Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)



Equipe que contribuiu para a construção do Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Autores

Ana Carina Tamanaha - *Fonoaudióloga*

Ana Carolina Pegoraro Martins - *Psiquiatra da Infância e Adolescência*

Anne K. Maia - *Psiquiatra da Infância e Adolescência*

Cristiane Silvestre de Paula - *Psicóloga*

Daniela Bordini - *Psiquiatra da Infância e Adolescência*

Felipe Cavalcanti Giorgi - *Psicólogo*

Gabriela Viegas Stump - *Psiquiatra da Infância e Adolescência*

Helena Paula Brentani - *Psiquiatra*

Joana Portolese - *Psicóloga*

Maria Carolina Martone - *Terapeuta Ocupacional*

Quirino Cordeiro Junior - *Psiquiatra*

Rafael Bernardon Ribeiro - *Psiquiatra*

Regiane Fátima Nascimento - *Sociedade Civil*

Rosane Lowenthal - *Cirurgiã Dentista*

Rosangela Elias - *Fonoaudióloga*

Roseli Lage de Oliveira - *Psicóloga*

Shirley Lizak Zolfan - *Psicopedagoga*

Sonia Maria Motta Palma - *Psiquiatra da Infância e Adolescência*

Tatiane Cristina Ribeiro - *Psicóloga*

2013 São Paulo • 1ª Edição • Editora: SEDPcD

Prezado Coordenador e equipe

O Governo do Estado de São Paulo, por iniciativa conjunta das Secretarias de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Saúde, elaborou o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o qual segue em anexo e está sendo distribuído a todas as Unidades de Saúde da Rede Básica.

Trata-se de um primeiro passo para a instituição de uma política mais ampla de assistência à pessoa com TEA. O presente documento pretende difundir, de forma simples, informações de qualidade e atualizadas do conceito do TEA, da importância do diagnóstico precoce bem como das abordagens terapêuticas mais difundidas e validadas mundialmente. Espera-se que seja um instrumento de informação e norteador das práticas nesta área. Apesar de ter sido escrito inicialmente para os profissionais de saúde, integrantes das equipes multidisciplinares, é um documento que pode ser útil a todos os interessados no tema.

Esperamos que possa ser utilizado como um guia prático para o cotidiano de sua atividade profissional.

(documento também disponível gratuitamente online no site http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br)

Secretaria da Saúde

Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência

GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO

Este protocolo foi elaborado por um grupo de trabalho que se constituiu a partir de uma demanda da população e necessidade do Estado de São Paulo em criar políticas públicas que pudessem atender as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Ao se iniciarem as propostas de estruturação de serviços, percebemos a necessidade de passar informações consistentes e atualizadas aos profissionais de saúde.

No intuito de dar atendimento mais uniforme e com qualidade técnica, profissionais de diversas áreas com experiência no assunto foram convidados à compor o grupo de trabalho. A partir da contribuição de todos criou-se este documento que pretende ser o primeiro passo de uma política mais ampla de estruturação de um atendimento às necessidades desta população.

Agradecimento

Especial agradecimento ao Dr. Chao Lung Wen responsável pela Disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP pela cessão das imagens que ilustram sintomas do TEA.

Gabriela Viegas Stump

Membro da Equipe organizadora deste Protocolo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **08**

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE **09**

3. ETIOLOGIA **10**

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO **11**

5. SINAIS E SINTOMAS DE RISCO **17**

6. DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE FUNCIONALIDADE **20**

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E DE COMORBIDADES **22**

8.1. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) **23**

8.2. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA **26**

8.3. TERAPIA OCUPACIONAL **27**

8.4. ABORDAGEM FAMILIAR **28**

8.4.1 PSICOEDUCAÇÃO **28**

8.4.2 APOIO FAMILIAR **29**

8.5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NO TEA **29**

9. REAVALIAÇÕES PERIÓDICAS **31**

10. EQUIPAMENTO DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO **31**

10.1. PORTA DE ENTRADA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE **32**

10.2. UNIDADES PARA DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO **32**

10.3. UNIDADES DE TRATAMENTO AUXILIARES **33**

11. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO E SERVIÇOS **35**

12. REFERÊNCIAS **35**

APÊNDICE A **40**

PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS) **40**
APÊNDICE B **42**
EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA DE TRATAMENTO PARA AUTISMO **42**
REFERÊNCIAS **45**
APÊNDICE C **46**
AVALIAÇÃO COGNITIVA **46**
ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND **48**
DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA **52**
DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO **57**
DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS **61**
DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRRUPTIVO **63**
ANEXO B **65**
VERSÃO FINAL DO M-CHAT EM PORTUGUÊS **65**
ANEXO C **67**
ABC – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST – RECORD FORM **67**
ANEXO D **70**
ANEXO E **74**
PESQUISA DE SATISFAÇÃO **74**
ANEXO F C-GAS: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS) **77**
AGF – ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO **79**

Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

1. Introdução

Transtorno do Espectro Autista é um termo que engloba um grupo de afecções do neurodesenvolvimento, cujas características envolvem alterações qualitativas e quantitativas da comunicação, seja linguagem verbal e/ou não verbal, da interação social e do comportamento caracteristicamente estereotipados, repetitivos e com gama restrita de interesses.

No espectro, o grau de gravidade varia de pessoas que apresentam um quadro leve, e com total independência e discretas dificuldades de adaptação, até aquelas pessoas que serão dependentes para as atividades de vida diárias (AVDs), ao longo de toda a vida.

Nos últimos dez anos, os dados sobre prevalência têm mudado bastante, com aumento importante nos números, que variam de acordo com a metodologia e local do estudo. Estatisticas americanas, apresentadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), passaram de 1:150, em 2000, para 1:88, em 2008, afetando mais pessoas do sexo masculino, na proporção de 3 a 5 homens para 1 mulher (2013). Há uma grande discussão acerca de que se esse aumento é real ou se há uma maior capacidade dos profissionais em identificar os casos, conjuntamente com a ampliação dos critérios diagnósticos utilizados e maior consciência da população. No Brasil, dados apontam para uma prevalência de 1:360, embora se considere que esse número esteja subestimado pela metodologia utilizada no estudo (Paula, Ribeiro, Fombonne & Mercadante, 2011). Mas não há dúvida de que existe uma demanda maior por serviços de qualidade capazes de formular diagnóstico e prover o suporte necessário para pacientes e familiares, ao longo da vida.

Prevalência estimada de 1:88 pessoas com 3-5 homens :1 mulher

2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:

Consideram-se como TEA os seguintes diagnósticos:

- F84. - Transtornos Globais do Desenvolvimento;
- F84.0 - Autismo Infantil;
- F84.1 - Autismo Atípico;
- F84.5 - Síndrome de Asperger;
- F84.8 - Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento;
- F84.9 - Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento

O diagnóstico se faz pelo quadro clínico, conforme critérios estabelecidos pela CID 10 (OMS, 1993, item 4), sendo que os instrumentos de triagem, de diagnóstico e escalas de gravidade podem auxiliar na avaliação e em sua padronização.

3. Etiologia

A etiologia dos TEA é multifatorial, ou seja, existe um componente genético, como também um componente ambiental: exposição a agentes químicos, falta de vitamina D, falta de ácido fólico, infecções maternas, uso de certas drogas, como ácido valpróico durante a gestação, prematuridade (abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (< 2500g) são alguns dos fatores de risco ambiental. Fatores de risco para um componente genético são: familiar de primeiro grau acometido, presença de defeitos congênitos, idade materna ou paterna acima de 40 anos. Do ponto de vista genético, os TEA também são muito variáveis, isto é, existem casos associados às síndromes genéticas e outros em que essa associação não existe (Fuentes et al., 2012).

Não há etiologia única definida, mas sabe-se que existe herança genética, bem como fatores ambientais que propiciam o aparecimento do quadro.

Condições médicas frequentemente associadas ao TEA incluem:

- Síndrome do X frágil (8-27,9%);
- Esclerose Tuberosa (24 -60%);
- Encefalopatia Neonatal/ Encefalopatia Epiléptica/ Espasmo Infantil (36-79%);
- Paralisia Cerebral (15%);
- Síndrome de Down (6-15%);
- Distrofia Muscular (3-37%);
- Neurofibromatose (4 -8%).

Não existe um marcador biológico, por isso, o diagnóstico deve ser feito pelos critérios da CID 10, conforme segue na descrição do quadro clínico. No entanto, é fundamental notar que existem escalas de triagem traduzidas e validadas para a realidade brasileira, que podem ser aplicadas por profissionais da saúde e algumas pelos próprios cuidadores, e que podem sugerir o diagnóstico, como Modified – Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Autism Behavior Checklist (ABC). A disseminação desse conhecimento é fundamental para triagem precoce, uma vez que, usualmente, os primeiros profissionais que podem suspeitar do diagnóstico são os profissionais da Atenção Primária à Saúde (Matson, Rieske, Tureck, 2011).

4. Diagnóstico Clínico

O diagnóstico dos Transtornos do Espectro Autista é , iminentemente,

> O diagnóstico é clínico, feito por meio de anamnese completa e observação da criança por profissionais qualificados.

clínico e deve ser feito de acordo com os critérios do CID 10 (OMS, 1993), pela anamnese com pais e cuidadores e mediante observação clínica dos comportamentos.

> São características centrais: alterações quantitativas e qualitativas de comunicação verbal e não verbal, da interação social e comportamentos restritos e repetitivos

A - Atrasos ou funcionamento anormal em, pelo menos, uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

1. Interação social;

2. Linguagem para fins de comunicação social;

3. Jogos imaginativos ou simbólicos.

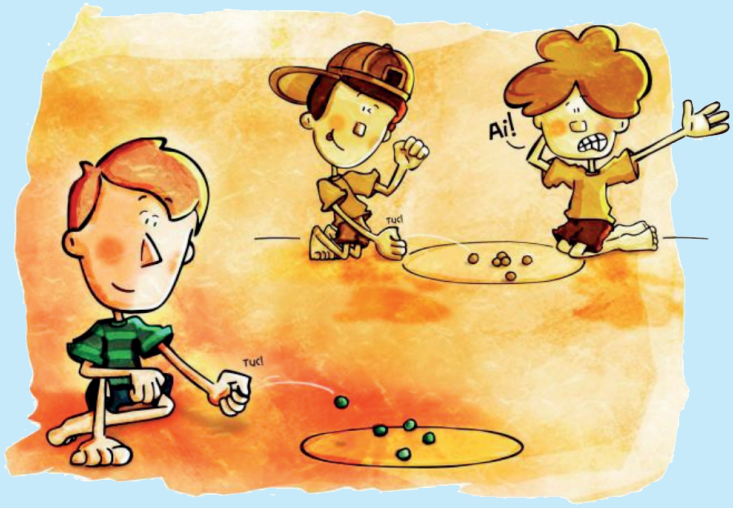
B - Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3):

1. Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por, pelo menos, dois dos seguintes aspectos:

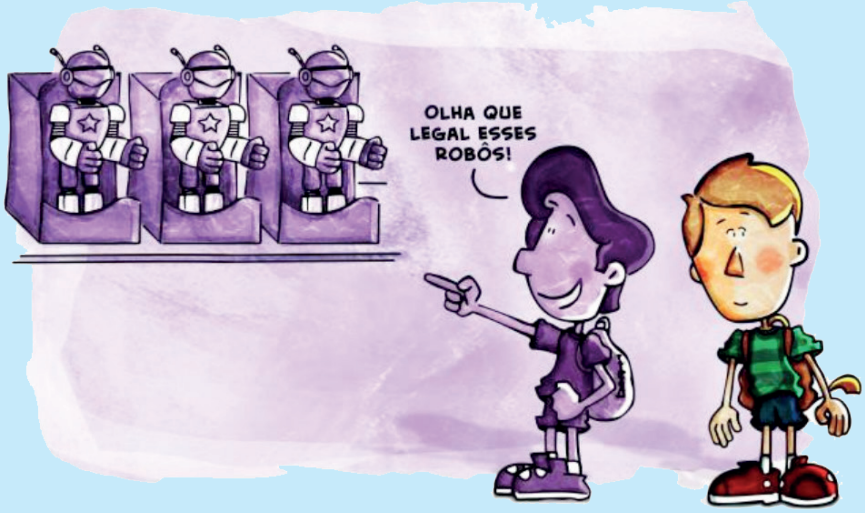
A. prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;



B. fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;



C. falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.e., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);



D. falta de reciprocidade social ou emocional.

2. Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por, pelo menos, um dos seguintes aspectos:

A. atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);

B. em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação;

C. uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;

D. falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.

3. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por, pelo menos, um dos seguintes aspectos:

A. preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;



B. adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;



Dificuldade em modificar trajetos

C. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.e., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);

D. preocupação persistente com partes de objetos.



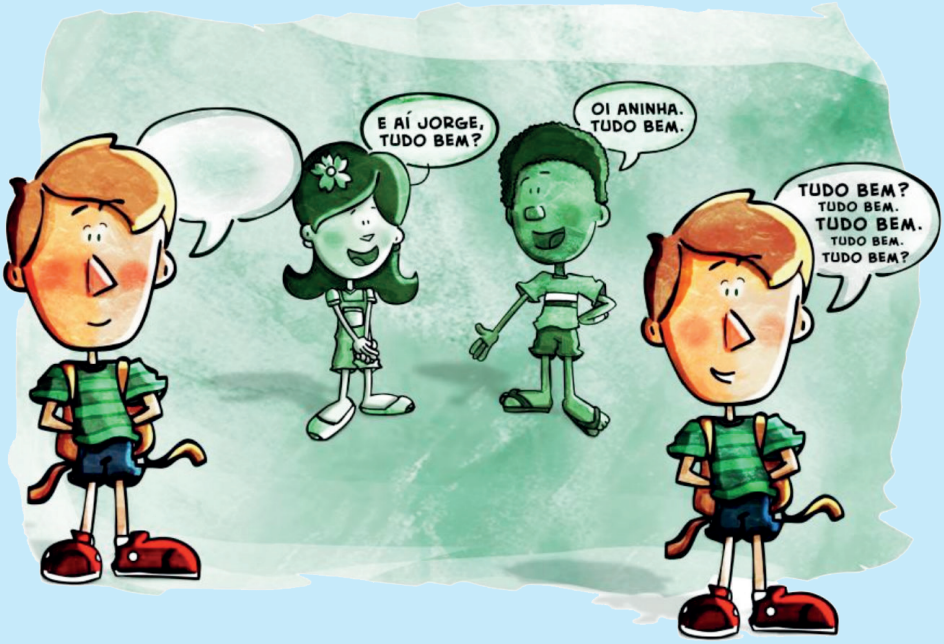
4. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

Crises de agitação podem ocorrer principalmente momentos de frustração que muitas vezes são desencadeados por dificuldade na comunicação.

Associadas aos critérios acima, outras características podem ser idenficadas, tais como: dificuldade em sentir empatia em relação aos demais e apresentar crises de agitação, podendo haver auto ou heteroagressividade, quando contrariados ou decepcionados (Fuentes et al., 2012).

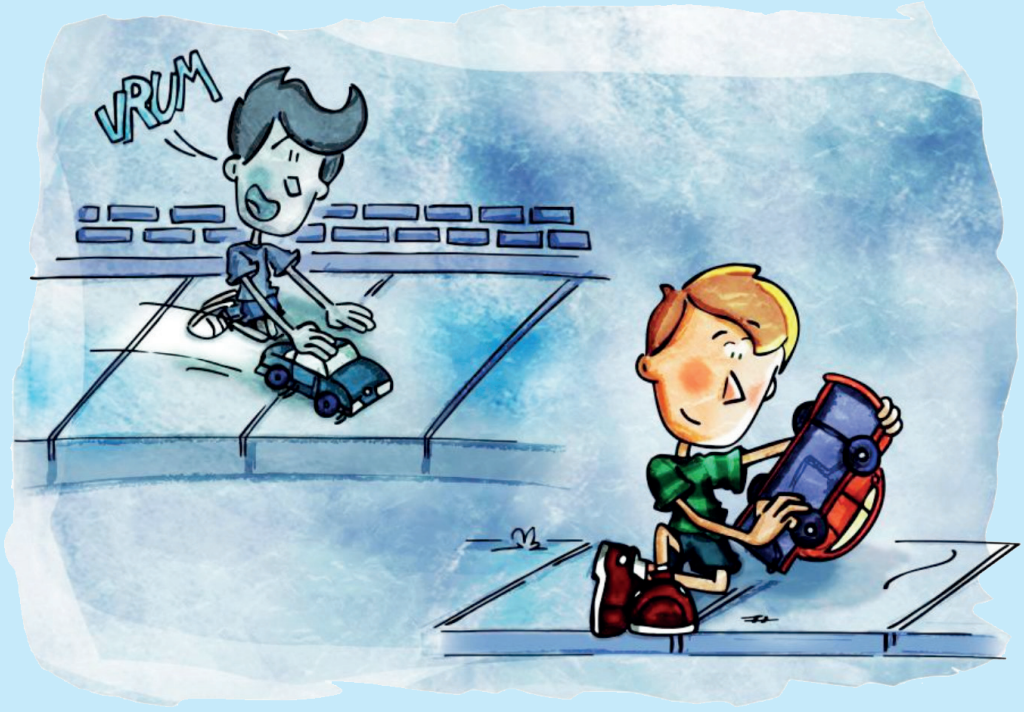
São características da linguagem: o uso de palavras de forma peculiar, de pronome reverso (falar de si na terceira pessoa); apresentar ecolalia, isto é, repetição de palavras ou frases que escuta (fato comumente associado à capacidade de imitação, mas que não tem a mesma função no desenvolvimento social). A fala costuma ser monótona e, por vezes, com tom pedante e rebuscado, como visto nos pacientes com Síndrome de Asperger (Fuentes et al., 2012).

A fala, quando presente, apresenta alterações qualitavas caracterísicas como ecolalia, uso de pronome reverso, tom monótono e por vezes pedante.



A restrição de interesse e a repetição aparecem: na forma de brincar, seja com objetos ou brinquedos, sendo usados com propósitos diferentes ou restritos em relação às possibilidades, e no interesse por poucos tipos de brinquedos, programas de televisão ou temas de conhecimento. Tende a ser difícil redirecionar o interesse das pessoas com TEA para outras atividades e elas não costumam ser usadas como meio facilitador do contato social. No caso em que este interesse propicie o contato, a atividade é mantida apenas de acordo com o interesse do indivíduo, que não consegue modular e adequar-se ao interesse do outro (Fuentes et al., 2012).

As crianças tendem a ter interesse por poucos brinquedos ou programas de TV, tem dificuldade nas brincadeiras imaginativas. Nos adultos isso aparece como interesse por temas restritos, muitas vezes pouco compartilhados pelos demais de seu círculo social.



5. Sinais e sintomas de risco

Estudos demonstram que a identificação precoce dos sinais e dos sintomas de risco para o desenvolvimento do TEA é fundamental, pois, quanto antes o tratamento for iniciado, melhores são os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem e habilidades sociais (Dawson et al, 2010; Howlin et al., 2009; Reichow, 2012). Embora seja comum aos pais perceber alterações no desenvolvimento de seus filhos, antes dos 24 meses, muitas vezes demoram em procurar por ajuda especializada, por isso, os profissionais da atenção básica tem um papel fundamental na identificação inicial dos sinais e sintomas de risco para o TEA (Matson, Rieske & Tureck, 2011).

Na tabela abaixo estão descritos os marcos mais importantes para a avaliação dos sinais e sintomas de risco para o TEA.

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
2 MESES	• Criança fixa o olhar; • Reage ao som; • Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda);	
4 MESES	• Emite sons; • Mostra interesse em olhar rosto de pessoas,respondendo com sorriso, vocalização ou choro; • Retribui sorriso;	
6 MESES	• Sorri muito ao brincar com pessoas; • Localiza sons; • Acompanha objetos com olhar;	• Não tem sorrisos e expressões alegres;

9 MESES	• Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; • Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; • Brinca de esconde-achou; • Duplica sílabas;	• Não responde às tentavas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; • Não busca interação emindo sons, caretas ou sorrisos; 
12 MESES	• Imita gestos como dar tchau e bater palmas; • Responde ao chamado do nome; • Faz sons como se fosse conversa com ela mesma;	• Não balbucia ou se expressa como bebê; • Não responde ao seu nome quando chamado; • Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; • Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem;
15 MESES	• Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; • Executa gestos a pedido; • Fala uma palavra;	• Não fala palavras que não seja mama, papa, nome de membros da família;

18 MESES	• Fala no mínimo 3 palavras; • Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeados; • Faz brincadeiras simples de faz de conta;	• Não fala palavras (que não seja ecolalia); • Não expressa o que quer; • Utiliza-se da mão do outro para apontar o que quer
24 MESES	• Brinca de faz de conta; • Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; • Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; • Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado;	• Não fala frase com duas palavras que não sejam repetição;
36 MESES	• Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; • Brinca com crianças da mesma idade expressando preferências; • Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); • Responde a perguntas simples como "onde", "o que"; • Falam sobre interesses e sentimentos; • Entendem tempo passado e futuro;	
Qualquer perda de linguagem, capacidade de comunicação ou habilidade social já adquirida em qualquer idade.		

Fonte: elaborado com adaptações à partir de Figueiras, Souza, Rios, Benguigui,(2005); Fuentes et al., (2012); Autism Speaks (2013)

6. Diagnóstico do nível de funcionalidade

O nível de funcionalidade do indivíduo deve ser determinado para que possam ser escolhidas as intervenções necessárias e o nível hierárquico de serviço em que o paciente deve ser atendido, de acordo com os fluxos e redes estabelecidas pelo SUS.

Para isso, se faz necessária a avaliação da gravidade dos sintomas autísticos, com foco em detectar dificuldades e áreas de habilidades (ex: presença ou não de linguagem verbal, capacidade de iniciar contato social, ausência de interesse social), avaliação do nível cognitivo (diagnosticar deficiência intelectual associada) e avaliação funcional global (capacidade de autocuidado e independência).

Por se tratar de um transtorno com amplo espectro de gravidade é de suma importância a avaliação do nível de funcionalidade com levantamento das habilidades e dificuldades para a orientação de um tratamento personalizado e otimizado.

Como os déficits no TEA ocorrem em diversas áreas de funcionamento que estão no âmbito de diferentes áreas de atuação, nos cuidados com a saúde são necessárias avaliações psicológica e fonoaudiológica e terapia ocupacional. A avaliação deve ser ampla, mas mantendo o foco nas esferas afetadas pelo TEA para que haja um direcionamento adequado do tratamento e da formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A Avaliação multiprofissional possibilita que todas as esferas de sintomas sejam avaliadas e trabalhadas quanto as necessidades de cada paciente.

No intuito de uma padronização, sugere-se que os seguintes instrumentos sejam ulizados para a avaliação do nível funcional, ficando sob a responsabilidade do profissional a eleição dos instrumentos que melhor se adequam a cada caso. Entretanto, cada instrumento tem a sua especificidade. Alguns são de uso restrito a algumas profissões, como o psicólogo e o fonoaudiólogo. Outros profissionais, embora não necessitem de uma formação específica, requerem um treinamento prévio. Antes de seu uso, portanto, sugere-se uma consulta aos manuais de aplicação e correção dos instrumentos.

Intrumentos de avaliação são úteis para a padronização da avaliação bem como, ajudam a guiar a formulação do projeto terapêutico singular.

- Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF): a partir dos 16 anos (Hall, 1995).
- Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (C-GAS): de 4 à 16 anos (Shatier et al., 1983);
- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland [Anexo A]: avaliação de nível funcional, sem limite de idade (Sparrow, Balla, & Cicce, 1984; Carter, Volkmar FR, Pardal SS, et al., 1998);
- Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III): teste psicométrico para a avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças de 6 à 16 anos de idade (Wechsler, 2002) ;
- Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III): teste psicométrico para a avaliação do desenvolvimento cognitivo a partir dos 16 anos de idade (Wechsler, 2004);
- Prova de Pragmática do teste ABFW (Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática): para avaliação fonoaudiológica de crianças não verbais (Fernandes, 2000);
- Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL): para avaliação fonoaudiológica de crianças verbais (Menezes, 2004);
- Prova de Vocabulário do teste ABFW (Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática): para avaliação fonoaudiológica de crianças verbais (Befi-Lopes, 2000);
- Outras escalas podem ser utilizadas também, no intuito de auxiliar no rastreamento, diagnóstico e seguimento do tratamento:
- Modified Checklist for Autism in Toddlers (M- CHAT) [Anexo B]: possibilita identificar atraso no desenvolvimento de crianças de um ano e meio até três anos (Losapio & Pondé, 2008);
- Autism Behavior Checklist (ABC) [Anexo C]: permite rastrear sintomas autisticos a partir dos três anos. Quando utilizada na triagem não há necessidade de ser repetida no diagnóstico (Marteleto & Pedromônico, 2005);
- Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) [Anexo D]: permite avaliar o efeito das intervenções, sendo recomendável sua aplicação antes e após as mesmas (Magia, Moss, Yates, Charman, & Howlin, 2011);

7. Diagnóstico diferencial e de comorbidades:

Faz-se necessária uma avaliação pediátrica/clínica completa, bem como neurológica e psiquiátrica ampla, para um diagnóstico diferencial de qualidade e detecção de quadros associados.

- Dentre os diagnósticos diferenciais estão:
- Baixa acuidade e deficiência auditiva;
- Privação psicossocial severa;
- Deficiência intelectual (atentar para o fato de este poder ser um diagnóstico associado);
- Transtorno de linguagem expressiva e receptiva;
- Síndrome de Landau-Klefner;
- Síndrome Genética (ex: Rett);
- Síndrome epilética específica, lembrando que 20-25% dos pacientes autistas apresentam epilepsia associado ao quadro clínico;
- Ansiedade de separação grave e mutismo seletitvo;

É de suma importância verificar se há associação com algumas das patologias clínicas mencionadas no item dois para que as intervenções necessárias e específicas para cada uma delas possam ser feitas.

Muitas vezes pode haver, também, patologias psiquiátricas associadas, e que devem ser tratadas, pois tendem a aumentar sobremaneira as dificuldades adaptativas e o sofrimento. Seguem os transtornos mais comumente encontrados:

- Transtorno obsessivo compulsivo ;
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtornos de ansiedade (principalmente em adolescentes de bom funcionamento);
- Transtorno depressivo (principalmente em adolescentes de bom funcionamento).

8. Abordagens terapêuticas

8.1. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS deve ser elaborado pela equipe mulprofissional de referência e é instrumento necessário ao tratamento de crianças, adolescentes e adultos com TEA, pois permite avaliar e intervir conforme a necessidade de cada um, nas diferentes fases da vida. O tratamento deve ser realizado através de um trabalho em equipe, com profissional de referência e contribuição coletiva para a construção do PTS sempre tendo como princípio norteador do cuidado a integralidade da atenção. Embora no TEA haja aspectos comuns em três áreas principais – como déficit no repertório de interações sociais, de comunicação e nos padrões de comportamentos restritos e repetitivos – o quanto e como cada uma destas áreas está prejudicada é um aspecto muito particular de cada indivíduo. Um projeto terapêutico individualizado é recomendado por diversos estudos e documentos com diretrizes especializadas (Ministries of Health and Education of the New Zealand, 2008; Missouri Department of Mental Health, 2012; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2011; New York State Department of Health, 1999).

O PTS é o projeto de tratamento individualizado, tem como base a avaliação das necessidades do indivíduo que serão abordadas no intuito de melhorar qualidade, autonomia, independência e inserção social.

O estabelecimento de objetivos terapêuticos é fundamental para guiar o trabalho da equipe multiprofissional e contribuir para um trabalho conjunto e equânime.

Para orientar o tratamento, serão estabelecidos os objetivos a serem alcançados com o PTS, os quais visam descrever aspectos gerais, norteadores para o tratamento individualizado.

Objetivos:

Gerais:

- Promover melhor qualidade de vida, autonomia, independência e inserção social, escolar e laboral.

Específicos:

- Identificar habilidades preservadas, potencialidades e preferências de cada paciente, bem como áreas comprometidas (o que, como, o quanto);
- Compreender o funcionamento individual de cada paciente, respeitando seus limites e suas possibilidades de desenvolvimento;
- Elaborar e desenvolver um programa individualizado de tratamento por meio da aprendizagem de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos ou disfuncionais;
- Desenvolver ou melhorar as habilidades de autocuidado, propiciando maior autonomia;
- Desenvolver Habilidades Sociais, com o objetivo de melhorar o repertório social dos pacientes para proporcionar interações sociais mais positivas. Quando necessário, desenvolver ou melhorar habilidades básicas de interações sociais, como, p.e., contato visual, responder a um cumprimento por gestos (Bohlander, Orlich & Varley, 2012; Cotugno, 2009; Reichow & Volkmar, 2010; Williams, Keonig, & Scahill, 2007);
- Melhorar a qualidade do padrão de comunicação, seja verbal ou não verbal. Alguns recursos adicionais podem ser ulizados para possibilitar a comunicação, como o uso do PECS (Picture Exchange Communication System), que permite a comunicação por meio do uso de troca de figuras (para aprofundamento sobre este recurso, ver apêndice A);
- Reduzir ou extinguir repertórios inadequados e comportamentos mal adaptativos, que dificultam a interação social ou aquisição de novas habilidades, como agitação psicomotora, comportamentos auto ou heteroagressivos e estereopias;
- Realizar orientações frequentes aos pais e/ou cuidadores de modo a inseri-los no programa de tratamento, proporcionando novas situações de aprendizagem, não apenas durante as sessões, mas tendo os cuidadores como coterapeutas, reproduzindo as orientações recebidas e possibilitando a replicação dos comportamentos adequados em outros contextos (McConachie & Diggle, 2007; Matson, Mahan & Matson, 2009);
- Orientar, de maneira uniformizada, os demais profissionais envolvidos,

tanto de saúde como de educação, no cuidado e no manejo dos pacientes.

Cada fase do desenvolvimento possui necessidades específicas e estas devem ser respeitadas. Recomenda-se que, antes do planejamento do PTS, uma avaliação detalhada e minuciosa seja realizada, conforme as orientações discutidas anteriormente.

O PTS deve ser reavaliado, periodicamente, a cada seis meses, possibilitando identificar as áreas e/ou repertórios desenvolvidos e adaptar e/ou replanejar o tratamento, considerando não apenas as reavaliações do paciente pela equipe, mas também as necessidades e melhoras trazidas pelos familiares e/ou cuidadores.

Reavaliações periódicas são importantes para a adequação da terapêutica às novas necessidades do indivíduo, bem como verificar quais as abordagens tem melhores resultados para cada um.

A intervenção deverá focar, especificamente, no atendimento, aos objetivos propostos no PTS, cabendo ao profissional identificar qual o melhor recurso ou abordagem terapêutica que o auxiliará nesse processo.

Em revisão de literatura, observou-se melhores evidências científicas com o uso do ABA (Applied Behavior Analysis) a Análise Aplicada do Comportamento (Cabezas, 2005; Eldevik et al, 2009; Fuentes et al, 2012; Reichow, 2012; Virués-Ortega, 2010). Outras evidências recomendam intervenções comportamentais, treino de habilidades sociais e terapia cognitiva comportamental (Fuentes et al, 2012; Myers & Johnson, 2007; Ministries of Health and Education of the New Zealand, 2008). Para maior aprofundamento sobre as evidências, consultar apêndice B.

Abordagens psicodinâmicas apresentam evidências empíricas e tem importante contribuição para os cuidados de questões emocionais principalmente em adolescentes e adultos com linguagem funcional preservadas e no cuidado da família e/ou cuidador. Esta e outras abordagens devem coexistir, cada uma contribuindo com sua indicação e especificidade, sendo de extrema importância a valorização e manutenção de um olhar individualizado dos problemas e dificuldades emocionais secundárias à vivencia, pessoal e familiar, de um transtorno grave e duradouro como o TEA. O cuidado da família, principalmente no momento do diagnóstico, e de forma mais significava na detecção precoce, pode facilitar a aceitação e maior adesão ao tratamento como um todo.

8.2. Terapia fonoaudiológica

Na terapia fonoaudiológica , os objetivos delineados visam adequar as dificuldades da comunicação, em seu aspecto receptivo e expressivo.

A terapia fonoaudiológica visa melhorar a comunicação de forma quantitativa e qualitativa, esta pode ser através da melhora da emissão verbal ou pelo uso de sistemas de comunicação aumentativa quando necessário.

No caso da criança, é por meio da brincadeira que sua linguagem é construída, inicialmente observando a exploração lúdica espontânea e, posteriormente, incentivando-a a outras formas de brincar, de compartilhar atenção e situações.

Todas as ações ou emissões verbais que indicam tentativas comunicativas deverão ser incentivadas e exploradas. Mesmo indivíduos não verbais deverão ser direcionados para uma abordagem que envolve o uso de formas alternativas de comunicação, tais como o uso de sistemas de comunicação aumentativa.

O PECS – Picture Exchange Communication System (Frost & Bondy, 2002) é um dos programas de comunicação mais utilizados, pois foi construído especificamente para autistas (apêndice A).

O delineamento de condutas terapêuticas de linguagem também deve considerar a participação e o engajamento da família. É importante que os pais possam detectar as manifestações atípicas no desenvolvimento e criar contextos comunicativos em que a criança e/ou adolescente tenha participação efetiva.

O cuidado em relação aos pais, ora proporcionando-lhes informações precisas sobre o desenvolvimento, ora convidando-os a participar como agentes do processo de linguagem é tarefa fundamental.

Colaborar com a adaptação do indivíduo ao ambiente escolar também é primordial. É importante não apenas acompanhar o rendimento acadêmico, mas, principalmente, discutir, junto aos professores e cuidadores, a implementação de estratégias para melhor adaptação social e desenvolvimento de comunicação no cenário escolar.

8.2. Terapia Ocupacional

A intervenção do terapeuta ocupacional dependerá das necessidades de cada pessoa e da etapa de desenvolvimento da pessoa com TEA. Melhorar o desempenho em atividades, como alimentação, vestuário, higiene, ou, ainda, mobilidade, brincar, desempenho escolar e ensino de procedimentos de segurança são ações comuns do terapeuta ocupacional.

Nas pessoas com TEA, além de atuar nas possibilidades de adaptação nos diversos ambientes e necessidades dos pacientes, a TO pode atuar na atenuação da hipersensibilidade sensorial.

Tendo em vista algumas características comuns das pessoas com TEA, as áreas a trabalhar são:

- Cuidados Pessoais: Alimentação – ensino passo a passo da tarefa de comer de forma independente; Toalete – controle de esfíncter e treino específico do uso do toalete; Higiene – lavar as mãos, tomar banho, escovar dentes; Vestuário – tirar e colocar roupas e sapatos; Sono – qualidade do sono e rotina na hora de dormir;
- Atividades Domésticas: arrumar a cama, guardar brinquedos, ajudar a preparar um lanche, fazer compras em loja, preparar lista de compras, conhecer dinheiro (troco, contar);
- Mobilidade: atravessar rua, pegar transporte público, solicitar ajuda quando perdido;
- Educação: Ambiente escolar – localizar a sala, ir e vir independentemente; Organização do espaço físico da sala, potencial grau de distrabilidade; Adaptação do mobiliário e do material para escrita; Coordenação motora global e fina; Rotinas escolares – grau de independência para tomar lanche, guardar material, brincar de forma compartilhada, utilizar o banheiro;
- Emprego: preparar adolescentes para uma atividade laborativa, sempre que possível; Pré- requisitos para atividades laborativas (assiduidade, pontualidade); Habilidades para trabalho: exigências físicas (força, coordenação, postura) e cognitivas (memória, resolução de problemas);

- Processamento Sensorial: Avaliar e intervir para melhorar o input sensorial, seja por problemas na modulação sensorial (defensividade tátil e auditiva, inquietação motora, insegurança gravitacional, intolerância e movimento), seja na coordenação (integração bilateral, sequenciamento e dispraxias, dificuldade de planejamento motor).

A atuação do terapeuta ocupacional envolve, ainda, visitas escolares e domiciliares periódicas com o objetivo de orientar os profissionais e os pais. No caso de crianças , a participação da escola e da família é fundamental. As atividades do cotidiano requerem frequência e realização diárias. Quanto mais oportunidades para praticar, em seu ambiente natural, a criança tiver, maiores as chances de uma vida independente (Baranek, 2002; Case-Smith & Arbesman, 2008; Sco, 2006).

8.4. Abordagem familiar

A abordagem familiar é um dos aspectos principais para o êxito do tratamento. Isso se dá, tanto na psicoeducação, no apoio psicológico aos pais e/ou cuidadores, como na instrumentalização para eles serem agentes terapêuticos.

A família fica muito fragilizada ao receber o diagnósco de TEA para um de seus membros e deve ser constantemente fortalecida e instrumentalizada para os cuidados com o paciente e seus demais integrantes.

8.4.1. Psicoeducação

Na área da saúde mental, um dos pontos mais importantes para que os pacientes tenham um papel ativo no seu tratamento é conhecer o transtorno que lhes acomete, pois isso lhes dá condições de entenderem e optarem por formas de intervenção, podendo , assim, aderir e informar melhor à equipe que os assiste sobre suas necessidades, o que contribui para um plano individualizado mais adequado. No caso do TEA, a família deve auxiliar nesse papel. Grupos de psicoeducação devem ser realizados para que a família possa ter contempladas suas dúvidas, entender a situação e compartilhar nas decisões do projeto de vida do paciente. Importante lembrar que, conforme o paciente esteja apto a participar dessas decisões, ele deve passar a tomá-las conjuntamente com a família e equipe terapêutica.

8.4.2 Apoio familiar

Ao receber um diagnóstico que possa implicar tamanha gravidade, a família tende a se desesperar e, com grande facilidade, a se desestruturar. Sendo assim, faz-se necessário apoio familiar para que possam absorver o impacto do diagnóstico, superar a dor e manter a estrutura para lidar com a situação de cuidar de uma pessoa que demande maiores atenções. Os atendimentos de apoio familiar devem ser feitos de forma a atender às demandas individuais das famílias e também ajudá-los a formar uma rede de apoio entre usuários do serviço.

Tendo em vista a gravidade do transtorno e os prejuízos que ele acarreta, em todos os âmbitos, o maior desafio é propiciar que os ganhos terapêuticos obtidos sejam expandidos para os outros ambientes não estruturados. Nesse caso, a família e os cuidadores passam a ter papel fundamental como coparticipantes do tratamento, atuando nos ambientes naturais do indivíduo e mantendo as estratégias adotadas nas terapias. A equipe que atua com o paciente nas instituições tem o papel de incluir a família e/ou cuidador para instrumentalizá-los nessas técnicas.

Nos serviços em que existem agentes comunitários, estes podem ser instruídos para realizar alguns acompanhamentos das famílias em domicílio, auxiliando na atuação delas como instrumento terapêutico e fazendo os ajustes necessários quando possível ou levando as situações de dificuldade para a equipe terapêutica.

8.5. Tratamento medicamentoso no TEA

Ainda não existem medicações para os sintomas centrais do autismo e não há remédios que melhorem a interação social e a capacidade comunicativa. É consenso entre os especialistas que o emprego de técnicas adequadas ao tratamento psicossocial e educacional reduza necessidade de uso de medicação nos pacientes, pois há melhora da capacidade comunicativa e dos comportamentos mal-adaptativos.

Em muitos casos, porém, há sintomas específicos que podem prejudicar bastante o rendimento e a funcionalidade dos pacientes, como agitação psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade. Algumas

medicações podem ser úteis, como o haloperidol, a risperidona e o aripiprazol. O primeiro é o antipsicótico de primeira geração mais utilizado. Estudos mostram efeitos positivos significativos em sintomas comportamentais e funcionamento global, principalmente em casos mais graves e refratários (Anderson, Campbell, Grega, Perry, Small & Green, 1984; Anderson, Campbell, Adams, Small, Perry & Shell, 1989; Canitano & Scandurra, 2011). No entanto, essa medicação tem sido cada vez mais substituída pelos antipsicóticos de segunda geração (atípicos), devido ao perfil de efeitos colaterais comuns a todos os antipsicóticos, mas mais frequentes e intensos nos picos - a maioria dose-depententes -, tais como: tremores, rigidez muscular, marcha em bloco, hipomimia facial, acatisia, distonia aguda, discinesia tardia, hipotensão arterial e postural, alterações eletrocardiográficas e a ocorrência da síndrome neurolépca maligna. Antipsicóticos atípicos aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA), órgão regulador sanitário dos Estados Unidos, para o tratamento desses sintomas em pacientes do espectro autista são apenas a risperidona e o aripiprazol. Miral, Gencer, Inal -Emiroglu, Baykara, Baykara e Dirik (2008) comparou o resultado do haloperidol com risperidona, através de escalas de sintomas autisticos (ABC-Autism Behavior Checklist), sendo esta última superior para a pontuação total da escala. A depender do perfil do paciente, local de atendimento e disponibilidade de medicações, uma primeira opção razoável seria haloperidol, em doses baixas, com lenta titulação, ou risperidona.

Outras medicações podem diminuir a hiperatividade e melhorar o perfil atencional, como os psicoesmulantes, que são também usados para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O mais conhecido deles é o metilfenidato. Outras medicações, como os já mencionados antipsicóticos (risperidona), alguns anticonvulsivantes e a clonidina também podem diminuir a hiperatividade.

Também é bastante comum nesses pacientes comportamentos repetitivos, estereotipias e apego excessivo a rotinas, com dificuldades para alterá-las. Algumas medicações antidepressivas, conhecidas como inibidores da recaptação da serotonina (ISRS), podem ser úteis para diminuir esses sintomas, mas estudos recentes têm desencorajado seu uso em autistas, questionando a efevidade dessas medicações. Fluoxetina e sertralina são exemplos desses antidepressivos.

Outro sintoma que pode ser melhorado com medicações é a alteração no padrão de sono, sempre após medidas comportamentais de higiene do sono; alguns antipsicóticos de ação sedativa, a clonidina e a melatonina podem ser utilizadas.

9. Reavaliações periódicas

Considera-se de suma importância que reavaliações sejam feitas a cada 6 (seis) meses com o intuito de observar os ganhos obtidos, pontos de estagnação e quais as novas necessidades para uma reorientação individualizada das intervenções.

As reavaliações são importantes para observar os ganhos que o tratamento tem propiciado, bem como reorientar aqueles onde não tem havido êxito.

Sugere-se que seja utilizada a escala ATEC, bem como reavaliação da AGF/C-GAS. Esta reavaliação deve ser feita pela equipe muldisciplinar, seja por meio de observação, bem como por levantamento, com os pais, dos pontos em que o paciente teve ganhos nas situações externas aos ambientes terapêuticos, lembrando que uma das dificuldades daqueles com TEA é a generalização e as terapias devem visar uma melhora da adaptação, inclusão e independência.

10. Equipamento de Saúde para atendimento

Consideramos que os locais de atendimento de saúde devam ser utilizados conforme a gravidade do caso, em seus níveis de especialização e complexidade, de acordo com fluxo de encaminhamento desenhado em anexo e estruturação descrita abaixo.

Os pacientes chegarão ao serviço de saúde sob demanda espontânea da família ou por orientação de profissionais de creches, escolas e outros. Consideramos de fundamental importância, devido ao número expressivo de casos, que os profissionais da educação passem a se familiarizar com os sintomas e sinais de alerta do TEA, podendo encaminhar para avaliação aqueles que considerarem necessário. Instrumentos , como o M-CHAT, podem auxiliar a equipe escolar a ter maior segurança nos pontos a serem observados.

10.1. Porta de entrada nos serviços de saúde

A Unidade Básica de Saúde é a principal porta de entrada para a atenção de saúde; é a referência para o cuidado integral, considerando que diferentes demandas de saúde devam ser organizadas na rede, incluindo a atenção psicossocial. Nem todo o município tem equipe de saúde mental, mas todos os municípios têm Unidades Básicas de Saúde que gerenciarão e acionarão outros pontos de cuidado de diferentes densidades tecnológicas.

10.2. Unidades para diagnóstico e acompanhamento terapêutico

São essas: UBS, NASFs, CAPS, Universidades e Unidades de Referência.

Casos de menor gravidade devem ser mantidos em tratamento pelas UBS, Equipes de Estratégia de Saúde da Família (médicos de família, enfermeiros, dentistas), com apoio do NASF; ações de matriciamento do CAPS são importantes para a manutenção dos casos no território. O CAPS é responsável pelo projeto terapêutico e a referência em saúde mental para o cuidado ao TEA e, quando necessário, o CAPS pode acionar outros pontos da rede, como serviços universitários ou referências específicas para atendimento ao TEA.

Casos de maior gravidade ou dúvida diagnóstica devem ser encaminhados para refinamento de diagnóstico em CAPS. Este terá, então, que formular um PTS após avaliação multiprofissional e, considerando-se que o caso não tem necessidade de aparato de tal complexidade, poderá reencaminhá-lo ao serviço de origem, sanando as dúvidas iniciais que motivaram o encaminhamento e mantendo supervisão dos mesmos. Em se tratando de caso de maior gravidade, o tratamento será feito pela equipe especializada do próprio CAPS, ou dentro do projeto proposto, referenciá -lo a serviços de Universidades ou a outras referências especializadas.

Esses dois serviços serão responsáveis pelo diagnóstico mais aprofundado dos casos mais graves ou atípicos, com avaliações de comorbidades com patologias em geral ou deficiência intelectual.

Espera-se que uma avaliação com instrumentos padrão ouro possa ser feita. De acordo com a especificidade de cada um desses serviços, ele deverá fazer as abordagens terapêuticas necessárias ou reencaminhar os pacientes às unidades de origem, oferecendo suporte para o atendimento dos mesmos. As Universidades e Unidades de Referência também têm o importante papel de formação e educação continuada dos aparatos de saúde de sua região.

Importante lembrar que, independente da complexidade do serviço em que o paciente esteja sendo atendido, este manterá vínculo com a UBS de sua região, que cuidará das demais demandas de saúde do mesmo e poderá auxiliar no manejo específico de algumas questões que possam influenciar no quadro do TEA (ex: avaliação de possíveis patologias clínicas que podem piorar comportamento do paciente).

A equipe de saúde que cuida diretamente do tratamento do TEA tem a responsabilidade de, conforme descrito acima, fazer a orientação da equipe escolar, propiciando melhora na qualidade da inclusão, proporcionar aos pais e familiares apoio terapêutico e orientação constante quanto ao paciente, mantendo-os como agentes fundamentais para bom êxito das abordagens, instrumentalizar pais e cuidadores na ampliação da rede de suporte, articulando as necessidades de cada um com a rede de apoio social (SUAS).

10.3. Unidades de Tratamento Auxiliares

Sabendo-se do pequeno número de aparatos de cuidados disponíveis no Estado, principalmente no sentido de abarcar casos de maiores gravidades, a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo conta com unidades de tratamento conveniadas, cujas vagas estão disponíveis para pacientes conforme a necessidade e regulamentação de Resolução do Secretário, de acordo com o que segue.

Todas as alternativas territoriais devem ser esgotadas e, devidamente, comprovadas através de relatório. No pedido de novos recursos deve-se apresentar "laudo médico de especialista em neurologia, neuropediatria

ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou residência médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnósco de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e indicando, de maneira justificada, tal modalidade de tratamento intensivo, devendo ainda seguir critérios deste protocolo, anexando os seguintes documentos elencados abaixo:

- instrumentos de livre uso, aplicados pelo médico ou por outro profissional de saúde habilitado:
- o ABC (Autism Behavior Checklist/Checklist de comportamentos austas) ou M -CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers/ Checklist modificado para autismo em crianças) de acordo com a faixa-etária; e o AGF (escala de avaliação global de funcionamento).
- avaliação psicossocial, indicando entidade especializada, nos moldes da resolução:

No intuito de manter uma avaliação constante da evolução dos casos e permitir rotatividade das vagas, buscou-se uma interligação entre rede e entidades. Assim, a entidade deverá:

- "Apresentar à Secretaria da Saúde parecer semestral quanto à necessidade de continuidade do tratamento intensivo, eventual indicação de diminuição da carga-horária ou indicação de encaminhamento para a rede territorial de CAPS ou unidade de referência do Estado ;
- Ter um CAPS de referência para cada paciente, próximo da residência do assistido, para encaminhamento quando da melhora do quadro que justificou o encaminhamento à contratada ;
- Encaminhar cada assistido para avaliação no CAPS de referência ou Unidade Estadual de Referência, a cada 6 (seis) meses, para avaliar a evolução do caso e persistência da indicação desta modalidade de assistência, devendo o parecer ser encaminhado ao respectivo Departamento Regional de Saúde".

11. Avaliação da satisfação do atendimento e serviços

Para que o atendimento à população possa ser constantemente melhorado é de suma importância que se tenha uma avaliação do usuário, para que se possa ter uma assistência mais adequada às demandas dos mesmos. Para tanto, sugere-se que a família e/ou cuidador seja convidado, a cada 6 (seis) meses, a preencher um instrumento de avaliação do serviço de saúde [Anexo E].

As famílias devem participar das reavaliações periódicas dos pacientes, contribuindo para a adequação do tratamento e melhora do serviço.

12. Referências

Anderson, L. T. , Campbell, M., Grega, D. M., Perry, P., Small, A. M., & Green, W. H. (1984). Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms . American Journal of Psychiatry, 141(10): 1195-1202.

Anderson, L. T., Campbell, M., Adams, P., Small A. M., Perry, R., & Shell, J. (1989). The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 19(2): 227-239.

Autism Speaks (2013) acessado em 20 de março, 2013. Disponível em http://www.autismspeaks.org/what- autism/learn-signs

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions of children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5): 397-422.

Befi-Lopes, D. M. (2000). Prova de Vocabulário. In: C. R. F. Andrade, D. M. Béfi -Lopes, F. D. M. Fernandes, H. F. Wertzner. Teste ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. São Paulo: Profono.

Bohlander, A. J., Orlich, F., & Varley, C. K. (2012). Social skills training for children with autism. Pediatric Clinics of North America, 59(1): 165-174.

Cabezas, H. (2005). A criança com autismo: um programa estruturado para sua educação. In: V. E. Caballo & M. A. Simón. Manual de Psicologia

Clínica infantil e do Adolescente: transtornos específicos (Cap. 13 – pp. 321-345). São Paulo: Santos.

Caminha, R. C., & Lampreia, C. (2012). Findings on sensory deficits in autism: implications for understanding the disorder. Psychology & Neuroscience, 5(2): 231-237.

Canitano, R., & Scandurra, V. (2011). Psychopharmacology in autism: an update. Progress in Neuro- psychopharmacology & Biological Psychiatry, 35 (1): 18-28.

Carter, A. C ., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Wang, J. J., Lord, C., Dawson, G., Fombonne, E., Loveland, K., Mesibov, G., & Schopler, E. (1998). The Vineland adaptable scales: Supplementary norms for individuals with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28(4): 287-302.

Case-Smith, J., Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 62 (4): 416-429.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Autism Spectrum Disorders (ASDs): Data & Statistics. Acessado em 26 de fevereiro, 2013. Disponível em http://www.cdc.gov/NCBDDD/autism/data.html.

Cotugno, A. J. (2009). Social competence and social skills training and intervention for children with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(9): 1268-1277.

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics, 125(1): 17-23.

Eldevik, S., Hasngs, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikes eth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with Autism. Journal of clinical child and adolescent psychology, 38(3): 439-450.

Fernandes, F. D. M. (2000). Prova de Pragmática. In: C. R. F. Andrade, D. M. Béfi-Lopes, F. D. M. Fernandes, H. F. Wertzner. Teste ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. São Paulo: Profono.

Figueiras, Amira Consuêlo de Melo; Souza, Isabel Cristina Neves de; Rios, Viviana Graziela V.; Benguigui, Yehuda (2005). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C.: OPAS

Frost, L., & Bondy, A. (2002). The picture exchange communication system: training manual. Newark, Pyramid Educational Products.

Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö. & Mercadante, M. (2012). Autism spectrum disorders. In: Rey, J.M. (Ed.). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Hall, R. C. W. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale. Psychosomatics, 36(3): 267-275.

Howlin, P., Magia, I., Charman, T., & MacLean, W. E. (2009). Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilies, 114 (1): 23-41.

Losapio, M. F., & Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30(3): 221-229.

Marteleto, M. R., & Pedromônico, M. R. (2005). Validade do Inventário de Comportamentos Autisticos (ICA): estudo preliminar. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27(4): 295-301.

Matson, J. L., Rieske, R. D., & Tureck K. (2011). Addional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments. Research in Autism Spectrum Disorders, 5(4): 1319–1326.

Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: a review of methods for children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(4): 868–875.

McConachie, H. & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13(1): 120-129.

Menezes, M. L. N. (2004). Avaliação do desenvolvimento da linguagem [ADL]. Manual do examinador.

Magia, I., Moss, J., Yates, R., Charman, T., & Howlin, P. (2011). Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders? Journal of Intellectual Disability Research, 55(3): 302–312.

Ministries of Health and Education. (2008). New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. Wellington: Ministry of Health. Acessado em 15, dezembro de 2012, disponível http://www.health.govt.nz/publication/ne w-zealand-autism-spectrum-disorder-guideline.

Miral, S., Gencer, O., Inal -Emiroglu, F. N., Baykara, B., Baykara, A., & Dirik, E. (2008). Risperidone versus haloperidol in children and adolescents with AD: a randomized, controlled, double-blind trial. European Child & Adolescent Psychiatry, 17(1): 1–8.

Missouri Department of Mental Health – Division of Developmental Disabilies. (2012). Missouri Autism Guidelines Initiative. Autism Spectrum Disorders: Guide to Evidence-based Interventions. Acessado em 28 fevereiro, 2011. Disponível em http://www.autismguidelines.dmh.mo.gov/documents/Interventions.pdf

Myers, S. M. & Johnson, C. P. (2007). Management of Children With Autism Spectrum Disorders. Pediatrics, 120(5): 1162-1182.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2011). Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum. Nice Clinical Guideline. 296 pp. Acessado em 28 fevereiro, 2011. Disponível em http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/135 72/56424/5 6424.pdf.

New York State Department of Health (NYSDH) – Early Intervention Program. (1999). Clinical Practice Guideline: Quick Reference Guide. Autism/Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0 -3 Ye ars). Publication No.4216. 108 pp.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M.T. (2011). Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(12): 1738-1742.

Reichow B. (2012). Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 42(4): 512–520.

Reichow, B. & Volkmar, F. R . (2010). Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. Journal of Autism and Developmental Disorders http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19655240 40(2): 149-166.

Scott, J.B. (2006). American Occupational Therapy Association Fact Sheet: Occupational therapy's Role with Autism. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association, Inc.

Shaffer, D.; Gould, M. S.; Brasic, J.; Ambrosini, P.; Fisher, P.; Bird, H. & Aluwahlia, S. (1983). A children´s global assessment scale (CGAS). Archives of General Psychiatry, 40(11): 1228–1231.

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

Viués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. Clinical Psychology Review, 30 (4): 387-399.

Wechsler, D. (2002). WISC-III – Escala de inteligência Wechsler para crianças. Adaptação brasileira V. L. M. Figueiredo. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2004). WAIS -III – Escala de inteligência Wechsler para adultos. Adaptação brasileira E. Nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

White, S. W., Keonig, K., Scahill, L. (2007). Social skills development in children with austim spectrum disorders: a review of the intervention research. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(10): 1858 1868.

Apêndice A

Picture Exchange Communication System (PECS)

O PECS – Picture Exchange Communication System (Frost & Bondy, 2002) é um dos programas de comunicação alternativa ou aumentativa mais utilizados, pois foi construído especificamente para autistas. Envolve não apenas a substituição da fala por uma figura, mas incentiva a expressão de necessidades e desejos. É composto por figuras/fotografias selecionadas de acordo com o repertório lexical individual.

Seu treinamento é composto por seis etapas que devem ser cuidadosamente implementadas pelo fonoaudiólogo, para que haja garantia de um uso autônomo.

Essas fases preconizam o entendimento do uso de cartões, a discriminação de figuras, a seleção autônoma de cada cartão, a construção frasal com a utilização inclusive de sinais pictográficos (Frost & Bondy, 2002; Walter & Almeida, 2005)

Na fase I (Troca física: como comunicar) a pessoa é incentivada a usar os cartões com o objetivo de solicitar/mostrar o seu desejo por um objeto que lhe é atrativo. Esses cartões são concebidos de acordo com as necessidades de cada usuário e são denominados de reforçadores, pois são figuras de objetos altamente atrativos para o indivíduo. Nessa etapa é necessário que o fonoaudiólogo faça um levantamento detalhado do repertório de interesses de cada paciente junto às famílias.

Há uma lista de estimulos que a família deve fornecer de acordo com as seguintes categorias: alimentos, bebidas, atividades de lazer, brincadeiras sociais, pessoas familiares, locais e itens/atividades não atrativas.

Para implementação desta primeira fase a presença de duas pessoas na sala é fundamental, pois o indivíduo necessitará de ajuda para compreender o uso funcional e intencional dos cartões.

Na fase II (Distância e persistência) o objetivo é que a pessoa compreenda efetivamente a importância do uso dos cartões e persista

em usá -los em qualquer situação comunicativa. Sendo assim, o terapeuta irá incentivá -la a recorrer aos cartões mesmo que esses estejam distantes ou fora de seu alcance imediato.

Na fase III (Discriminação de figuras) o paciente é incentivado a selecionar uma figura alvo dentre várias opções. Ela deve discriminar os cartões e entregar ao parceiro de comunicação àquele adequado à situação. Neste momento ele já se torna capaz de demonstrar sua intencionalidade por meio da escolha autônoma de seu reforçador.

Na fase IV (Estrutura da sentença) os usuários aprendem a construir frases utilizando verbos de ação (ex: querer) e atributos dos objetos (ex: cor, tamanho). Nesta etapa amplia-se consideravelmente o vocabulário funcional.

Na fase V (Responder ao o que você quer) a pessoa é incentivada a responder a pergunta "O que você quer?" por meio de frases simples.

Na fase VI (Comentar) os usuários respondem a perguntas tais como "O que você está vendo?"; "O que você está ouvindo?"; "O que é isso?", além de pedir e comentar espontaneamente situações/eventos utilizando frases simples.

Na prática clínica observa-se que seu uso contribui para melhora da compreensão verbal, por agregar pistas visuais e contextuais à informação verbal e em alguns casos, aumento na produção verbal.

No entanto é importante que sua implementação seja avaliada para cada caso, e o envolvimento de todos os interlocutores seja garantido.

Referências

Frost, L., & Bondy, A. (2002). The picture exchange communication system: training manual. Newark, Pyramid Educational Products.

Apêndice B

Evidência de eficácia de tratamento para autismo

As intervenções precoces estruturadas têm sido as mais estudadas e são as mais promissoras no campo dos TEA. Há décadas diversos autores vêm trabalhando no tema, mas o pioneiro neste campo foi o psicólogo Ole Ivar Lovaas que com uma vasta experiência na Análise Aplicada do Comportamento (ABA), na década de 1970, demonstra que o comportamento de crianças com TEA pode ser modificado utilizando a ABA. Assim nasce talvez a mais importante intervenção comportamental precoce destinada especificamente para crianças com TEA: a Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) ou Intervenção Comportamental Precoce Intensiva. A EIBI tem como objetivo a redução de comportamentos não-adaptativos por meio da extinção e quebra do padrão básico estabelecido, tendo como principal elemento o reforço positivo de comportamentos desejados (Lovaas, 1987).

A EIBI é uma intervenção complexa que requer capacitação especializada. Além disso, é longa e intensiva e abarca diversas fases, incluindo: (a) redução de comportamentos indesejados, (b) estimulação de comportamentos desejados por meio, por ex. de imitação, (c) integração dos familiares na intervenção visando futuramente que participem como coterapeutas e (d) preparo para inclusão escolar.[1]

Até o presente momento já foram realizadas três meta-análises compilando resultados de pesquisas sobre EIBI conduzidos até 2010 (Eldevik, Hasngs, Hughes, Jahr, Eikeseth, & Cross, 2009 ; Reichow & Wolery, 2009 ; Virués- Ortega, 2010), o que permite fazer uma avaliação crítica dos resultados. Nestas meta-análises estão incluídos 29 cargos que no total analisaram 1.008 crianças e os principais resultados foram:

[1] Em diversos países, as crianças com TEA passam por uma extensa avaliação que tem como resultado um planejamento educacional especializado e individualizado. A partir deste se define se a criança deve ser encaminhada para uma escola regular ou especial. Portanto, o ingresso numa escola regular é um dos principais marcadores de eficácia de intervenções realizadas nestes países, pois significa que a criança com TEA evolui significativamente.

- intervenções mais longas e intensivas obtiveram melhores resultados, sendo elas com pelo menos 27 horas semanais e superiores há 24 meses;
- a maioria dos estudos identificou mudanças estatiscamente significantes na pontuação média de QI - média de aquisição expressiva de 15,4 pontos;
- nem todos os 29 estudos incluíram avaliações de funcionamento adaptativo e de linguagem, mas entre aqueles que o fizeram, a maioria obteve resultados positivos estatiscamente significantes;
- apesar de apenas 8 estudos terem investigado a inclusão de crianças em salas regulares (N=146 crianças) quase metade delas foram incluídas com sucesso, sendo 50% sem necessidade de suporte pedagógico especializado e a outra metade com necessidade deste apoio.

Em 2012, um importante autor da área compilou dados destes estudos, confirmando os resultados positivos deste tipo de tratamento (Reichow, 2012). Esses resultados são animadores, mas algumas limitações metodológicas dos estudos precisam ser relatadas: (a) a média de participantes em cada estudo foi pequena (38,8 crianças/estudo); (b) em vários estudos não há um grupo controle; e (c) as intervenções com as quais a EIBI foi comparada eram muito variadas e em geral compostas por diversos tratamentos, limitando um pouco as conclusões.

Mesmo que a EIBI não seja aplicada integralmente, já que o custo de formação profissional e o de aplicação são bem altos, ela pode servir de modelo para intervenções aplicáveis para a realidade do sistema de saúde brasileiro.

Outras intervenções com abordagens comportamentais, mas não com todas as características com ABA também tem evidência de eficácia para TEA. Sabe-se que crianças com TEA têm um risco bem elevado de apresentar problemas comportamentais que se não manejados tendem a se agravar e levar a outras complicações, tanto para criança como para seus familiares. Comportamentos agressivos, birras e estereopias estão entre aqueles mais comuns e passiveis de intervenção. Vale ressaltar que geralmente estas intervenções são planejadas com o objetivo

bem específico de trabalhar comportamentos definidos como sendo os mais indesejados e que não vão, portanto, abarcar o desenvolvimento infantil de forma mais global. Um estudo de revisão revela que estas intervenções comportamentais específicas podem levar a redução de mais de 80% destes comportamentos. Além disso, na maioria dos casos, os resultados permanecem estáveis nos meses seguintes ao final da intervenção. Todavia, a generalização destes resultados promissores para outros ambientes não estruturados ainda não tem evidência de eficácia comprovada (Horner, Carr, Strain, Todd, & Reed, 2002) .

Referências

Eldevik, S., Hasngs, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with Autism. Journal of clinical child and adolescent psychology the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology American Psychological Association Division 53, 38(3): 439-450.

Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W., & Reed, H. K. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism: a research synthesis. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5): 423-446.

Lovaas, O. I. (1987). Behavior Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (1): 3-9.

Reichow, B., & Wolery, M. (2009). Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA young autism project model. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(1): 23-41.

Reichow, B. (2012). Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. J Autism and Developmental Disorder, 42: 512–520.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of mulple outcomes. Clinical Psychology Review, 30 (4): 387-399.

Apêndice C

Avaliação Cognitiva

A avaliação neuropsicológica auxilia nos processos diagnósticos e no planejamento de intervenções com base no perfil intelectual e cognitivo de cada indivíduo. A avaliação pode mensurar os déficits e habilidades do paciente, comparada com seus pares e com seu próprio desempenho em outras áreas e, dessa forma, direcionar a intervenção para os pontos específicos que devem ser trabalhados para o indivíduo se desenvolver. Outro ponto importante é no acompanhamento evolutivo das funções cognitivas pré e pós-intervenções farmacológicas e não farmacológicas e na identificação dos sinais mais específicos para o diagnóstico e intervenções precoces.

Para a avaliação cognitiva, se propõe o uso de instrumentos como o SON -R 2½-7, o WISC-III e o WAIS III.

- O SON-R 2 ½ é um instrumento de avaliação psicológica que pode ser utilizado no contexto educacional e clínico. A bateria fornece uma avaliação normatizada de inteligência. Os escores da criança em seis subtestes são combinados para formar um escore de inteligência que representa a habilidade cognitiva da criança relativa à sua idade. É utilizado em crianças de 2½ a 7 anos de idade. Avalia um largo espectro de habilidades cognitivas que não exigem o uso da fala e da linguagem escrita. O teste é de aplicação individual e as instruções podem ser dadas tanto de maneira verbal quanto não -verbal, dependendo das possibilidades de comunicação da criança. A recomendação do SON-R se dá porque ele tem várias vantagens em relação ao outros instrumentos de avaliação cognitiva: a aplicação não é longa (aproximadamente 30 minutos), foi validado para a realidade brasileira (em várias regiões do país) e em breve estará sendo comercializado no Brasil, já que se encontra em fase final de publicação. É um teste validado que está em fase de publicação.

- WISC-III é composto por uma bateria de tarefas a serem executadas pela criança, agrupadas em dois grandes blocos – executivo e verbal.
- Possibilita a avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento cognitivo, resumidas por um escore global.
- WAIS-III é composto por uma bateria de tarefas a serem executadas pelo adulto, agrupadas em dois grandes blocos – executivo e verbal. Possibilita a avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento cognitivo, resumidas por um escore global.

Anexo A

ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND

(ESCALA NECESSITA DE TREINAMENTO ESPECÍFICO)

Sparrow, S. S., Balla, D. A., Ciccett, D. V., & Doll, E. A. (1984). Vineland adaptive behavior scales: Interview edition, survey form manual. Circle Pines: American Guidance Service.

Iniciais: _____

RG-IP: _____

Data de nascimento: ____ / ____ /____ /

Data:____ /____ /____ /

DOMÍNIO COMUNICACIONAL

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

		R	E	W
	1. Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som.	( )		
	2. Presta atenção ao menos momentaneamente quando o cuidador lhe fala.	( )		
	3. Sorri à presença do cuidador.		( )	
	4. Sorri à presença de outra pessoa familiar que não o cuidador.		( )	
	5. Ergue os braços quando o cuidador lhe diz: "Venha cá" ou "De pé".	( )		
	6. Demonstra entender o significado do "não".	( )		

		R	E	W
	7. Imita os sons dos adultos imediatamente após ouví-los.		( )	
	8. Demonstra entender o significado de ao menos 10 palavras.	( )		
1	9. Consegue indicar apropriadamente com gestos "sim", "não" e "eu quero".		( )	
	10. Ouve atentamente a comandos.	( )		
	11. Demonstra entender o significado de "sim" e "tudo bem".	( )		
	12. Segue ordens que requerem uma ação e um objeto.	( )		
	13. Aponta corretamente para ao menos uma parte principal do corpo,	( )		
	14. Utiliza os nomes próprios ou apelidos de irmãos, amigos ou colegas, ou responsáveis		( )	
	15. Utiliza frases contendo um substantivo e um verbo, ou dois substantivos.		( )	
	16. Nomeia ao menos 20 objetos familiares sem precisar ser interrogado. NÃO PONTUE 1.		( )	
	17. Escuta uma história por pelo menos 5 minutos.	( )		
	18. Indica preferência quando submetido a uma escolha.		( )	
2	19. Diz ao menos 50 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		( )	
	20. Relata espontaneamente experiências em linguagem simples.		( )	
	21. Dá um recado simples.		( )	
	22. Usa frases de 4 ou mais palavras.		( )	
	23. Aponta corretamente para todas as partes do corpo quando interrogado	( )		
	24. Diz ao menos 100 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		( )	
	25. Utiliza frases completas.		( )	
	26. Usa "um(a)" e "o(a)" em frases.		( )	
	27. Segue ordens na forma "se/então".	( )		
	28. Diz seu nome e sobrenome quando interrogado.		( )	
	29. Faz perguntas usando "O que", "Aonde", "Quem", "Por que" e "Quando". NÃO PONTUE 1.		( )	

		R	E	W
3, 4	30. Diz qual de dois objetos é maior sem a presença dos mesmos.		( )	
	31. Relata detalhadamente experiências quando interrogado.		( )	
	32. Usa "atrás" ou "entre" como preposição numa frase.		( )	
	33. Usa "ao redor de" como preposição numa frase.		( )	
	34. Usa frases contendo "mas" e "ou".		( )	
	35. Articula palavras claramente, sem trocas de fonemas.		( )	
	36. Conta histórias populares, contos de fadas, piadas mais longas ou trechos de "shows" televisivos.		( )	
5	37. Cita todas as letras do alfabeto de memória.			( )
	38. Lê ao menos três sinais comuns.			( )
	39. Diz o dia e mês de seu aniversário quando interrogado.		( )	
	40. Usa plurais irregulares.		( )	
6	41. Desenha ou escreve seu próprio nome e sobrenome.			( )
	42. Diz seu número de telefone quando interrogado. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	43. Diz seu endereço completo, incluindo cidade e estado, quando interrogado.		( )	
	44. Lê ao menos 10 palavras em voz alta ou em silêncio.			( )
	45. Desenha ou escreve ao menos 10 palavras de memória.			( )
	46. Expressa suas ideias em mais de uma maneira, sem ajuda.		( )	
	47. Lê em voz alta histórias simples.			( )
	48. Desenha ou escreve sentenças simples de 3 ou 4 palavras.			( )
	49. Assiste a uma aula por pelo menos 15 minutos.	( )		
	50. Lê por iniciativa própria.			( )
	51. Lê livros pelo menos da 2ª série.			( )

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

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

DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

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

		P	D	C
<1	1. Demonstra perceber a chegada de mamadeira, seio materno ou comida.	( )		
	2. Abre a boca diante da colher com comida.	( )		
	3. Remove a comida da colher com a boca.	( )		
	4. Engole ou mastiga bolachas.	( )		
	5. Ingere comida sólida.	( )		
1	6. Bebe de xícara ou copo sem auxílio.	( )		
	7. Alimenta-se com auxílio de colher.	( )		
	8. Demonstra entender que coisas quentes são perigosas.			( )
	9. Indica que está molhado apontando, falando ou puxando a fralda.	( )		
	10. Bebe por um canudo.	( )		
	11. Permite que o cuidador enxugue seu nariz.	( )		
	12. Alimenta-se com auxílio de garfo.	( )		
	13. Tira casaco com abertura frontal, suéter ou camiseta sem auxílio.	( )		
2	14. Alimenta-se com colher sem derramar.	( )		
	15. Demonstra interesse em se trocar quando muito molhado ou sujo.	( )		
	16. Urina na privada ou no penico.	( )		
	17. Toma banho sem auxílio.	( )		
	18. Evacua na privada ou no penico.	( )		

		P	D	C
	19. Pede para usar o banheiro.	( )		
	20. Coloca roupas removíveis com faixas de ajuste.	( )		
	21. Demonstra entender a função do dinheiro.			( )
	22. Livra-se de seus haveres quando solicitado.		( )	
3	23. Não urina nas vestes à noite.	( )		
	24. Bebe água da torneira sem auxílio.	( )		
	25. Escova os dentes sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	( )		
	26. Demonstra entender a função do relógio, convencional ou digital.		( )	
	27. Auxilia com mais tarefas se solicitado.		( )	
	28. Lava e enxuga o rosto sem auxílio.	( )		
	29. Põe os sapatos nos pés corretos sem auxílio.	( )		
	30. Atende o telefone adequadamente. N PODE SER PONTUADO		( )	
	31. Veste-se completamente, exceto amarrar sapatos.	( )		
4	32. Chama ao telefone a pessoa solicitada, ou avisa que esta não se encontra. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	33. Arruma a mesa das refeições sem auxílio.		( )	
	34. Toma todas as providências quando vai ao banheiro, sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.		( )	
	35. Olha para ambos os lados antes de atravessar rua ou avenida.		( )	
	36. Tira roupas limpas sem auxílio quando solicitado.		( )	
	37. limpa seu nariz sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	( )		
	38. Limpa mesa com objetos frágeis.		( )	
	39. enxuga-se com toalha sem auxílio.	( )		
	40. Fecha todos os fechos. NÃO PONTUE 1.	( )		
5	41. Ajuda na preparação de alimentos que necessitam misturar e cozinhar	( )		
	42. Demonstra entender que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.		( )	
	43. Dá laço em cadarço de sapato sem auxílio.	( )		
	44. Toma banho sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	( )		

		P	D	C
	45. Olha para ambos os lados e atravessa a rua ou avenida sozinho(a).		( )	
	46. Cobre a boca e o nariz quando tosse ou espirra.	( )		
6	47. Usa colher, garfo e faca corretamente. NÃO PONTUE 1.	( )		
	48. Inicia chamadas telefônicas para outrem. N PODE SER PONTUADO		( )	
	49. Obedece placas de trânsito e sinais de "Pare" e "Ande". N PODE SER PONTUADO.		( )	
	50. Veste-se completamente, incluindo amarrar sapatos e fechar fechos. NÃO PONTUE 1.	( )		
	51. Arruma sua cama quando solicitado.		( )	
	52. Diz o dia da semana quando solicitado.			( )
	53. Ajusta o cinto de segurança sem ajuda. N PODE SER PONTUADO.		( )	
7	54. Sabe o valor de cada moeda.			( )
	55. Usa ferramentas básicas.		( )	
	56. Identifica direita e esquerda nos outros.			( )
	57. Arruma a mesa sem auxílio quando solicitado.		( )	
8	58. Varre, esfrega ou passa o aspirador com cuidado, sem auxílio, quando solicitado.	( )		
	59. Usa números de telefone de emergência em emergências. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	60. Pede seu próprio prato num restaurante. N PODE SER PONTUADO		( )	
	61. Diz a data de hoje se interrogado.			( )
	62. Veste-se antecipando mudanças no tempo sem precisar ser advertido.	( )		
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem precisar ser advertido.	( )		
9, 10	64. Fala a hora com intervalos de 5 minutos.			( )
	65. Cuida do cabelo sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	( )		
	66. Usa fogão ou forno de microondas para cozinhar.		( )	

		P	D	C
	67. Usa produtos de limpeza doméstica adequada e corretamente.	( )		
11, 12	68. Confere corretamente o troco numa compra que custe mais de um real.		( )	
	69. Usa o telefone para todo tipo de chamadas, sem auxílio. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	70. Cuida de suas unhas sem auxílio e sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.	( )		
	71. Prepara alimentos que necessitam misturar e cozinhar, sem auxílio.	( )		
13, 14, 15	72. Usa telefone público. N PODE SER PONTUADO.			( )
	73. Arruma seu quarto sem precisar ser lembrado.		( )	
	74. Economiza e já comprou ao menos um brinquedo.			( )
	75. Zela por sua própria saúde.	( )		
16	76. Ganha mesada regularmente.			( )
	77. Arruma sua cama e troca os lençóis rotineiramente. NÃO PONTUE 1.	( )		
	78. Limpa outros aposentos que não o seu regularmente, sem necessitar solicitação.	( )		
	79. Realiza tarefas rotineiras de manutenção e reparos domésticos sem precisar de solicitação.	( )		
17 a 18+	80. Costura botões, caseados e ganchos nas roupas quando solicitado.	( )		
	81. Faz orçamentos para despesas mensais.			( )
	82. Cuida de seu dinheiro sem auxílio.			( )
	83. Planeja e prepara o prato principal do dia sem auxílio.		( )	
	84. Chega ao serviço na hora.			( )
	85. Toma conta de suas roupas sem precisar ser lembrado. NÃO PONTUE 1.	( )		
	86. Notifica seu supervisor se vai se atrasar para chegar.			( )
	87. Notifica seu supervisor se vai se ausentar por doença.			( )
	88. Faz orçamentos para despesas mensais.			( )

		P	D	C
	89. Faz as próprias bainhas e outras alterações sem precisar ser advertido.		( )	
	90. Obedece limites de tempo para café e almoço no trabalho.			( )
	91. Assume trabalho em tempo integral com responsabilidade. NÃO PONTUE 1.			( )
	92. Tem conta bancária e a movimenta com responsabilidade.			( )

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

DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO

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

		IR	PLT	CS
<1	1. Olha para o rosto do cuidador.	( )		
	2. Reage à voz do cuidador ou de outra pessoa.	( )		
	3. Distingue o cuidador dos outros.	( )		
	4. Demonstra interesse em objetos ou pessoas novas.		( )	
	5. Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição.	( )		
	6. Antecipa-se ao sinal de que vai ser pego ao colo pelo cuidador.	( )		
	7. Demonstra afeição para com pessoas familiares.	( )		
	8. Demonstra interesse em outras crianças que não seus irmãos.	( )		
	9. Dirige-se a pessoa conhecida.	( )		
	10. Brinca com brinquedo ou outro objeto só ou acompanhado.		( )	
	11. Participa de jogos simples de interação com outras crianças.		( )	
	12. Utiliza objetos domésticos para brincar.		( )	
	13. Demonstra interesse nas atividades dos outros.		( )	
	14. Imita movimentos simples dos adultos, como bater palmas ou acenar um adeus, em resposta a um modelo.	( )		
1, 2	15. Ri e sorri adequadamente em resposta a estímulos positivos.	( )		
	16. Identifica ao menos duas pessoas familiares pelo nome.	( )		

		IR	PLT	CS
	17. demonstra desejo de agradar o cuidador.	( )		
	18. Participa de ao menos uma atividade ou jogo em grupo	( )		
	19. Imita uma tarefa relativamente complexa várias horas após ter sido realizada por alguém.	( )		
	20. Imita frases de adultos ouvidas em ocasiões prévias.	( )		
	21. Empenha-se em criar situações de "faz-de-conta", só ou acompanhado.		( )	
3	22. Demonstra preferência por alguns amigos em detrimento de outros.	( )		
	23. Diz "Por favor" ao pedir algo.			( )
	24. Qualifica felicidade, tristeza, medo e raiva em si mesmo	( )		
	25. Identifica pessoas por características outras que não o nome, quando solicitado.	( )		
4	26. Compartilha brinquedos e objetos sem necessitar solicitação	( )		
	27. Nomeia um ou mais programas favoritos de televisão quando solicitado, e diz em que dias e canais os programas são apresentados. N PODE SER PONTUADO.	( )		
	28. Segue regras em jogos simples sem precisar ser lembrado.	( )		
	29. Tem um amigo predileto de qualquer sexo.	( )		
	30. Segue as regras e rotinas escolares.			( )
5	31. Reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros.	( )		
	32. Pede perdão por erros involuntários.			( )
	33. Tem um grupo de amigos.	( )		
	34. Segue as regras da comunidade.			( )
6	35. Joga mais de um jogo de mesa ou jogo de baralho que necesite habilidade e decisão.	( )		
	36. Não fala com a boca cheia.			( )
	37. Tem um amigo do peito do mesmo sexo.	( )		
	38. Reage adequadamente quando apresentado a alguém.		( )	

		IR	PLT	CS
7, 8	39. Faz ou compra pequenos presentes para o cuidador ou membro da família em datas festivas, por iniciativa própria.	( )		
	40. Mantém segredos e confidências por mais de um dia.		( )	
	41. Devolve brinquedos, objetos ou dinheiro emprestado de um colega e devolve livros emprestados à biblioteca.		( )	
	42. Termina a conversa adequadamente.			( )
9	43. Segue limites de tempo impostos pelo cuidador.			( )
	44. Evita perguntas ou comentários que possam embaraçar ou magoar os outros.		( )	
	45. Controla raiva e mágoa quando lhe é negado.			( )
	46. Mantém segredos e confidências tanto quanto for apropriado.		( )	
10, 11	47. Comporta-se adequadamente à mesa sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.		( )	
	48. Assiste TV ou ouve rádio em busca de informação sobre uma área de interesse em particular. N PODE SER PONTUADO.	( )		
	49. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, quando acompanhado de um adulto. N PODE SER PONTUADO.	( )		
	50. Pesa as consequências das ações antes de tomar decisões com independência.		( )	
	51. Pede perdão por erros em seu julgamento.			( )
12, 13, 14	52. Lembra datas de aniversário de membros próximos da família e amigos em particular.	( )		
	53. Inicia conversas sobre tópicos de especial interesse para os outros.	( )		
	54. Tem um "hobby".		( )	
	55. Devolve dinheiro emprestado do cuidador.			( )
15 a 18+	56. Reage a alusões e indiretas durante a conversação.	( )		
	57. Participa de esportes extra-curriculares. N PODE SER PONTUADO.		( )	

		IR	PLT	CS
	58. Assiste TV ou ouve rádio para informações práticas e cotidianas. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	59. Agenda e respeita agendamentos.			( )
	60. Assiste TV ou ouve rádio buscando notícias independentemente. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	61. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, sem acompanhamento de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		( )	
	62. Sai à noite com amigos, sem supervisão de um adulto.		( )	
	63. Pertence a uma organização social ou de serviços, grupo de interesses ou clube organizado de adolescentes mais velhos.	( )		
	64. Vai com uma só pessoa do sexo oposto a festas ou eventos públicos onde muitas pessoas estarão presentes.	( )		
	65. Sai em grupos de dois ou três casais.	( )		
	66. Sai para encontros a sós.	( )		

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

DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2 - Sim, frequentemente.	G: Grosseira
1 - Algumas vezes ou parcialmente.	F: Fina
0 - Não, nunca.	
N - Não teve oportunidade.	
DK - Não sabe.	

		G	F
<1	1. Mantém a cabeça ereta pelo menos 15 segundos sem auxílio quando sustentado verticalmente pelos braços do examinador.	( )	
	2. Senta com apoio por pelo menos 1 minuto.	( )	
	3. Agarra pequenos objetos com as mãos, de qualquer jeito.		( )
	4. Transfere objetos de uma mão para a outra.		( )
	5. Agarra pequenos objetos com o polegar e os dedos.		( )
	6. Soergue-se para a posição sentada e mantém a posição por pelo menos 1 minuto.	( )	
	7. Engatinha pelo chão sobre as mãos e os joelhos, sem encostar a barriga no chão.	( )	
	8. Abre portas que só necessitam ser empurradas ou puxadas.		( )
1	9. Rola uma bola enquanto sentado.	( )	
	10. Anda com o objetivo de explorar os arredores.	( )	
	11. Sobe e desce da cama ou de uma cadeira grande.	( )	
	12. Sobe em brinquedos baixos.	( )	
	13. Rabisca com lápis, crayon ou giz em superfícies.		( )
2	14. Sobe escadas, apoiando os dois pés em cada degrau.	( )	
	15. Desce escada de frente, apoiando os dois pés em cada degrau.	( )	
	16. Corre graciosamente, com mudanças de velocidade e direção.	( )	

		G	F
	17. Abre portas, girando e empurrando maçanetas.		( )
	18. Pula sobre objetos pequenos.	( )	
	19. Atarracha e desatarracha a tampa de um pote..		( )
	20. Pedala triciclo ou outro veículo de três rodas por pelo menos três pés. N PODE SER PONTUADO.	( )	
	21. Mantém-se sobre um só pé, enquanto se segura em outra pessoa ou objeto estável, sem cair.	( )	
	22. Constrói estruturas em três dimensões, com no mínimo 5 blocos.		( )
	23. Abre e fecha tesoura com uma mão.		( )
3, 4+	24. Desce escada sem auxílio, alternando os pés.	( )	
	25. Sobe em brinquedos altos.	( )	
	26. Recorta papel com tesoura.		( )
	27. Salta em um pé só pelo menos três vezes sem perder o embalo. NÃO PONTUE 1.	( )	
	28. Completa quebra-cabeça de pelo menos 6 peças. NÃO PONTUE 1.	( )	
	29. Desenha mais de uma forma identificável com lápis ou crayons.		( )
	30. Recorta papel seguindo uma linha com a tesoura.		( )
	31. Usa a borracha sem rasgar o papel.		( )
	32. Pula em um pé só com facilidade. NÃO PONTUE 1.	( )	
	33. Destranca fechaduras.		( )
	34. Recorta figuras complexas com tesoura.		( )
	35. Apanha bola pequena arremessada de uma distância de 10 pés, mesmo que necessite se mover para isso.	( )	
	36. Anda numa bicicleta sem rodinhas de segurança, sem cair. N PODE SER PONTUADO.	( )	

1.			**SOMA:**
2.			**Nº N:**
3.			**Nº DK:**
	G	**F**	**Pontuação geral subdomínio:**

DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

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

Parte 1

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

22. Mente, trapaceia ou rouba.	( )
23. É fisicamente muito agressivo.	( )
24. Sua em situações inapropriadas.	( )
25. Foge.	( )
26. É teimoso ou mal-humorado.	( )
27. É gazeteiro na escola ou trabalho.	( )

Parte 2

INTENSIDADE - CIRCUNDE UMA DELAS

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

SOMA (PARTE 1 e 2):

Anexo B

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.

	SIM	NÃO
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
1. 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

	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 avidade 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 C

ABC – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST– RECORD FORM

Inventário de Comportamento da Criança Autista

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

Protocolo de registro do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA)

Nome da criança: _____

Data da aplicação: ____/ ____/____

Idade da criança:_____

Data de nascimento: ____/ ____/____

01	Gira em torno de si por longo período de tempo.					
02	Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente.					
03	É raro atender estímulo não-verbal social/ ambiente (expressões, gesto situações).					
04	Ausência de resposta para solicitações verbais-venha cá; sente-se					
05	Usa brinquedos inapropriadamente					
06	Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto)					
07	Ausência do sorriso social					
08	Uso inadequado de pronomes (eu por ele)					
09	Insiste em manter certos objetos consigo					
10	Parece não escutar (suspeita-se de perda de audição)					
11	Fala monótona e sem ritmo					
12	Balança-se por longos períodos de tempo					

13	Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê)					
14	Fortes reações frente a mudanças no ambiente					
15	Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças					
16	Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos					
17	Ausência de resposta para expressão facial/sentimento de outros					
18	Raramente usa "sim" ou "eu"					
19	Possui habilidade numa área do desenvolvimento.					
20	Ausência de respostas a solicitações verbal envolvendo o uso de referenciais de espaço					
21	Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez)					
22	Balança as mãos					
23	Intensos acessos de raiva e/ou frequentes "chiliques"					
24	Evita ativamente o contato visual					
25	Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho					
26	Não reage a estímulos dolorosos					
27	Difícil e rígido no colo (ou foi quando bebê)					
28	Flácido quando no colo					
29	Aponta para indicar objeto desejado					
30	Anda nas pontas dos pés					
31	Machuca outros mordendo, batendo, etc					
32	Repete a mesma frase muitas vezes					
33	Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças					
34	Ausência de reação do piscar quando luz forte incide em seus olhos					
35	Machuca-se mordendo, batendo a cabeça, etc					
36	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente)					
37	Não aponta para mais que cinco objetos					

38	Dificuldade de fazer amigos					
39	Tapa as orelhas para vários sons					
40	Gira, bate objetos muitas vezes					
41	Dificuldade para o treino de toalete					
42	Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer					
43	Frequentemente muito ansioso ou medroso					
44	Franze, cobre ou vira os olhos quando em presença de luz natural					
45	Não se veste sem ajuda					
46	Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons					
47	"Olha através" das pessoas					
48	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas					
49	Frequentemente inconsciente dos perigos de situações e do ambiente					
50	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados					
51	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente					
52	Frequentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas	3				
53	Repete seqüências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por ex.)			4		
54	Destrutivo com seus brinquedos e coisas da família			2		
55	O atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses					1
56	Usa mais que 15 e menos que 30 frases diárias para comunicar-se				3	
57	Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo	4				

Interpretação:

Menor q 47= criança normal
47-53= leve probabilidade para autismo
54-67= moderada probabilidade para autismo
Maior 68= autismo

Total: ___+___+___ +___+___ =

ES= estímulo sensorial
RE= relacionamento
CO= uso corpo e objeto
LG= linguagem
PS= pessoal/social

Anexo D

*Autism Treatment Evaluation Checklist (AT EC) Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D. Autism Research Institute

Projeto/Objetivo:				
Pontuação I	II	III	IV	Total

4182 Adams A venue, San Diego, CA 92116 / fax: (619) 563-6840; / www.autism.com/ari

Este formulário pretende medir os efeitos do tratamento.
A cotação gratuita deste formulário está disponível na Internet em:
www.autism.com/atec

Nome da criança: _____ _____
(Primeiro) (Último)

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade:____ Data de nascimento: ___ / ___ /___ Data de hoje: ___ / ___ /___

Formulário completado por: _____

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

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

I . Discurso/Linguagem/Comunicação:

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

N	**P**	**V**	1. Sabe o seu nome
N	**P**	**V**	2. Responde a " Não" ou "Pára"
N	**P**	**V**	3. Consegue seguir algumas ordens.
N	**P**	**V**	4. Consegue usar uma palavra de cada vez (Não!, Comer, Água, etc.).
N	**P**	**V**	5. Consegue usar 2 palavras de cada vez (não querer, ir casa).
N	**P**	**V**	6. Consegue usar 3 palavras de cada vez (Querer mais leite).
N	**P**	**V**	7. Sabe 10 ou mais palavras.

N	**P**	**V**	8. Consegue usar frases com 4 ou mais palavras.
N	**P**	**V**	9. Explica o que ele/ela quer.
N	**P**	**V**	10. Faz perguntas com sentido.
N	**P**	**V**	11. O seu discurso tende a ter significado/relevante.
N	**P**	**V**	12. Usa, com frequência, várias frases sucessivas.
N	**P**	**V**	13. Mantém, razoavelmente bem, uma conversação.
N	**P**	**V**	14. Possui, para a sua idade, uma capacidade normal para comunicar.

II. Sociabilidade:

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

N	**P**	**M**	1. Parece estar numa concha – você não consegue chegar até ele/ela.
N	**P**	**M**	2. Ignora as outras pessoas.
N	**P**	**M**	3. Presta pouca ou nenhuma atenção quando alguém se lhe dirige.
N	**P**	**M**	4. Não cooperativo e resistente.
N	**P**	**M**	5. Não estabelece contacto ocular.
N	**P**	**M**	6. Prefere que o deixem sozinho.
N	**P**	**M**	7. Não mostra afecto
N	**P**	**M**	8. Falha em cumprimentar os pais.
N	**P**	**M**	9. Evita o contacto com os outros.
N	**P**	**M**	10. Não imita.
N	**P**	**M**	11. Não gosta de ser abraçado/aconchegado.
N	**P**	**M**	12. Não partilha ou mostra.
N	**P**	**M**	13. Não acena " adeus".
N	**P**	**M**	14. Desagradável/não obediente.
N	**P**	**M**	15. Birras
N	**P**	**M**	16. Não tem amigos/companheiros.
N	**P**	**M**	17. Raramente ri.
N	**P**	**M**	18. Insensível aos sentimentos dos outros.
N	**P**	**M**	19. Indiferente quanto ao fato de os outros poderem gostar dele.
N	**P**	**M**	20. Indiferente se o(s) pai(s) se vai/vão embora.

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

III . Consciência Cognitiva/Sensorial:

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

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

IV. Saúde/ Físico/ Comportamento:

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

N	**m**	**M**	**S**	1. Urina na cama.
N	**m**	**M**	**S**	2. Urina nas calças/fraldas.
N	**m**	**M**	**S**	3. Suja as calças/fraldas.
N	**m**	**M**	**S**	4. Diarreia.
N	**m**	**M**	**S**	5. Prisão de ventre.
N	**m**	**M**	**S**	6. Problemas de sono.
N	**m**	**M**	**S**	7. Come demais/muito pouco.
N	**m**	**M**	**S**	8. Tem uma dieta extremamente limitada.
N	**m**	**M**	**S**	9. Hiperativo.

N	**m**	**M**	**S**	10. Letárgico (apático, sem energia).
N	**m**	**M**	**S**	11. Bate ou magoa-se a si próprio.
N	**m**	**M**	**S**	12. Bate ou magoa os outros.
N	**m**	**M**	**S**	13. Tem comportamentos destrutivos.
N	**m**	**M**	**S**	14. Sensível aos sons.
N	**m**	**M**	**S**	15. Ansioso/medroso.
N	**m**	**M**	**S**	16. Infeliz/chora.
N	**m**	**M**	**S**	17. Convulsões.
N	**m**	**M**	**S**	18. Discurso obsessivo.
N	**m**	**M**	**S**	19. Rotinas rígidas.
N	**m**	**M**	**S**	20. Grita ou berra.
N	**m**	**M**	**S**	21. Exige um ambiente sempre idêntico, imutável.
N	**m**	**M**	**S**	22. Frequentemente agitado.
N	**m**	**M**	**S**	23. Não é sensível à dor.
N	**m**	**M**	**S**	24. "Enganchado" ou fixo em certos objetos/assuntos.
N	**m**	**M**	**S**	25. Movimentos repetitivos (auto estimula-se, balanceia- se, etc.).

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

Anexo E

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Qual das imagens expressa melhor a sua opinião a respeito de cada um dos itens abaixo?

1. Facilidade de acesso à consulta.



2. Tempo dispendido na sala de espera.



3. Cordialidade por parte da recepção.



4. Cordialidade do profissional.



5. Atenção dada às queixas.



6. Impressão do exame clínico.



7. Confiança despertada pelo médico.



8. Confiança na receita.



9. Explicações do médico com respeito à doença.



10. Explicações quanto ao prognóstico.



11. Satisfação com o agendamento.



12. Avaliação geral da consulta.



Por favor, sugira como o atendimento pode ser melhorado.

ANEXO FC-GAS: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS) SHAFFER ET AL., 1983.

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

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

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

Período de tempo especificado: 1 mês

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

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

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

70 | 61 Alguma dificuldade em uma única área, mas em geral funciona muito bem (ex: atos anti-sociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente realizar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com o trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança); tem algumas relacões interpessoais significativas; a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.

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

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

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

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

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

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

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

AGF – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72).

100 | 91

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

90 | 81

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

80 | 71

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

70 | 61

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

60 | 51

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

50 | 41

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

40 | 31

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

30 | 21

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

20 | 11

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

10 | 01

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

0

- Informações inadequadas.

