção exagerada a certos detalhes de um brinquedo; demonstrar obsessão por determinados objetos em movimento (ventiladores, máquinas de lavar roupas etc.).
- Dissimetrias na motricidade, tais como: maior movimentação dos membros de um lado do corpo; dificuldades de rolamento na idade esperada; movimentos corporais em bloco e não suaves e distribuídos pelo eixo corporal; dificuldade, assimetria ou exagero em retornar os membros superiores à linha média; dificuldade de virar o pescoço e a cabeça na direção de quem chama a criança.

5.2 Sensoriais

- Hábito de cheirar e/ou lambe objetos.
- Sensibilidade exagerada a determinados sons (como os do liquidificador, do secador de cabelos etc.), reagindo a eles de forma exacerbada.
- Insistência visual em objetos que têm luzes que piscam e/ou emitem barulhos, bem como nas partes que giram (ventiladores, máquinas etc.).
- Insistência tátil: as crianças podem permanecer por muito tempo passando a mão sobre uma determinada textura.

5.3 Rotinas

- Tendência a rotinas ritualizadas e rígidas.
- Dificuldade importante na modificação da alimentação. Algumas crianças, por exemplo, só bebem algo se utilizarem sempre o mesmo copo. Outras, para se alimentarem, exigem que os alimentos estejam dispostos no prato sempre da mesma forma. Certas crianças com TEA se sentam sempre no mesmo lugar, assistem apenas a um mesmo DVD e colocam as coisas sempre no mesmo lugar. Qualquer mudança de sua rotina pode desencadear acentuadas crises de choro, grito ou intensa manifestação de desagrado.

5.4 Fala

- Algumas crianças com TEA repetem palavras que acabaram de ouvir (ecolalia imediata). Outras podem emitir falas ou *slogans* e vinhetas que ouviram na televisão sem sentido contextual (ecolalia tardia). Pela repetição da fala do outro, não operam a modificação no uso de pronomes.

- Podem apresentar características peculiares na entonação e no volume da voz.
- A perda de habilidades previamente adquiridas deve ser sempre encarada como sinal de importância. Algumas crianças com TEA deixam de falar e perdem certas habilidades sociais já adquiridas por volta dos 12 aos 24 meses. A perda pode ser gradual ou aparentemente súbita. Caso isso seja observado em uma criança, ao lado de outros possíveis sinais, a hipótese de um TEA deve ser aventada, sem, no entanto, excluir outras possibilidades diagnósticas (por exemplo: doenças progressivas).

5.5 Aspecto emocional

- Expressividade emocional menos frequente e mais limitada.
- Dificuldade de se aninhar no colo dos cuidadores.
- Extrema passividade no contato corporal.
- Extrema sensibilidade em momentos de desconforto (por exemplo: dor).
- Dificuldade de encontrar formas de expressar as diferentes preferências e vontades e de responder às tentativas dos adultos de compreendê-las (quando a busca de compreensão está presente na atitude dos adultos).

6 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO

6.1 Instrumentos de uso livre² para rastreamento/triagem de indicadores de desenvolvimento infantil e dos TEA

O diagnóstico de TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores. O uso de escalas e instrumentos de triagem padronizados ajuda a identificar problemas específicos, sendo muito importante para o rastreamento e a triagem de casos suspeitos, mas não é essencial para a avaliação nosológica. A partir da identificação dos sinais de alerta, podem ser iniciadas a intervenção e a monitoração dos sinais e sintomas ao longo do tempo.

É importante salientar que há instrumentos de rastreamento/triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, para que se possa ser o mais abrangente possível. Instrumentos de rastreamento são aqueles que, em linhas gerais, detectam sinais relativos ao que pode estar relacionado ao espectro, mas não determinam o diagnóstico.

Vale destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita de haver sinais que podem vir a ser associados ao diagnóstico, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para isso. No caso dos transtornos do espectro do autismo, recomenda-se que seja realizado diagnóstico diferencial.

² Foram incluídos apenas instrumentos cuja situação de uso livre de direitos autorais foi mencionada na publicação original e/ou na versão brasileira do instrumento.

Entre os instrumentos para rastreamento/triagem de indicadores clínicos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, temos os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) (veja o anexo A). Os Irdi consistem de um instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criados e validados por um grupo de especialistas brasileiros, os Irdi são de uso livre pelos profissionais de saúde para uso na Atenção Básica. São compostos por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em quatro faixas etárias de zero a 18 meses, para observação e perguntas dirigidas à díade mãe (ou cuidador)-bebê. O possível risco para o desenvolvimento decorre da ausência de características do desenvolvimento descritas nos itens (KUPFER et. al., 2009; LERNER, 2011).

Entre os instrumentos de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA adaptados e validados no Brasil, apenas o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-Chat) é de uso livre (veja o anexo B). O M-Chat é um questionário com 23 itens, usado como triagem de TEA. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. Como mencionado, é composto por 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. Inclui itens relacionados: (a) aos interesses da criança no engajamento social; (b) à habilidade de manter o contato visual; (c) à imitação; (d) à brincadeira repetitiva e de “faz de conta”; e (e) ao uso do contato visual e de gestos para direcionar a atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (LOSAPPIO; PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011; WRIGHT; POULIN-DUBOIS, 2011).

7 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E CLASSIFICAÇÕES



7.1 Avaliação diagnóstica

As diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TEA se iniciam com a vigilância acerca dos sinais iniciais de problemas de desenvolvimento (item 4) e estendem-se para o de avaliação diagnóstica. O diagnóstico nosológico objetiva: (a) examinar em que medida os comportamentos observados são suficientes para a classificação diagnóstica (pela CID-10), levando-se em consideração diagnósticos diferenciais; e (b) fornecer subsídios para o delineamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e para o encaminhamento para as intervenções adequadas a cada caso.

Ressalta-se que há casos em que não é possível chegar a um diagnóstico preciso e imediato de acordo com a CID-10; porém, vale lembrar que sempre é possível avaliar o indivíduo como um todo em suas necessidades de saúde, reabilitação e tratamento.

7.2 A equipe interdisciplinar

O objetivo da avaliação não é apenas o estabelecimento do diagnóstico por si só, mas a identificação de potencialidades da pessoa e de sua família. Isso pode ser alcançado extraindo das equipes o que elas têm de *expertise* em seus respectivos campos de atuação, ao mesmo tempo em que cada área interage com a outra. Considerando-se: (a) que o diagnóstico de TEA envolve a identificação de “desvios qualitativos” do desenvolvimento (sobretudo no terreno da interação social e da linguagem); (b) a necessidade do diagnóstico diferencial; e (c) a identificação de potencialidades tanto quanto de comprometimentos, é importante que se possa contar com uma equipe de, no mínimo, psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo.

A avaliação médica, independentemente da especialidade, inclui anamnese e exame físico e, se necessário, exames laboratoriais e de imagem. Quando existirem, por exemplo, alterações emocionais e comportamentais muito importantes, alterações de sono, apetite, consciência, marcha, excesso de agressividade e agitação psicomotora que necessitem de avaliação mais precisa e de intervenções medica-

mentosas, geralmente é recomendada a atuação dos especialistas das áreas de neurologia e/ou psiquiatria. A indicação é feita caso a caso. A avaliação psiquiátrica classicamente inclui dois tipos de entrevista: 1) a subjetiva (avaliação direta do paciente); e 2) a objetiva (avaliação do comportamento do indivíduo por meio do relato de familiares, cuidadores ou outras pessoas da convivência do indivíduo). Na avaliação de indivíduos em idade escolar ou em fase de desenvolvimento, além da observação direta do comportamento, é necessário o relato de professores e outros profissionais que atuam na comunidade, pois é comum haver diferenças significativas no comportamento de acordo com o ambiente. A avaliação neurológica objetiva avaliar os aspectos funcionais do sistema nervoso central suscetíveis de análise pelo exame clínico-neurológico. Como exemplos, temos o sistema motor (força, coordenação etc.), o sistema sensorial (tato, percepção de temperatura etc.) e os sistemas integrativos (equilíbrio, reflexos etc.).

Sobre as avaliações psicológicas e fonoaudiológicas, tanto o psicólogo quanto o fonoaudiólogo podem avaliar os desvios qualitativos nas áreas de interação social e de linguagem, encontrados nos casos de TEA.

O fonoaudiólogo é habilitado a avaliar aspectos linguísticos que diferenciam os TEA de outras condições, sobretudo dos distúrbios de linguagem na presença de deficiência auditiva ou de quadros primários de linguagem. A avaliação fonoaudiológica visa à compreensão do funcionamento da linguagem da pessoa diagnosticada com transtorno do espectro do autismo, o que permite eleger focos para o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e avaliar sua eficácia. Para tanto, deve-se atentar para os seguintes aspectos: 1) a anamnese deve ser realizada preferencialmente em entrevistas familiares voltadas para o levantamento do histórico geral (de nascimento e crescimento) e da história de alimentação e o detalhamento da história de linguagem; 2) os dados fornecidos por entrevistas complementares (com a escola e outros profissionais); 3) o exame do paciente deve objetivar a descrição das condutas verbais e/ou não verbais e a identificação dos processos simbólicos a elas subjacentes, bem como a identificação da disponibilidade interacional com diferentes interlocutores e a descrição

dos recursos comunicativos utilizados com a análise de sua extensão e eficácia enquanto iniciativa e responsividade; 4) o exame do paciente deve objetivar a detecção de dificuldades e/ou idiossincrasias alimentares e a identificação de condições orgânicas e/ou simbólicas a elas subjacentes; 5) o exame do paciente deve esclarecer as condições e qualidades vocais e identificar as condições orgânicas e/ou simbólicas a elas subjacentes.

Já a avaliação psicológica compreende entrevistas de anamnese com os familiares e a avaliação da interação social por meio de brincadeiras (no caso de crianças) e de entrevistas (no caso de adolescentes e adultos que apresentam linguagem oral). Envolve ainda a avaliação nas áreas cognitiva e neuropsicológica (quesito importante tanto para o diagnóstico diferencial quanto para o PTS) e a entrevista de devolução dos resultados para os familiares. As avaliações cognitiva e neuropsicológica auxiliam a avaliação psiquiátrica e neurológica e a elaboração do PTS. Isso significa que as intervenções planejadas para uma pessoa com deficiência mental e TEA, por exemplo, podem ser diferentes daquelas formuladas para as pessoas com funcionamento cognitivo esperado para a idade. A avaliação psicológica identifica os alvos que farão parte do trabalho clínico no PTS, mais especificamente os aspectos emocionais, sociais e comportamentais. Finalmente, atua avaliando e intervindo no impacto emocional da comunicação do diagnóstico (veja o item 9: “*O momento da notícia do diagnóstico de TEA*”) e em intervenções mais especificamente voltadas para a família. As intervenções psicológicas podem constituir um espaço de escuta e de orientações que objetivem o empoderamento da família (veja o item 11: “*Apoio e acolhimento da família da pessoa com TEA*”).

Proposto por Bosa (1998) e ampliado por Fernandes (2000), Perissinoto (2004) e Marques (2010), segue um modelo sintético de aspectos que devem ser investigados pelas equipes. Tal modelo pode orientar os profissionais de saúde durante as entrevistas com familiares e em situações de observação direta das pessoas com TEA.

7.3 Entrevista com os pais ou cuidadores

Além dos dados que já constam no prontuário é importante registrar os tipos de atendimento (data de início, frequência etc.) e obter informações sobre:

- A história de problemas de desenvolvimento dos pais, dos irmãos e de outros familiares (desenvolvimento físico, problemas emocionais, problemas de linguagem, aprendizagem na escola – leitura/escrita) e procurar saber se houve a necessidade de tratamento.
- Quando surgiram os primeiros sinais e sintomas e em que área do desenvolvimento.
- Problemas no sono (dificuldades para conciliar o sono ou o sono agitado, medos) e na alimentação (mastigação, apetite ausente ou excessivamente voraz), bem como particularidades em relação à comida (exigências sobre certos tipos de comida, temperatura da comida etc.) de forma rígida.
- Problemas na conduta: agressividade, hiperatividade, comportamento destrutivo e autoagressão.

Aspectos qualitativos da linguagem verbal e não verbal e da interação social:

- Idade das primeiras vocalizações (balbúcio).
- Idade das primeiras palavras (descrever).
- Idade das primeiras frases (verbo + palavra).

- Atraso no aparecimento da fala.
- A criança atende quando é chamada pelo nome.
- Como é a articulação/pronúncia das palavras e frases? (> 4 anos). Há dificuldade de entendimento por parte de estranhos?
- Como é o ritmo/entonação da voz (fala monótona, muito baixa ou alta)?
- Repete a última palavra ou frase imediatamente ouvida? (Considere a idade).
- Repete, fora de contexto, frases ouvidas anteriormente (exatamente da mesma forma)?
- Faz confusão entre eu/tu/ele(a) (> 3 anos)?
- Inventa palavras ou vocalizações? Combina palavras de forma estranha?
- Insiste em falar sempre sobre o mesmo tema?
- Insiste em fazer os outros dizerem palavras/frases repetidamente da mesma forma?

Atenção compartilhada:

- A criança mostra ou traz o objeto para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesses variados apenas para compartilhar? (Não considere pedidos de ajuda).
- Segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção?
- Faz comentários (verbalmente ou por gestos)?
- Olha para onde o parceiro aponta?
- Responde aos convites para brincar?

Respostas/iniciativas sociais relacionadas a outras pessoas:

- Há iniciativa de aproximação ou interesse por outras pessoas (observa outras crianças brincando, é capaz de responder, mas não toma a iniciativa)?
- A criança fica ansiosa com a presença de outras pessoas?
- É capaz de engajar-se em brincadeiras e/ou atividades simples e simultâneas (chutar a bola de volta enquanto desloca carrinhos na areia etc.)?
- Engaja-se em brincadeiras, mas somente aquelas que envolvem os objetos de preocupações circunscritas (estereotipadas)?
- Prefere brincadeiras em duplas a grupos? (Considere a idade).
- Fica intensamente ansiosa na presença de pessoas que não sejam familiares? (É necessário distinguir a ansiedade da timidez: baixar os olhos, esconder o rosto etc.).
- Ignora/evita de forma persistente o contato com pessoas não familiares?
- Empurra/agride (componente físico) de forma persistente?
- Há falta de inibição (comum em crianças pequenas) em relação a pessoas estranhas?
- Há variação na resposta conforme o contexto e a pessoa?

Comportamentos de apego:

- Demonstra preocupação quando separada dos pais ou cuidadores?
- Sorri ou mostra excitação com o retorno dos pais ou cuidadores após separações?

- Busca a ajuda dos pais ou cuidadores quando machucada?
- Checa a presença dos pais ou cuidadores em lugares estranhos?

Afetividade:

Em que idade ocorreram os primeiros sorrisos?

- Apresentou orientação da cabeça para a face do adulto quando este falava/brincava com ela (bebê)?
- Há sorriso espontâneo para pessoas familiares? (Registre se é restrito aos pais).
- Há sorriso espontâneo para pessoas que não sejam familiares?
- Há variação na expressão facial (contentamento, frustração, surpresa, constrangimento etc.)?
- Há expressão emocional apropriada ao contexto (por exemplo: sorriso coerente com a situação)?
- Compartilha atividades prazerosas com os outros?
- Demonstra preocupação se os pais/cuidadores estão tristes ou doentes/machucados?

Brincadeiras:

- Investigue a qualidade da brincadeira: frequência, intensidade, variedade de contextos e tópicos. Se a brincadeira for repetitiva e estereotipada, investigue a resistência à sua interrupção.
- Quais são os brinquedos preferidos e as atividades favoritas?

- Apresenta brincadeira de “faz de conta” (fazer estorinhas com os brinquedos, fazer um boneco conversar com o outro, usar um objeto para representar outro)?
- Alinha ou empilha objetos sem aparente função na brincadeira e de forma repetitiva?
- Faz brincadeiras com partes de objetos em vez dos objetos como um todo (por exemplo: ignora o carrinho e gira apenas suas rodas por um longo tempo)?

Comportamentos repetitivos e estereotipados:

- Maneirismos e movimentos complexos do corpo (repetição de movimentos sem aparente função, principalmente em movimentos de estresse ou excitação):
- Há movimentos das mãos perto do rosto?
- Há movimentos dos dedos e das mãos junto ao corpo?
- Há balanço do corpo?
- Há movimentos dos braços (*flapping*)?
- Abre/fecha portas e gavetas repetidamente? Liga/desliga interruptores de luz repetida e insistentemente? Há intenso interesse por objetos que giram (máquina de lavar, ventilador, veículos em geral)? (Considere a persistência da tarefa e a dificuldade em ser interrompida).
- Há resistência a mudanças na rotina pessoal/da casa?
- Exige uma sequência fixa e rígida para as atividades (por exemplo: vestir-se, arrumar a casa, cuidar da higiene pessoal)? Como reage se a rotina for alterada/interrompida?

- Existe apego a objetos pouco comuns (por exemplo: plástico, pedra etc.) para a idade? Carrega tais objetos consigo cotidianamente e se desorganiza quando eles lhe são retirados?
- Pega a mão do adulto como se fosse uma ferramenta para abrir/alcançar algo?

Sensibilidade sensorial:

- Há demasiado interesse pelas propriedades sensoriais dos objetos (cheiro, textura e movimento)?
- Nota-se hipersensibilidade a barulhos comuns? (Anotar reações como cobrir as orelhas, afastar-se, chorar).

Problemas de comportamento:

- Já manifestou masturbação em público e/ou tentativas de tocar em partes íntimas dos outros de forma persistente?
- Demonstra hiperatividade (agitação intensa)?
- Tem hábito de roer unhas?
- Agrides os outros sem razão aparente ou se autoagride?
- Destroi objetos com frequência?
- Quais são seus medos? (Relacione os medos discrepantes com a etapa evolutiva: frequência, intensidade, grau de interferência em outras atividades ou na família).

7.4 Observação direta do comportamento e da interação social

Atenção compartilhada:

- Deve-se observar se a pessoa tenta dirigir a atenção do examinador para brinquedos/eventos de interesse próprio de forma espontânea. Isso pode ser manifestado por meio de gestos (mostrar, apontar, trazer objetos para o parceiro) e/ou verbalizações (comentários sobre as propriedades físicas dos objetos/eventos; perguntas para o esclarecimento de dúvidas ou a obtenção de informação em relação aos mesmos objetos/eventos, por curiosidade). Caso tal comportamento esteja presente, deve-se considerar o comportamento coordenado com o olhar. Além disso, observe se o comportamento de atenção compartilhada aparece em uma variedade de situações ou somente em atividades repetitivas (estereotipadas).
- Observe também se a criança segue os gestos indicativos de outras pessoas: olha para onde elas estão olhando etc. Não inclui fazer gestos ou falar para pedir ajuda (para alcançar ou fazer funcionar um brinquedo etc.).

Busca de assistência:

- Neste item, deve-se considerar se a criança utiliza gestos (mostrar, apontar, trazer objetos para o examinador) com a finalidade de buscar assistência (por exemplo: abrir a tampa de uma caixa, fazer funcionar um brinquedo) e, ainda, se são coordenados com o olhar.

Responsividade social:

- Observe a aceitação/receptividade das iniciativas do examinador (por exemplo: convites, propostas) para engajá-la em brincadeiras, bem como a frequência com a qual o comportamento aparece.
- As imitações motoras ou “sociais” estão presentes?
- Observe se a criança reproduz os gestos ou as atividades iniciadas pelo examinador e com que frequência isso ocorre. Veja se ela canta ou dança.

Sorriso:

- Neste item, deve-se observar se a criança apresenta sorriso dirigido ao outro e com motivo aparente. Observe se a direção do sorriso é difusa e sem motivo identificável ou se a criança não sorri. Considere também se o sorriso é acompanhado pelo olhar e adequado ao contexto social.

Outras expressões afetivas identificáveis pelo observador:

- Observe a gama de expressões faciais afetivas (por exemplo: alegria, tristeza, frustração, acanhamento, surpresa, medo) manifestadas durante a avaliação. Considere se tais expressões seriam esperadas em uma determinada situação (por exemplo: mediante um brinquedo que não funciona como a criança gostaria; se ela expressa frustração) ou se elas se apresentam “desorganizadas” (por exemplo: a criança chora ou grita sem motivo aparente, não se direcionando a alguém em particular).

Linguagem:

- Observe a utilização de diferentes recursos comunicativos (exclusivos ou complementares) como sons, gestos, palavras, frases, leitura/escrita ou uso de figuras, a fim de iniciar e/ou manter um diálogo, comentar e/ou relatar e narrar eventos, ponderar e argumentar frente às situações e aos diversos interlocutores.
- Observe se a criança responde à fala da outra pessoa. Considere o(s) tipo(s) de apoio necessário(s) para que a criança dê uma resposta e se isso depende sempre da iniciativa da outra pessoa.
- Observe se a criança inicia um diálogo e para que o faz. Considere se ela busca a atenção da outra pessoa para alertá-la a respeito de um dado objeto e/ou evento ou para pedir um objeto ou uma ação (por exemplo: pegar algo, abrir porta etc.).
- Considere se a criança mantém o mesmo foco em um assunto e se o faz com coerência. Observe se ela modifica a maneira de abordar seu interesse a partir da participação da outra pessoa e se partilha do assunto proposto pela outra pessoa.
- Considere se ela partilha o que a outra pessoa apresenta, isto é, se participa do tema com perguntas ou comentários sobre o objeto ou evento apresentado pela outra pessoa. Observe se a criança precisa de ajuda para dirigir sua atenção e seu interesse e para mantê-los. Observe se ela considera as justificativas utilizadas pela outra pessoa, isto é, se considera o ponto de vista do interlocutor ou personagem de estória.

- Observe se a criança relata ou narra fatos ou histórias e participa de situações imaginárias. Observe se ela depende exclusivamente da participação direcionadora da outra pessoa (por exemplo: com perguntas, repetições e retomadas).
- Observe se a criança expõe sua opinião, explica e/ou muda sua opinião e argumenta sobre um ponto de vista. Considere também se ela expressa seus pontos de vista acerca das situações e mostra tentativas de explicação para eventos ou atitudes (por exemplo: causas físicas ou intenções das pessoas). Observe se ela depende exclusivamente da participação direcionadora (com perguntas, repetições e retomadas).
- Observe a variabilidade da melodia da sua fala (prosódia) como fator comunicativo. Isto é, considere se a prosódia de fala da pessoa com suspeita de TEA carrega informação (por exemplo: expressão de pergunta, de resposta, de negação, de exclamação etc.). Observe, também, se a carga comunicativa da variação melódica da outra pessoa é motivadora da atenção da pessoa com TEA.
- Considere, ainda, o vocabulário de recepção e de expressão, a complexidade gramatical de recepção e de expressão e as características fonológicas.
- Observe se a criança reconhece letras, palavras, frases e/ou números sem que eles tenham sido formalmente ensinados (anterior aos 4 anos) e, especialmente, se mostra compreensão deste tipo de leitura.
- Observe suas habilidades de leitura e de escrita, isto é: na leitura, analise sua compreensão, a taxa de leitura e acurácia; na escrita, registre a coerência e a coesão do texto escrito, as características dos períodos, o vocabulário selecionado e a autonomia de construção do tema.

Relação com objetos/brincadeiras/atividades/manipulação/exploração:

- Observe a gama de objetos manipulados/explorados pela pessoa com suspeita de TEA. O comportamento exploratório pode aparecer com diferentes objetos/brinquedos ou, ainda, pode estar ausente (por exemplo: crianças “andam” sobre os brinquedos sem parecer notá-los).
- Aqui deve ser considerado se a exploração dos objetos é tida como típica (conforme o esperado para a idade) ou se é realizada de forma estereotipada (por exemplo: interesse pelo movimento dos objetos, por partes e não pelo objeto inteiro ou atividade repetitiva: alinhar, girar objetos sem função aparente).

Brincadeira funcional:

- A brincadeira funcional refere-se à manipulação de objetos/brinquedos não apenas com fins exploratórios, mas de acordo com suas funções (por exemplo: acionar brinquedos musicais, fazer encaixes, jogos de construção etc.).

Brincadeira de “faz de conta” (simbólica):

- Atividade na qual um objeto é utilizado para representar outro (por exemplo: um pedaço de madeira serve como espada, um bloco de madeira pode ser usado como telefone). A brincadeira de “faz de conta” ainda representa situações/papéis mesmo sem o uso de objetos (por exemplo: a criança finge que é médica, professora etc.). Deve-se considerar também se a brincadeira simbólica aparece restrita às atividades estereotipadas e repetitivas (por exemplo: na insistência em um mesmo tópico e de forma rígida).

Atividade gráfica:

- Neste item deve ser avaliado o registro gráfico das crianças. Observe se há apenas rabiscos, garatujas (desenhos sem forma definida, mas aos quais as crianças atribuem uma representação) ou representações definidas de pessoas (mesmo que na forma de traço ou “palito”), animais, objetos, natureza etc. Considere também se as crianças não “desenham” mesmo após as tentativas do adulto.
- O examinador deve considerar se a representação foi espontânea ou estereotipada (insistência em um mesmo tópico com resistência à mudança/interrupção da atividade). Quando a representação gráfica for considerada espontânea, deve-se avaliar se foi ou não criativa.

Movimentos estereotipados do corpo e aspectos sensoriais.

- Movimentos repetitivos das mãos e do corpo:
 - Referem-se aos movimentos rápidos e involuntários dos dedos e das mãos de forma repetitiva e aparentemente não funcional e que geralmente ocorrem dentro do campo visual da criança ou na linha média do corpo (por exemplo: retorcer e/ou tremular os dedos; movimentar as duas ou uma das mãos de um lado para outro; esfregar, torcer/apertar as mãos). A criança pode andar na ponta dos pés e saltitar repetidamente; porém, ao contrário do que acontece com crianças pequenas, esses movimentos ocorrem fora de contexto de brincadeira. Considere se tais movimentos são ocasionais ou frequentes e, ainda, a reação da criança perante a tentativa de sua interrupção pelo examinador.

- *Interesse pelos atributos sensoriais dos objetos:*
 - Observe se a criança fica excessivamente “focada” em atributos sensoriais dos objetos, tais como: luzes, movimentos, textura, isto é, se resiste a ter sua atenção desviada para outros estímulos.

Aspectos que devem ser considerados na avaliação de adultos com TEA:

- Para que se possa avaliar idosos com TEA – e, particularmente, aqueles com déficits de comunicação –, pode-se usar métodos indiretos (isto é, entrevistas e questionários a familiares e cuidadores) ou formas diretas de avaliação. No caso dos métodos diretos, podemos observar o indivíduo em seu ambiente natural e real (atentando às suas escolhas e formas de engajamento) ou podemos apresentar situações de teste de preferência, nas quais um ou mais itens ou atividades são avaliados simultânea ou sucessivamente.
- No que diz respeito a uma avaliação dos riscos vividos pelo indivíduo adulto ou idoso com TEA, há múltiplos elementos que devem ser considerados. Primeiro, a presença de comportamentos auto e heteroagressivos. Um adulto com TEA que apresenta uma longa história de comportamentos autoagressivos pode apresentar lesões internas que devem ser avaliadas pela equipe médica. A chance de ocorrência de comportamentos auto e heteroagressivos, os riscos que estes apresentam, bem como as formas de seu tratamento e gerenciamento devem ser extensivamente discutidos pela equipe de trabalho. Mas não são apenas os excessos comportamentais que colocam o indivíduo em risco. Déficits nas áreas de comunicação, autocuidados e autopreservação também podem ser críticos.

7.5 Classificações

Para fins de pesquisa e de planejamento de programas e serviços de assistência à saúde, existem sistemas classificatórios que são internacionalmente adotados. Neste caso, sendo o Brasil signatário de diversas convenções e tratados, o nosso sistema de saúde pública (SUS) também os adota. Em relação ao diagnóstico e à classificação das doenças, usamos a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mais conhecida pela sigla CID. Estamos na décima versão da referida publicação (CID-10), sendo que a décima primeira está em discussão, com lançamento previsto para 2015. O uso de tais classificações tem grande importância na vida prática de pacientes (com qualquer diagnóstico) e de seus familiares, pois o acesso a procedimentos, benefícios, terapêuticas, serviços especializados etc. está associado à CID-10.

Em relação aos TEA, o capítulo V (F) da CID-10 trata dos transtornos mentais e comportamentais. Os códigos de F80 a F89 dedicam-se aos transtornos do desenvolvimento psicológico e, no âmbito destes, destacam-se os transtornos globais do desenvolvimento (F-84), sob cujo código se alocam:

- o autismo infantil (F84-0);
- o autismo atípico (F84-1);
- a síndrome de Rett (F84-2);
- a síndrome de Asperger (F84-5);
- o transtorno desintegrativo da infância (F84-3); e
- o transtorno geral do desenvolvimento não especificado (F84-9).

Note-se que, nessa mesma classificação, se encontram problemas no desenvolvimento de fala e linguagem (F-80), no desenvolvimento das habilidades escolares (F-81) e no desenvolvimento motor (F-82), que compõem uma classificação geral dos problemas do desenvolvimento.

É necessário deixar claro que, embora a síndrome de Rett esteja entre os transtornos globais do desenvolvimento, ela não deve ser considerada como parte dos transtornos do espectro do autismo, uma vez que tem características singulares dos pontos de vista clínico, genético e comportamental.

Outro sistema classificatório internacionalmente usado que também adotamos no Brasil e é de extrema importância na avaliação diagnóstica e no planejamento da terapêutica adequada aos TEA é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF é um sistema de classificação funcional que traz as dimensões das *atividades* (execução de tarefas ou ações por um indivíduo) e da *participação* (ato de se envolver em uma situação vital) de cada pessoa, bem como os *qualificadores de desempenho* (aquilo que o indivíduo faz no seu ambiente atual/real) e de *capacidade* (potencialidade ou dificuldade de realização de atividades) nas seguintes áreas:

- aprendizagem e aplicação do conhecimento;
- tarefas e demandas gerais;
- comunicação;
- mobilidade;
- cuidado pessoal;
- vida doméstica;
- relações e interações interpessoais;
- áreas principais da vida;
- vida comunitária, social e cívica.

A CIF permite a identificação de facilitadores e barreiras entre os fatores ambientais (físico, social e de atitude) peculiares a cada pessoa em diferentes momentos da vida:

- produtos e tecnologia (por exemplo: medicamentos e próteses);
- ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (por exemplo: estímulos sonoros);
- apoio e relacionamentos (por exemplo: profissionais de saúde);
- atitudes (por exemplo: de membros da família imediata);
- serviços, sistemas e políticas (por exemplo: sistemas de educação e treinamento).

8 COMORBIDADES E CAUSAS

A existência de sintomatologia que permita reconhecer critérios diagnósticos para dois transtornos (ou duas doenças) no mesmo indivíduo caracteriza uma comorbidade. Tal situação pode ser casual ou causal. Será *causal* se a prevalência de pacientes com a comorbidade for maior do que seria de esperar pelo acaso. Esta situação, além de relevância clínica, tem mostrado pistas para a identificação de diversas possíveis causas em muitos pacientes com TEA. A literatura é farta. Indicamos o *site* <www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1442/>, de acesso gratuito, que mantém este assunto atualizado.

Da década de 1970 em diante, os métodos de investigação da genética clínica/médica apontaram as principais evidências do envolvimento de fatores genéticos nesta condição: alta concordância em gêmeos monozigóticos, recorrência familiar maior do que a esperada pelas taxas de prevalência e comorbidade com diversas síndromes genéticas. Esse esforço, associado com a descrição de causas ambientais perinatais, propiciou a definição etiológica em cerca de 20% dos indi-

víduos com diagnóstico de TEA. Entre as causas ambientais, admite-se que agentes que acarretem agressões cerebrais nas áreas envolvidas com a patogênese dos TEA podem ser determinantes no desenvolvimento do transtorno. Entre elas, infecções perinatais, prematuridade e asfixia são as mais importantes.

Causas genéticas conhecidas de TEA incluem:

- 1) alterações cromossômicas detectáveis por métodos usuais (cariótipo) (5%);
- 2) microdeleções/microduplicações (10%);
- 3) doenças monogênicas nas quais achados neurológicos estão associados aos TEA (5%).

Todas essas causas genéticas constituem quadros sindrômicos. Nas duas primeiras categorias, os pacientes apresentam alterações do fenótipo morfológico e deficiência intelectual (DI).

Diversos trabalhos na literatura apontam mais de 40 síndromes genéticas associadas aos TEA. No entanto, a comorbidade entre TEA e síndromes genéticas não é firmemente estabelecida em todas. Entre as que têm maior evidência, poderíamos citar a *síndrome do X frágil* e a *esclerose tuberosa*.

Ao lado das síndromes dismórficas, existiriam algumas características do fenótipo morfológico que, com as alterações comportamentais que esses pacientes apresentam, poderiam indicar algum diagnóstico genético específico ou pelo menos orientar alguma investigação etiológica. Diversos estudos indicam frequência ampliada de macrocefalia entre pacientes com TEA (principalmente com três desvios-padrão acima da média para sexo e idade).

Tais características clínicas propiciam diagnósticos da categoria 3. Neste grupo, em intensa investigação atualmente, depositam-se as maiores esperanças na definição de um número crescente de causas genéticas.

Na avaliação clínica de indivíduos com um quadro de TEA, deve-se ter em mente a possibilidade de existência de DI concomitante. A deficiência intelectual é caracterizada por déficits nas áreas social, da cognição e da capacidade adaptativa. Os indivíduos com este transtorno também apresentam estereotípias e alterações comportamentais que podem ser bastante severas. Em indivíduos com DI, os transtornos globais do desenvolvimento são os mais comumente associados (principalmente o autismo infantil). As indicações de prevalência da associação são diversas, sendo as mais expressivas as que apontam que 40% das pessoas com DI apresentam critérios diagnósticos para um TEA e que até 70% de indivíduos com quadro de autismo clássico apresentam DI. Para todos os subtipos de TEA, a prevalência de DI fica em torno de 30%.

Do exposto, conclui-se que, na avaliação clínica de indivíduos com suspeita de um transtorno global do desenvolvimento:

- A) É preciso levantar minuciosamente o histórico perinatal. Eventos de risco para lesões cerebrais associados a alterações no exame neurológico (com ou sem crises convulsivas) garantem a realização de exames de neuroimagem.
- B) Indivíduos com DI sem causa definida devem ser investigados para uma aberração cromossômica (cariótipo) e/ou para a *síndrome do X frágil*;
- C) Indivíduos com alterações morfológicas devem ser investigados para a existência de uma síndrome genética. A interconsulta com um serviço de genética médica é recomendável.

8.1 Prevenção e aconselhamento genético

As necessárias equipes multi/interdisciplinares que avaliam os indivíduos com TEA não devem se esquecer de que o referido transtorno pode recorrer na mesma família. Quando o quadro clínico é grave, com o paciente muito comprometido, é claro que a recorrência propicia um impacto muito maior na família e na sociedade. Portanto, nestas si-

tuações, deve-se ter o cuidado de averiguar se há uma causa, entre as já indicadas, presente na família, o que indica, assim, a existência de um risco de recorrência alto. Tais riscos, em algumas situações de síndromes genéticas, podem chegar a 50%. Nos 80% de casos nos quais não se identifica uma possível causa, a recorrência entre irmãos é da ordem de 8% a 10%, conforme se considere o espectro *menos ou mais* amplo.

9 O MOMENTO DA NOTÍCIA DO DIAGNÓSTICO DE TEA



O momento da notícia do diagnóstico deve ser cuidadosamente preparado, pois será muito sofrido para família e terá impacto em sua futura adesão ao tratamento.

O diagnóstico é uma tarefa multidisciplinar. Porém, a comunicação à família deve ser feita por apenas um dos elementos da equipe, preferencialmente por aquele que estabeleceu o vínculo mais forte e que, de certa forma, vai funcionar como referência na coordenação do projeto terapêutico indicado pela equipe para o caso. Ele deverá ter uma postura ética e humana, além de ser claro, conciso e disponível às perguntas e às dúvidas dos familiares. Mais ainda: o local utilizado deverá ser reservado e protegido de interrupções, já que a privacidade do momento é requisito básico para o adequado acolhimento do caso.

A apresentação do diagnóstico deve ser complementada pela sugestão de tratamento, incluindo todas as atividades sugeridas no projeto terapêutico singular. O encaminhamento para os profissionais que estarão envolvidos no atendimento do caso deve ser feito de modo objetivo e imediato, respeitando, é claro, o tempo necessário para cada família elaborar a nova situação.

É importante esclarecer que o quadro do autismo é uma “síndrome”, que significa “um conjunto de sinais clínicos”, conjunto que define uma certa condição de vida diferente daquela até então experimentada pela família. Além disso, tal condição impõe cuidados e rotinas diferenciadas. É igualmente importante esclarecer que os cuidados serão compartilhados entre a equipe profissional responsável pelo tratamento e a família. Ou seja, é importante fazê-la notar que ela não estará sozinha nesse processo e que terá respeitada sua autonomia na tomada das decisões.

10 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM TEA



Após o diagnóstico e a comunicação à família, inicia-se imediatamente a fase do tratamento e da habilitação/reabilitação.

A oferta de tratamento nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo, uma vez que tal condição pode acarretar alterações de linguagem e de sociabilidade que afetam diretamente – com maior ou menor intensidade – grande parte dos casos, podendo ocasionar limitações em capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais. Tal situação pode demandar cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação³ diante de necessidades diferentes ao longo de suas diferentes situações clínicas. O projeto terapêutico a ser desenvolvido deve resultar: 1º) do diagnóstico elaborado; 2º) das sugestões decorrentes da avaliação interdisciplinar da equipe; e 3º) das decisões da família. Todo o projeto terapêutico, portanto, será individualizado e deve atender às necessidades, às demandas e aos interesses de cada paciente e de seus familiares.

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

A avaliação sistemática do processo de habilitação/reabilitação deve ser pautada pela consideração da linguagem, dos sentimentos, dos pensamentos e das formas que o paciente tem de se relacionar com as pessoas e com o seu ambiente, bem como pela melhoria e pela ampliação das capacidades funcionais do indivíduo em vários níveis e ao

³ Conforme o documento-base para gestores e trabalhadores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4a ed., 2008), “habilitar” é tornar hábil, no sentido de destreza/inteligência ou no sentido de autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências, pelo entorno de fenômenos, relações e condições históricas. Neste sentido, sempre muda. Então, a noção de “reabilitar” é relativamente problemática. Na Saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. No entanto, o sentido estrito da volta ou reconquista de uma capacidade antes existente ou legal pode ocorrer. Nestes casos, o sentido do “re” e “habilitar” se aplica.

longo do tempo. Por exemplo: na participação e no desempenho em atividades sociais cotidianas, na autonomia para mobilidade, na capacidade de autocuidado e de trabalho, na ampliação do uso de recursos pessoais e sociais, na qualidade de vida e na comunicação. Em síntese, os ganhos funcionais e simbólicos são indicadores centrais na avaliação da eficácia do tratamento.

No atendimento à pessoa com TEA, é importante manter uma rotina clínica (horários, espaço clínico, participantes da sessão, instrumentos, o diálogo como ponto fundamental de inserção da pessoa), pois tal estrutura impõe o caráter terapêutico à situação. A brincadeira é o cenário privilegiado para este tipo de trabalho.

No contexto do atendimento ao adulto e ao idoso com TEA, alguns fatores adicionais devem ser considerados. Primeiro, a demanda por esse tipo de serviço tem aumentado no mundo e o mesmo é esperado aqui no Brasil. Ainda que intervenções precoces e intensivas tragam imensos ganhos para o indivíduo com TEA e suas famílias, muitas das dificuldades vividas por esses indivíduos ultrapassam os anos da infância e da juventude. A necessidade por serviços e cuidados pode, portanto, se estender durante toda a vida do indivíduo. No caso do adulto ou do idoso com TEA – um pouco diferente do que ocorre na intervenção inicial e na educação infantil, em que há muita ênfase no desenvolvimento de habilidades de base ou pré-requisitos –, o foco do atendimento deve se voltar à integração e ao acesso aos serviços, à comunidade, à inserção no mercado de trabalho e ao lazer. A ênfase nessas dimensões não exclui a continuidade do trabalho para que os adultos com TEA possam cuidar de sua saúde pessoal, aprimorar habilidades funcionais e de autocuidado, bem como intensificar suas possibilidades de comunicação e ampliar seu repertório de comportamentos sociais.

É essencial que a definição do projeto terapêutico das pessoas com TEA leve em conta as diferentes situações clínicas envolvidas nos transtornos do espectro do autismo. Ou seja, é necessário distinguir e ter a capacidade de responder tanto às demandas de habilitação/reabilitação de duração limitada (alcance de níveis satisfatórios de fun-

cionalidade e sociabilidade por parte dos pacientes, evitando manter essas pessoas como usuários permanentes dos serviços) quanto ao estabelecimento de processos de cuidado àqueles usuários que necessitam de acompanhamento contínuo e prolongado.

Ao mesmo tempo, além dos processos de cuidado à saúde no âmbito da atenção especializada, que objetivam responder às especificidades clínicas, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, estando preparados para acolher e responder às necessidades gerais de saúde das pessoas com TEA, o que inclui o acompanhamento (básico e especializado) tanto da equipe de habilitação/reabilitação quanto médico, odontológico e da saúde mental, sempre que se fizer necessário.

É também de extrema importância que os cuidados à saúde da pessoa com TEA, ao longo da vida, estejam articulados também às ações e aos programas no âmbito da proteção social, da educação, do lazer, da cultura e do trabalho para o cuidado integral e o máximo de autonomia e independência nas atividades da vida cotidiana.

11 APOIO E ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA DA PESSOA COM TEA

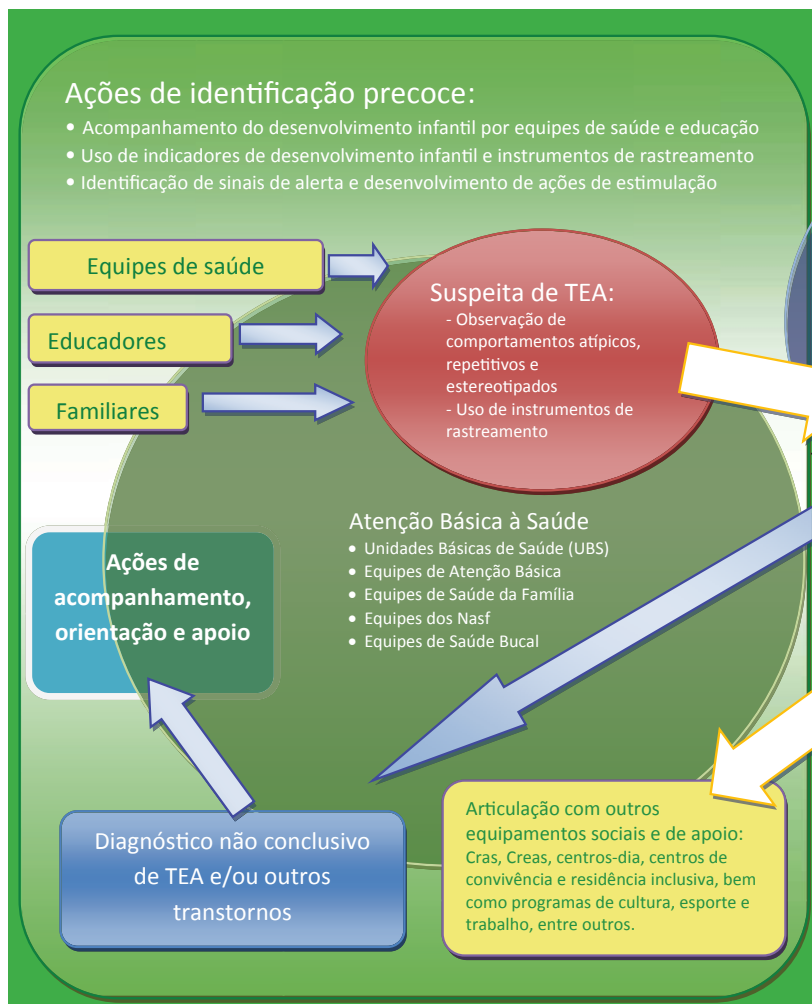


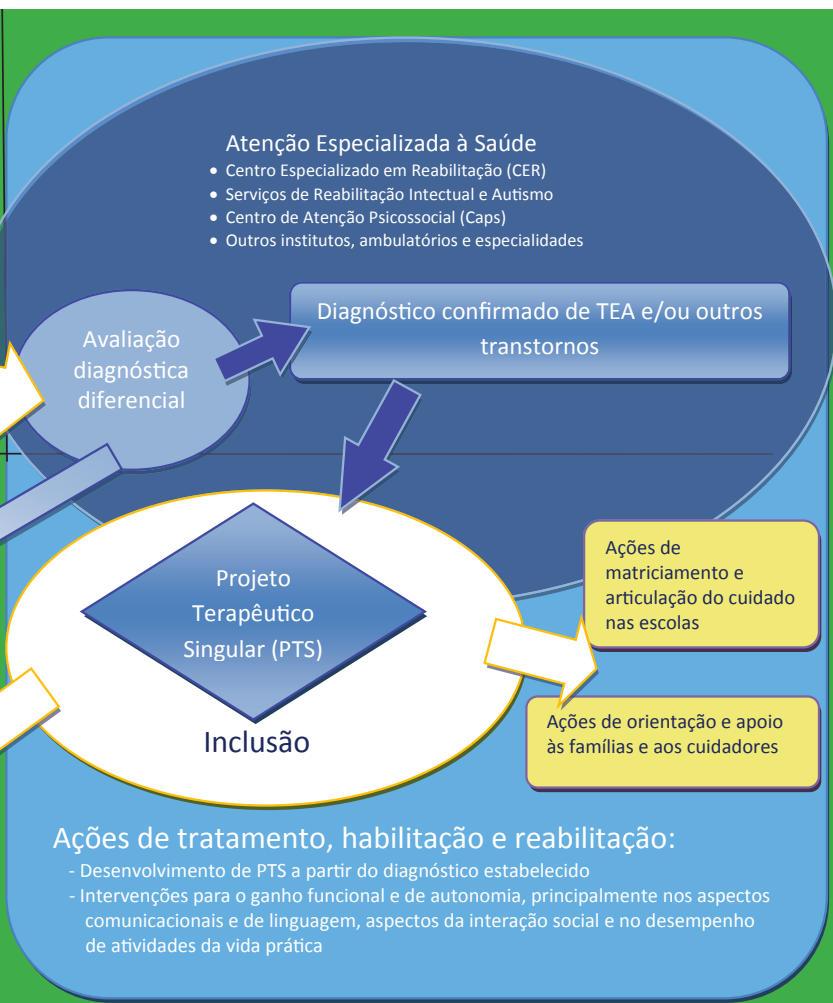
O cuidado à pessoa com TEA exige da família extensos e permanentes períodos de dedicação, provocando, em muitos casos, a diminuição das atividades de trabalho, lazer e até de negligência aos cuidados à saúde dos membros da família. Isto significa que estamos diante da necessidade de ofertar, também aos pais e cuidadores, espaços de escuta e acolhimento, de orientação e até de cuidados terapêuticos específicos.

O diagnóstico de TEA, ainda que constitua um estressor para a família, pode também ser uma experiência que potencializa os recursos familiares, tais como flexibilidade na mudança de seus valores, suas expectativas, prioridades na vida e na qualidade das relações entre os membros da família (MARQUES; DIXE, 2011; SCHMIDT; BOSA, 2007; SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007). Esta segunda condição, conhecida como “resiliência familiar”, tem como premissa básica a noção de que a família pode se desenvolver mesmo na presença de um contexto estressante, como no caso dos problemas de saúde e/ou de desenvolvimento dos filhos (YUNES, 2003). O desenvolvimento familiar depende da qualidade dos serviços de saúde, da rede de apoio, dos recursos econômicos, das características da própria família e do evento “estressor”, entre outros fatores. Há evidências sobre alguns dos focos de trabalho, na área da Saúde Mental, que podem acarretar o desenvolvimento dos processos de resiliência em famílias de pessoas com TEA (SEMENSATO; SCHMIDT; BOSA, 2010; SEMENSATO; BOSA 2013) e que podem subsidiar, por exemplo, os serviços voltados a grupos de pais com ênfase na percepção da família sobre as capacidades da pessoa com TEA e não somente sobre os déficits nas diferentes etapas do desenvolvimento da pessoa com TEA.

Isso equivale a dizer que a organização de serviços com foco na família deve ser realizada de acordo com as necessidades das diferentes etapas do ciclo vital familiar e com base em ações que promovam a resiliência. Nesse sentido, o enfoque multi e interdisciplinar, integrando diferentes serviços (por exemplo: psicologia e serviço social), tende a ser o mais efetivo.

12 FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ATENDIMENTO DA PESSOA COM TEA NA REDE SUS





REFERÊNCIAS

BAIR, G. et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in south themes: The Special Needs and Autism Project (SNAP). **The Lancet**, [S.l.], v. 368, p. 210-215, 2006.

BARBARO, J.; RIDGWAY, R. N.; DISSANAYAKE, C. Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child nurses in an Australian community-based setting: promoting the early identification of autism spectrum disorders. **J. Pediatr.**, [S.l.], v. 26, p. 334-347, 2011.

BOSA, C. **Diretrizes para avaliação psicológica de crianças com transtornos globais do desenvolvimento**. 1998. Manual não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (produção técnica).

CASTRO-SOUZA, R. M. **Adaptação Brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

FERNANDES, F. D. M. Avaliação pragmática. In: ANDRADE, C. R. F. et al. **ABFW – Teste de Linguagem Infantil**: nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. São Paulo: Pró-Fono, 2000.

FOMBONNE, E. Epidemiology of autism. In: ENCONTRO BRASILEIRO PARA PESQUISA EM AUTISMO, 1., 2010, Porto Alegre. [Anais...]. Porto Alegre, 2010.

_____. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, [S.l.], v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

HECKER, S. Bleuler and the Neurobiology of Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, [S.l.], v. 37, n. 6, p. 1131-1135, 2011.

KANNER, L. Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 119-145, 1971.

KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of risk signals for the child development: a psychoanalytical study. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology** [on-line], v. 6, p. 48-68, 2009.

LERNER, R. **Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LOSAPIO, M. F.; PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo. **Rev. Psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, dez. 2008.

MARQUES, D. F. **Aprimoramento e evidências de validade do protocolo de observação para crianças com suspeita de transtornos do espectro autista**: um estudo preliminar. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

NEUMÄRKER, K. J. Leo Kanner: his years in Berlin, 1906-24: the roots of autistic disorder. **History of Psychiatry**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 205-218, 2003.

NEWSCHAFER, C. J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. **Annual Review of Public Health**, [S.l.], v. 28, p. 235-258, 2007.

PERISSINOTO, J. Diagnóstico de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico In: Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004. p. 933-940.

RUTTER, M. Diagnosis and definitions of childhood autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 139-161, 1978.

WOLFF, S. The history of autism. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 201-108, 2004.

WRIGHT, K. E.; POULIN-DUBOIS, D. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) screening at 18 months of age predicts concurrent understanding of desires, word learning and expressive vocabulary. **Research in Autism Spectrum Disorders**, [S.l.], 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AKSHOOMOFF, N. Neuropsychiatric Aspects of Autistic Spectrum Disorders and Childhood-Onset Schizophrenia. In: COFFEY, C. E.; BRUMBACK, R. A. **Pediatric neuropsychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams 7 Wilkins, 2006. p 195-214.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BACKES, B. et al. Instrumentos de avaliação do Transtorno do Espectro Autístico: Uma revisão sistemática de estudos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. (Artigo submetido).

BAIR, G. et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the special needs and autism project (SNAP). **The Lancet**, [S.l.], v. 368, p. 210-215, 2006.

BARBARO, J.; RIDGWAY, R. N.; DISSANAYAKE, C. Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child nurses in an Australian community-based setting: promoting the early identification of autism spectrum disorders. **J. Pediatr.**, [S.l.], v. 26, p. 326-334, 2011.

BHAT, A.; LANDA, R.; GALLOWAY, J. Current perspectives on motor functioning in infants, children and adults with autism spectrum disorders. **Physycal Therapy**, [S.l.], v. 91, n. 7, p. 1116-1129, 2011.

BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 77-88, 2002.

BOSA, C. Diretrizes para avaliação psicológica de crianças com transtornos globais do desenvolvimento. 1998. Manual não-publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (produção técnica).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 23 jan. 2014.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 23 jan. 2014.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 23 jan. 2014.

_____. Presidência da República. **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. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 23 jan. 2014.

BROADSTOCK, M.; DOUGHTY, C.; MATT, E. Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder. **Autism**, [S.l.], v. 11, n. 335, p. 335-348, 2007.

BRYSON, S. E.; CLARCK, B. S.; SMITH, I. M. First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. **J. Child. Psychol. Psychiatr.**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 433-445, 1988.

BURSZTEJN, C. et al. Towards early screening of autism. **Arch. Pediatr.**, [S.l.], v. 10, p. 129s-131s, may 2003. Suplemento 1.

CASTRO-SOUZA, R. M. **Adaptação Brasileira do M-Chat (Modified Checklist for Autism in Toddlers)**. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network**. 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/indss_2007.html>. Acesso em: 9 ago. 2010.

CHERUBINI, Z. A.; BOSA, C. A.; BANDEIRA, D. R. Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a síndrome do X frágil. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2013.

DOYLE, C. A.; MCDOUGLE, C. J. Pharmacotherapy to control behavioral symptoms in children with autism. **Expert Opinion in Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 13, n. 11, p. 1615-1629, 2012.

DOWD, A.; RINEHART, N.; MCGINLEY, J. Motor function in children with autism: why is this relevant to psychologists? **Clinical Psychologist**, [S.l.], v. 14, n. 3, 2010.

ESPOSITO, G. Analysis os unsupported gait in toddlers with autism. **Brain & Development**, [S.l.], v. 33, p. 367-373, 2011.

ESPOSITO, G. et al. An exploration of symmetry in early autism spectrum disorders: analysis of lying. **Brain & Development**, [S.l.], v. 31, p. 131-128, 2009.

FERNANDES, F. D. M. Avaliação pragmática. In: ANDRADE, C. R. F. et al. **ABFW: Teste de Linguagem Infantil: nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática**. São Paulo: Pró-Fono, 2000.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

_____. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 323, p. 599-600, 2001.

FOMBONNE, E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. **J. Clin. Psychiatr.**, [S.l.], v. 67, n. 12, 2003.

_____. **Epidemiology of autism**. 2010. Paper presented at the 1º. Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

_____. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, [S.l.], v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

GOODMAN, A. et al. Child, Family, School and Community Risk Factors for Poor Mental Health in Brazilian Schoolchildren. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 448-456, 2007.

HOFFMAN, C. D. et al. Parenting Stress and Closeness Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children With Autism. **Focus On Autism And Other Developmental Disabilities**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 178-187, 2009.

KOGAN, M. D. et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US. **Pediatrics**, [S.l.], v. 124, n. 5, p. 1395-1403, Nov. 2009.

KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010.

KUPFER, M. C. M. Predictive value of risk signals for the child development: a psychoanalytical study. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology** [online], v. 6, p. 48-68, 2009.

LERNER, R. **Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**: verificação da capacidade discriminativa entre autismo,

retardo mental e normalidade. 2011. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LORD, C.; RUTTER, M. **Autism and Pervasive Developmental Disorders, in Child and Adolescent Psychiatry**. 3. ed. [S.l.]: Scientific Publications Oxford, 1994. p. 569-593.

LOSAPIO, M. F.; PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, dez. 2008.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **The Nervous Child**, [S.l.], v. 2, p. 217-250, 1943.

KANNER, L. **Childhood psychosis**: initial studies. Washington, D.C : VH. Winston and Sons, 1973.

MACDERMOTT, S. et al. **The prevalence of autism in Australia**: can it be established from existing data?: autism advisor board on autism spectrum disorders. [S.l.: s.n.], 2007.

MAESTRO, S. et al. How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. **Child Psychiatry and Human Development**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 383-396, 2005.

MARQUES, D. F. **Aprimoramento e evidências de validade do protocolo de observação para crianças com suspeita de transtornos do espectro autista**: um estudo preliminar. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MARQUES, D. F.; BOSA, C. A. Autismo: validação preliminar de um protocolo clínico de observação do comportamento. **Psicologia**: teoria e pesquisa. (Artigo submetido).

NEWSCHAFER, C. J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. **Annual Review of Public Health**, [S.l.], v. 28, p. 235-258, 2007.

PAULA, C. S. et al. Brief report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 41, n. 12, 1738-1742, 2011.

PERISSINOTO, J. Diagnóstico de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico. In: TRATADO de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004. p. 933-940.

RICE, C. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States of America, 2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, [S.l.], v. 56, p. 12-28, 2007.

RITVO, E. R. et al. The UCLA-University of Utah. Epidemic survey of autism: Prevalence. **J. Psychiatr.**, [S.l.], v. 146, n. 2, p. 194-199, 1989.

ROGERS, S. J.; VISMARA, L. A. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. **J. Clin. Child & Adol Psychology**, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 8-38, 2008.

RUTTER, M. L. Progress in understanding autism: 2007-2010. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 395-404, 2011.

SEMENSATO, M. R.; BOSA, C. A. O script de apego compartilhado do casal. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, p. 138-151, 2013.

SCHWARTZMAN, J. S. Condições associadas ao Transtorno do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. E. (org.). **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. p. 123-143.

WRIGHT, K. E.; POULIN-DUBOIS, D. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) screening at 18 months of age predicts concurrent understanding of desires, word learning and expressive vocabulary. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 2011.

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

		Presente	Ausente	Não verificado
De zero a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.			
	A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).			
	2. A criança reage ao manhês.			
	3. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			
	4. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.			
De 4 a 7 meses e 29 dias	5. A criança começa a diferenciar o dia da noite.			

		Presente	Ausente	Não verificado
	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.			
	7. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.			
	8. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.			
	9. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.			
	10. A criança procura ativamente o olhar da mãe.			
	11. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			
	12. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.			

		Presente	Ausente	Não verificado
De 8 a 11 meses e 29 dias	13. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.			
	14. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.			
	15. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.			
	16. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.			
	17. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.			
	18. A criança possui objetos prediletos.			
	19. A criança faz gracinhas.			

		Presente	Ausente	Não verificado
	20. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.			
	21. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.			
De 12 a 17 meses e 29 dias	22. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.			
	23. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.			
	24. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.			
	25. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.			

		Presente	Ausente	Não verificado
	26. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.			
	27. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.			
	28. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.			
	29. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.			
	30. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.			

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

Quatro dos indicadores tiveram, quando ausentes isoladamente, capacidade de predição de risco psíquico aos 3 anos de idade

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

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

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

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

Anexo B – Versão final do M-Chat em português

Por favor, preencha as questões a seguir sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex.: você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não tivesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho etc.?
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?
5. Seu filho já brincou de “faz de conta”, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca ou qualquer outra brincadeira de “faz de conta”?
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para pedir alguma coisa?
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para indicar interesse em algo?
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos) sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex.: tapando os ouvidos)?
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?
13. O seu filho imita você (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita)?

14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?
16. Seu filho já sabe andar?
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?

O M-Chat é validado para rastreamento de risco para TEA e deve ser aplicado em crianças com idades entre 16 e 30 meses.

As respostas às perguntas devem ser “sim” ou “não”. Cada resposta vale 1 ponto, de modo que a pontuação final varia de 0 a 23 e o escore total é calculado a partir da soma dos pontos.

Se a pessoa obtiver mais de 3 pontos oriundos de quaisquer dos itens, ela é considerada em risco para autismo. Se obtiver 2 pontos derivados de itens críticos (que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada em risco para autismo.

As respostas pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23.

As respostas pontuadas com “sim” são: 11, 18, 20, 22.

Extraído de: LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. *Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo*. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 3, p. 221, 2008.

ISBN 978-85-334-2089-2



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

