



FACULDADE DE TECNOLOGIA DO AMAPÁ-META
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELOIZE FERNANDES OLIVEIRA MELO
FABIANA PINTO CORRÊA
NAYARA DO AMARAL PUREZA

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO EM
CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR

Macapá
2024

ELOIZE FERNANDES OLIVEIRA MELO

FABIANA PINTO CORRÊA

NAYARA DO AMARAL PUREZA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO
EM CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia do Amapá – META, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a Orientação do Prof. Dr. Patrício da Silva Almeida.

Macapá
2024

ELOIZE FERNANDES OLIVEIRA MELO

FABIANA PINTO CORRÊA

NAYARA DO AMARAL PUREZA

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO
EM CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia do Amapá – META, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a Orientação do Prof. Dr. Patrício da Silva Almeida.

FICHA DE AVALIAÇÃO

Data de aprovação: ____/____/____

Banca examinadora

Orientador

Prof. Dr. Patrício da Silva Almeida

Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Faculdade Meta

1º. Avaliador

Msc. Josilene Cristina Rodrigues

Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Faculdade Meta

2º. Avaliador

Dr. Richard Leão

Docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da Faculdade Meta

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO EM CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR

Eloize Fernandes Oliveira Melo¹, Fabiana Pinto Corrêa¹, Nayara do Amaral Pureza¹ Patrício da Silva Almeida²

¹Concluintes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia do Amapá - META

² Orientador Prof. Dr. Docente do Colegiado do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia do Amapá – META.

RESUMO

Objetivo: Desenvolver um levantamento teórico, avaliar e sintetizar os principais desafios acerca da importância do diagnóstico precoce para intervenções eficazes em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de idade escolar. **Métodos:** O presente estudo tem o objetivo de identificar e descrever acerca dos desafios do diagnóstico em crianças em idade escolar com TEA. Tendo em vista, que esse grupo é estigmatizados em diversas culturas e sociedades. Trata-se de um estudo de método observacional, analítico de corte-transversal de abordagem qualitativa exploratória, com base em estudos tendo como referencial autores que realizam pesquisa sobre o autismo, inclusão social, enfermagem frente a assistência adequada, visando maior compreensão sobre o tema. **Resultados:** Observou-se como resultado a importância da triagem precoce, do cuidado humanizado, do comprometimento familiar, do uso de instrumentos facilitadores na puericultura e das políticas públicas no apoio a pessoas com TEA, contribuindo para a prática atual e futura na enfermagem. **Conclusão:** O estudo destaca a importância da capacitação profissional e do uso de instrumentos válidos para o rastreamento precoce do TEA, além de ressaltar o papel da enfermagem na implementação de cuidados eficazes. Porém, enfrenta limitações como a falta de articulação entre os setores envolvidos e a ausência de preparo de familiares e educadores para lidar com crianças autistas, comprometendo a qualidade do diagnóstico.

Palavras-chave: "Diagnóstico"; "puericultura"; "transtorno do espectro autista";

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), popularmente conhecido como autismo, é um distúrbio relacionado ao desenvolvimento neurológico e está associado a aspectos genéticos, imunológicos e cerebrais, que impactam vários aspectos do avanço de aprendizado infantil, e

isso pode ser agravado pela falta de uma equipe multidisciplinar disponível para acompanhar adequadamente essas crianças, principalmente quanto ao seu desenvolvimento cognitivo e aprendizado efetivo, tal fato que dificulta ainda mais esse diagrama, que muitas vezes se torna tardio e agrava ainda mais a situação da criança. Tornando-se uma preocupação em questões relacionadas à inclusão educacional e social, bem como aos desafios enfrentados pelas famílias e profissionais de saúde no Brasil. De acordo com o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, DSM-5 Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013) esses sintomas surgem no início da primeira infância e prejudicam ou limitam o funcionamento do indivíduo.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental diante do cuidado da criança logo nos primeiros anos de vida. Na puericultura, através da anamnese e atendimento, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), auxiliando no fechamento do diagnóstico precoce. Quando o paciente adentra a Unidade Básica de Saúde (UBS) e passa pelos setores de acolhimento, triagem e consulta, ele é direcionado ao setor de saúde adequado para seu atendimento, sendo avaliados seu desenvolvimento físico, mental e cognitivo. Além disso, o acompanhamento do quadro clínico é regido por uma equipe multidisciplinar que irá desenvolver métodos de estímulos através de ferramentas qualificadas para o tratamento da criança com TEA.

Neste sentido, o presente trabalho foi realizado objetivando identificar a importância da equipe de enfermagem diante do tratamento de uma pessoa com TEA, obter bases de dados científicos sobre o tema, os desafios de seus diagnósticos, verificar a partir da triagem, durante a consulta humanizada de puericultura, juntamente com a equipe multidisciplinar, que atuam frente à descoberta tardia do TEA, além disso, analisar a SAE durante a consulta de enfermagem em crianças em idade escolar.

O trabalho justifica-se pelo fato de o TEA ser um transtorno de neurodesenvolvimento que impacta diversos aspectos do avanço de aprendizado infantil. Tornando-se uma preocupação em questões relacionadas à inclusão educacional e social, bem como aos desafios enfrentados pelas famílias e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Autismo, do grego *autós*, significa “de si mesmo”. Esse termo foi empregado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler em 1911. Bleuler tentou descrevê-lo como a “fuga da realidade e o retraimento interior dos pacientes acometidos de esquizofrenia” (CUNHA, 2012, p. 20).

Relatos mais descritivos a respeito do autismo apenas ocorreram em 1943 pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner, em que relatou, com detalhes, a respeito de 11 crianças que apresentavam comportamentos incomuns, como dificuldade em se relacionar no ambiente social e a falta de interesses nas pessoas que os rodeavam. Ele denominou esses sintomas como “distúrbio autístico do contato afetivo”, tradução livre de “Autistic disturbances of affective contact” (VOLKMAR; WIESNER, 2019).

Ao longo dos anos, a definição do Transtorno do Espectro do Autismo foi se modificando e delimitando suas características em relação a outros transtornos. A pesquisa evoluiu e suas definições foram se tornando cada vez mais precisas (ANJOS; MORAIS, 2021).

DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS

A frequência do TEA na população varia entre meninos e meninas, contudo, um estudo desenvolvido por Baio e colaboradores (2018), identificou que indivíduos do sexo masculino têm quatro vezes mais chances de desenvolver o TEA. Todavia, apesar de a porcentagem de pessoas autistas do sexo feminino ser menor do que a masculina, os efeitos do transtorno em meninas, em determinadas situações, são muito mais severos do que em meninos, sugerindo uma espécie de efeito compensatório.

Cientistas da Suécia relataram que os pais de autistas têm 50% de chance de ter outro filho autista. Também identificaram que as causas hereditárias explicam apenas 50% de uma criança nascer e desenvolver o TEA, mencionando também os fatores ambientais como: complicação no parto, infecções maternas, medicações que são usadas antes e depois do nascimento (STRAVOGIANNIS, 2022).

Mulheres diagnosticadas em geral apresentaram Comportamentos e Interesses Repetitivos Restritos (RRBI) mais baixos do que os homens, com efeitos pequenos e variáveis dependendo da idade, nível de desenvolvimento e tipos de RRBI. Estereótipos de gênero e

critérios diagnósticos de comportamentos mais facilmente identificados no sexo masculino podem estar envolvidos nessa diferença. Isso ocorre porque muitas vezes podem ser necessárias mais problemas comportamentais ou problemas cognitivos para que as meninas sejam diagnosticadas (DWORZYNKIS *et al.*, 2012).

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO DIAGNÓSTICO

Diante dessas nuances, os desafios relacionados ao Transtorno do Espectro do Autismo, especialmente no contexto familiar, demandam atenção e empenho para promover a socialização do paciente, por meio de um tratamento interdisciplinar que leve em conta fatores como idade, sexo, grau de déficit cognitivo e demais aspectos que impactam sua vida. Além disso, destaca-se a importância da integração entre enfermeiros, profissionais de saúde multidisciplinares e a família.

Faz-se necessário a presença de uma equipe multiprofissional preparada e experiente nos atendimentos de puericultura, pois a falta de experiência da equipe pode impactar negativamente no desenvolvimento da criança (PORTOLESE *et al.*, 2017).

Partindo da premissa que na atenção primária da SAE, os profissionais da saúde realizam a triagem e a consulta de atendimento humanizado na puericultura. Logo, a atuação dos enfermeiros e da equipe multidisciplinar de atenção à criança na Estratégia de Saúde da Família (ESF), torna-se primordial para a identificação de sinais do autismo precoce, através da avaliação, acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de puericultura, o enfermeiro atua, por meio da SAE, em ações de proteção, prevenção de agravos e promoção de saúde da criança.

O Ministério da Saúde, lançou em 2014, as “Diretrizes de Atenção à Pessoa com TEA” no Brasil, tendo como objetivo oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com TEA e de sua família nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, detectando os sinais iniciais de alterações no desenvolvimento, os indicadores comportamentais (motores, sensoriais, rotinas, falas, aspecto emocional), os instrumentos de triagem, avaliações diagnosticas e classificações.

TRIAGEM E PUERICULTURA

A equipe de enfermagem tem um papel muito significativo na puericultura, tendo em vista, que por meio da consulta de enfermagem, deve prestar sua assistência adequada tendo a

grande oportunidade de identificar desordens no crescimento e desenvolvimento da criança no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

Os profissionais da equipe da estratégia de saúde da família devem estar atentos aos sinais de atrasos no desenvolvimento e crescimento das crianças, dando uma atenção especial a esses marcos durante as consultas. O acompanhamento realizado nas consultas de puericultura é uma das mais importantes para identificação de sinais e necessidades de saúde da criança (SOUZA *et al.*, 2021).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é possível trabalhar na perspectiva da promoção da saúde e redução dos agravos, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento infantil durante as ações de puericultura. Como de conhecimento sabe-se que os profissionais de saúde da equipe, como médicos e enfermeiros membros da equipe multiprofissional, são os responsáveis sanitários pelo acompanhamento e deve estar preparado para avaliar o desenvolvimento infantil, através de consultas e avaliações de crescimento e desenvolvimento, que tem de acontecer de forma mensal, a fim de detectar precocemente qualquer anormalidade e tomar as medidas resolutivas para a melhoria da qualidade de vida, principalmente da criança com TEA e de sua família (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

INSTRUMENTOS DE TRIAGEM

A técnica de triagem mais utilizada por profissionais de saúde brasileiros para detectar possíveis alterações no desenvolvimento infantil é a avaliação clínica informal. Entretanto, o julgamento clínico baseado nessa avaliação detecta apenas 30% das crianças suspeitas de comprometimento no desenvolvimento, enquanto instrumentos padronizados de triagem apresentam sensibilidade e especificidade de 70 a 90% na identificação destas crianças (ALBUQUERQUE; CUNHA, 2020).

Escalas de triagem permitem a detecção de distúrbios que poderiam não ser suspeitados. Estas escalas não são instrumentos diagnósticos, mas permitem que pacientes com riscos de determinada condição possam ser encaminhadas precocemente para uma investigação mais especializadas. Estes instrumentos de triagem podem ser aplicados em crianças com atraso na comunicação verbal ou não verbal ou em situações de regressão da linguagem ou das habilidades sociais.

Durante a consulta de puericultura são utilizados quatro instrumentos para um melhor diagnóstico, entre eles:

1. A escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)
2. Escala de Pontuação para Autismo na Infância - Childhood Autism Rating Scale (CARS)
3. Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)
4. Questionário de Comunicação Social (SCQ)

Quadro1. Ferramentas utilizadas para triagem do TEA

Ferramentas de triagem	Idade para ser aplicada	Números de itens avaliados	Observações
M-CHAT	16 a 30 meses	23	Ideal para triagem inicial, recomendada para toda criança de 18 a 24 meses
CARS	3 a 17 anos	15	Diferencia entre leve, moderado e grave
IRDI	0 a 18 meses	31	Dividido em quatro faixas etárias
SCQ	A partir dos 4 anos	40	Padrão ouro para diagnóstico e pesquisa

Fonte: Próprio Autor.

A M-CHAT é um teste de triagem para sinais precoces de autismo em crianças entre 16 e 30 meses, sendo a escala indicada pela AAP (Academia Americana de Pediatria) nas idades citadas anteriormente. Ela foi desenvolvida a partir da CHAT, tendo sido aumentado o número de itens avaliados de 14 para 23 com respostas “sim” ou “não”. Nove dos itens são relatados pelos pais e cinco por observação direta. Crianças que apresentam falhas em 3 itens ou 2 itens críticos devem ser encaminhadas para uma avaliação especializada (Anexo).

A CARS, validada para o Português por Pereira *et al.*, é utilizada para crianças de 3 a 17 anos de idade, além de corresponder a um instrumento de triagem, permite a distinção em casos leves, moderados e graves. É uma escala com 15 itens que avalia reações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, auditiva, uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores de cada domínio variam de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autistas graves). A pontuação varia de 15 a 60 e o ponto de corte para TEA é 30 (PEREIRA *et al.*, 2008)

O IRDI é um protocolo com estudos de validade na identificação de fatores de risco de desenvolvimento, composto de 31 indicadores voltados à relação cuidador-criança durante os primeiros 18 meses de idade. O instrumento mostrou-se válido para prever problemas de

desenvolvimento que afetavam suas funções instrumentais (psicomotricidade, domínio da linguagem, aprendizagem, socialização e hiperatividade, por exemplo) que as crianças participantes da pesquisa apresentaram aos 3 anos de idade, bem como para detectar sinais de risco psíquico (risco para constituição do sujeito, sinalizando problemas de ordem estrutural relativos as psicopatologias graves da infância).

Os indicadores são divididos em quatro faixas etárias: 0 a 4 meses incompletos; 4 a 8 meses incompletos; 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses completos. Os itens são sinais de saúde psíquica, pois abordam aspectos da relação cuidador-bebê os quais são indicativos de que a construção da subjetividade da criança está em curso. A ausência de 2 ou mais indicadores sinaliza possíveis riscos ou tendência de problemas de desenvolvimento com expressão no aspecto relacional, abrindo possibilidade para intervenções a tempo.

O Questionário de Comunicação Social (SCQ), validado no Brasil por Sato e Mercadante, foi desenvolvido a partir do Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R), um dos instrumentos padrão-ouro para diagnósticos de TEA e utilização em pesquisas (SATO *et al.*, 2009). Pode ser utilizado em pacientes a partir dos 4 anos de idade, com base em questões respondidas pelos pais. São 40 itens com respostas do tipo sim ou não, e o ponto de corte corresponde a mais ou menos 15.

PAPEL DOS FAMILIARES FRENTE AO TEA

O nascimento de um filho se constitui na formulação de um novo ciclo vital, o qual passa a ser idealizado pelos pais e por toda a família. Entretanto, quando ocorre alguma ruptura nesses planos todos os membros familiares são afetados. Machado, Londero e Pereira (2018) destacam que a família pode acabar prejudicando o avanço da criança com TEA, não aceitando, e a criança acaba não tendo os auxílios dos profissionais para seu desenvolvimento, após o diagnóstico, vem os momentos de desespero e angústia de muitos pais, passando por uma grande etapa de isolamento social, a vida familiar é afetada pelo diagnóstico de Autismo, pois as pessoas que habitam e que tem a rotina diária totalmente alterada, precisará do auxílio de vários profissionais incluídos na rotina. Muitas vezes, os pais acham que suas vidas têm que parar para a da criança continuar.

Pinto et al., (2016), afirma que o reconhecimento da sintomatologia manifestada pela criança com autismo é fundamental para a obtenção do diagnóstico precoce. Comumente, as manifestações clínicas são identificadas por pais, cuidadores e familiares que experienciam

padrões de comportamentos característicos do autismo, tendo em vista as necessidades singulares dessas crianças. Os sinais possuem expressividade variável e geralmente iniciam-se antes dos três anos de idade. A criança com TEA apresenta uma tríade singular, a qual se caracteriza pela dificuldade e prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não verbal, na interatividade social e na restrição do seu ciclo de atividades e interesses. Neste tipo de transtorno, podem também fazer parte da sintomatologia movimentos estereotipados e maneirismos, assim como padrão de inteligência variável e temperamento extremamente lábil. Portanto, é uma situação que desencadeia alterações na vida familiar devido às necessidades de acompanhamento da criança para seu desenvolvimento.

Para Francisco et al. (2019) é importante que a criança seja atendida o mais rápido possível independentemente do caso, por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de áreas distintas que irão atuar no processo de intervenção, é fundamental priorizar a criação de um plano terapêutico que seja levado em consideração aspectos de vidas dessa criança, os que mais atrapalham o seu desenvolvimento.

Quadro 2 - Características Clínicas de Crianças com Risco para TEA

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por ex: ausência da relação olho a olho).	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz-de-conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbucio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores).
Não estranham quem é da família mais próxima, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Pode aumentar seu isolamento.

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS.

DIAGNÓSTICO

Apesar do diagnóstico de TEA poder ser confiavelmente detectado aos 2 anos, a média no nosso país tem sido por volta dos 6 anos e este atraso de pelo menos 36 meses tem trazido maior morbidade e pior uso da plasticidade neuronal nos primeiros anos de vida, essenciais para intervenção precoce no autista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

O diagnóstico tardio é uma realidade não só no cenário brasileiro, mas em todo o mundo (STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018). De acordo com Pinto et al. (2017), alguns dos aspectos que retardam o diagnóstico imediato do autismo remete-se possivelmente à inexistência de exames específicos, sendo ele baseado no histórico da criança. Somado a isso, pontua-se a variabilidade dos sintomas e ausência de treinamentos específicos de profissionais para lidar com o distúrbio. Além da variabilidade dos sintomas, a ausência de treinamentos adequados para os profissionais agrava o atraso no diagnóstico. O diagnóstico e tratamento precoce de disfunções pediátricas são essenciais para a evolução clínica da criança, pois viabiliza em alcançar resultados positivos em nível físico, funcional, mental e social.

O diagnóstico do TEA geralmente pode ser feito antes dos 3 anos de idade e indica deficiências na qualidade das interações sociais recíprocas, deficiências nas habilidades de comunicação e interesse em comportamentos repetitivos, restritos e/ou estereotipados (RIOS; CAMARGO JÚNIOR, 2019).

Na caderneta, a orientação é que seja aplicado pela Atenção Primária durante a consulta de puericultura dos 18 meses ou antecipadamente em caso de suspeita de atraso do desenvolvimento infantil, conforme vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil realizada a partir das realizações (BRASIL, 2022).

O DSM-5, publicado pela American Psychiatric Association, é amplamente utilizado para diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, oferecendo critérios detalhados para uma vasta gama de condições.

A partir de 2013, o DSM recebeu uma nova versão, DSM-V, e a nova nomenclatura para o autismo foi Transtorno do Espectro Autista (TEA), na qual todas as categorias foram englobadas em um só espectro. Com a nova classificação há a tríade do comprometimento: comunicação, comportamento e socialização (BRENTANI *et al.*, 2013).

O DSM-5 apresenta níveis de funcionamento para o transtorno do espectro do autismo, conforme: descrito abaixo:

Nível 1 – “Necessidade de pouco apoio”

Nível 2 – “Necessidade de apoio substancial”

Nível 3 – “Necessidade de apoio muito substancial”

No nível 1, o autista consegue se comunicar com suporte, mas problemas de organização e planejamento impedem sua independência. No nível 2 e no nível 3, o autista apresenta um déficit grave nas habilidades de comunicação verbais e não verbais, demonstrando dificuldade nas interações sociais e cognição reduzida. Estes também manifestam um perfil inflexível de comportamento, seja pela dificuldade de lidar com mudanças, seja pelo isolamento social, caso não haja estímulo. Algumas crianças com TEA desenvolvem-se bem em casa, mas necessitam de apoio na escola, o que ressalta, portanto, a importância de professores capacitados para a educação inclusiva (RUSSO, 2023).

Quadro 3. Características frequentemente presentes em crianças com TEA

Dificuldades Sociais e de Comunicação	Interesses Restritos e Respectivos
• Dificuldades para estabelecer conversa • Dificuldades para iniciar interações sociais • Dificuldades de demonstrar emoções • Prefere ficar sozinho • Pouco contato visual • Linguagem corporal pobre • Pouca expressão fácil • Não entende linguagem corporal ou facial • Dificuldades para entender ironias ou piadas • Pouca expressão fácil	• Estereotipias motoras • Alinhar objetos • Ecolalia • Sofrimento extremo ao restrito a um assunto • Dificuldades com transições • Padrões rígidos de pensamento • Interesse extremo ou restrito a um assunto • Rituais de saudação • Necessidade de fazer o mesmo caminho • Hipo ou hiper-reatividade e estímulos sensoriais • Cheirar ou tocar objetos • Apego incomum a determinado objeto • Recusa de determinados alimentos

Fonte: Modificado de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)

Em julho de 2018, com a publicação pela Organização Mundial da Saúde da 11^a edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), que reuniu as subcategorias do TEA descritas na CID-10 em um campo único seguindo a nomenclatura de TEA proposta pelo DSM5, recebendo o código CID 6A02, onde os portadores serão subdivididos de acordo com os níveis de deficiência intelectual e prejuízos na linguagem funcional (OPAS, 2022).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um sistema de codificação usado para padronizar a descrição de

doenças e condições de saúde. A CID-11 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ele abrange uma visão mais global e amplia a compreensão de diferentes transtornos mentais ao incorporar uma perspectiva mais cultural e abrangente. Essa classificação inclui transtornos mentais e comportamentais, oferecendo uma base para diagnósticos clínicos em diversas partes do mundo. A CID-11 é uma classificação internacionalmente utilizada para diagnóstico de doenças e condições de saúde. Os critérios diagnósticos da CID-11 para o TEA incluem: 1. Dificuldades persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. 2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por comportamentos estereotipados e repetitivos, aderência inflexível a rotinas, interesses restritos e hiperfocos. 3. Início dos sintomas durante a infância ou início precoce do desenvolvimento.

Ambos os sistemas de classificação exigem que os sintomas estejam presentes desde a infância ou início precoce do desenvolvimento. Além disso, é necessário avaliar o nível de gravidade dos sintomas e o impacto funcional nos diferentes domínios da vida.

Ambas as classificações são essenciais para o estudo e tratamento das condições mentais, fornecendo bases sólidas para a prática clínica e pesquisa científica (OMS,2019; APA, 2013).

ORDENAMENTO JURÍDICO A RESPEITO DO TEA

Em 1961, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 4.024/61) estendeu formalmente o direito à educação a pessoas com deficiências. Em 1971, a Lei nº 5.692 incluiu um tratamento diferenciado para estudantes com deficiências. Além disso, documentos internacionais, como a Declaração de Salamanca (1994), a Constituição de 1988, que estabelece a educação como um direito e dever do Estado, além do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/15), foram marcos importantes na consolidação da educação inclusiva no Brasil.

Portanto, para assegurar esses direitos, a legislação foi enriquecida com a Lei 12.764/2012, conhecida como a Lei Berenice Piana, essa lei define o autismo como uma deficiência, equiparando os direitos das pessoas com TEA aos de outras deficiências, em conformidade com a Lei Brasileira de Inclusão. Esse reconhecimento é crucial, pois assegura que os indivíduos com TEA tenham acesso a serviços públicos de saúde, educação e assistência social, reforçando o princípio de igualdade de condições e oportunidades. A legislação

estabelece, por exemplo, o direito ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento especializado, além do acesso a terapias e tratamentos específicos, muitas vezes custosos e limitados para as famílias (PEREIRA e DA SILVA, 2024).

Carolino (2023), cita em seu estudo que a implementação da Lei nº 12.764/2012 ainda enfrenta desafios significativos, principalmente devido à falta de recursos financeiros e humanos nas instituições de ensino e de saúde, o que compromete a realização plena dos direitos previstos. Em muitas regiões, a falta de especialistas e de treinamentos adequados para profissionais da educação ainda limita a eficácia das práticas inclusivas. Mesmo com o respaldo legal, algumas famílias ainda enfrentam dificuldades para garantir o acesso dos seus filhos a ambientes educacionais realmente adaptados, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais eficazes e de investimentos contínuos.

Dessa forma, a proteção jurídica acerca do autismo ganha maior relevância e destaque com a promulgação das leis como Lei Berenice Piana (Lei 12.764/2012), Lei da Avaliação Psíquica (Lei nº 13.438/2017), e Lei Romeo Mion (Lei 13.877/2020).

Nesse sentido a Lei 10.048/2000 estabelece algumas diretrizes e define, em seu parágrafo primeiro, art. 1º, que um indivíduo com Transtorno do Espectro Autista:

Art. 1º As pessoas com deficiência, as pessoas com transtorno do espectro autista, as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com criança de colo, os obesos, as pessoas com mobilidade reduzida e os doadores de sangue terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei. (Brasil, 2000)

Lei 7.611/2011, que dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado no seu art. 1º: parágrafo 1º e art. 2º (BRASIL, 2011).

Art. 1º O dever do Estado com a educação das pessoas público-alvo da educação especial será efetivado de acordo com as seguintes diretrizes:

§ 1º Para fins deste Decreto, considera-se público-alvo da educação especial as pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação.

Art. 2º A educação especial deve garantir os serviços de apoio especializado voltado a eliminar as barreiras que possam obstruir o processo de escolarização de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

Lei 13.146/2016, que afirmou a autonomia e a capacidade desses cidadãos para exercerem atos da vida civil em condições de igualdade com as demais pessoas, como diz o disposto nos seus artigos 1º e 2º (BRASIL, 2016)

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Em outubro de 2017 foi sancionada a Lei n. 13.438, com a qual passa a ser obrigatória a aplicação de instrumento de avaliação formal do neurodesenvolvimento a todas as crianças nos seus primeiros dezoito meses de vida.

Sabe-se, ainda, que no Brasil, em 2017, foi sancionada a Lei nº 13.438, que determina a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de risco para o desenvolvimento psíquico de crianças visando facilitar a detecção em consulta pediátrica de acompanhamento da criança (SEIZE; BORSA, 2017).

Lei 13.977/2020, institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A norma é conhecida como "Lei Romeo Mion", em referência ao filho do apresentador de televisão Marcos Mion, que tem transtorno do espectro autista, como está disposto no art. 1º (BRASIL, 2020).

Art. 1º-Esta Lei, denominada “Lei Romeo Mion”, altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania), para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita.

Essa lei instituída sobre o porte da carteira traz para a criança com TEA mais facilidade em sua identificação e mais acesso aos direitos previstos na Lei Berenice Piana. Esse direito beneficia a comunidade autista, tendo em vista nem sempre é possível perceber de imediato uma pessoa com autismo.

BRASIL (2023), Lei 14.624/2023, que formaliza o uso nacional da fita com desenhos de girassóis como símbolo de identificação das pessoas com deficiências ocultas, conforme

Art. 2º-A. É instituído o cordão de fita com desenhos de girassóis como símbolo nacional de identificação de pessoas com deficiências ocultas.

Portanto, criar leis para pessoas com TEA torna-se essencial para construir uma sociedade mais inclusiva e equitativa, respeitando as diferenças e promovendo o bem-estar de todos. Essas legislações são fundamentais, uma vez que eles têm necessidades específicas e podem enfrentar barreiras que limitam o acesso a direitos fundamentais, garantir que crianças e jovens com TEA recebam atendimento educacional adequado. Além de garantir direitos, legislações promovem campanhas de conscientização e sensibilização, ajudando a combater estigmas e a melhorar o entendimento sobre o TEA.

POLÍTICAS PÚBLICAS E PORTARIAS DO TEA

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é uma norma que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) determina no Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Em novembro de 2017 houve a elaboração, por parte do Ministério da Saúde do Ofício n. 35- SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS, do dia 14 de novembro de 2017, que trouxe como consenso para fins de instrumentalização das redes locais, para alinhamento com a Lei n. 13.438, o uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), como instrumento de maior alcance para a vigilância desenvolvimento na puericultura.

Em 2024, foi atualizada pelo Ministério da Saúde a 7ª edição da Caderneta da Criança. Este é o instrumento que auxilia no acompanhamento e crescimento do desenvolvimento infantil. Nesta caderneta constam os marcos de desenvolvimento de neuropsicomotor, desenvolvimento afetivo e cognitivo/linguagem para acompanhamento dos profissionais que atendem a criança durante o processo da puericultura. Os pais, juntamente com a equipe multiprofissional pode utilizar a caderneta com um auxílio que possam suspeitar algum sinal de alerta no desenvolvimento da criança. Há ainda informações sobre o aleitamento materno,

alimentação saudável, informações sobre os direitos dos pais e da criança e entre outros, buscando fortalecer o papel da família no cuidado.

A Caderneta da Criança foi criada por um conjunto de especialistas com vasta experiência nas áreas de conhecimento e desenvolvimento infantil e pactuada de forma intersetorial com o Ministério da Cidadania e da Educação, além de ter passado por Consulta Pública em dezembro de 2015 (BRASIL, 2022).

Para Furtado, Brayner e Silva (2014), tanto pessoas que possuem diagnóstico de TEA quanto sua família, tem direito ao acolhimento e cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS), do qual fazem parte os CAPS. E desse modo, segue a importância da equipe se manter preparada e qualificada nesses atendimentos, pois o SUS é porta de entrada e o meio de acesso mais procurado por pais de pessoas com o diagnóstico de TEA.

MÉTODOS

Para a realização do presente estudo, foi utilizado o método observacional, analítico de corte-transversal de abordagem qualitativa exploratória. Permitindo investigar na literatura os vários tipos de pesquisa científica com embasamento teórico, tendo como referencial autores que realizam pesquisa sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), inclusão social, enfermagem frente a assistência adequada, métodos pedagógicos e psicológicos, visando maior compreensão sobre o tema, (PRAIA; CACHAPUZ E PÉREZ, 2002).

Para o levantamento das informações foi realizado uma busca por artigos que abrangessem o acerca dos desafios do diagnóstico em crianças em idade escolar com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os descritores utilizados foram "Transtorno do Espectro Autista ", "Diagnóstico" e "Acolhimento". A busca foi feita com os descritores isolados e, posteriormente cruzados. Diante disso, buscou compreender como a enfermagem poderá atuar na identificação dos primeiros sinais característicos do TEA ainda na primeira infância.

Para critério de inclusão foram utilizadas revisões de literatura com um recorte temporal de estudos publicados nos últimos 10 anos, a partir do ano de 2014, em língua portuguesa e inglesa, disponibilizados de forma gratuita e online nos bancos de dados como Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ERIC, indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, PsycINFO e Scientific Electronic Library Online (SciELO), via Periódico CAPES.

Foram excluídas as revisões de literatura nos formatos narrativa, integrativa e sistemática, cartas ao editor, estudos duplicados e que não apresentassem relação com a temática investigada ou com o objetivo deste estudo. Partindo, assim, de uma leitura minuciosa acerca do tema trabalhado, que levou em consideração os aspectos relevantes de acordo com o objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desta pesquisa oferecem contribuições significativas para os atuais e futuros profissionais da área da enfermagem, evidenciando a importância da triagem precoce e suas estratégias para a identificação dos sinais ou alterações no desenvolvimento da criança; o cuidado humanizado, por meio da equipe multidisciplinar; como a família pode auxiliar no diagnóstico da criança; utilização de instrumentos que facilitam o processo da triagem, durante a consulta de puericultura; e a importância das políticas públicas para pessoas com TEA. Nesse sentido, discute-se a interpretação desses achados à luz dos objetivos propostos.

Diante do que foi apresentado durante a pesquisa, o papel da equipe de enfermagem, frente o tratamento da criança autista requer maior atenção em seus cuidados. A equipe de enfermagem, precisa oferecer cuidados especiais para tornar o atendimento mais humanizado e, desse modo, estabelecer vínculos que facilitarão a comunicação com a criança. Além de ser de suma importância, que se aproprie do conhecimento de como reconhecer as características comportamentais e atitudinais de uma pessoa com TEA e assisti-lo mediante a suas necessidades, conforme diz o autor supracitado BRAYNER e SILVA (2014), sempre tendo o acolhimento integral tanto do paciente como de sua família nos setores de atendimento.

Suas responsabilidades incluem: Criação de vínculo e comunicação adaptada, onde o profissional pode utilizar linguagem clara e simples, além de estabelecer um ambiente seguro e acolhedor para a criança e sua família; Planejamento do cuidado individualizado, que visa compreender as necessidades e limitações específicas da criança e adaptar procedimentos de cuidado de forma a minimizar desconfortos ou crises; Colaboração Interdisciplinar, trabalhar em conjunto com médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais para implementar o plano terapêutico da criança; Identificação de sinais de crise e manejo comportamental, reconhecer sinais precoces de estresse ou sobrecarga sensorial na criança, utilizando técnicas para acalmá-la; Promoção da inclusão e redução do estigma, o profissional

precisa garantir que a criança seja tratada com respeito e dignidade, combatendo preconceitos no ambiente de cuidado.

De modo geral, o autismo é identificado primeiramente pelos pais, os quais veem que seu filho apresenta um comportamento discrepante da maioria das crianças, e com isso chegam aos consultórios médicos com a expressão “meu filho é diferente” (RICCIOPO; HUEB; BELLINI, 2021).

O processo de aceitação é difícil para todos, especialmente para os pais, tendo em vista que isso acontece devido à falta de informação sobre o TEA. Quanto mais rápido for o diagnóstico, segundo Pinto et al., (2016), como também uma relação próxima de pais, enfermeiros, cuidadores, e a equipe multidisciplinar conforme diz Nascimento et al., (2016), atitudes serão facilitadas para que o impacto seja o menor possível na vida familiar. Percebe-se a necessidade de atenção integral durante a puericultura à pessoa com TEA e suas famílias nos serviços de saúde, desde a detecção precoce ao acompanhamento no tratamento.

Dessa forma, a família pode auxiliar a criar uma rotina estruturada, fazendo com que essa criança tenha rotinas fixas e ensinando a lidar com mudanças, conforme Souza et al., (2021), introduzindo-as de forma gradual e respeitosa; participar ativamente do tratamento e acompanhar nas terapias, reforçando em casa as práticas e estratégia aprendidas nas sessões terapêuticas. Além de buscar apoio psicológico para a família, o ato desses familiares cuidarem da saúde mental é fundamental para a criança ter um suporte adequado.

O diagnóstico do TEA é clínico, acompanhado por várias características que podem incluir comportamento ritualizado e repetitivo, avesso a mudanças na rotina, sensibilidade sensorial, alteração na comunicação e na interação social (COFEN,2021).

Devido o TEA possuir diferentes graus de complexidade, cada indivíduo pode apresentar diferentes sintomas, características e possuir um autismo mais leve ou mais grave, o que também altera o comprometimento das funções realizadas pela pessoa. Dessa forma, esse tratamento tem que ser multidisciplinar e várias estratégias são cruzadas para promover maior eficácia para essa criança.

Dentre as características identificadas na criança com TEA, apresentam-se: Déficits na interação social e comunicação; interesses restritos, comportamentos e atividades repetitivas; comunicação verbal prejudicada; movimentos estereotipados; seletividade alimentar; falta de contato visual, distúrbio de sono; hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais;

As ferramentas utilizadas para triagem, envolvem o uso de questionários formais ou listas de verificação para examinarem o desenvolvimento geral de uma criança e a detecção precoce do autismo, incluindo funcionamento socioemocional, habilidades motoras grossas (grandes músculos) que se articulam em atividades físicas, e os finos (músculos pequenos) que desempenham atividades mais delicadas.

Entre as ferramentas de triagem mais comuns usados no Brasil para o acompanhamento da criança com TEA, temos A escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), o Questionário de Comunicação Social (SCQ), Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), Escala de Pontuação para Autismo na Infância - Childhood Autism Rating Scale (CARS) e o Questionário de Comunicação Social (SCQ). Cada uma dessas ferramentas leva menos de 30 minutos para os pais ou clínicos preencherem e pode oferecer aos provedores informações valiosas sobre quaisquer desvios potenciais no desenvolvimento típico.

Além disso, segundo Pereira e Da Silva (2024), a legislação e as políticas públicas desempenham um papel crucial na garantia de direitos, inclusão social e acesso a recursos para as pessoas com TEA e suas famílias. Assim como citado anteriormente, o Ministério da Saúde auxilia na Atenção Básica, por meio do SUS formando Diretrizes e portarias para garantir os direitos dessas pessoas.

Essas contribuições são fundamentais para promover qualidade de vida e equidade das crianças, pois protegem seus direitos através de leis para pessoas autista, garantindo que elas sejam tratadas de forma justa e sem discriminação, promove a inclusão na sociedade ao estabelecer diretrizes para acesso à educação, emprego, saúde e moradia.; aumentam a conscientização sobre o autismo e promovendo a autodefesa, as empoderam, capacitando e reivindicando seus direitos e contribuindo para decisões que impactam suas vidas. E por fim, ao apoiar suas famílias fornecem orientações gerais sobre direitos e serviços, garantindo acesso a diagnóstico e tratamento de qualidade para todos.

CONCLUSÃO

O aumento na prevalência do TEA nas últimas décadas mostra a necessidade de termos profissionais capacitados, que atuam nos cuidados primários em saúde, com a utilização de instrumentos válidos que auxiliam no rastreamento precoce de crianças com sinais de autismo,

e a importância do conhecimento sobre esse transtorno para a sociedade, pois ajuda a diminuir esse estigma e a criar uma sociedade mais inclusiva.

A relevância dessa temática manifesta-se por meio de constantes informações aderidas ao público no cotidiano, visto que existem diversas especulações a respeito do TEA, porém sabe-se pouco, de forma assertiva, acerca de um público que necessita de inclusão social de diagnóstico precoce, cuidados para o melhor desenvolvimento nas dimensões cognitiva, motora, sensorial e física. Logo, a ajuda de multiprofissionais da saúde, inclusive da enfermagem, que visa o cuidado direto ao paciente com a Sistematização da Assistência a Enfermagem (SAE), o quadro diagnóstico dessa criança tende a apresentar evolução.

Com base na coleta de dados obtidos pela análise dos artigos estudados, revela a prática do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem, voltada ao paciente autista, visando o aprimoramento de projetos pedagógicos do Bacharelado em Enfermagem e políticas públicas, que assim como as leis, as ações que são direcionadas para essa causa na área da saúde, aumentam o campo de interação social e espacial para o cuidado integral do paciente infantil. Essa abordagem considera todas as suas necessidades físicas, mentais e comportamentais, abrangendo não apenas o paciente, mas também sua família e círculo social.

O papel da equipe de enfermagem, durante a realização da SAE, também inclui enfrentar as adversidades que surgem para implementar esse cuidado de forma eficaz, tendo em vista que existem dificuldades de inclusão dessa temática para discussão, assim como a articulação entre familiares, professores que na maioria das vezes, não são capacitados profissionalmente para lidar com a criança autista, acarretando a ausência de qualidade no atendimento prestado durante o tratamento do paciente.

Por fim, crianças com Transtorno do Espectro Autista, estão inseridas na sociedade com características, graus e formas peculiares, e para obter resultados positivos e esperados é fundamental que o paciente seja submetido a estratégias e técnicas específicas, como discutido no artigo, destacando a importância da triagem que evidencia a singularidade de cada indivíduo, promovendo uma atenção integral e humanizada com qualidade de vida e bem-estar. Todo esse cuidado é, evidentemente, conduzido por uma equipe multidisciplinar, englobando os ambientes familiar, escolar e hospitalar, e incentivar os pais no tratamento de seus filhos e orientá-los a se unirem grupos de pais que estão passando por situações parecidas, para juntos

compartilharem experiências e conflitos vivenciados. A criação de vínculo entre o profissional, a criança e as famílias são fundamentais.

Outrossim, para que as intervenções terapêuticas sejam implementadas o mais precocemente possível, visando a qualidade da assistência no acompanhamento do desenvolvimento infantil, ainda há entraves, tendo em vista a necessidade de novos estudos e investigações que abordam e contribuam no desenvolvimento e ampliação de um olhar clínico e sensível no protagonismo da enfermagem e dos demais profissionais no diagnóstico precoce do TEA e suas implicações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. A.; CUNHA, A. C. B. Novas tendências em instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil no Brasil: uma revisão sistemática. *Jornal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 188-196, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822020000200005. Acesso em: 09 nov. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013 Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>.

ANJOS, B. B.; MORAIS, N. A. As experiências de famílias com crianças autistas: uma revisão integrativa da literatura. **Ciências Psicológicas**, Montevideo, v. 15, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/2347>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BAIO, J. et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. **Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries: MMWR**, United States, v. 67, n. 6, p. 1–23, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29701730/>. Acesso em: 09 nov. 2024.

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

BRASIL. **Lei 13.877/2020 Garante atendimento prioritário a pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jan, 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.048/2000 de 11 de novembro de 2002. Garante atendimento prioritário a pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 nov. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil.** Diferencial da edição é o conteúdo que auxilia na identificação de possível Transtorno do Espectro Autista. [S. l], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-55-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.977/2020, Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jan, 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.624/2023, formaliza o uso da fita com desenhos de girassóis como símbolo de identificação das pessoas com deficiências ocultas..** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul, 2023.

BRASIL. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 dez. 1961.

BRASIL. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 ago. 1971.

BRASIL. **Lei nº 7611/2011, de 11 de agosto de 1971. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 nov. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRENTANI, H. et al. Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 35, p. S62-S72, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/GXxmGC7gqrG8FMhzLB5RcLw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 nov. 2021.

CAROLINO, Marcella da Silva. **Mediação docente na Educação Física em classes especiais do Distrito Federal: experiências de aprendizagem para alunas com transtorno do espectro autista (TEA)**. 2023. 125 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Física) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

COFEN | Conselho Federal de Enfermagem, **Enfermagem melhora qualidade de vida dos pacientes autistas**. 4 out. 2021. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/enfermagem-melhora-qualidade-de-vida-dos-pacientes-autistas/>>. Acesso em: 18 nov. 2024.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

Diretrizes - **Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo.pdf>

DWORZYNSKI, K. et al. **How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders?** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v. 51, n. 8, p. 788–797, 2012.

FRANCISCO, R.T.S. et al. A importância da identificação precoce do transtorno do espectro autista na infância. In: CONGRESSO NORTE MINEIRO DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2019, Minas Gerais. Anais [...]. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/saude-dacrianca/trabalho/74908>. Acesso em: 07 nov. 2024.

FURTADO, L. A.; BRAYNER, J. G.; SILVA, L. S. Transtornos globais de desenvolvimento e saúde pública: uma revisão integrativa. **Percursos Acadêmicos**, Minas Gerais, v. 4, n. 8, p. 283-297, 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/8000>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MACHADO, M. S.; LONDERO, A. D.; PEREIRA, C. R. R. Tornar-se família de uma criança com Transtorno do Espectro Autista. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 11, n. 3, p. 335-350, 2018. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2018.113.05>. Acesso em: 07 de novembro de 2024.

NASCIMENTO, F. P. Classificação da Pesquisa. Natureza, métodos ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos de pesquisa. In: NASCIMENTO, F. P.; SOUSA, F.L. L. (org.). **Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática** – como elaborar TCC. 2. ed. Fortaleza: Thesaurus Editora, 2016, cap.6, p. 73-78. Disponível em: <https://www.franciscopaulo.com.br/arquivos/Classificando%20a%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada**, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacionaldoencas-da-oms-cid-11-e>. Acesso em: 03 set. 2024.

PEREIRA A, Riesgo RS, Wagner MB. **Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil**. J Pediatr (Rio J). 2008;84(6):487-494.

PEREIRA, Sandra; SILVA, Elias Alves da. **Educação especial na perspectiva inclusiva: uma reflexão sobre o ensino às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA)**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 1409–1422, 2024. Acesso em: 17 nov. 2024.

PINTO, R. N. M et al. (2015). **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre. 37(3), e61572.

PINTO, R. N. M. et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 3, p. e61572, 2016.

PORTOLESE, J. et al. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. Cadernos de Pós-Graduação em distúrbios do desenvolvimento, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151903072017000200008 Acesso em: 17 set. 2024.

PRAIA, J. F; CACHAPUZ, A. F. C; PÉREZ, D. G. **Problema, teoria e observação em ciência: para uma reorientação epistemológica da educação em ciência**; Ciência & Educação. v.8, nº1, p.127 – 145, 2002.

RICCIOPO, M. R. P. L.; HUEB, M. F. D.; BELLINI, M. Meu filho é autista: percepções e sentimentos maternos. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2021.

RIOS, C.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1111– 1120, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kdG6mMDvv4LnHk56kFyqLXr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2024.

RUSSO, F. Graus de autismo - importante saber. **Neuro Conecta**, [S.l.], 2023. Disponível em: [https://neuroconecta.com.br/graus-de-autismo-importantesaber/#:~:text=Sobre%20o%20autismo,verbal%20ou%20n%C3%A3o\)%20e%20comportamentais](https://neuroconecta.com.br/graus-de-autismo-importantesaber/#:~:text=Sobre%20o%20autismo,verbal%20ou%20n%C3%A3o)%20e%20comportamentais). Acesso em: 07 nov. 2024.

SATO, F. P. et al. Instrumento para rastreamento dos casos do transtorno invasivo do desenvolvimento - estudo preliminar e validação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.1, p.30-33, 2009. Acesso em: 07 de novembro de 2024.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 191-176, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psuf/a/DmJB3M7FMTYZqXHRRKDtchm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

SOARES, Rosângela Teles Carminati. **A inclusão de alunos com transtorno do espectro autista (TEA) na educação infantil: formação de professores, políticas públicas e práticas pedagógicas**. 2022. 130 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu-PR.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação. Departamento 61 Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Transtorno do Espectro do Autismo**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

STEYER, S.; LAMOGLIA, A.; BOSA, C. A. A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista – TEA. Trends in Psychology, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 1395–1410, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/tXkQDGZFZp58zSSmg7MTgSd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

VOLKMAR, F. R.; WIESNER, L. A. Autismo - guia essencial para compreensão e tratamento. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Tradução para o português da escala M-CHAT — Los rio & PONDO

Anexo 1

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo 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 fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
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?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
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?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

Anexo 2

Ficha de coleta dos dados

ESCORE DE INTENSIDADE DO AUTISMO INFANTIL (CARS – Childhood Autism Rating Scale)

Data: ____/____/____ Registro HCPA Outro registro

1 - Número do caso Fones - ou

Iniciais do nome da criança:

Endereço: Rua _____, nº _____, apto _____
 Bairro _____, CEP _____, Cidade _____
 _____, Estado _____

CARS-Childhood Autism Rating Scale (escores por área, com 1 decimal)

1 – Relacionamento interpessoal	
2 – Imitação	
3 – Resposta emocional	
4 – Uso do corpo	
5 – Uso de objetos	
6 – Adaptação à mudanças	
7 – Resposta visual	
8 – Resposta auditiva	
9 – Resposta ao paladar, olfato e tato	
10 – Medo ou nervosismo	
11 – Comunicação verbal	
12 – Comunicação não verbal	
13 – Nível de atividade	
14 – Nível de coerência da resposta intelectual	
15 – Impressões gerais	
16 – Escore total	

Resultado:

15 – 30: sem autismo

30 – 36: autismo leve-moderado

36 – 60: autismo grave

ATA:

I-	VI-	XI-	XVI-	XXI-
II-	VII-	XII-	XVII-	XXII-
III-	VIII-	XIII-	XVIII-	XXIII-
IV-	IX-	XIV-	XIX-	
V-	X-	XV-	XX-	

Anexo 3

ANEXO II**IRDI-Questionário**

Sabemos que o desenvolvimento de cada criança é diferente um do outro. Estamos interessados em algumas das características que tornam seu(sua) filho(a) único(a). Não existem respostas certas ou erradas às perguntas contidas neste questionário. São apenas descrições da gama de comportamentos e características que encontramos no desenvolvimento inicial das crianças. Por favor, responda todas as perguntas e em caso de dúvida ou informações complementares utilize o espaço de observações.

Mais uma vez, não estamos procurando por nenhuma resposta particular, só queremos saber como seu filho se comportava e respondia em diferentes situações.

Observe as faixas etárias. Cada uma das perguntas deve ter apenas uma resposta assinalada. Podendo ser: Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes, Sempre ou Não lembro.

Utilize o espaço de observações, caso deseje dar exemplos ou fazer comentários.

Informante:

☐ Pai

☐ Mãe

Grau de instrução:

☐ Não frequentei a escola

☐ Primeiro grau incompleto (até a 4a. série)

☐ Primeiro grau completo (até a 8a. série)

☐ Segundo grau incompleto

☐ Segundo grau completo

☐ Superior incompleto

☐ Superior completo

☐ Pós graduação incompleta

☐ Pós graduação completa: ☐especialização ☐mestrado ☐doutorado

Sexo da criança:

☐ Masculino

☐ Feminino

Data de nascimento da criança:

Diagnóstico médico da criança:

Faixa etária (0 a 4 meses)

01-Quando a criança chorava ou gritava, a mãe sabia o que ela queria.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

02- A mãe falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

03- A criança reagia ao manhês.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

04- A mãe propunha algo à criança e aguardava sua reação.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

05- Havia trocas de olhares entre a criança e a mãe.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (4 a 8 meses)

06- A criança começou a diferenciar o dia da noite.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

07- A criança utilizava sinais diferentes para expressar diferentes necessidades.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

08- A criança solicitava a mãe e fazia um intervalo para aguardar sua resposta.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

09- A mãe falava com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

10- A criança reagia (sorria, vocalizava) quando a mãe ou outra pessoa estava se dirigindo a ela.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

11- A criança procurava ativamente o olhar da mãe.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

12- A mãe dava suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

13- A criança pedia a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (8 a 12 meses)

14- A mãe percebia que alguns pedidos da criança podiam ser uma forma de chamar a sua atenção.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

15- Durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

16- A criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

17- Mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

18- A criança estranhava pessoas desconhecidas para ela.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

19- A criança possuía objetos prediletos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

20- A criança fazia gracinhas.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

21- A criança buscava o olhar de aprovação do adulto.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

22- A criança aceitava alimentação semi-sólida, sólida e variada.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (12 a 18 meses)

23- A mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

24- A criança suportava bem as breves ausências da mãe e reagia às ausências prolongadas.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

25- A mãe oferecia brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

26- A mãe já não se sentia mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pedia.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

27- A criança olhava com curiosidade para o que interessava à mãe.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

28- A criança gostava de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

29- A mãe começava a pedir à criança que nomeasse o que desejava, não se contentando apenas com gestos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

30- Os pais colocavam pequenas regras de comportamento para a criança.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

31- A criança diferenciava objetos maternos, paternos e próprios.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Anexo 4

Questionário de Comunicação Social

(Versão para pais)

Rutter, Bailey, & Lord,

2003

Criança: _____ Pai/Mãe: _____ Data: _____

Complete o Questionário de Comunicação Social para lhe ajudarmos a entender melhor as atuais habilidades de comunicação social do seu filho e ajudarmos-lhe a escolher os objetivos adequados nas áreas de interação social, comunicação, imitação social e brincadeira. As habilidades são listadas na ordem que geralmente se desenvolvem em crianças pequenas.

Por favor, complete com base no que seu filho consegue fazer sozinho (ou seja, sem a ajuda de você)

- Para cada habilidade, indique se seu filho faz geralmente (pelo menos 75% das vezes); às vezes, mas não de forma consistente; ou raramente ou ainda não a possui.
- Quando assinalar “às vezes”, por favor, indique o tipo de estratégia (estratégias não verbais ou linguagem verbal) que seu filho usa com mais frequência.
- Se o seu filho costumava usar uma habilidade anterior, mas não faz mais porque ele ou ela agora usa uma habilidade posterior (por exemplo, a criança costumava balbuciar, mas agora está usando palavras), marque “geralmente” para a habilidade anterior.

	Geralmente (≥ 75% das vezes)	Às vezes (mas não de forma consistente)	Raramente (ou ainda não possui)
ENGAJAMENTO SOCIAL			
1. Seu filho gosta de interagir frente a frente com você?			
2. Seu filho prefere estar mais perto de você ou de outros membros da família?			
3. Seu filho brinca de brincadeiras sociais simples por pelo menos três turnos (esconde-achou, pega-pega, adoleta)?			
4. Seu filho permanece ativamente engajado com você durante brincadeiras sociais por pelo menos 5 minutos?			
5. Seu filho permanece ativamente engajado com você durante brincadeiras sociais por pelo menos 10 minutos?			
6. Seu filho permanece ativamente engajado com você enquanto vocês brincam com um brinquedo por pelo menos 2 minutos?			
7. Seu filho permanece ativamente engajado com você enquanto vocês brincam com um brinquedo por pelo menos 5 minutos?			
8. Seu filho permanece ativamente engajado com você enquanto vocês brincam com um brinquedo por pelo menos 10 minutos?			

9. Seu filho toma a iniciativa ou tenta continuar a brincadeira uma vez que você para de brincar? (p.ex., faz contato visual, sorri para você, vocaliza ou toca em você)?			
10. Seu filho responde às suas tentativas de chamar a sua atenção para algo ou alguém (p.ex., quando você aponta, fala ou muda a direção do olhar)?			
11. Seu filho faz contato visual enquanto interage ou se comunica com você?			
12. Seu filho inicia atividades ou brinca com você (p.ex., oferece algum brinquedo ou procura você para brincar com ele ou ela)?			
13. Seu filho faz troca de turno nas brincadeiras com você?			
14. Seu filho aponta ou mostra objetos que lhe interessam para compartilhar/ brincar?			
15. Seu filho saúda ou se despede quando as pessoas entram ou saem?			
16. Seu filho balbucia ou usa sons de fala?			
17. Seu filho usa gestos ou sinais para solicitar itens ou ações (p.ex., levar você a um objeto, apontar)?			
18. Seu filho comunica uma escolha clara quando apresentado duas alternativas (p.ex., tenta pegar, direciona o olhar, usa sons ou diz palavras)?			
19. Seu filho imita seus sons de fala e/ou linguagem?			
20. Seu filho fala/usa palavras simples espontaneamente?			
21. Seu filho nomeia objetos?			
22. Seu filho nomeia ações?			
23. Seu filho combina palavras em frases simples (p.ex., "Vai carro!", "dorme bebê")?			
24. Seu filho usa palavras para descrever objetos (p.ex., "bola vermelha grande", "bola verde pequena")?			
25. Seu filho usa pronomes adequadamente?			
26. Seu filho usa diferentes tempos verbais? (passado, presente)			
27. Seu filho usa consistentemente frases para se comunicar?			
28. Seu filho responde a perguntas simples sobre ele mesmo (p.ex., "Qual é o seu nome?", "Quantos anos você tem?")?			
29. Seu filho responde a perguntas simples sobre seus desejos, necessidades ou ambiente (p.ex., "O que você quer?", "O que é isso?", "Onde está?")? Se sim, por favor, assinale o tipo de perguntas: () O que () Onde			
30. Seu filho responde a perguntas de "quem", "por que" ou "como" (p.ex., "Quem está dirigindo o carro?", "Por que você está triste?")? Se sim, por favor, verifique o tipo de perguntas: () Quem () Por que () Como			
USO DA COMUNICAÇÃO - FUNÇÃO (LINGUAGEM EXPRESSIVA)			
31. Seu filho balbucia ou utiliza sons de fala de uma maneira que é intencionalmente direcionada a você (para se comunicar)?			

32. Seu filho utiliza gestos, contato visual, expressões faciais, sons ou linguagem para solicitar itens ou atividades? Se seu filho utiliza essa habilidade “Geralmente” ou “Às vezes”, marque qual estratégia seu filho usa mais frequentemente para solicitar itens ou atividades desejadas: () Estratégias não-verbais (gestos, contato visual, expressões faciais ou sons) () Linguagem verbal (palavras ou frases)			
33. Seu filho utiliza gestos, contato visual, expressões faciais, sons ou linguagem para protestar ou dizer que não quer algo? Se seu filho utiliza essa habilidade “Geralmente” ou “Às vezes”, marque qual estratégia seu filho usa mais frequentemente para protestar ou dizer que não quer algo. () Estratégias não-verbais (gestos, contato visual, expressões faciais ou sons) () Linguagem verbal (palavras ou frases)			
34. Seu filho utiliza gestos, contato visual, expressões faciais, sons ou linguagem para pedir ajuda? Se seu filho utiliza essa habilidade “Geralmente” ou “Às vezes”, marque qual estratégia seu filho usa mais frequentemente para pedir ajuda. () Estratégias não-verbais (gestos, contato visual, expressões faciais ou sons) () Linguagem verbal (palavras ou frases)			
35. Seu filho utiliza gestos, contato visual, expressões faciais, sons ou linguagem para compartilhar informações? (Por exemplo, apontando: “Olha, um avião”)? Se seu filho utiliza essa habilidade “Geralmente” ou “Às vezes”, marque qual estado seu filho usa mais frequentemente. () Estratégias não-verbais (gestos, contato visual, expressões faciais ou sons) () Linguagem verbal (palavras ou frases)			
36. Seu filho utiliza gestos, contato visual, expressões faciais, sons ou linguagem para ganhar sua atenção (p.ex., “Mãe, vem aqui”)? Se seu filho utiliza essa habilidade “Geralmente” ou “Às vezes”, marque qual estratégia seu filho usa mais frequentemente () Estratégias não-verbais (gestos, contato visual, expressões faciais ou sons) () Linguagem verbal (palavras ou frases)			
37. Seu filho utiliza palavras para dizer como está se sentindo (p.ex., “estou magoado” ou “estou feliz”)?			
38. Seu filho utiliza palavras para dizer o que você fazer (p.ex., “papá pro nenê”, “coloca esse”)?			
39. Seu filho fala sobre eventos que já ocorreram (p.ex., sobre o seu dia na escola)?			
40. Seu filho usa palavras para contar uma história simples?			
41. Seu filho faz perguntas para obter informações (p.ex., “O que é isso?”, “Cadê o cachorro?”)			

42. Seu filho faz perguntas de "quem", "por quê" ou "como"?			
43. Seu filho participa de uma conversa iniciada por adultos por três turnos consecutivos?			
44. Seu filho participa de uma conversa iniciada por adultos por mais de três turnos consecutivos?			
45. Seu filho inicia conversas com outras pessoas/crianças?			
COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO (LINGUAGEM RECEPTIVA)			
46. Seu filho consistentemente olha quando chamado pelo nome?			
47. Seu filho olha para as pessoas/fotos das pessoas quando elas são nomeadas?			
48. Seu filho responde parando as ações em resposta a palavras inibitórias (p.ex., "não", "pare")?			
49. Seu filho identifica várias partes do corpo quando nomeadas?			
50. Seu filho responde adequadamente a direção de um passo em rotinas naturais de brincar, vestir-se ou comer (p.ex., "Pegue o seu copo")?			
51. Seu filho segue instruções com mais de uma etapa em rotinas naturais de brincar, vestir-se ou comer (p.ex., "Pegue o seu copo e coloque na mesa")?			
52. Seu filho pega vários objetos solicitados que estão pela sala, mas não diretamente na frente dele?			
53. Seu filho completa uma tarefa e depois guarda os materiais da brincadeira?			
IMITAÇÃO			
54. Seu filho imita expressões ou movimentos faciais (p.ex., mexer a língua)?			
55. Seu filho imita ações ou movimentos corporais em músicas ou rotinas familiares (p.ex., "cabeça-ombro Joelho-e-pé")?			
56. Seu filho imita gestos convencionais (p.ex., "tchau", "beijos", "bater palmas")?			
57. Seu filho imita ações em brincadeiras familiares (ações que seu filho faz por conta própria) depois de lhe ver fazendo?			
58. Seu filho imita ações de brincadeiras (ações que seu filho não faz por conta própria) depois de lhe ver fazendo-as?			
59. Seu filho se envolve em interações imitativas mais longas com você durante a brincadeira, em que vocês se revezam imitando um ao outro?			
BRINCAR			
60. Seu filho brinca de maneira exploratória (p. ex., tocar, falar, cheirar, olhar os brinquedos)?			
61. Seu filho combina objetos (p.ex., colocando um objeto dentro do outro, colocando objetos em recipientes, alinhando, empilhando, ou ordenando brinquedos de determinadas maneiras)?			
62. Seu filho usa brinquedos de causa e efeito (p.ex., brinquedos mecânicos, de apertar)?			

63. Seu filho usa os brinquedos com a finalidade correta (p.ex., jogar a bola, empurrar o carrinho)?			
64. Seu filho direciona a si mesmo ações familiares de faz de conta (p.ex., fingir comer, fingir dormir, fingir falar ao telefone)?			
65. Seu filho direciona brincadeiras de faz de conta a outra pessoa ou a uma boneca ou outro brinquedo (p.ex., fingir alimentar uma boneca, vestir uma boneca, colocar uma boneca na cama)?			
66. Seu filho finge que uma coisa representa outra (p.ex., fingir que um bloco é um carro ou uma pilha de blocos é um edifício), atribui características a um objeto que ele não tem (p.ex., fingir que a comida de brinquedo está "quente" ou saborosa) ou anima objetos (p.ex., fazer boneco andar ou colocar um copo nas mãos de uma boneca)?			
67. Seu filho conecta várias ações de faz de conta ou conta uma história estendida com brinquedos (p.ex., coloca uma boneca em um carro e empurra o carro para a loja)?			
68. Seu filho assume um papel imaginário (p.ex., finge ser médico, bombeiro, mamãe/papai) durante a brincadeira?			
69. Seu filho conta uma história estendida ao assumir um papel imaginário com pelo menos uma outra pessoa (p.ex., criança é médica, pai é paciente; criança é mamãe, irmã é bebê)?			
70. Seu filho consegue alternar entre comandar a brincadeira e seguir a ideia de outra pessoa dentro de uma brincadeira?			