



**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR CURSO TERAPIA
OCUPACIONAL MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA –
METODOLOGIA SEMIPRESENCIAL DA UNIVERSIDADE
PARANAENSE - UNIPAR**

CAMILA DALLA VALLE

JAQUELINE JAHN

**SINAIS ASSOCIADOS A UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DO
AUTISMO – REVISÃO DA LITERATURA**

FRANCISCO BELTRÃO

2023

CAMILA DALLA VALLE

JAQUELINE JAHN

**SINAIS ASSOCIADOS A UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DO
AUTISMO – REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado de à Banca Examinadora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Paranaense – Campus Francisco Beltrão - PR, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional, sob orientação do prof. Maicon Henrique Silva Rocha.

FRANCISCO BELTRÃO

2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus por estar presente em cada etapa desta jornada acadêmica. Suas bênçãos nos iluminaram, dando-nos a determinação necessária para enfrentarmos os desafios que surgiram ao longo do caminho.

A nossa família queremos estender nossos mais sinceros agradecimentos. Suas palavras de encorajamento, amor incondicional e apoio constante foram essenciais para que chegássemos até aqui. Cada sacrifício que fizeram em prol do nosso sucesso não passa despercebido e é um testemunho do amor e apoio inabaláveis que sempre nos proporcionaram.

Ao nosso orientador prof. Maicon queremos expressar profunda gratidão. Sua orientação e paciência foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Suas valiosas contribuições moldaram não apenas nosso projeto, mas também o nosso crescimento acadêmico e pessoal. Seu comprometimento com nossa formação e seu constante incentivo nos motivaram a alcançar o melhor de nós.

A todos os professores, amigos e colegas que contribuíram direta ou indiretamente para o TCC, nosso muito obrigado. Esta conquista não teria sido possível sem a influência positiva de todos vocês.

Por fim queremos agradecer a todas as pessoas que de alguma forma, estiveram ao nosso lado ao longo dessa jornada. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada oração foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Este TCC não é apenas o resultado de nosso esforço, mas também do amor, apoio e crença que cada um de vocês depositaram em nós. Estamos profundamente gratas por fazer parte de uma rede de pessoas tão incríveis.

*“Diagnóstico não é
destino”*

Mário Corso

SINAIS ASSOCIADOS A UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DO AUTISMO

Camila Dalla Valle¹

Jaqueline Jahn ²

Maicon Henrique Silva Rocha³

Resumo: O autismo é um distúrbio do desenvolvimento que afeta a comunicação e o comportamento, se caracteriza por notáveis variações na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e no processamento sensorial. A intervenção precoce é de suma importância devido à neuroplasticidade, que permite o cérebro adaptar-se e crescer. Ela engloba terapias e abordagens educacionais destinadas a crianças com desenvolvimento atípico, com o propósito de fomentar o desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras, sociais e emocionais desde os primeiros anos de vida, tirando vantagem do potencial adaptativo do cérebro infantil. Nesse contexto, esta pesquisa tem por objetivo compilar dados de artigos acadêmicos e trabalhos relacionados aos sinais precoces do autismo, organizando-os em uma tabela de fácil compreensão. Essa ferramenta busca sensibilizar a comunidade em geral para os principais indicativos do autismo, proporcionando apoio aos pais e educadores na identificação precoce da condição e no encaminhamento adequado para diagnóstico e intervenção.

Palavras chave: Autismo.Diagnóstico.Sinais precoce.Neuroplasticidade.

Abstract: Autism is a developmental disorder that affects communication and behavior. It is characterized by notable variations in social interaction, verbal and non-verbal communication, and sensory processing. Early intervention is extremely important due to neuroplasticity, which allows the brain to adapt and grow. It encompasses therapies and educational approaches aimed at children with atypical development, with the purpose of fostering the development of cognitive, motor, social, and emotional skills from the first years of life, taking advantage of the adaptive potential of the child's brain. In this context, this research aims to compile data from academic articles and works related to the early signs of autism, organizing them into an easy-to-understand table. This tool seeks to raise awareness among the community in general about the main signs of autism, providing support to parents and educators in early identification of the condition and appropriate referral for diagnosis and intervention

Keywords:Autism. Diagnosis. Early signs. Neuroplasticity.

¹Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Paranaense;

²Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Paranaense;

³Docente de Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Paranaense.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo Geral	8
3.2 Objetivos Específicos	8
4. TEMA.....	8
5. PROBLEMA.....	9
6. REFERÊNCIAL TEÓRICO	9
6.1 Autismo	9
6.2 Neuroplasticidade	12
7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	15
8. INTERVENÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO PRECOCE	20
9. RESULTADOS	23
10. CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS	47

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista- TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento, com características de variedade diante de seus sintomas e intensidades apresentando déficits persistentes durante toda sua vida nas áreas de comunicação social, interação, imitação, apego a rotina e comportamentos repetitivos e estereotípias. Os níveis do TEA são divididos em três com relação ao comprometimento dos sintomas que afeta a dependência do autista, quanto maior apoio necessitar, maior será o seu nível de autismo (Gaiato, 2018).

Ainda de acordo com o autor o nível um necessita de pouco suporte, pois se apresenta funcional, porém com dificuldade nas áreas sociais e em iniciar uma conversa. O nível dois necessita suporte substancial, pois alguns de seus comportamentos repetitivos e estereotipados interferem em sua funcionalidade, apresentando dificuldade na comunicação e linguagem. O nível três requer suporte muito substancial, pois é o grau mais severo do autismo, com características mais graves na comunicação e nos comportamentos, apresentando em todas as áreas de sua vida uma grande dificuldade em ser funcional.

A neuroplasticidade é a capacidade do cérebro em fazer adaptações aproveitando o potencial em desenvolver e mudar as conexões neurais, formando novas sinapses por meio dos padrões de experiências (Haase e Lacerda, 2004). Nos autistas a neuroplasticidade vem como aliada na intervenção precoce, visto que a criança no seu primeiro ano de vida tem ganhos significativos em todas suas áreas: motoras, cognitiva, emocional, comportamental e sensorial (Norbertet *al*, 2016).

Na medida que o TEA tem ganhado visibilidade por ser um transtorno mundialmente discutido e é uma patologia que se mostra nas condutas do indivíduo, seu diagnóstico é através de instrumento de avaliações sobre o comportamento, apresentando algumas dificuldades para uma intervenção precoce. No Brasil o M-Chat se mostra muito eficaz, porém detecta sinais só a partir dos 16 meses(Backeset *al*. 2013).

Uma das problemáticas para o diagnóstico precoce é o fato de que os profissionais não possuem conhecimento dos principais marcos de desenvolvimento

típico esperado para cada idade, além disso, os pais temem frente a um diagnóstico de TEA no filho, visto que a criança pode passar grandes dificuldades na escola e comunidade. Muitas vezes o sujeito é identificado como autista apenas em idade escolar, pois seu comportamento é observado pelos professores em sala de aula (Mansur *et al.* 2017).

Os sintomas do autismo nos primeiros meses de vida são importantes para uma intervenção precoce, o objetivo deve ser de elencar os principais marcos do atraso no desenvolvimento de bebês autistas, sendo alguns deles a crianças ser muito quieta, não gostando do colo da mãe, esquiva ao contato ocular, não sorrir ou não ter interesses em outras crianças. Alguns indivíduos apresentam déficit no processamento sensorial fazendo eles chorarem muito diante de alguns toques suaves (Garcia e Lampreia, 2020).

O objetivo deste estudo é fornecer um recurso valioso para os profissionais de saúde, educação, pais, cuidadores e comunidade em geral aos sinais que parecem sutis, porém que sempre estão acompanhando a vida do autista, sendo imprescindível os responsáveis estarem atentos ao conjunto de sintomas que dizem a respeito da falta de interação social, comunicação não verbal e verbal, comportamentos repetitivos e estereotípias e apego a rotina (Santos; Silva e Vieira, 2022).

A intervenção precoce além de possibilitar uma vida normal e independente para a criança, faz com que ela se sinta incluída na sociedade como um indivíduo funcional, melhorando as interações em conjunto com escola, família e terapias (Castro e Costa, 2020).

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem o intuito de organizar as informações presentes nos artigos de revisão, relatando os sinais do autismo e a importância de uma intervenção precoce de acordo com cada autor, organizado através de uma tabela, ficando desta forma de fácil compreensão os dados e auxiliando a comunidade geral com tais informações para que possam observar seus filhos ou crianças sob seus cuidados e sendo necessário as encaminhando para o tratamento adequado.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Realizar um levantamento teórico acerca dos diversos sinais que as crianças apresentam na comunicação e interação social, associados à um diagnóstico precoce do TEA, com intuito de destacar a relevância de uma intervenção precoce para melhor prognóstico do autista.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura, afim de contribuir para a comunidade científica, pais e profissionais a importância que um diagnóstico precoce;
- Organizar, através de uma tabela, a produção científica de autores sobre o tema;
- Descrever sobre as intervenções viabilizando a estimulação precoce que podem ser realizadas em crianças para um melhor resultado na vida adulta.

4. TEMA

Foi abordado o TEA como um transtorno presente em crianças atualmente, com o diagnóstico precoce apresentando-se como um tópico de extrema importância; dessa forma a neuroplasticidade contribui muito para o sujeito autista desenvolver áreas sociais em que apresentam dificuldades, sendo analisados os instrumentos de avaliações para detectar um transtorno do neurodesenvolvimento, investigando na literatura os sinais que os autistas demonstram nos primeiros anos de vida, levando à uma compreensão mais aprofundada e informada sobre TEA, visando um melhor prognóstico e um futuro mais promissor para os autistas.

5. PROBLEMA

O transtorno do espectro autista, uma vez apresentando-se como um espectro, possui níveis e sinais variados para cada indivíduo, sendo uma das problemáticas a heterogeneidade entre estes. O diagnóstico do autismo, por não ser comprovado com exames laboratoriais - apenas análises sobre os comportamentos, gera dificuldades em ser detectado nos primeiros meses de vida, tornando imprescindível que os cuidadores fiquem atentos às condutas que as crianças apresentam, e isto é uma grande barreira para a intervenção precoce.

6. REFERÊNCIAL TEÓRICO

6.1 Autismo

O transtorno do espectro do autismo- TEA é caracterizado por um cognitivo atípico, possuindo déficits nas áreas de: comunicação, interação social, comportamentos e imaginação, podendo apresentar ainda um déficit mental associado (Nilsson, 2004).

Para Santos e Ramos (2019 p. 25) o “TEA pode ocorrer por questões variadas de genéticas, infecções e acidentes, sendo de 25 a 40% associado por síndromes neurológicas”. O autismo não possui origem específica, porém questões genéticas e ambientais são as mais apontadas para o surgimento. Gaiato (2018) aponta que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento em que certas funções neurológicas não se desenvolvem de maneira típica nas áreas cerebrais das pessoas afetadas.

De acordo com o DSM 5 ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2015) houve uma grande mudança nos diagnósticos dos transtornos globais do desenvolvimento, entendidos como síndrome de Asperger, síndrome de Rett e outras síndromes que se enquadram com sintomas de déficit na linguagem, interação social, interesses restritos, apego com a rotina e estereotípias, as mesmas foram agrupadas como sendo transtorno do espectro autista ou perturbação do espectro autista (PEA), com intuito de que todos os indivíduos portadores da doença

tenham seus direitos garantidos independentemente do nível de comprometimento e quantidades de sintomas que apresentem.

Esses indivíduos possuem uma maneira literal de compreender as instruções que são faladas, movidos pelo modo como pensam e compreendem conceitos como o abstrato e visual. Associado a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, seus sintomas são notados mais precisamente nos três primeiros anos de idade (Steyer; Lamoglia e Bosa, 2018; Nothohm, 2014).

As comorbidades dentro do TEA são comuns podendo existir outros transtornos e sintomas associados sendo a deficiência intelectual a mais comum, com prevalência de 50% a 70%, a epilepsia apresenta 10% de prevalência. De acordo com o DSM 5 cerca de 70% dos indivíduos com TEA são diagnosticados com outras doenças simultaneamente (Gaiato, 2018).

Sintomas como déficit na comunicação se manifestam de maneira diferente para cada autista, começando precocemente com um declínio nas habilidades sociais. A partir dos seis meses o bebê autista apresenta mais interesse em objetos, diminuindo interações com pessoas à sua volta, apresentando pouco ou nenhum episódio de sorrisos intencionais, tendo pouca reatividade quanto às expressões faciais de suas emoções, pouca interação com olhar, além de atenção compartilhada prejudicada (Caminha *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Caminha *et al.* (2016) a atenção compartilhada é fundamental compreender que esta desempenha um papel crucial no desenvolvimento pré-linguístico e na competência social das crianças. Nesse contexto um adulto se torna um modelo de referência, demonstrando através do exemplo como direcionar a atenção para um objeto de interesse mútuo. Isso implica não apenas observar, mas também imitar as ações do adulto enquanto ambos compartilham o mesmo foco. Essa interação envolve o estabelecimento de um plano como pegar um copo de água e incentivar a criança a participar ao apontar, conversar e solicitar sua colaboração. Observar como um adulto lida com a situação é importante para que a criança possa aprender e imitar esse comportamento de maneira eficaz.

Nas crianças com transtorno do espectro autista é notável a dificuldade em manter a atenção voltada para adultos. Muitas vezes essas crianças preferem lidar com as tarefas por conta própria, sem considerar a possibilidade de buscar informações ou compartilhar experiências. Existem ainda autistas denominadas de

autistas de alto funcionamento, que são indivíduos com o diagnóstico do autismo e que possuem habilidades ocupacionais mais desenvolvidas (Consolini; Lopes; Lopes, 2019).

Em casos de autismo de alto funcionamento as dificuldades na comunicação persistem, embora possam aprender a falar, enfrentam desafios na interpretação da própria linguagem. Com intervenções adequadas podem adquirir habilidades linguísticas, ainda que limitadas, manifestando comportamentos de ecolalia imediata (repetição do que ouviu recentemente) e ecolalia tardia (repetição de palavras ou frases que ouviu há um tempo atrás) (Nilsson, 2004).

Conforme Caminha *et al.* (2016), a interação social no autismo é consideravelmente prejudicada, tendo dificuldades em realizar expressões faciais diante de uma piada, por não entenderem o contexto no sentido figurado, possuindo um padrão de comportamento onde apresentam-se deveras focadas em objetos que não são relevantes para crianças típicas como uma rodinha de carrinho passando longos períodos observando estes objetos, sem interesse no envolvimento de brincadeiras grupais.

Padrões de comportamento anormais e repetitivos podem ser notados na criança através dos estereótipos manifestados em gestos como balançar as mãos, cabeça ou outras partes do corpo, assim como comportamentos agressivos, mordendo pessoas ao seu redor, agredindo pessoas próximas e também machucando a si mesmo (Ranalli, 2022).

A principal diferença entre os níveis e o quanto o indivíduo com TEA necessita de apoio é que quanto maior sua demanda, maior será seu nível de comprometimento (Gaiato, 2018). O autor explica que os níveis são classificados em: Nível 1, onde necessitam de pouco apoio e pouca intervenção terapêutica, uma vez capazes de serem funcionais e comunicativos, porém precisam de auxílio para iniciar uma socialização, na mudança de rotina, nos comportamentos de interesses restritivos e repetitivos. Essas condutas apresentam-se como as principais barreiras na funcionalidade plena do indivíduo.

No Nível 2 os indivíduos necessitam de mais apoio e intervenção quando comparados ao Nível 1; mesmo com suporte é notável sua dificuldade em socializar. Seus comportamentos de interesses restritos e repetitivos interferem na sua funcionalidade de vida diária, eles evitam sair da rotina e ficam irritados quando isso acontece (Gaiato, 2018).

Já no Nível 3 os indivíduos precisam de apoio intenso e intervenções específicas, eles enfrentam consideráveis desafios para iniciar uma conversa e/ou manter um diálogo, olhar nos olhos, demonstrar interesse na companhia dos pais, fazer imitação de ações que não são verbais ou demonstrarexpressivamente as emoções. Mesmo com suporte/apoio, seus comportamentos de padrões restritos e repetitivos podem prejudicar a capacidade de realização das atividades cotidianas afetando sua funcionalidade geral (Gaiato,2018).

É possível afirmar de acordo com Caminha *et al.* (2016), que diante da crescente repercussão que o TEA obteve nos últimos anos, como um dos transtornos mais presentes nas crianças (um autista a cada oitenta e oito crianças típicas), identificou-se uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino. Os estudos indicam como um dos motivos do crescimento desse diagnóstico o fato dos profissionais e pais reconhecerem mais facilmente a possibilidade do quadro, uma vez que as informações sobre os níveis do TEA apresentam-se atualmente mais acessíveis, com vídeos curtos e interativos de mães com filhos autistas que compartilham suas vivências nas redes sociais e o assunto ser mais discutido em palestras e escolas, desmistificando o transtorno (Caminha *et al.*, 2016).

Em suma o TEA tem ganhado visibilidade diante da sociedade, não sendo visto apenas os casos graves de autismo edeixando à margem os rótulos que foram dados ao longo dos anos no que se refere à alguns comportamentos como sendo birras e má educação. Pode ser observado a expansão que a patologia obteve por meio daLei Berenice Piana, decretada pelo Congresso Nacional e instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista(Caminha *et al.*, 2016).

6.2 Neuroplasticidade

O movimento dos membros do corpo para realizar uma tarefa requer do sistema neuromusculoesquelético processamentos complexos; a ação de pegar um objeto sobre a mesa envolve vários componentes como: sensório motores, processamentos perceptuais, componentes musculoesqueléticos, motores e aspectos temporais(Erhardt e Merrill, 2022).

Ainda de acordo com os autores, a habilidade de selecionar a roupa adequada ao clima, necessita desempenho em vestir-se, mobilidade funcional, consciência sensorial, processamento sensorial, processamento visual, constância de forma, integração cognitiva e componentes cognitivos como o sequenciamento, nível de vigília, orientação e componentes musculares como amplitude de movimento, tônus muscular, coordenação viso-motor, praxe, lateralidade e lateralidade.

Aparentemente, as atividades do cotidiano são ações realizadas de maneira automática pelos seres humanos, porém ao analisar as tarefas como um todo, tais feitos se tornam possíveis graças à uma junção de cérebro, sistema musculoesquelético e sistema sensorial (Rosa, 2002). Ainda de acordo com a autora, quando ocorre uma alteração nos mecanismos cerebrais, sejam eles sinápticos ou estruturais, provenientes de lesões como o acidente vascular encefálico - AVE, esses efeitos podem constituir um desafio ao indivíduo e as conexões e funções do cérebro poderão apresentar-se significativamente comprometidas. Porém, devido a um componente chamado 'neuroplasticidade' o corpo pode ser capaz de reabilitar-se e tornar a realizar a função esperada/desejada.

A plasticidade neural ou neuroplasticidade é a capacidade do sistema nervoso central em desenvolver-se de forma funcional com os neurônios ativos, permitindo que o cérebro se reorganize em suas estruturas e conexões sinápticas para que seja cumprido um objetivo. O cérebro humano é adaptativo e a depender dos estímulos ambientais pode se rearranjar para produzir uma atividade de forma funcional (Haase e Lacerda, 2004).

A neuroplasticidade não se refere a um processo de cura, mas é usada para designar a função que os neurônios saudáveis desempenham no sentido de estabelecer ou manter uma união quando acontece algo que prejudique o sistema nervoso como um traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral ou outros acometimentos (Haase e Lacerda, 2004). Para Rosa (2002), outro conceito que abrange a neuroplasticidade é a propriedade do sistema nervoso que permite o desenvolvimento de alterações estruturais em resposta a experiências e como adaptação a condições mutantes e estímulos repetidos. Desta forma aprender ou reaprender uma atividade está diretamente ligado a capacidade do sistema nervoso central em realizar a neuroplasticidade.

Várias são as etapas que a plasticidade cerebral realiza. Oliveira *et al.* (2001) define a plasticidade neural em três estágios, desenvolvimento, aprendizagem e lesão neural. O primeiro estágio é onde ocorre a maturação do sistema nervoso, ainda em período embrionário e se estende após o nascimento. Dessa forma o feto sofre influências de fatores genéticos e intrauterinos. Porém, fatores ambientais externos podem contribuir para estímulos cerebrais que desencadearão alterações morfológicas das células neuronais, mudando a atividade cerebral e contribuindo de forma benéfica ou prejudicial na atividade nervosa.

O estágio de aprendizagem ocorre a partir do nascimento e acompanha o indivíduo durante toda a vida. São aprendizagens obtidas e armazenadas para utilizar quando necessário. Acontece por meio da alteração das estruturas das células nervosas e das sinapses, promovendo o aparecimento de novas terminações e aumentando a área sináptica funcional (Rosa, 2002).

Quando há uma lesão no sistema nervoso central algumas regiões cerebrais ficam com déficits físico-químicos que alterarão a dinâmica das sinapses pelas áreas cerebrais, levando à acometimentos de diferentes níveis e intensidades que podem ser reversíveis ou não. Após a lesão neuronal é definido o último estágio que ocorrem novas funções sinápticas na sequência da perda de conexões originais (Rosa, 2002).

Para Ekman (2019) existem duas formas de como ocorre a proliferação celular neuronal:

Os brotamentos regenerativos dizem respeito ao crescimento de um neurônio lesado, formando uma nova sinapse com neurônios saudáveis. Isso pode levar ao restabelecimento de uma função. Já nos brotamentos colaterais, um neurônio saudável pode intensificar suas ramificações realizando sinapses com células lesadas. A regeneração funcional de axônios ocorre, com mais frequência, no sistema nervoso periférico, porque a produção de um fator de crescimento pelas células de Schwann, contribui para essa recuperação, que de fato, é muito lenta (Ekman, 2019, p. 25).

De acordo com Rosa (2002) existem mais dois processos neoplásticos definidos como supersensibilidade de desinervação e ativação de sinapses latentes. O primeiro consiste no desenvolvimento de novos sítios receptores na membrana da célula pós-sináptica em resposta ao transmissor, liberado pelos outros axônios próximos. Isso ocorre porque em caso de desinervação a célula pós-sináptica não recebe mais o controle de sensibilidade aos estímulos químicos da célula pré-sináptica. O segundo processo se baseia no recrutamento ou ativação de sinapses

que estão morfológicamente presentes, porém em estado funcional inativo. Dessa forma, quando ocorre lesão de outras vias de uma determinada função, essas sinapses tornam-se desinibidas ou funcionais.

Já Norbert *et al.* (2016) explica que a neuroplasticidade acompanha os indivíduos por toda a vida, porém nos primeiros meses de existência é que ocorre de maneira exponencial. Desse modo, no seu primeiro ano de vida a criança tem uma série de aquisições psicomotoras fundamentais para o seu desenvolvimento como ganhos motores, sensoriais, cognitivos, emocionais e comportamentais, fazendo parte da aprendizagem na primeira infância nessa etapa. Tais aprendizagens ocorrem de maneira rápida e são pré-requisitos para a obtenção de aquisições futuras.

De acordo com Rosa (2002), crianças que forem submetidas a um ambiente rico em estímulos diversos, respeitando suas características e limitações têm a neuroplasticidade como resultado na aprendizagem efetiva. Ainda segundo a autora, pessoas que realizam os estímulos na criança tem papel de auxiliar em seu desenvolvimento de forma saudável, aprimorando as aquisições cognitivas, sensoriais e motoras.

7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O transtorno do espectro autista sendo um transtorno do neurodesenvolvimento global de etiologia ainda incerta e não possuindo exame laboratorial ou de imagem capaz de realizar um diagnóstico concreto, é avaliado através da história clínica do paciente e por meio de observação dos comportamentos apresentados (Seize;Borsa, 2017).

Para as autoras acima citadas, os sinais e comportamentos apresentados pelo transtorno do espectro autista podem ser identificados de maneira precoce, uma vez que algumas características são observadas antes dos 36 meses de idade da criança, oferecendo desta forma a estimulação que possui papel fundamental na neuroplasticidade, fazendo com que a criança adquira uma aprendizagem funcional das habilidades e com isso promova uma melhor qualidade de vida. Estudos realizados demonstram que crianças com TEA que foram submetidas a intervenção

precoce possuíram um ganho significativo no aspecto voltado a linguagem e inteligência verbal (Seize; Borsa, 2017).

Embora a média de idade para o diagnóstico do autismo seja de cinco a sete anos, a American Academy of Pediatrics relata que o rastreamento do transtorno pode ser realizado entre os 18 e 24 meses de idade (Seize; Borsa, 2017). Os instrumentos de avaliação auxiliam na identificação do TEA atuando na detecção de comportamentos atípicos e contribuindo para o diagnóstico. Cabe ainda destacar que apenas o médico neurologista pediátrico ou psiquiatra infantil pode conceder o diagnóstico de autismo (Mancini *et al.*, 2002). Estas ferramentas avaliativas podem variar quanto a seu formato de aplicabilidade e o nível do transtorno.

Para Seize e Borsa (2017) os formatos podem ser separados em questionários, observação ou escalas, e em relação ao nível pode ser dividido em Nível 1 e 2, sendo o Nível 1 com o objetivo de identificar crianças que possuem risco de apresentar o TEA na população em geral e o Nível 2 a aplicação de escalas para identificar o autismo em crianças que já possuem atraso no desenvolvimento e estão no grupo de risco para o transtorno. Existem diversos instrumentos de avaliação que auxiliam na detecção do autismo norteando pais, educadores, profissionais da saúde e população em geral com informações importantes e que posteriormente podem contribuir na análise e conclusão do diagnóstico do autismo pelo médico responsável (Mancini *et al.*, 2002).

Backes *et al.* (2013) realizaram uma revisão sistemática no Brasil sobre os instrumentos de avaliação para o autismo de forma precoce na população brasileira e identificaram que existem poucas avaliações com esta finalidade. Ainda de acordo com o estudo é possível concluir que apenas a Modified Checklist for Autism in Toddlers - M-CHAT é um instrumento capaz de rastrear os sinais precoces do autismo no Brasil.

A escala M-CHAT consiste em um questionário que apresenta duas outras continuações: o M-CHAT-R e O M-CHAT-R/F. O questionário M-CHAT é classificado em Nível 1 e pode ser respondido pelos pais, sendo que sua aplicabilidade se dá em crianças de 16 a 30 meses de idade. Composto por 23 questões abordando áreas como relações pessoais, interação, sensibilidade, resposta auditiva, comunicação verbal e não verbal, imaginação e repertório, compreensão, comportamento, imitação, uso corporal, nível de atividade, uso de objetos e atenção. O avaliador

apenas marca um “x” nos campos “sim” e “não” ao lado de cada pergunta e ao final é realizada a soma dos pontos para análise dos dados (Schopler *et al.*, 1988).

Ainda de acordo com o autor a pontuação deve ser interpretada da seguinte forma, de zero a dois pontos significa chance baixa de se confirmar o diagnóstico não havendo a necessidade de investigações mais profundas, porém sugere-se que a escala seja repetida após os dois anos de idade. De três a sete pontos o grau de risco é considerado moderado e o profissional segue para a aplicação da segunda etapa da escala (entrevista de seguimento), a fim de coletar maiores informações.

De oito a vinte pontos o grau de risco é alto e os pais ou o aplicador devem encaminhar o paciente a um especialista para a confirmação do diagnóstico de autismo. Para esta pontuação não há a necessidade da sequência da aplicação para a entrevista de segmento (Schopler *et al.*, 1988).

As sequências da escala M-CHAT chamadas M-CHAT-R e a M-CHAT-R/F também são classificadas em Nível 1 e podem ser utilizadas para realizar a triagem ou avaliação preliminar sobre o Transtorno do Espectro Autista, chamado pelo autor de risco de Perturbação do Espectro do Autismo - PEA, aplicável em bebês de 18 a 24 meses de idade (Almeida, 2009).

A escala M-CHAT-R possui 20 perguntas direcionadas aos pais, com alternativa “sim” e “não” que pode ser levada para ser respondida em casa e devolvida posteriormente para a obtenção do resultado final, que será classificado de acordo com a pontuação obtida. A classificação é dividida em baixo, moderado e alto risco. Baixo risco são resultados com pontuação de zero a dois pontos. Caso a criança avaliada tenha menos de 24 meses de idade, é indicado repetir o M-CHAT ao completar os 24 meses (Almeida, 2009).

Risco moderado é quando a pontuação for entre três e sete pontos, havendo a necessidade de continuar a escala para a entrevista de segmento, etapa denominada M-CHAT-R/F. Já o alto risco compreende uma pontuação entre oito e vinte pontos e tem a necessidade de continuar na segunda etapa para a entrevista de segmento e posterior encaminhamento da criança para realizar investigação mais aprofundada do possível diagnóstico de TEA. Cabe destacar a possibilidade nesta etapa de encaminhar a criança para a intervenção precoce (Almeida, 2009).

Ainda de acordo com Almeida (2009) existem questões principais que podem indicar risco para o transtorno como as perguntas dois, cinco e doze, sendo respectivamente: “Já alguma vez se interrogou se a sua criança poderia ser surda?”,

“A sua criança faz movimentos involuntários com os dedos perto dos olhos, por exemplo: abana os dedos perto dos olhos?” e “Ela fica incomodada com os ruídos do cotidiano?”. Essas questões, caso respondidas como positivas na avaliação podem indicar risco elevado para o transtorno.

Segundo a escala de avaliação traduzida por Almeida (2009), nem sempre que há uma pontuação sugestiva do TEA representa risco do transtorno, porém é importante que o paciente continue a ser acompanhado, pois se houver escore sugestivo de TEA e não apresentar o autismo, pode haver outros transtornos do neurodesenvolvimento.

É indicado nas crianças que passaram pela avaliação do M-CHAT-R com idade menor de 24 meses que sejam reavaliadas quando completarem os dois anos de idade, garantindo que abordem as possíveis mudanças no desenvolvimento da criança ao longo do tempo com um diagnóstico seguro.

A M-CHAT-R/F é um questionário complementar ao M-CHAT-R e deve ser aplicado com crianças de 16 a 30 meses de idade caso o questionário M-CHAT-R sugira autismo. As perguntas são basicamente as mesmas, porém agora estão organizadas em formato de organograma ao invés de assinalar “sim” e “não”, constam as opções “passa” e “falha”, possuindo exemplos que auxiliam o aplicador a responder. A opção “passa” faz referência à ação como que é realizada de forma natural e “falha” faz referência à criança não realizar a atividade (Almeida, 2009).

Além disso, o autor também menciona que a escala indica a necessidade de intervenção precoce nos casos em que a pontuação sugira alto risco, bem como a importância de encaminhar a criança para uma avaliação diagnóstica de Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou outro transtorno do desenvolvimento.

Outra escala considerável descrita no trabalho de Seize e Borsa (2017) foi a ADEC – AutismDetection in Early Childhood (Detecção de Autismo na Primeira Infância), que pode ser aplicada em crianças de até três anos sendo um instrumento dividido em Níveis 1 e 2, onde o Nível 2 remete à aplicação em indivíduos que apresentem riscos para o autismo. Cabe ressaltar que esta escala tem uma estrutura similar aos critérios diagnósticos descritos no DSM-5, porém sua aplicabilidade não está disponível em português.

De acordo com o trabalho de Alves (2018), a ADEC é uma ferramenta de análise do comportamento da criança de forma interativa e sugere que o examinador

chame a criança pelo nome enquanto a mesma estiver entretida com um brinquedo ou tarefa, estando a pelo menos 60 centímetros de distância e realizando o chamado por duas vezes. Ainda de acordo com o autor, as crianças com cerca de nove meses com o TEA respondiam minimamente ao chamado, permanecendo desta forma até os 24 meses.

A CARS – ChildhoodAutismRatingScale (Escala de Pontuação para Autismo na Infância) é uma ferramenta de pontuação em forma de questionário, usada de maneira frequente por profissionais da saúde. Sua aplicabilidade ocorre a partir dos 24 meses de idade e é composta por 14 subitens avaliativos (Almeida, 2009). É uma ferramenta onde o resultado se dá através de pontuações atribuídas e que podem ocorrer de forma que permita que tais pontos variem de números inteiros, entre 1 e 4, a números decimais. Por exemplo se em alguma questão o comportamento analisado for maior que 1, mas nem tão marcante para se avaliar como 2, o profissional pode atribuir 1,5 pontos (Bueno, 2019).

A estimativa dos resultados ocorre após a somatória das notas, sendo que uma pontuação entre 30 e 36 indica a presença de sintomas leves a moderados do TEA, e pontuações acima de 37 indicam sintomas graves (Schopler *et al.*, 1988).

Para Maia e Assumpção (2021) a ATA – Avaliação de Traços Autísticos é outro método que auxilia no prédiagnóstico do autismo por meio de um questionário voltado à profissionais da saúde e organizado em 23 subescalas com uma pontuação variável de zero a dois pontos, aplicado também a partir dos dois anos de idade.

Neste questionário se analisam as condutas da criança, o avaliador deve ler e analisar as sentenças descritas e em cada uma delas deve marcar um “x” no comportamento que a criança apresenta. Se apenas um comportamento for percebido, a pontuação será “1” naquele item, se dois ou mais itens forem assinalados a pontuação será de “2”, caso nenhuma sentença seja assinalada a pontuação é zero. A somatória dos pontos é o que norteia o nível de comprometimento da criança. Ao final somam-se os pontos e sugere-se traços de autismo ao se obter um score de no mínimo 15 pontos (Maia e Assumpção 2021).

Seize e Borsa (2017) mostram outra escala de avaliação para a detecção precoce de sinais do autismo chamada POEMS – ParentsObservationof Early MakersScale e que possui 61 itens de observação classificada em Nível dois. Esta escala está disponível apenas em inglês e os artigos que se referem a ela também,

dificultando o acesso; porém foi observado no estudo dos autores que esta é uma avaliação possível de ser aplicada em crianças a partir de um mês de idade o que auxiliaria de forma exponencial no diagnóstico e intervenção precoce.

8. INTERVENÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO PRECOCE

A suspeita de TEA pode acontecer nos primeiros meses de vida do bebê, os sinais surgem quando ele não olha para mãe, tem menos interação com os pais, prefere brinquedos e ficar isolado, isso antes dos 12 meses, sendo importante a intervenção precoce mesmo sem um diagnóstico fechado, pois a criança irá evoluir por conta da neuroplasticidade, destacando assim que a intervenção é suspensa apenas quando os sintomas desaparecem caso não seja uma criança com TEA. A principal importância do diagnóstico precoce para os autistas é pelo motivo de proporcionar uma melhora no seu comportamento, interação, imitação e comunicação (Caminha *et al.*, 2016).

Santos *et al.* (2020) apontam que os profissionais de saúde devem estar instruídos sobre as características do TEA, suas particularidades e o quanto o indivíduo apresenta atraso no desenvolvimento comportamental e cognitivo conforme sua idade, devendo os profissionais saberem o melhor instrumento a usar na avaliação.

Segundo Mansur *et al.* (2017), uma das barreiras para a intervenção precoce está nos cuidadores, pais e profissionais da saúde não identificarem os marcos de desenvolvimento na comunicação típica para a idade da criança, visto que o autismo nos primeiros anos de vida apresenta maior déficit na área de comunicação e interação social. Eles ainda relatam que a maioria dos indivíduos com TEA recebem diagnóstico em idade escolar, superior a cinco anos, sendo os fatores para essa questão a diversidade dos sintomas dentro do espectro autista e profissionais que não estão treinados quanto aos sinais precoces uma vez que a criança apresenta de forma sutil alguns sintomas (Mansur *et al.*, 2017).

Diante disso os autoressupracitados mencionam as principais frases que os cuidadores ouvem de profissionais não qualificados sobre TEA: “a criança tem seu próprio tempo para começar a conversar e andar”, porém sabe-se que isso é um sinal de TEA quando o marco de desenvolvimento for tardio, sendo de extrema relevância mais profissionais qualificados na saúde pública, apontando os sinais precoces como um sinal de alerta para os devidos encaminhamentos, com os profissionais adequados para atender os autistas e seus pais sobre um possível diagnóstico precoce, possuindo dessa forma mais chances de êxito com uma intervenção interdisciplinar (Mansur *et al.*, 2017).

Conforme Gaiato (2018), a intervenção com crianças autista precisa acontecer em torno de 15 a 40 horas por semana, sendo a família instruída a favorecer estimulação necessária para o sujeito observando sua demanda e particularidades por meio de consultas, anamnese e avaliação do comportamento com os profissionais qualificados. A escola exerce papel fundamental no processo de aprendizagem do TEA, estimulando por meio de brincadeiras em grupo a interação e o convívio social.

O indivíduo necessita de apoio significativo para mudar seus comportamentos estereotipados e repetitivos; a intervenção é voltada para os comportamentos que são adequados, reforçando-os, e eliminando os que são inadequados, por meio de diferentes abordagens como a análise de comportamento aplicada - ABA, modelo Denver de intervenção precoce- ESDM, tratamento e educação de crianças autistas e com desvantagens na comunicação-TEACCH sistema de comunicação por troca de figuras- PECS. Estes são alguns exemplos de métodos para terapias em TEA, ressaltando que uma melhor intervenção faz imprescindível o conjunto de família, escola, equipe multiprofissional e terapias integradas (Gaiato, 2018).

A estimulação ou intervenção precoce tem o objetivo de através de técnicas específicas, estimular o cérebro da criança, desenvolver a capacidade de aprendizagem e adaptação ao meio através da neuroplasticidade. O estímulo cria a capacidade de adaptação do cérebro, potencializando as pequenas capacidades, estimulando a criança a instigar o meio à sua volta e fazendo com que ocorra o desenvolvimento de forma progressiva (Perin, 2010). Cada criança desenvolve sua prática, cabendo aos demais ao seu redor criar situações que possam estimulá-las, instigando sua práxis de forma global, associando ao intelecto e buscando a

autoaprendizagem, autoestima e desenvolvendo aspectos sociais (Alveset *al.*, 2009).

A estimulação precoce oferece a oportunidade de aproveitar a neuroplasticidade através de exercícios adequados para cada criança, levando em consideração a patologia que possam apresentar. Cada fase do desenvolvimento é única e requer uma compreensão profunda para garantir que o sistema nervoso amadureça de maneira apropriada. Além disso, a estimulação precoce se apresenta como uma maneira de envolver os pais e as crianças, sem a necessidade de gastos elevados, e pode ser iniciada no ambiente doméstico. (Mattos e Bellani, 2010).

As autoras afirmam ainda que a estimulação é feita através de atividades lúdicas que chamem a atenção da criança para o aprendizado, criando experiências sensoriais e de desenvolvimento motor, com resultados a curto, médio e longo prazo.

O rastreamento e a intervenção precoce para o TEA durante a primeira infância são de suma importância, pois quanto antes for iniciada a estimulação, melhores serão os resultados sociais, sensoriais, cognitivos e de linguagem aumentando as chances de um prognóstico favorável (Santos; Silva e Vieira, 2022).

Ainda de acordo com os autores, a criança autista apresenta dificuldades no simbolismo das palavras e atitudes, podendo então terapeutas e pais intervirem com jogos simbólicos durante o atendimento para estimular a intenção comunicativa, resolução de problemas e demais componentes que possam levar a uma interação social mais eficaz. Outro aspecto relevante é que a participação dos pais é importante nesta fase de estimulação em razão da relevância de se trabalhar com a criança em vários ambientes, contextos e com núcleos diferentes de pessoas (Santos; Silva e Vieira, 2022).

Erhardt e Merrill (2022) afirmam que a intervenção em terapia ocupacional busca promover adaptações da criança ao meio, levando em conta fatores como patologia, contexto social, familiar, escolar e comunitário. Essa intervenção visa evitar possíveis complicações secundárias que poderiam surgir durante o seu desenvolvimento. A intervenção pode ocorrer combinando várias condutas teóricas, mas trazendo o raciocínio clínico para escolher estratégias individualizadas de acordo com a necessidade do paciente; desta forma a terapia ocupacional utiliza-se

de domínios distintos, podendo citar: o desenvolvimento, controle motor, equipamentos de posicionamento e adaptação.

As condutas terapêuticas para estimular o desenvolvimento saudável consistem em utilizar técnicas para inibir os padrões de desenvolvimento anormal, facilitar os movimentos normais e melhorar o tônus muscular; desta forma o paciente desenvolve a capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma autônoma através do aprendizado dos movimentos ativos e automáticos, resultando em movimentos controlados e propositais (Erhardt e Merrill, 2022).

Por ter diagnóstico tardio a intervenção no autismo pode demorar a ocorrer, levando a vários prejuízos de desenvolvimento, porém se a criança for submetida a estimulação de forma precoce pode apresentar saltos significativos nas habilidades multidisciplinar (Oliveira, 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) o melhor tratamento para o autismo é a intervenção precoce, mesmo quando houver apenas suspeita.

Portanto quanto mais frequentes forem os estímulos sensoriais (táteis, auditivos, olfativo, visual, gustativo, proprioceptivo e vestibular) nos primeiros anos de vida da criança com TEA (diagnóstico conclusivo ou suspeita), maiores chances ela terá em ampliar seu repertório de aprendizagem e menos sintomas do transtorno podem ser desenvolvidos, contribuindo assim para um desenvolvimento saudável e aprendizado eficaz para os responsáveis (Castro e Costa, 2020).

9. RESULTADOS

Para realizar a tabela abaixo buscamos na literatura estudos realizados sobre os traços autísticos precoces, para esta pesquisa foi selecionado apenas materiais em português com as seguintes palavras chave: autismo, sinais precoces, diagnóstico e características, publicados nos últimos 15 anos.

Ao pesquisar na base de dados Scielo foram encontrados 32 artigos que a julgar pelo título, palavras chave e após a leitura dos resumos, selecionaram-se os que se encaixavam no tema proposto, onde descreviam os sinais do autismo de forma detalhada relacionando-os com a idade. Após a leitura do artigo na íntegra excluíram-se dois artigos que não atendiam aos requisitos esperados, pois não

descreviam as características do autismo relacionadas com a idade, apenas relatando escalas de avaliação, que foram utilizados no decorrer do trabalho.

A tabela abaixo descreve os sinais precoces do autismo encontrados em cada um dos trabalhos selecionados e está ordenada por ano, de forma crescente contendo o autor, ano, tipo de estudo, idade e a descrição dos sinais precoces encontrados.

Tabela 1- Resultados encontrados entre 2008 e 2023 com base nos filtros selecionados

Autor/Ano	Amostra	Idade	Descrição dos sinais Autísticos
Oliveira (2009).	Artigo de Revisão.	Primeiros meses de vida (não especificado).	O atraso é evidente nas áreas da interação social, da linguagem e do jogo cujas aquisições se apresentam sempre a um nível inferior ao esperado para a idade cronológica e mental da criança. O desempenho não verbal pode mesmo estar acima da idade cronológica em crianças com autismo sem déficit mental. O desvio é bem notório em quase todas as crianças com autismo, pela ordem não sequencial das aquisições do desenvolvimento.
Oliveira (2009).	Artigo de Revisão.	Primeiros meses de vida (não especificado).	Aptidão de a criança seguir o olhar os gestos como apontar do parceiro social e deste modo partilhara sua referência visual. Capacidade de responder a atenção conjunta, a criança segue a indicação dada pelo interlocutor para um objeto ou evento. Capacidade da criança iniciar a atenção conjunta,

			espontaneamente indicando por olhar ou gestos como estender a mão e apontar.
Oliveira (2009).	Artigo de Revisão.	12 e 18 meses de idade.	Visual (interesse visual atípico, mais fixado nos objetos que na face humana). Motora (atraso nas aquisições motoras tanto na motricidade fina como global e maneirismos motores. Brincar (atraso na imitação motora, manuseio dos objetos limitado a movimentos repetitivos em vez de exploração funcional e simbólica como rodopiar as rodas do carro em vez de o usar para brincar). Comunicação social (olhar desviante, dificuldades em responder ao nome e em imitar, pouco interesse social, pouca partilha emocional positiva). Linguagem (atraso na vocalização recíproca, na aquisição das palavras com déficit na compreensão de ordens e dos gestos). Dificuldades em aprender atividades diárias.

Oliveira (2009).	Artigo de Revisão.	Até os 18 meses.	Fatores considerados de risco para autismo: ter irmãos com autismo; os pais estarem preocupados; outras pessoas que convivem com a criança estarem preocupadas; o médico ficar preocupado. Cada uma destas alíneas vale um, o risco máximo terá uma cotação de quatro.
Lampreia (2009)	Artigo de pesquisa dos estudos prospectivos longitudinais.	0 a 12 meses de idade.	Déficits em habilidades sociais como a antecipação ao ser pego, demonstração de afeto para pessoa familiar, interesse em crianças, tentar alcançar pessoa familiar e jogos simples de interação com outros. Nos primeiros 6 a 8 meses os bebês afetados apresentaram atenção visual a pessoas diminuída, procuraram menos as pessoas e se engajaram menos em intercâmbios sociocomunicativos através do sorriso e da vocalização. Atraso ao sorrir e ao andar, maior frequência de objetos a boca, mais aversão ao toque social, menos orientação para estímulos sociais.

Visani e Rabello (2012).	Análise de 34 prontuários.	Em 36,4% perceberam sinais antes de um ano de idade.	Não olhar entre o outro primordial e a criança, não instauração do circuito pulsional completo, ausência de linguagem.
Carvalho <i>et al.</i> (2013).	Observação direta de 104 crianças.	16 a 24 meses de idade.	Dificuldade na iniciação da atenção compartilhada, dificuldade na iniciação do comportamento solicitação, comunicação social falha na busca ativa para contato social.
Zanon; Backes e Bosa (2014).	Estudo Retrospectivo e descritivo com 32 crianças.	Média de 4 anos.	Comprometimento no comportamento social, déficit na interação social e atraso na fala, dificuldade na atenção compartilhada, comportamento estereotipados e repetitivos.
Zaqueu <i>et al.</i> (2015).	Estudo com 92 crianças.	16 a 24 meses de idade.	Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, prejuízos na linguagem, prejuízo na área pessoal e social, prejuízo na habilidade motora fina adaptativa e motora grossa, nascimento prematuro e falta de acompanhamento médico no pré natal.
Machado <i>et al.</i> (2016).	Estudo com 41 crianças.	18 meses de idade a 4 anos.	Não ocorre troca de olhares entre criança e mãe, não apresentar interesse em outras crianças, não brinca de faz de conta.

Seize e Borsa (2017).	Revisão da Literatura.	Média de 17 meses.	Socialização, comunicação, comportamento repetitivo, interesse restrito.
Mansur <i>et al.</i> (2017).	Revisão Bibliográfica e entrevista.	Zero a 3 anos.	Desenvolvimento atípico, comprometimento sociocomunicativo, não responsividade as tentativas de interação, dificuldade em mudar a atividade gerando tempo excessivo de birras e comportamentos heteroagressivos e autoagressivos, comportamentos não funcionais, estereotipias, interesse específico em determinado objeto, incapacidade em reconhecer emoções, disfunções na atenção, alteração na prosódia, vocabulário restrito, frases e palavras fora de contexto, ecolalia imediata ou tardia.
Mansur <i>et al.</i> (2017).	Revisão Bibliográfica e entrevista.	No primeiro ano de vida.	Alteração na interação social, falta do sorriso social, falta de expressão facial adequada, hipotonia, atenção pobre.

Mansur <i>et al.</i> (2017).	Revisão Bibliográfica e entrevista.	No segundo ano de vida.	Observada ausência de respostas de olhar para outras pessoas e de mostrar ou apontar objetos. Quando o fazem, a comunicação é apenas protoimperativa, ou seja, como forma de solicitar acesso a objetos distantes, mas raramente tem função protodeclarativa, como modo de afetar as percepções e emoções do interlocutor. Nessa idade, a criança de risco para autismo não atende ao ser chamada pelo nome, não partilha atenção, não exibe gestos funcionais e apresenta dificuldade em expressar emoções.
Mansur <i>et al.</i> (2017).	Revisão Bibliográfica e entrevista.	8 a 19 meses de idade.	Ausência no olhar para o outro, não olhar para a face do outro e sorrir, não reagir ao ser chamado pelo nome.
Ranalli (2017).		Até 4 anos de idade.	Déficits de comunicação social e interação social, as dificuldades para compreender a intenção comunicativa de outras pessoas, déficits para compartilhar socialmente experiências e interesses, déficits de reciprocidade

			<p>socioemocional que se mostram a partir de prejuízos na capacidade de envolvimento com outros e no compartilhamento de ideias e sentimentos de outras pessoas, dificuldades para mostrar interesse em coisas ao seu redor (inicialmente, essas dificuldades podem ser observadas pela incapacidade de seguir ou de acompanhar o interesse de outra pessoa em relação a algum evento ou objeto), redução ou a ausência de capacidade para iniciar interações sociais e compartilhar emoções, prejuízos nas habilidades de imitação do comportamento de adultos, dificuldades para se engajar em brincadeiras que envolvam interação social.</p>
Ranalli (2017).		Após os 6 meses de idade.	<p>Déficits na atenção compartilhada, eles se manifestam como dificuldades da criança para vocalizar, utilizar gestos e manter contato visual enquanto divide essa experiência com uma pessoa em relação a eventos ou a objetos (inicialmente</p>

			brinquedos) presentes no ambiente em que a criança se encontra, dificuldade para apontar com a finalidade de mostrar e para compartilhar a atenção e interesse com um adulto em relação a um determinado objeto.
Seize e Borsa (2017).	Revisão sistemática.	36 meses.	Relata apenas os instrumentos para diagnosticar o TEA de forma precoce, cita apenas o atraso na linguagem.
Steyer; Lamoglia; Bosa (2018).	Revisão da literatura.	Até 36 meses de idade.	Dificuldade no contato visual e a dificuldade em realizar a iniciativa de direcionar a atenção do parceiro para um foco em comum durante a interação social, coordenação de gestos com expressão facial e postura na comunicação, brincadeira simbólica reduzida ou ausente e comportamentos repetitivos ou ritualizados relacionados ao corpo como maneirismos e outros movimentos complexos, apresentam ecolalia, rituais verbais e ações como objetos como girar e enfileirar, alterações sensoriais como hipo ou hipersensibilidade tátil, sons,

			luzes e movimento.
Couto <i>et al.</i> (2018).	Pesquisa qualitativa com professores de 11 CMEIS.	Até 4 anos.	Comprometimento na comunicação verbal, prejuízos no brincar, comportamento ritualístico, inflexibilidade na mudança de rotina, comportamento disfuncional.
Montenegro <i>et al.</i> (2018).	Abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória.	0 a 6 meses.	Podem não acompanhar/buscar o olhar do cuidador, prestam mais atenção aos objetos do que a pessoas, ignoram ou apresentam pouca resposta aos sons de fala, tendem ao silêncio ou gritos aleatórios, choro indistinto em diferentes ocasiões, crises frequentes de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa e ausência ou raridade de comportamentos exploratórios.
Montenegro <i>et al.</i> (2018).	Abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória.	6 a 12 meses.	Pode-se observar ausência de comportamentos antecipatórios e imitativos, alteração na expressão facial, balbúcio pouco diferenciado, baixa presença de sorrisos.

			Durante as tentativas de trocas comunicativas do avaliador a criança pode não apresentar comportamentos com intenção comunicativa, não atender ao ser chamado pelo nome, não repetir gestosem resposta a uma solicitação. A criança também pode precisar de muita insistência do adulto para se engajarem brincadeiras.
Montenegro <i>et al.</i> (2018).	Abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória.	12 a 18 meses.	Ausência ou raridade do apontar, prejuízo na atenção compartilhada, ausência ou baixa frequência na emissão de palavras, nem mesmo por repetição, pouca variação na expressão facial, pouca exploração de objetos.
Montenegro <i>et al.</i> (2018).	Abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória.	18 a 24 meses.	Podem apresentar prejuízo na atenção compartilhada, ecolalia, ausência de gestos durante a comunicação com o cuidador, dificuldade em imitar ações de adultos.
Nascimento <i>et al.</i> (2018).	Pesquisa descritiva exploratória qualitativa.	0 a 2 anos.	O isolamento com dificuldade na socialização, movimentos repetitivos, comportamento estranho e agressivo, brincar de forma estranha, dificuldade em compartilhar brinquedos, dificuldade na amamentação e

			sono, crises de birra, fobias sem especificação, dificuldade de compreender a realidade, estímulos sensoriais alterados, condutas ritualísticas.
Couto <i>et al.</i> (2019).	Pesquisa qualitativa com 10 CMEIs participantes	Até 4 anos de idade.	Dificuldades de comunicação, ausência de contato visual, quietude excessiva, falta de interação social.
Oliveira <i>et al.</i> (2019).	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo relato de experiência, que compartilha uma vivência prática com 44 crianças.	Entre 16 e 30 meses de idade.	Brincadeira repetitiva de “faz de conta”, relação das crianças com os brinquedos (se conseguem brincar de forma correta), habilidade de manter contato visual, sensibilidade ao barulho, prática de realizar movimentos estranhos com os dedos perto do rosto, dúvida dos pais/cuidadores sobre a capacidade das crianças de ouvir.
Steffen <i>et al.</i> (2019).	Revisão bibliográfica entre os anos de 2000 e 2018.	Até 2 anos de idade.	Contato visual anormal, falta de atenção e orientação quando chamado pelo nome, falta de uso de gestos para apontar, falta de brincadeiras interativas, falta de sorrisos, falta de compartilhar, falta de interesse nos outros, atrasos do desenvolvimento, atrasos de linguagem e regressão dos

			marcos de linguagem.
Silloset <i>al.</i> (2020).	Revisão bibliográfica da literatura com artigos de 2019.	2 a 3 anos de idade.	Padrões de comportamento repetitivo, dificuldade em interação social, podendo apresentar potencialização cognitiva em uma determinada área de desenvolvimento.
Garcia e Lampreia (2020).	Análise de 24 estudos retrospectivos e prospectivos.	0 a 12 meses de idade.	Poucos sorrisos por volta dos 6 meses e pouca movimentação labial, pouca interação com outros, desordens em tônus muscular, aversão ao toque social, dificuldade de manejo de objetos, perturbação auditiva, pouca resposta ao ser chamado pelo nome.
Mansur e Nunes (2020).	Pesquisa com 3 crianças.	18 meses de idade.	Sem imitação de comportamento, não apresenta comunicação, déficit na cognição e em competências motoras e sociais, dificuldade em comportamentos adaptativos e nos jogos.
Homercheret <i>al.</i> (2020).	Estudo com 27 crianças.	Até 36 meses de idade.	Alteração na linguagem, alteração nos comportamentos como gritos, hiperatividade, movimentos repetitivos,

			isolamento social, alterações sensoriais e perturbações no desenvolvimento motor.
Matos <i>et al.</i> (2020).	Revisão Bibliográfica baseada na literatura.	0 a 3 anos.	Comunicação compensatória como movimento global do corpo, grito, manipulação do outro, regressão da linguagem, desenvolvimento da ecolalia. Não apresenta interesse em pessoas, não responde pelo seu nome, brincadeiras estereotipadas como girar objetos, manias e gesticulações, movimentos com o corpo repetitivos.
Carleial (2020).	Estudo de caso com 108 crianças.	2 a 6 anos de idade.	Não apresenta emoção, não olha, sem comunicação, uso de objetos de forma inadequada, déficit na área de orientação social, comunicação receptiva e imitação.
Seize e Borsa (2021).	Questionário com 133 participantes.	24 a 36 meses de idade.	Prejuízo na atenção compartilhada, prejuízo nos comportamentos relacionados a reciprocidade social e ao brincar, prejuízos aos aspectos da comunicação e interação social, comportamentos da comunicação (expressiva e

			receptiva), comportamento de imitação, estereotípias motoras, interesse restrito e ecolalia, interesses ou atividades a hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais ou interesse comum por aspectos sensoriais do ambiente.
Pereira <i>et al.</i> (2021).	Revisão Integrativa de literatura.	Não apresenta.	Comportamentos restritos, atraso no desenvolvimento cognitivo, problemas com linguagem, dificuldade em manter contato visual.
Andrade e Brito (2022).	Revisão Bibliográfica.	Até 5 anos de idade.	Falta do sorriso social, preferência por objetos e brinquedos do que faces das pessoas, não demonstra interesse na interação com as pessoas, deficiência no olhar sustentado, dificuldade grave no sono, atraso na linguagem, pouca comunicação não verbal como o apontar, ficam sozinhos quando bebês, não demandam de colo, brincam sozinhos.
Ranalli (2022).	Estudo longitudinal.	12 a 30 meses.	Déficit na comunicação social e interação, déficit na atenção compartilhada, no contato emocional e na imitação.

Girianelliet <i>al.</i> (2023).	Estudo Transversal Exploratório.	Até 12 anos.	Transtornos Globais do desenvolvimento, comorbidades associadas.
---------------------------------	----------------------------------	--------------	--

Fonte: As autoras (2023).

10. CONCLUSÃO

O terapeuta ocupacional desempenha um papel fundamental no acompanhamento do autismo, atendendo desde a intervenção precoce até a idade adulta. Ele identifica as necessidades específicas em cada fase do desenvolvimento e trabalha para mitigar os desafios associados ao autismo. No entanto é crucial que a identificação precoce dos sinais do autismo seja uma preocupação de toda a comunidade, uma vez que antes de procurar um terapeuta ocupacional, a criança passará por cuidados parentais e avaliação médica (Rabelo; Andrade; Oliveira, 2022).

A literatura revela uma ampla gama de descrições dos sinais do autismo em crianças com até quatro anos de idade. Durante o primeiro ano de vida, os sinais mais frequentemente descritos incluem déficit na troca de olhares entre a mãe e a criança, falta de interação social, falta de expressão facial, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, atrasos na linguagem, dificuldades na amamentação, problemas de sono, birras constantes e poucos sorrisos. A partir do segundo ano de vida, observa-se um aumento nos padrões de comportamento repetitivo, dificuldades na interação social, comunicação insatisfatória, atrasos nas habilidades motoras, estereotípias motoras, interesses restritos, dificuldades de aprendizagem e atrasos ou falta de imitação motora. Após os dois anos de idade, surgem prejuízos sociais, ecolalia, falta de comunicação verbal, interesses restritos, comportamentos hetero agressivos e disfuncionais.

É crucial enfatizar que o autismo se manifesta de maneira única em cada criança, afetando áreas diferentes e em diferentes graus. Portanto é essencial que equipes de saúde, educadores e pais estejam familiarizados com os marcos do desenvolvimento infantil e possam identificar possíveis desvios que justifiquem uma avaliação multidisciplinar.

Nesse contexto, identifica-se na tabela proposta neste trabalho singular relevância no que tange levantar as características dos traços autísticos em crianças de várias idades, tornando os dados mais acessíveis e auxiliando a comunidade em geral na observação e identificação precoce de sinais. Essa tabela pode ser uma ferramenta

valiosa para diversos profissionais, além de auxiliar pais e cuidadores, promovendo a busca por ajuda e intervenção (Couto *et al.*, 2019).

Todos os profissionais que trabalham com crianças precisam de maior conhecimento e apoio em relação ao autismo, o diagnóstico precoce ainda é um desafio devido à falta de clareza na literatura sobre os sinais específicos, portanto é fundamental orientar pais e professores nesta busca.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. C. **Questionário M-CHAT-R para Despiste Precoce de Autismo.**

Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

ALVES, J. H. R. **Diagnósticos do transtorno do espectro autista no lactente: uma revisão sistemática sobre preditores, marcadores e testes diagnósticos.** 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família)- Universidade Federal do Ceará. Sobral, 2018.

ALVES, C. F. S.; MARQUES, F. C.; ALMEIDA, F. M. A. **A intervenção da fisioterapia através da Estimulação Precoce em Crianças Portadoras da Síndrome de Down na APAE – Belém. 2009.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Fisioterapia)- PUC Goiás. 2009.

ANDRADE, I. C. F. de; BRITO, J. V. A importância do diagnóstico precoce de autismo na educação infantil. **Revista Gepesvida**, v. 18, n. 8, 2022.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; *et al.* Reconhecimento Facial e Autismo. **Revista Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 4, p. 944-949, 1999.

BACKES, B.; *et al.* Propriedades Psicométricas de instrumentos de avaliação do transtorno do espectro do autismo: uma revisão sistemática de estudos brasileiros.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 63, n. 2, p. 154-164, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUENO, A. CARS- Escala de Pontuação para autismo na infância. **Portal Síndrome de Asperger.** Set., 2019. Disponível em: <https://sindromedeasperger.blog/2019/09/03/cars-escala-de-pontuacao-para-autismo-na-infancia/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

CAMINHA, V. L.; *et al.* **Autismo: Vivências e Caminho**. São Paulo: Blucher, 2016.

CASTRO, C.; COSTA, D. G. S. **Intersectorialidade: saberes e práticas sobre a questão da pessoa com deficiência**. São Paulo: FEAPAES, 2020.

CARLEIAL, G. M. A. **Identificação dos primeiros sinais de autismo: um estudo retrospectivo no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2020. (Mestrado em Temas de Psicologia)- Universidade do Porto, Porto, 2020.

CARVALHO, F. A. *et al.* Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças em creches de município de São Paulo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 2, p. 144-154, 2013.

CONSOLINI, M.; LOPES, E. J.; LOPES, R. F. F. Terapia cognitivo comportamental no espectro autista de auto funcionamento: revisão interativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 1, 2019.

COUTO, C. C.; *et al.* Experiências de professores com o autismo: impacto no diagnóstico precoce e na inclusão escolar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, n. 55954, p. 1-7, 2019.

DSM- 5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ERHARDT, R. P.; MERRILL, S. C. **Terapia Ocupacional**. Barueri: Guanabara Koogan, 2022.

EKMAN, L. L. **Neurociências: Fundamentos para Reabilitação**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2019.

GAIATO, M. S.O.S. **Autismo: guia completo para entender o transtorno do espectro autista**. São Paulo: Versos, 2018.

GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C. Limites e Possibilidades da Identificação de Risco de Autismo no Primeiro Ano de Vida. **Revista Psicologia: Reflexão Crítica**, v. 24, n. 1, p. 300-308, 2020.

GIRIANELLI, V. R. *et al.* Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013-2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 21, 2023.

HAASE, V. G.; LACERDA, S. S. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Revista Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2, p. 28-42, 2004.

HOMERCHER, B. M.; *et al.* Observação materna: primeiros sinais do transtorno do espectro. **Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 2, 2020.

LAMPREIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 160-171, 2009.

MACHADO, F. P. *et al.* Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de pesquisa. **Revista Audiology Communication Research**, v. 21, 2016.

MAIA, K. S.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Escala de rastreio para transtorno do espectro autista: um estudo de validade para adolescentes e adultos. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 41, n. 101, p. 166-174, 2021.

MANCINI, M. C. *et al.* Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas prétermo e a termo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 974-980, 2002.

MANSUR, O. M. F. C. *et al.* Sinais de alerta para transtorno do espectro do autismo em crianças de 0 a 3 anos. **Revista Científica da FMC**, v. 12, n. 3, 2017.

MANSUR, O. M. F. C.; NUNES, L. R. O. P. Da detecção de sinais de risco para o autismo à intervenção precoce. **Revista Educação Temática Digital**, v. 22, n. 1, p. 50-67, 2020.

MATOS, M. S. *et al.* Diagnóstico precoce do autismo: características típicas presentes em crianças com transtorno do espectro autista. **Revista Master**, v. 5, n. 9, 2020.

MATTOS, B. M.; BELLANI, C. D. F. A importância da Estimulação precoce em bebês portadores da Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Terapias em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 51-63, 2010.

MONTENEGRO, K. S. *et al.* Aplicativo sobre a detecção precoce do autismo: uma ferramenta educacional para o ensino em saúde. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, v. 11, n. 6, 2018.

NASCIMENTO, Y. C. M. L. *et al.* Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.

NILSSON, I. Introdução à Educação Especial para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e Dificuldades Semelhantes de Aprendizagem. **Congresso Nacional sobre a Síndrome de Autismo**. 2004. Disponível em:
<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/livros/pdf/Autismo-IntroducaoEducacaoEspecial.pdf>.
Acesso em: 27 jul. 2023.

NEISTAD, M.; CREPEAU, E. **Terapia Ocupacional**. Barueri: Guanabara Koogan, 2022.

NORBERT, A. A. F.; *et al.* A importância da estimulação precoce na microcefalia. *In*: UNIJUI 2016, Ijuí. **Anais** [...]. Disponível em: [file:///D:/Bibliotecas/Downloads/6476-Texto%20do%20artigo-28236-1-10-20160913%20\(1\).pdf](file:///D:/Bibliotecas/Downloads/6476-Texto%20do%20artigo-28236-1-10-20160913%20(1).pdf). Acesso em: 27 jul. 2023.

NOTBOHM, E. **Dez Coisas que Toda Criança com Autismo Gostaria que Você Soubesse**. Florianópolis: Inspirados pelo Autismo, 2014.

OLIVEIRA, C. E. N.; *et al.* Neuroplasticidade: fundamentos para a reabilitação do paciente neurológico adulto. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 14, n. 2, p. 11-20, 2001.

OLIVEIRA, G. Autismo: diagnóstico e orientação. **Revista Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 40, n. 6, p. 278-287, 2009.

OLIVEIRA, M. V. M. de.; *et al.* Rastreamento precoce dos sinais de autismo infantil: Um estudo de atenção primária à saúde. **Revista Arquivos Científicos**, v. 2, n. 2, 2019.

PERIN, A. E.; Estimulação precoce: Sinais de alerta e benefícios para o desenvolvimento. **Revista da Educação de IDEAU**, v. 5, n. 12, 2010.

PEREIRA, P. L. S. *et al.* Importância da implantação de questionário para rastreamento e diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) na atenção primária. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8364- 8377, 2021.

RABELO, I. R.; ANDRADE, K. W. C. de; OLIVEIRA, G. F. dos S. Terapia ocupacional junto à crianças autistas, possibilidade de ação: uma revisão bibliográfica. **Revista Ciências em Saúde**, v. 117, 2022.

RANALLI, N. M. G. **Implementação e testagem de um modelo escalonado de avaliação de sinais precoces de autismo na atenção básica de saúde**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento)- Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2022.

ROSA, C. R. **A importância de Neuroplasticidade para Reabilitação da Paralisia Cerebral**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas)- Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2002.

SANTOS, A. M. dos; SILVA, R. C. de M.; VIEIRA, A. C. S. Estimulação precoce em crianças com transtorno do espectro autista. **Revista Gepnews**, v. 6, n. 3, p. 220-224, 2022.

SANTOS, A. L. V.; *et al.* Diagnóstico precoce de autismo: dificuldades e importância. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, ed. Especial, p. 23-24, 2015.

SANTOS, A. K.; RAMOS, A. **Transtorno do espectro autista (tea): família e políticas públicas**. 2019. Trabalho de conclusão de Curso (Pós Graduação curso de Atendimento Educacional Especializado)- Faculdade dos Guararapes, Jaboaão dos Guararapes, 2019.

SEYZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Revista Psico USF**, v. 22, n. 1, p. 161-176, 2017.

SEYZE, M. M.; BORSA, J. C. Questionário para rastreio de sinais precoces do transtorno do espectro autista: evidências de validade e consistência interna. **Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 3, 2021.

SILLOS, I. R. *et al.* A importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão de literatura. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 1, 2020.

STEFFEN, B. F. *et al.* Diagnóstico precoce de autismo: Uma revisão literária. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, 2019.

STEYER, S.; LAMOGLIA, A.; BOSA, C. A. A importância da avaliação de programas de capacitação para identificação dos sinais precoces do transtorno do espectro autista-TEA. **Revista Temas em Psicologia**, v. 26, n. 3, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo**, n. 5, abr. 2019.

SCHOPLER, E. *et al.* **A escala de Avaliação do Autismo na Infância**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Revista Psico- USF**, v. 22, n. 1, p. 161-176, 2017.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012.

ZAQUEU, L. C. C. *et al.* Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.

ANEXOS

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

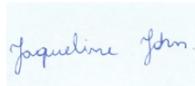
Declaro para os devidos fins que nós, Camila Dalla Valle RG: 8.602.074-2 – SSP-PR e Jaqueline Jahn RG: 13.102.869-5– SSP-PR, alunas do Curso de Terapia Ocupacional campus Francisco Beltrão - PR somos autoras do trabalho intitulado: “Sinais Associados a um diagnóstico precoce – Revisão da Literatura”, que agora submeto à banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso em Terapia Ocupacional

Também declaro que é um trabalho inédito, nunca submetido à publicação anteriormente em qualquer meio de difusão científica.



Camila Dalla Valle

Assinatura digital



Jaqueline Jahn

Assinatura digital

O QUE É A ESCALA M-CHAT?



ORIGEM

ESCALA M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddlers
Questionário Modificado para Avaliação de Autismo em Crianças.

* Alguns sites disponibilizam a versão revisada, também conhecida como M-CHAT R/F. Inclusive o site "oficial" da escala.

• **Criação:** Foi desenvolvida por Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton em 1999, utilizada para uma triagem específica em crianças, com o objetivo de avaliar o risco de transtornos do espectro do autismo.

Indicação: Entre 16 e 30 meses de idade (1 ano e 4 meses - 2 anos e 6 meses)

Importante salientar: a soma dos pontos da Escala M-CHAT indicam a possibilidade de autismo, mas não confirma o diagnóstico. É necessária a avaliação e o acompanhamento de um especialista e de uma equipe multidisciplinar para guiar a intervenção.

ÁREAS AVALIADAS

Relações Pessoais	Comportamento
Interação	Imitação
Sensibilidade e resposta auditiva	Uso Corporal
Comunicação verbal e não-verbal	Nível de Atividade
Imaginação / Repertório	Uso de Objetos
Compreensão	Atenção

APLICAÇÃO

As perguntas da Escala M-Chat devem ser respondidas pelos pais. Caso necessário, o procedimento vai para a sua segunda fase, a Entrevista de Seguimento - mas isso apenas se o paciente apresentar risco moderado ou alto. Ao final, soma-se os pontos e o resultado indica a possibilidade de autismo.

Caso a pontuação na escala M-Chat seja muito alta, o profissional faz o encaminhamento da criança para uma equipe multidisciplinar.



O QUE É A ESCALA M-CHAT?



TABELA DE CRITÉRIOS

Os critérios para examinar o risco de autismo de acordo com a pontuação da escala M-Chat são:

Número de Pontos	Grau de Risco	Explicação
0 a 2	Baixo	A chance de confirmar o diagnóstico de autismo é baixa. Com essa pontuação não é preciso aprofundar a investigação, ainda que seja recomendado repetir o teste em crianças com menos de 2 anos.
3 a 7	Moderado	O médico segue para a segunda etapa do M-chat – a Entrevista de Seguimento, para reunir mais informações sobre os sinais de autismo.
8 a 20	Alto	Os pais devem procurar um especialista para confirmar o diagnóstico de autismo com essa pontuação. Nesse caso, não há necessidade de fazer a Entrevista de Seguimento.

Caso o resultado da pontuação esteja entre 0 e 1, não há autismo, mesmo que seja recomendado repetir o teste posteriormente.

No entanto, caso a pontuação fique entre 8 e 20, o risco de autismo é alto. Se você perceber sinais de autismo em seu filho, é preciso encaminhá-lo para uma avaliação com um profissional especialista.

TABELA ESCALA M-CHAT



Responda às perguntas sobre seu pequeno. Por favor, seja o mais honesto possível, isso ajudará você a tomar as melhores decisões. Além disso, caso o comportamento em questão seja raro (que você observou de 1 a 3 vezes apenas), marcar a resposta como "não".

		SIM	NÃO
1.	Seu filho gosta de balançar, pular no seu joelho, etc.?		
2.	Seu filho tem e demonstra interesse por outras crianças?		
3.	Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?		
4.	Seu filho gosta de brincar de esconder o rosto ou de pique-esconde?		
5.	Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira parecida?		
6.	Seu filho já usou o dedo indicador para apontar e pedir alguma coisa?		
7.	Seu filho já usou o dedo indicador para apontar e indicar interesse em algo?		
8.	Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (exemplo: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixá-lo cair?		
9.	O seu filho alguma vez trouxe objetos para você para lhe mostrar este objeto?		
10.	O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?		
11.	O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho? (Exemplo: tapou aos ouvidos)		
12.	O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?		
13.	O seu filho imita você? (Exemplo: você faz expressões/caretas e seu filho imita)		
14.	O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?		
15.	Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?		
16.	Seu filho já sabe andar?		
17.	O seu filho olha para coisas que você está olhando?		
18.	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?		
19.	O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?		
20.	Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?		
21.	O seu filho entende o que as pessoas dizem?		
22.	O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?		
23.	O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?		
TOTAL:			



ESCALA M-CHAT-R-F

Autorização para uso do M-CHAT-R/F) TM

O Questionário M-CHAT-R para Despiste Precoce de Autismo, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) é um instrumento de despiste de 2 etapas respondido pelos pais para avaliar o risco de uma Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). O M-CHAT-R/F está disponível para *download* gratuito para fins clínicos, de investigação e educativos. O *download* do M-CHAT-R/F e dos materiais relacionados pode ser autorizado através do site: www.mchatscreen.com. O M-CHAT-R/F é um instrumento com registo de direitos de autor e o seu uso deve seguir as seguintes linhas orientadoras:

- (1) As impressões/reproduções do M-CHAT-R deve incluir os direitos de autor em baixo (© 2009 Robins, Fein, & Barton). Não poderão ser feitas modificações aos itens, às instruções ou à ordem dos itens sem autorização dos autores.
- (2) O M-CHAT-R deve ser utilizado na sua totalidade. As evidências indicam que nenhum subconjunto de itens demonstra as adequadas propriedades psicométricas.
- (3) Os interessados em reproduzir o M-CHAT-R/F impresso (por exemplo, num livro ou artigo) ou eletronicamente para uso de outros (por exemplo, como parte da história clínica digital ou outros pacotes de software) devem contactar Diana Robins para pedir autorização (mchatscreen2009@gmail.com).
- (4) Se é um profissional da saúde e quiser incorporar as questões do M-CHAT-R no seu próprio registo eletrónico médico, pode fazê-lo. No entanto, se pretender distribuí-lo fora da sua prática clínica por favor contacte Diana Robins para solicitar um acordo de licença.

Instruções de Uso

O M-CHAT-R pode ser aplicado e cotado como parte de uma consulta de rotina e também pode ser usado por especialistas ou outros profissionais para avaliar o risco de PEA. O principal objetivo do M-CHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detetar o maior número possível de casos de PEA. Assim sendo, há uma elevada taxa de falsos positivos, o que significa que nem todas as crianças que obtêm uma cotação de risco serão diagnosticadas com PEA. Para resolver este aspeto, criámos a Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F). Os utilizadores devem estar conscientes que mesmo com a Entrevista de Seguimento, um número significativo de crianças que cotam positivo no M-CHAT-R não serão diagnosticados com PEA; no entanto, estas crianças apresentam um risco elevado para outras perturbações do desenvolvimento, pelo que a avaliação é justificada para qualquer criança com resultado positivo. O M-CHAT-R pode ser cotado em menos de dois minutos. As instruções de cotação podem ser obtidas por *download* no site <http://www.mchatscreen.com>. Os documentos associados estarão também disponíveis para *download*.

Algoritmo de Cotação

Para todos os itens, exceto 2, 5, e 12, a resposta "não" indica risco de PEA; para os itens 2, 5, e 12, "sim" indica risco elevado de PEA. O seguinte algoritmo maximiza as propriedades psicométricas do M-CHAT-R:

BAIXO RISCO: Cotação total é de 0-2; se a criança tiver menos de 24 meses, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses. Não é necessária nenhuma outra medida, a não ser que a vigilância indique risco de PEA.

RISCO MODERADO: Cotação total é 3-7; administrar a Entrevista de Seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para conseguir informação adicional sobre as respostas de risco. Se a cotação do M-CHAT-R/F continuar a ser igual ou superior a 2, a criança cota positivo no despiste. Medidas necessárias: encaminhar a criança para avaliação de diagnóstico e possível sinalização para intervenção precoce. Se a cotação da Entrevista de Seguimento for 0-1, a criança cota negativo. Nenhuma outra medida é necessária, a não ser que a vigilância indique risco de PEA. A criança deverá voltar a fazer o despiste posteriormente.

ALTO RISCO: Cotação total é de 8-20; é aceitável prescindir da Entrevista de Seguimento e encaminhar a criança para avaliação de diagnóstico e possível sinalização para intervenção precoce.

M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas questões acerca da sua criança. Lembre-se de como é que a sua criança se comporta habitualmente. Se o comportamento tiver sido observado algumas vezes, mas ela habitualmente não o faz, então por favor responda não. Por favor responda **sim** ou **não** para cada questão. Muito obrigado.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado da sala, a criança olha para o que está a apontar ? (Por exemplo: se você aponta para um brinquedo ou um animal, a criança olha para o brinquedo ou animal?)	Sim	Não
2. Já alguma vez se interrogou se a sua criança poderia ser surda?	Sim	Não
3. A sua criança brinca ao faz-de-conta? (Por exemplo, fingindo que está a beber de um copo vazio, a falar ao telefone ou a fingir que dá a papa a uma boneca ou a um peluche?)	Sim	Não
4. A sua criança gosta de trepar para as coisas? (Por exemplo: mobília, escorregas no recreio ou escadas?)	Sim	Não
5. A sua criança faz movimentos involgares com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos)	Sim	Não
6. A sua criança aponta com um dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, apontar para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance)	Sim	Não
7. A sua criança aponta com um dedo para mostrar-lhe algo interessante? (Por exemplo, apontar para um avião no céu ou um camião grande na estrada)	Sim	Não
8. A sua criança está interessada noutras crianças? (Por exemplo, a sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Sim	Não
9. A sua criança mostra-lhe coisas trazendo-as até si ou levantando-as para que as veja – não para obter ajuda, mas apenas para as partilhar? (Por exemplo, mostrar uma flor, um peluche ou um camião de brincar)	Sim	Não
10. A sua criança responde quando a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia, ou pára o que está a fazer quando a chama pelo seu nome)	Sim	Não
11. Quando sorri para a sua criança, ela sorri de volta para si?	Sim	Não
12. A sua criança fica incomodada com os ruídos do quotidiano? (Por exemplo, a sua criança grita ou chora para ruídos como aspirador ou música alta?)	Sim	Não
13. A sua criança já anda?	Sim	Não
14. A sua criança olha-o nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Sim	Não
15. A sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, acena adeus, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Sim	Não
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, a sua criança olha em volta para ver o que é que você está a olhar?	Sim	Não
17. A sua criança tenta que você olhe para ela? (Por exemplo, a sua criança olha para si para um elogio ou diz-lhe “olha” ou “olha para mim”?)	Sim	Não
18. A sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “põe o livro na cadeira” ou “ traz-me o cobertor”?)	Sim	Não
19. Quando acontece alguma coisa nova, a sua criança olha para a sua cara para ver a sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um ruído estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para a sua cara?)	Sim	Não
20. A sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser embalada ou balancada no seu joelho?)	Sim	Não

M-CHAT-Revised (Robins, Fein, & Barton, 2009)
Traduzido e Adaptado por Carla Cintrão Almeida

carlacintraoalmeida@gmail.com
carla.almeida@pin.com.pt

Entrevista de Seguimento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)™

O Questionário M-CHAT-R para Despiste Precoce de Autismo, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) está desenhado para acompanhar o M-CHAT-R. O *download* do M-CHAT-R/F pode ser feito através do site: www.mchatscreen.com.

O M-CHAT-R/F é um instrumento com registo de direitos de autor e o seu uso é limitado pelos autores e pelos detentores de direitos de autor. O M-CHAT-R e o M-CHAT-R/F podem ser utilizados para fins clínicos, de investigação e educativos. Embora estejamos a disponibilizar este instrumento gratuitamente para a sua utilização para estes fins, trata-se de material com direitos de autor e não é de código aberto. Quem estiver interessado em usar o M-CHAT-R/F em qualquer produto comercial ou eletrónico deverá contactar: Diana L. Robins através de mchatscreen2009@gmail.com para solicitar permissão.

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F é desenhado para ser usado com o M-CHAT-R; o M-CHAT-R está validado para rastrear crianças entre os 16 e os 30 meses para avaliar o risco de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Os utilizadores devem ter em atenção que mesmo com a Entrevista de Seguimento, um número significativo de crianças que falham no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com PEA, no entanto, estas crianças estão em risco para outras perturbações do desenvolvimento ou atrasos e por isso, o seguimento é recomendado para qualquer criança cujo despiste é positivo.

Assim que um pai preencha o M-CHAT-R, cote o instrumento de acordo com as instruções. Se a criança cotar positivo, escolha os itens da Entrevista de Seguimento com base nos itens que a criança falhou no M-CHAT-R; apenas os itens em que a criança falhou inicialmente necessitam de ser administrados para uma entrevista completa.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o formato de organigrama, fazendo as perguntas até cotar PASSA ou FALHA. Por favor repare que os pais poderão responder "talvez" às questões feitas durante a entrevista. Quando um pai relata um "talvez", pergunte se a maior parte das vezes a resposta é "sim" ou "não" e continue a entrevista de acordo com aquela resposta. Nos espaços em que é possível responder "outro", o entrevistador deve usar o seu julgamento para determinar se é uma resposta de "passa" ou não.

Cote as respostas a cada item da Folha de Cotação do M-CHAT-R/F (que contem os mesmos itens que o M-CHAT-R mas as respostas Sim/Não foram substituídas por Passa/Falha). A entrevista é considerada como cotando positivo se a criança falhar quaisquer 2 itens na Entrevista de Seguimento. Se a criança cota positivo no M-CHAT-R/F, é fortemente recomendado que seja referenciada para intervenção precoce e avaliação para assim que possível. Por favor tenha em atenção que, caso o profissional de saúde ou os pais tenham preocupações relativamente a uma PEA, a criança deve ser referenciada para avaliação, independentemente da cotação no M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F.

M-CHAT-R/F Entrevista de Seguimento™ Folha de Cotação

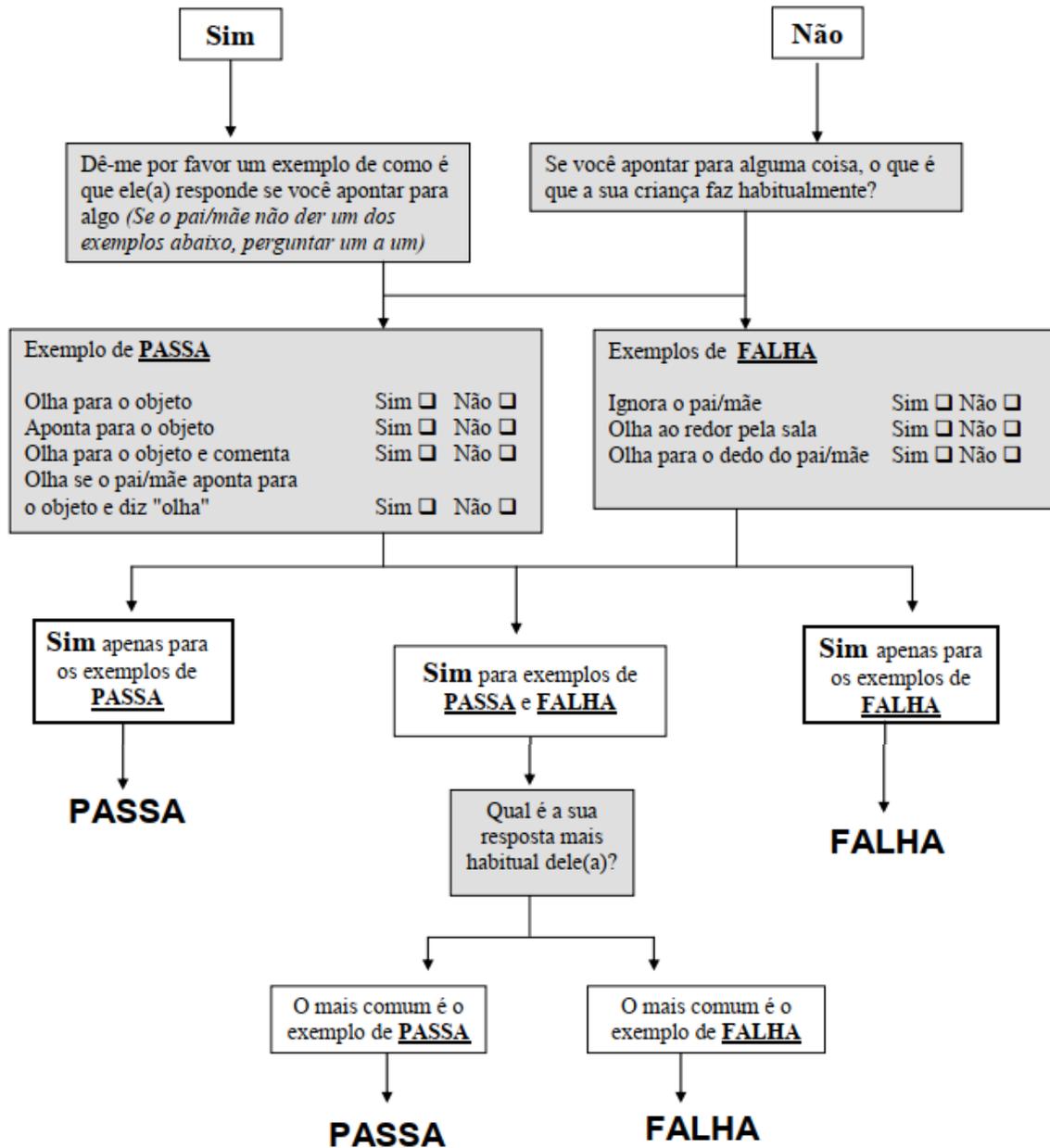
Por favor tenha em atenção: Sim/Não foram substituídos por Passa/Falha

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado da sala, a criança olha para o que está a apontar ? (Por exemplo: se você aponta para um brinquedo ou um animal, a criança olha para o brinquedo ou animal?)	Passa Falha
2. Já alguma vez se interrogou se a sua criança poderia ser surda?	Passa Falha
3. A sua criança brinca ao faz-de-conta? (Por exemplo, fingindo que está a beber de um copo vazio, a falar ao telefone ou a fingir que dá a papa a uma boneca ou a um peluche?)	Passa Falha
4. A sua criança gosta de trepar para as coisas? (Por exemplo: mobília, escorregas no recreio ou escadas?)	Passa Falha
5. A sua criança faz movimentos involgares com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos)	Passa Falha
6. A sua criança aponta com um dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, apontar para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance)	Passa Falha
7. A sua criança aponta com um dedo para mostrar-lhe algo interessante? (Por exemplo, apontar para um avião no céu ou um camião grande na estrada)	Passa Falha
8. A sua criança está interessada noutras crianças? (Por exemplo, a sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Passa Falha
9. A sua criança mostra-lhe coisas trazendo-as até si ou levantando-as para que as veja – não para obter ajuda, mas apenas para as partilhar? (Por exemplo, mostrar uma flor, um peluche ou um camião de brincar)	Passa Falha
10. A sua criança responde quando a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia, ou pára o que está a fazer quando a chama pelo seu nome)	Passa Falha
11. Quando sorri para a sua criança, ela sorri de volta para si?	Passa Falha
12. A sua criança fica incomodada com os ruídos do quotidiano? (Por exemplo, a sua criança grita ou chora para ruídos como aspirador ou música alta?)	Passa Falha
13. A sua criança já anda?	Passa Falha
14. A sua criança olha-o nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Passa Falha
15. A sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, acena adeus, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Passa Falha
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, a sua criança olha em volta para ver o que é que você está a olhar?	Passa Falha
17. A sua criança tenta que você olhe para ela? (Por exemplo, a sua criança olha para si para um elogio ou diz-lhe “olha” ou “olha para mim”?)	Passa Falha
18. A sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “põe o livro na cadeira” ou “traz-me o cobertor”?)	Passa Falha
19. Quando acontece alguma coisa nova, a sua criança olha para a sua cara para ver a sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um ruído estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para a sua cara?)	Passa Falha
20. A sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser embalada ou balançada no seu joelho?)	Passa Falha

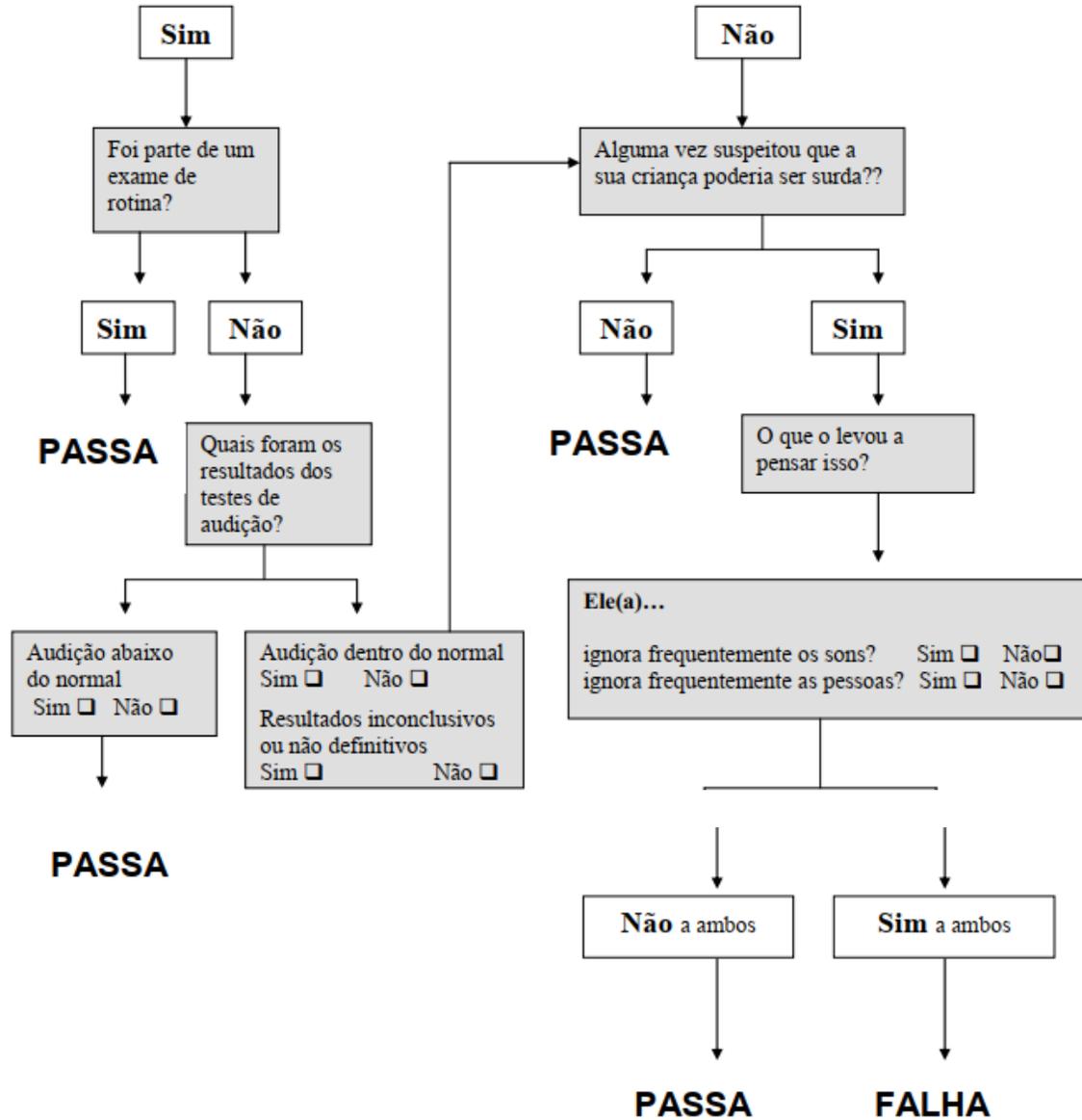
M-CHAT-Revised (Robins, Fein, & Barton, 2009)
Traduzido e Adaptado por Carla Cintrão Almeida

carlacintraoalmeida@gmail.com
carla.almeida@pin.com.pt

1. Se apontar para qualquer coisa do outro lado da sala, o (a) _____ olha para o que está a apontar ?



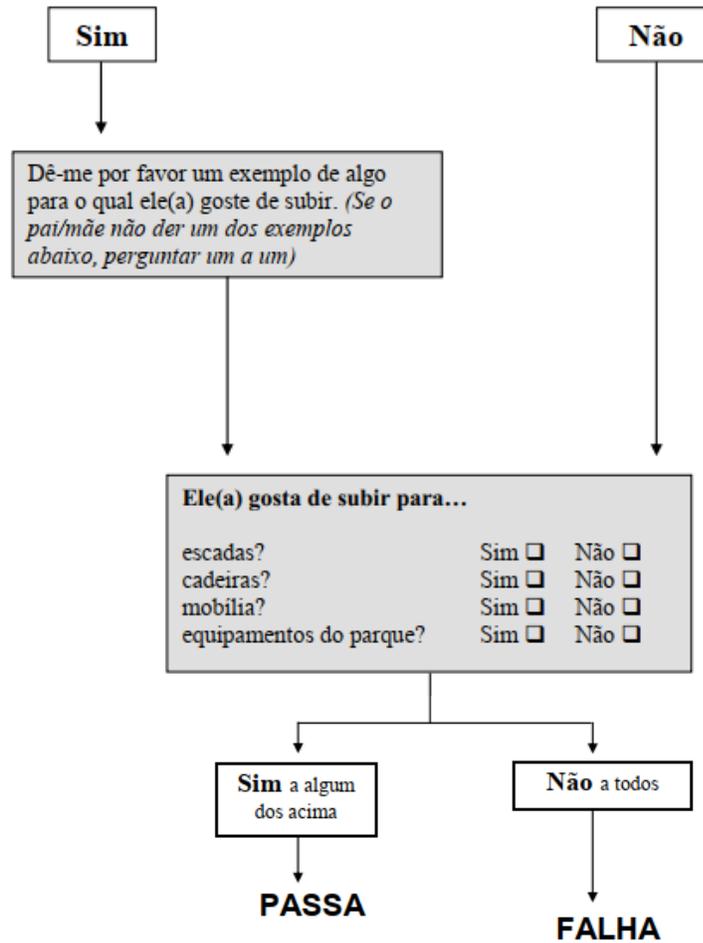
2. A sua criança já fez testes de audição?



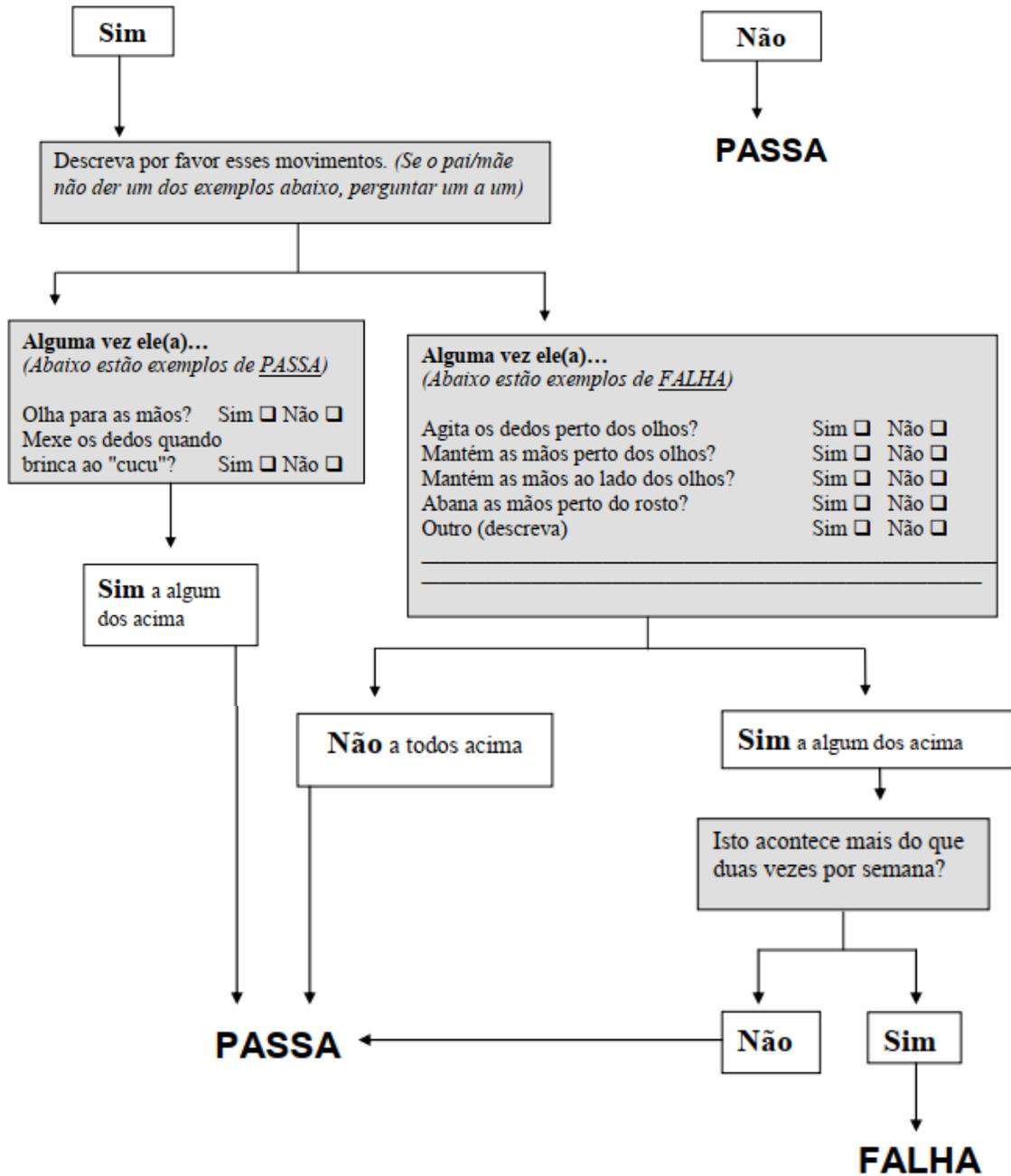
3. O (A) _____ brinca ao faz-de-conta?

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Sim</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Dê-me por favor um exemplo da brincadeira de faz-de-conta dele(a). <i>(Se o pai/mãe não der um dos exemplos abaixo, perguntar um a um)</i></p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Não</div> <p style="text-align: center;">↓</p>																														
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Alguma vez ele(a)...</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Finge beber por um copo vazio?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Finge que come com uma colher de brincar?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Finge falar ao telefone?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Finge dar comida a uma boneca ou peluche com comida verdadeira ou imaginária?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Empurra um carro numa estrada imaginária?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Finge ser um robot, um avião, uma bailarina ou outra personagem preferida?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ele(a) brinca com uma panela de brincar ou mexe comida imaginária?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca um boneco dentro de um carro de brincar?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Finge aspirar ou varrer ou cortar a relva?</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outro (descreva)</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>		Finge beber por um copo vazio?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Finge que come com uma colher de brincar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Finge falar ao telefone?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Finge dar comida a uma boneca ou peluche com comida verdadeira ou imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Empurra um carro numa estrada imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Finge ser um robot, um avião, uma bailarina ou outra personagem preferida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ele(a) brinca com uma panela de brincar ou mexe comida imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Coloca um boneco dentro de um carro de brincar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Finge aspirar ou varrer ou cortar a relva?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Outro (descreva)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Finge beber por um copo vazio?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Finge que come com uma colher de brincar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Finge falar ao telefone?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Finge dar comida a uma boneca ou peluche com comida verdadeira ou imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Empurra um carro numa estrada imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Finge ser um robot, um avião, uma bailarina ou outra personagem preferida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Ele(a) brinca com uma panela de brincar ou mexe comida imaginária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Coloca um boneco dentro de um carro de brincar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Finge aspirar ou varrer ou cortar a relva?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
Outro (descreva)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																													
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Sim a algum</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">PASSA</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Não a todos</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">FALHA</p>																														

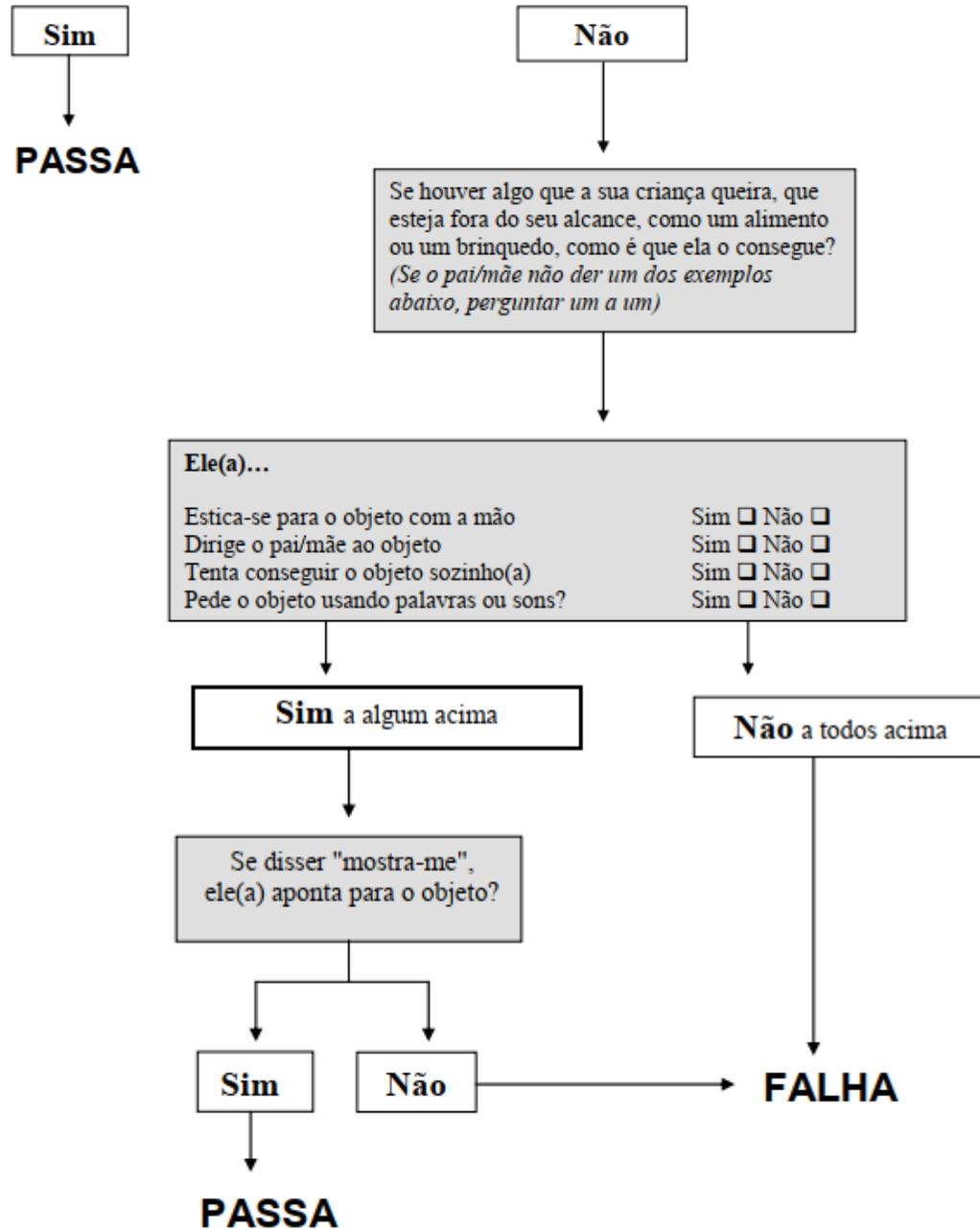
4. O (A) _____ gosta de trepar para as coisas?



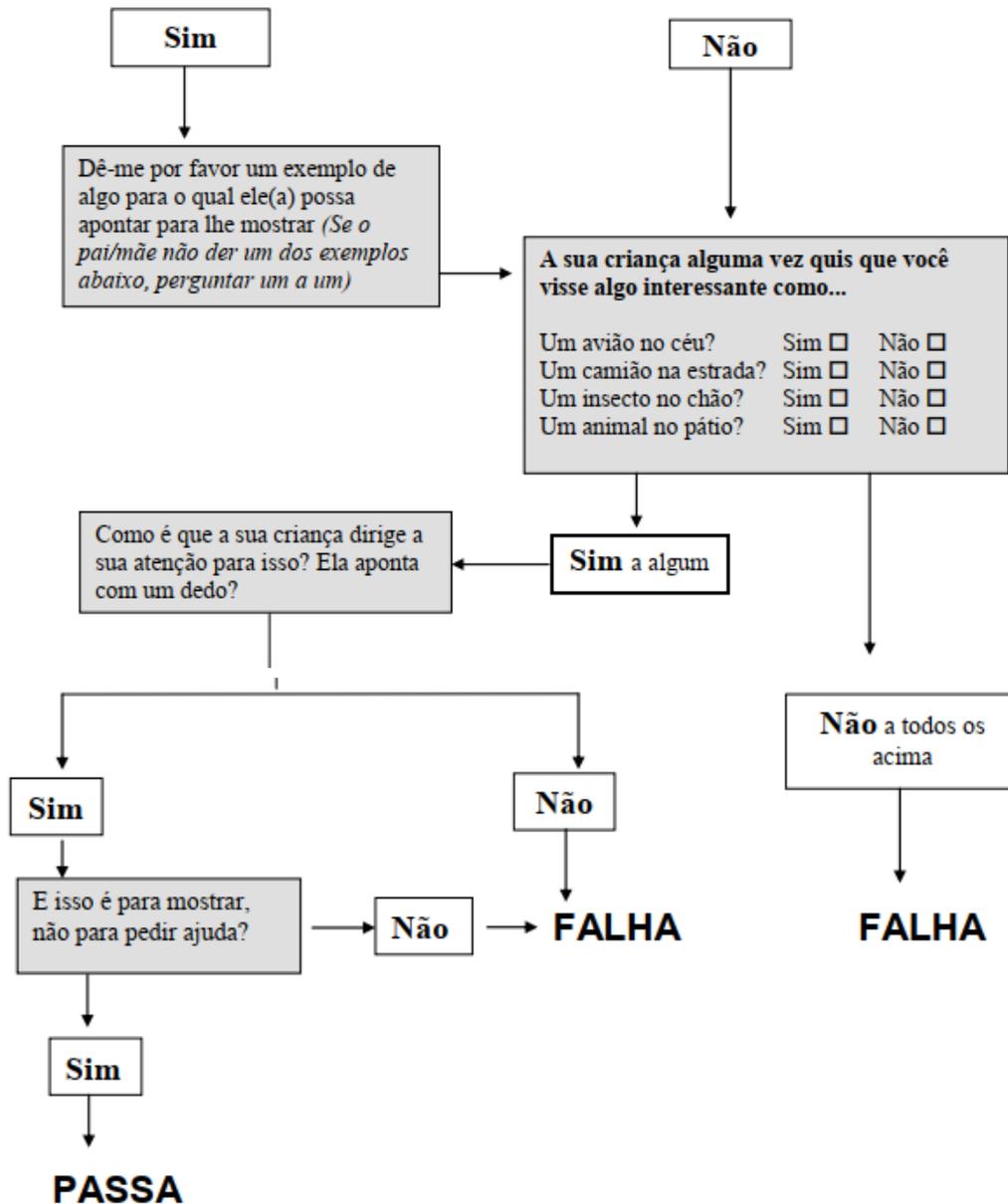
5. O (A) _____ faz movimentos involuntários com os dedos perto dos olhos?



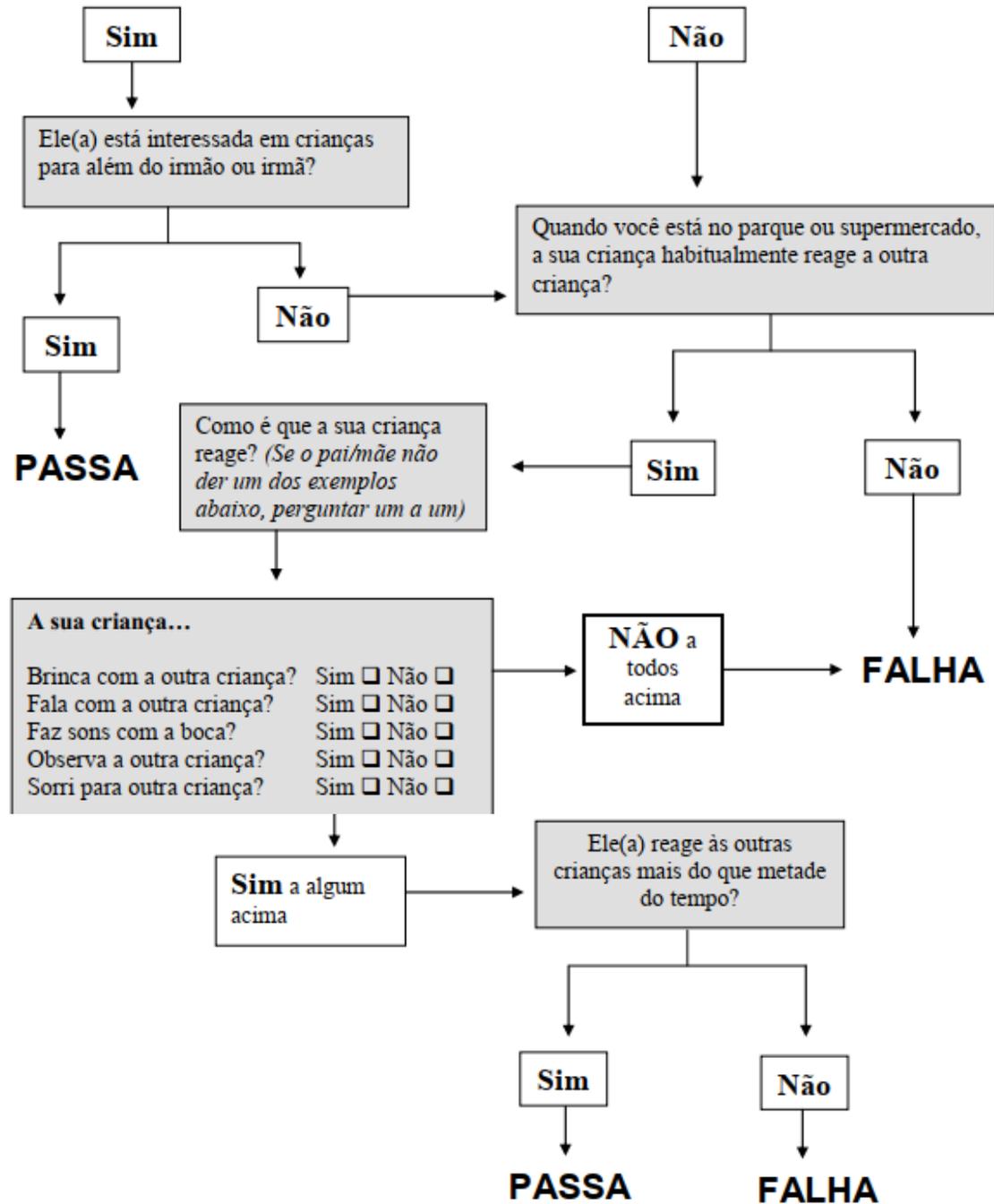
6. A sua criança aponta com um dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda?



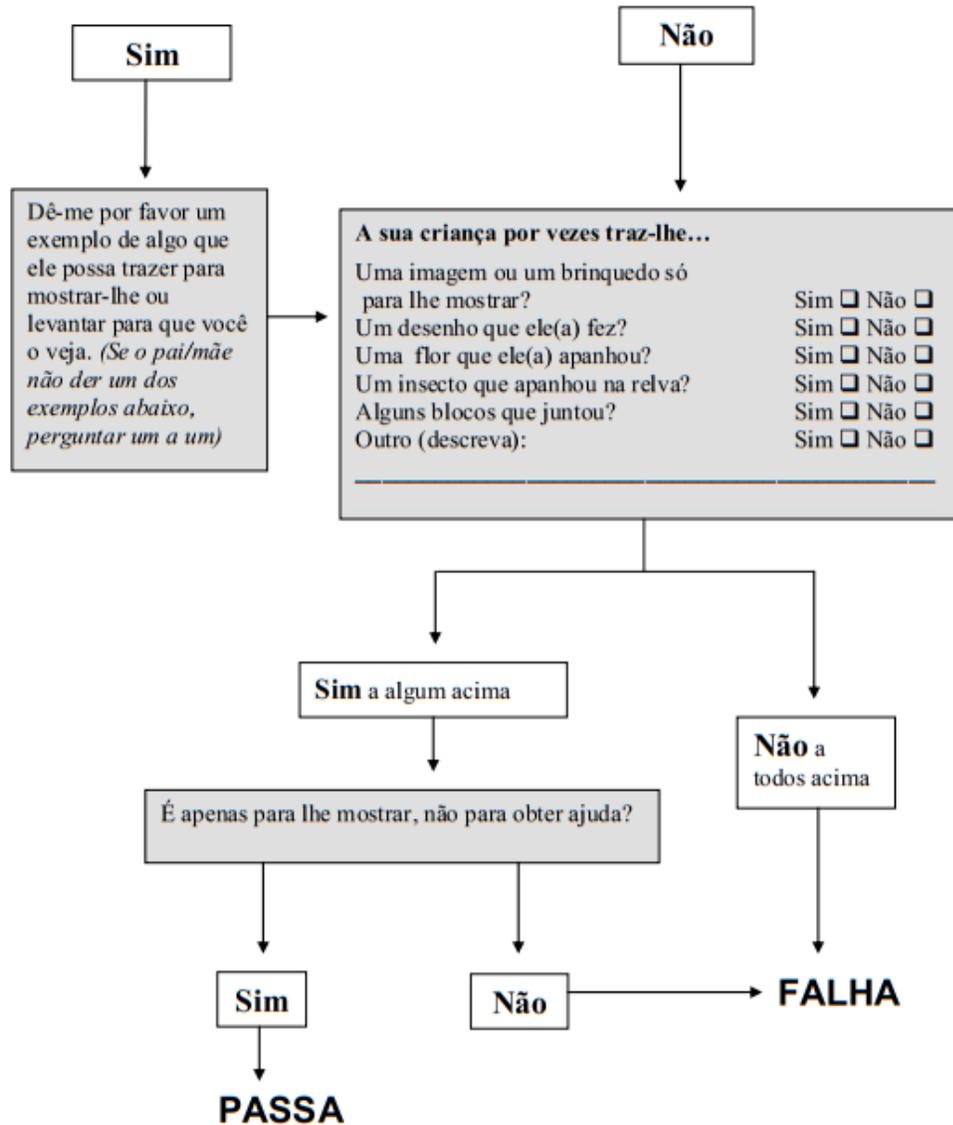
7. Se o entrevistador tiver perguntado a questão 6, comece aqui: **Acabámos de falar sobre apontar para pedir algo, a sua criança aponta com um dedo para mostrar-lhe algo interessante?**



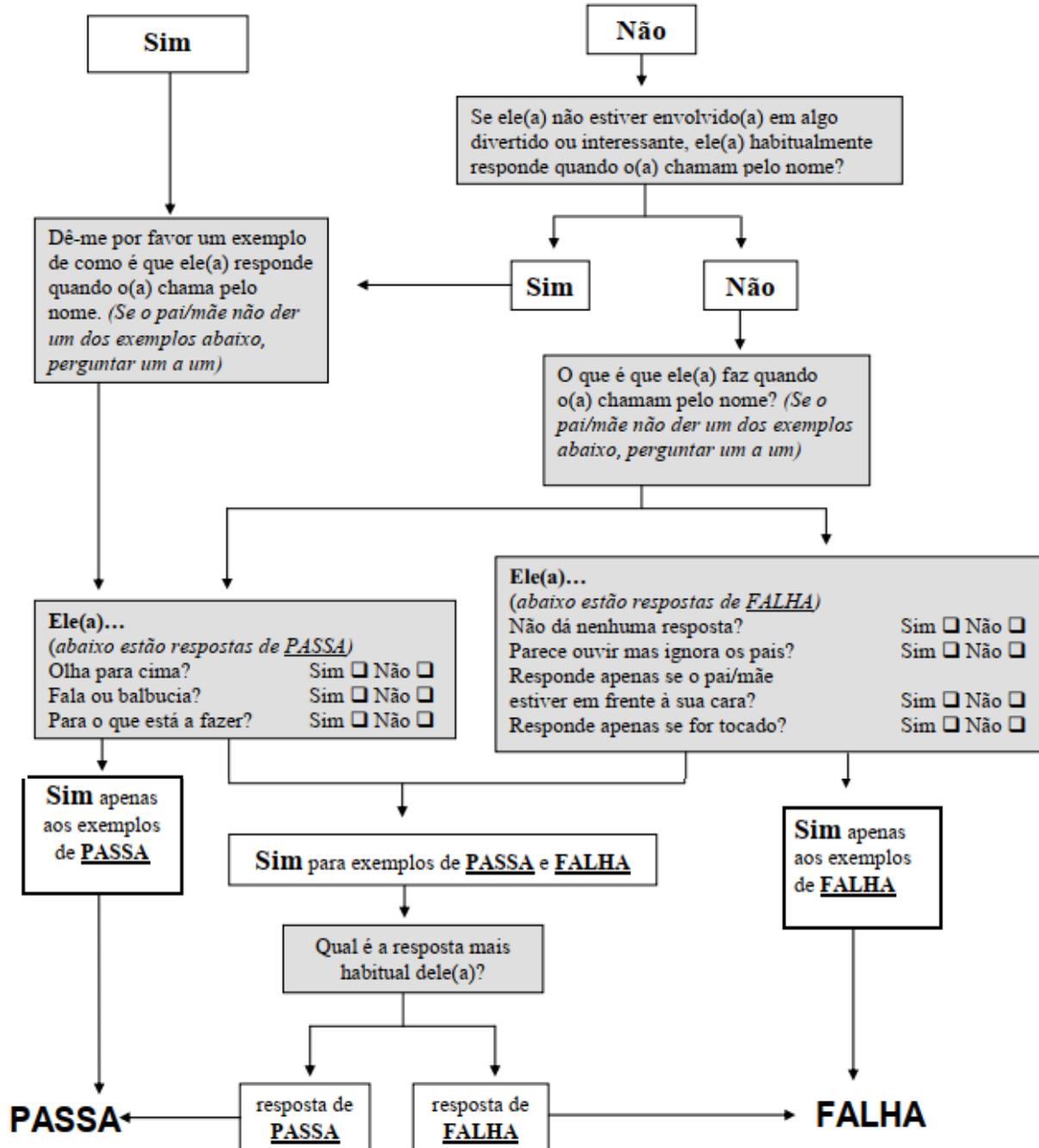
8. O(A) _____ está interessada noutras crianças?



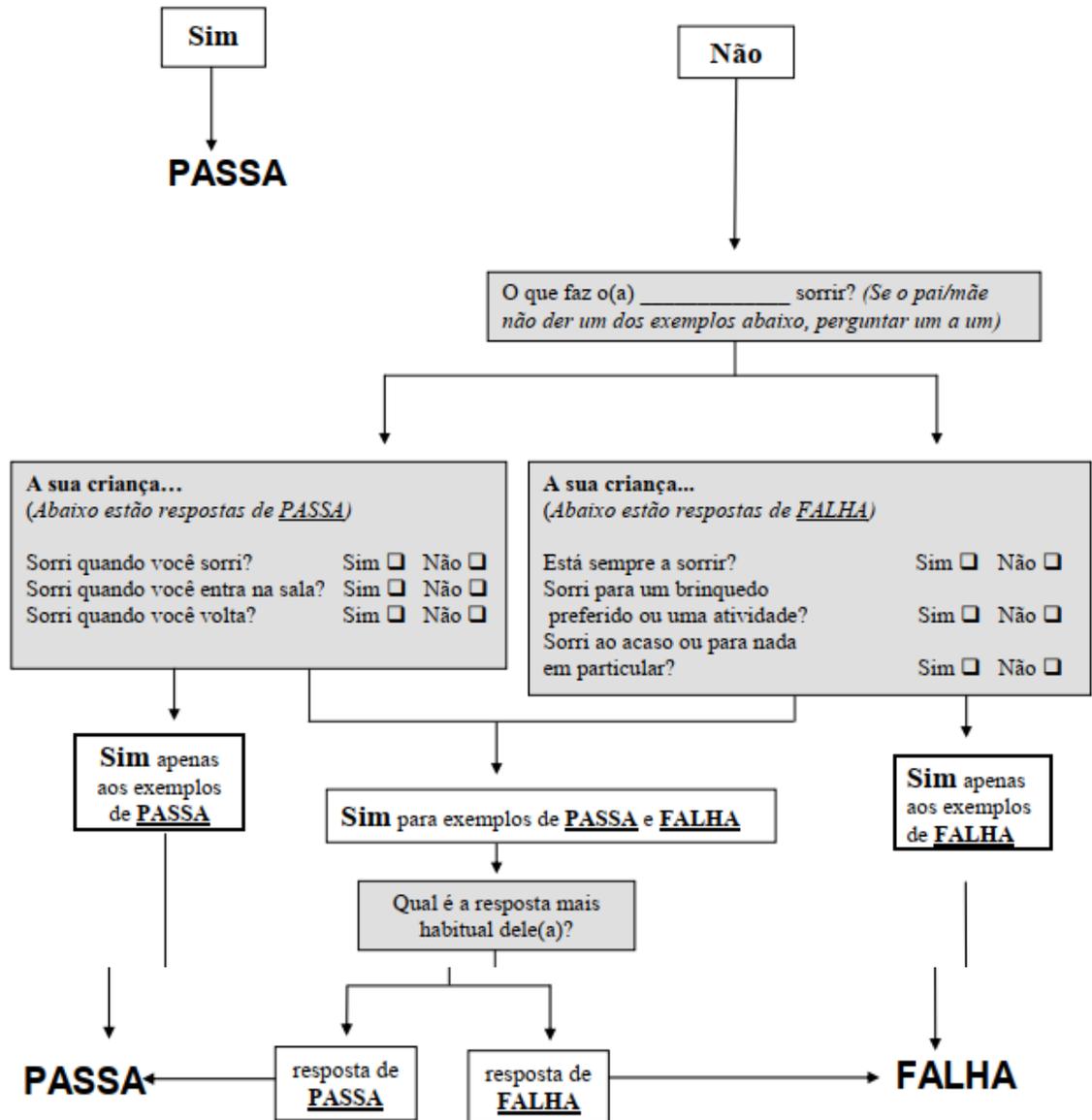
9. O (A) _____ mostra-lhe coisas trazendo-as até si ou levantando-as para que as veja?
 Não para obter ajuda, mas apenas para as partilhar?



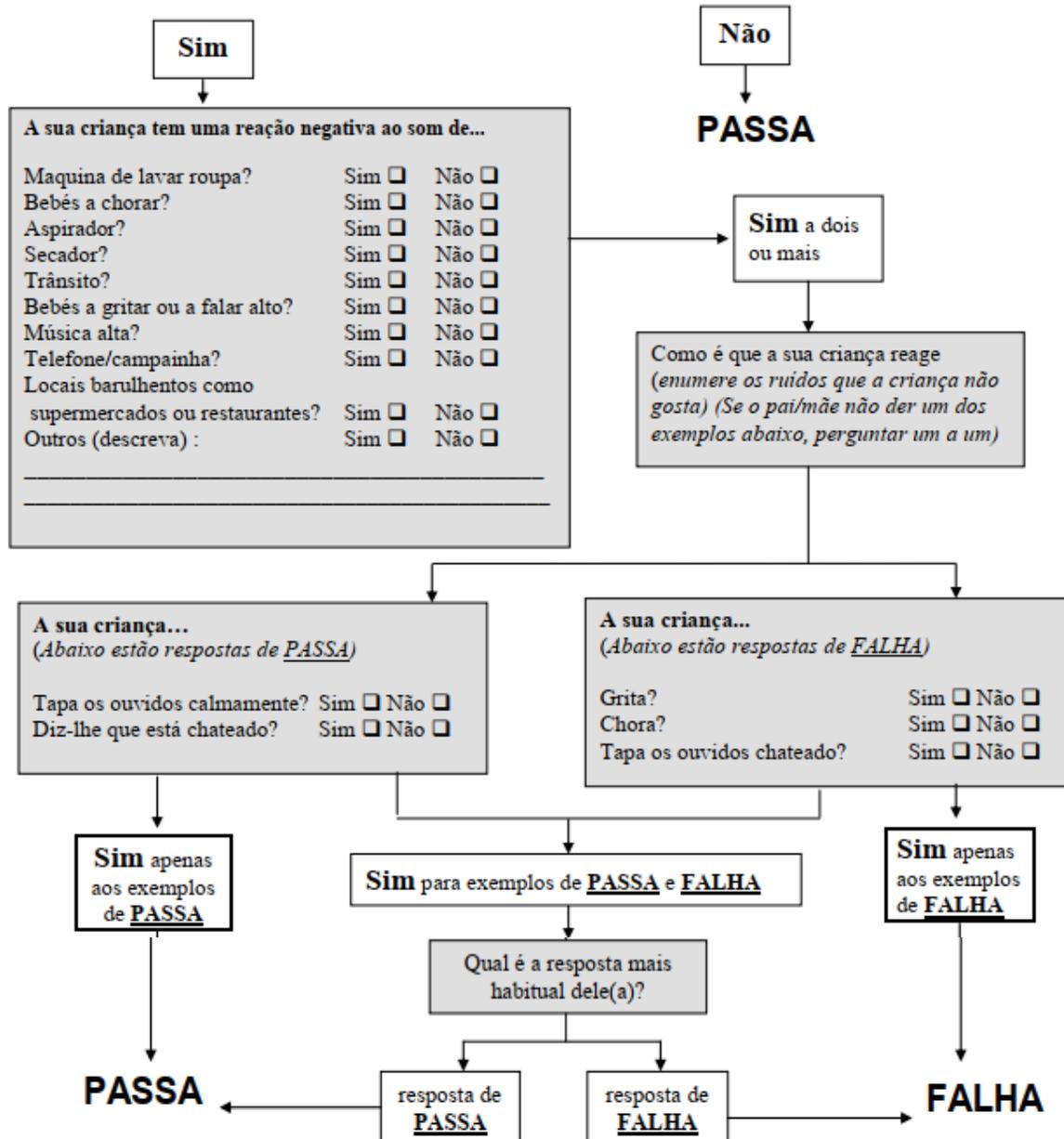
10. O (A) _____ responde quando a chama pelo nome?



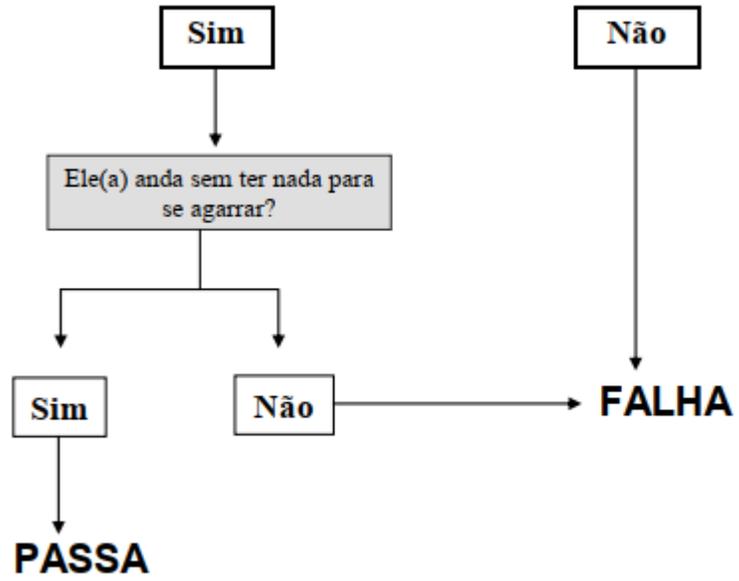
11. Quando sorri para o(a) _____, ele(a) sorri de volta para si?



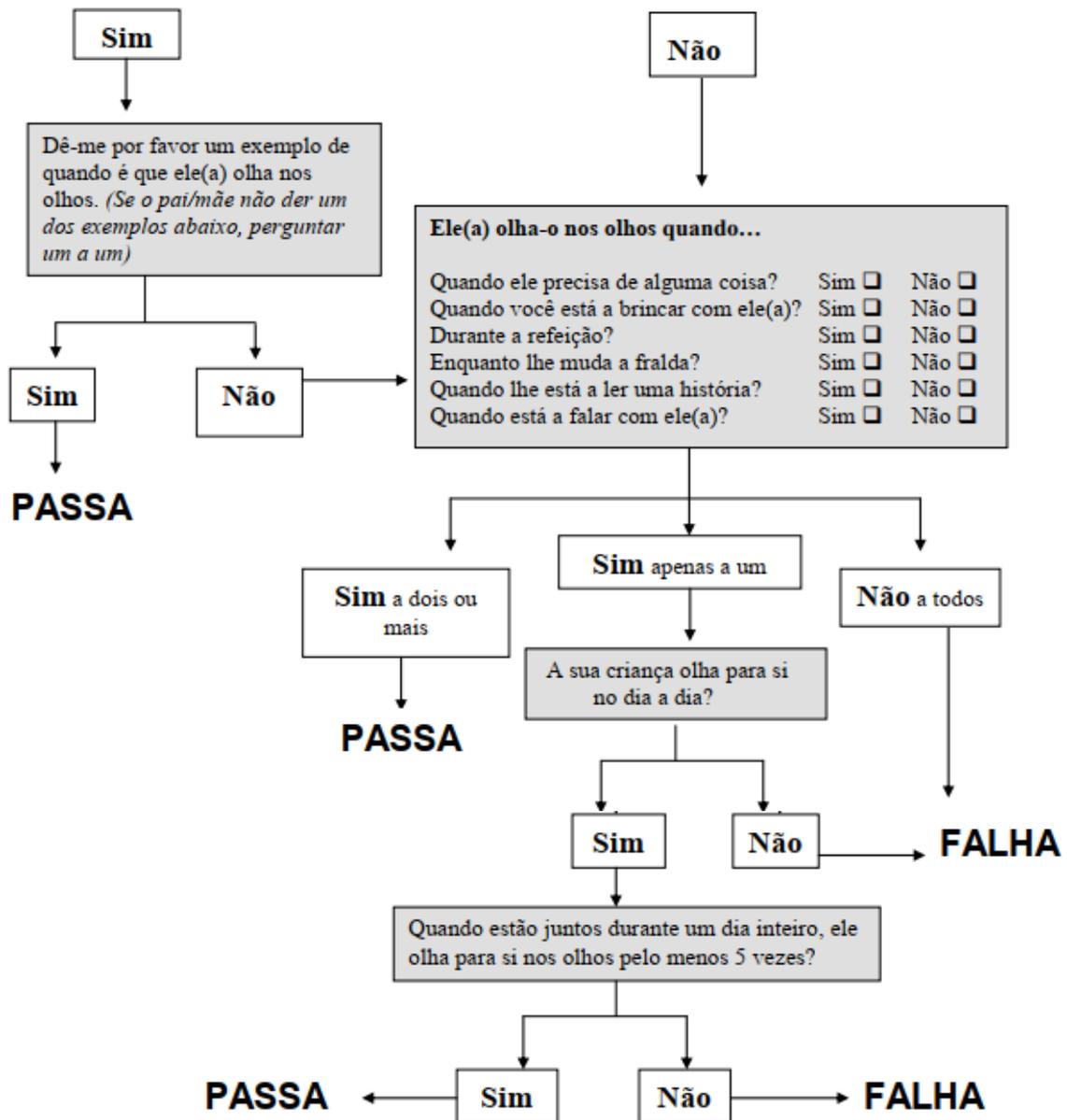
12. O(A) _____ fica incomodada com os ruídos do quotidiano?



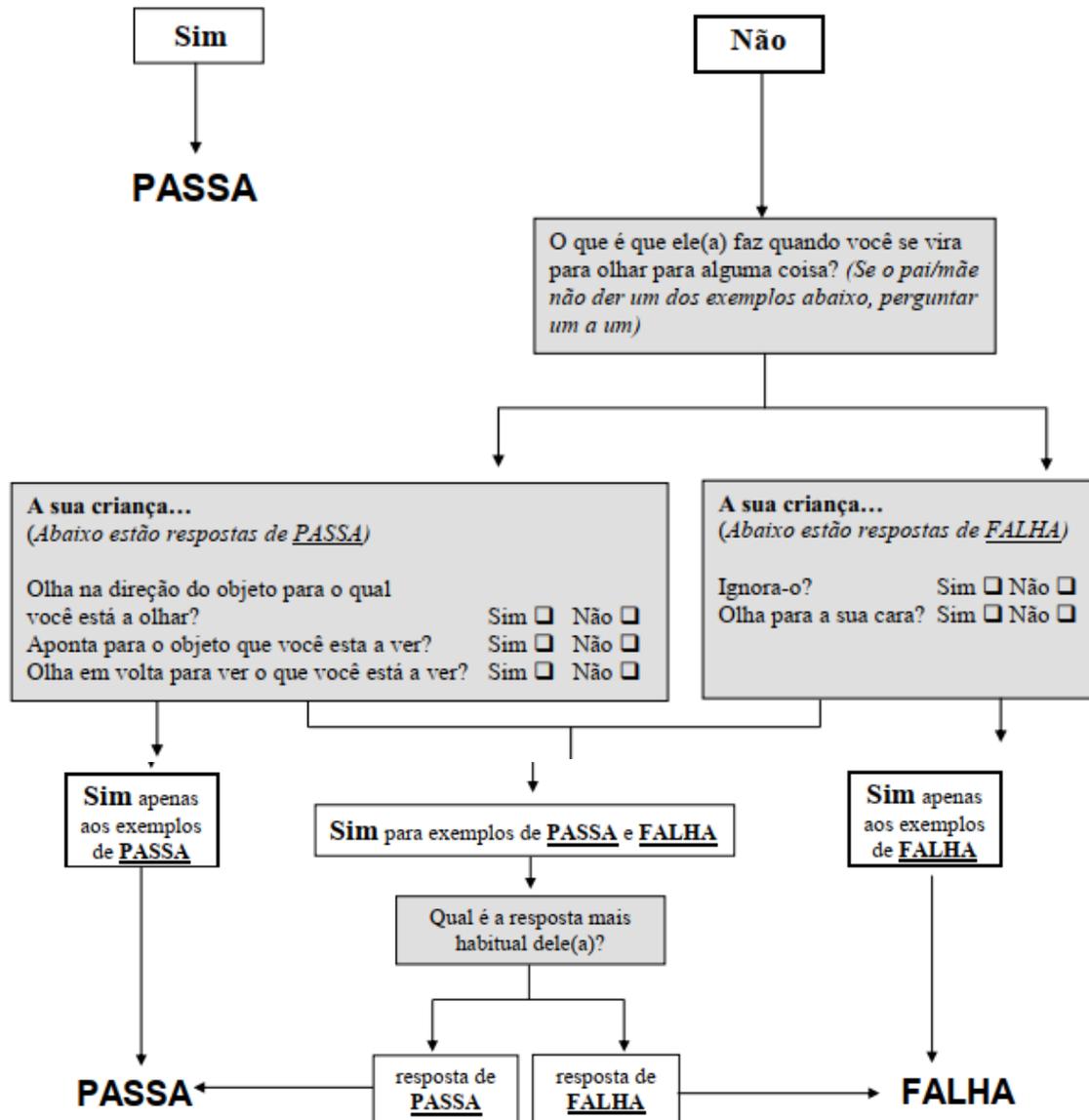
13. O (A) _____ já anda?



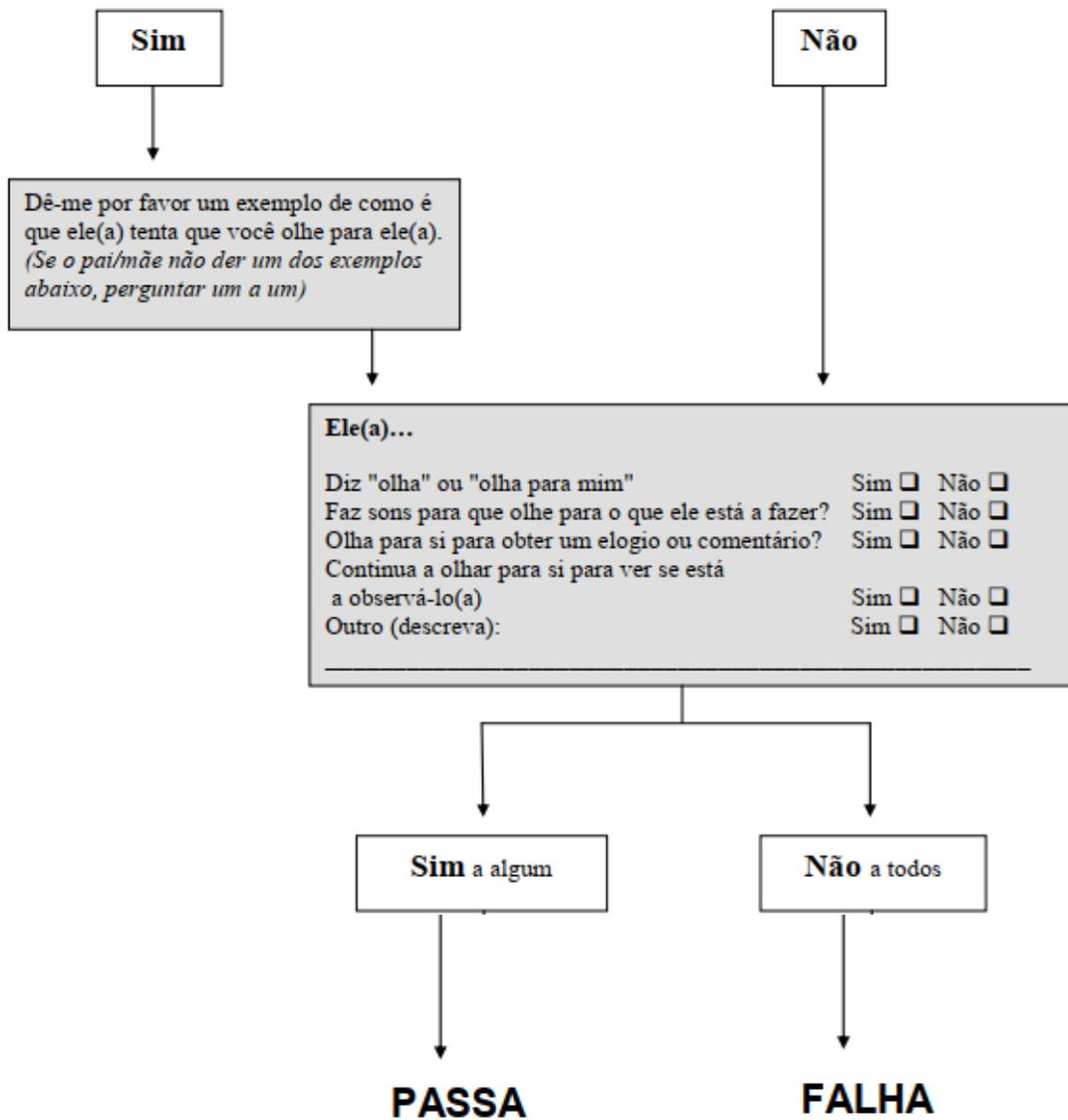
14. O(A) _____ olha-o nos olhos quando você fala, brinca com ele(a) ou veste-o(a)?



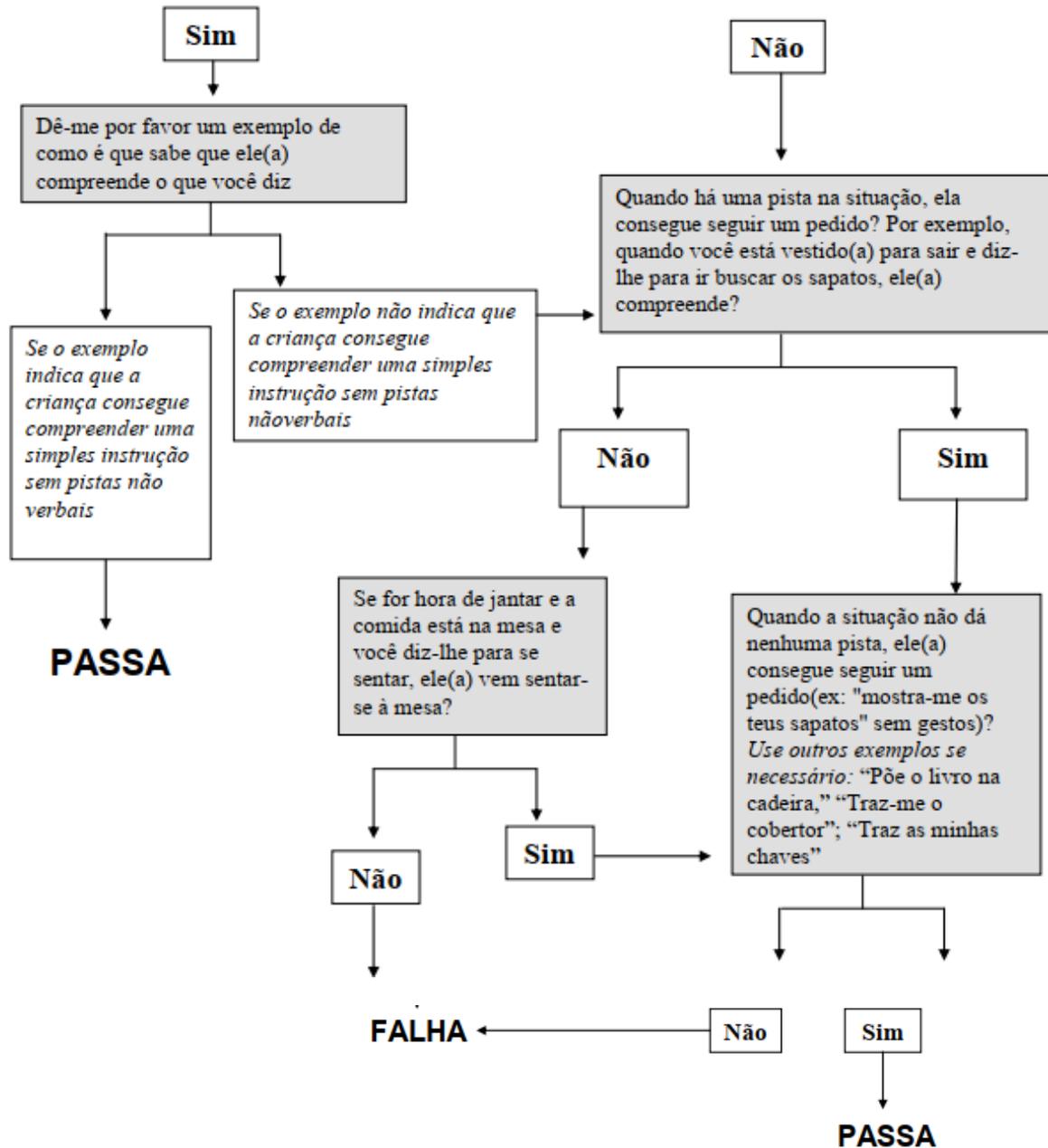
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, o(a) _____ olha em volta para ver o que é que você está a olhar?



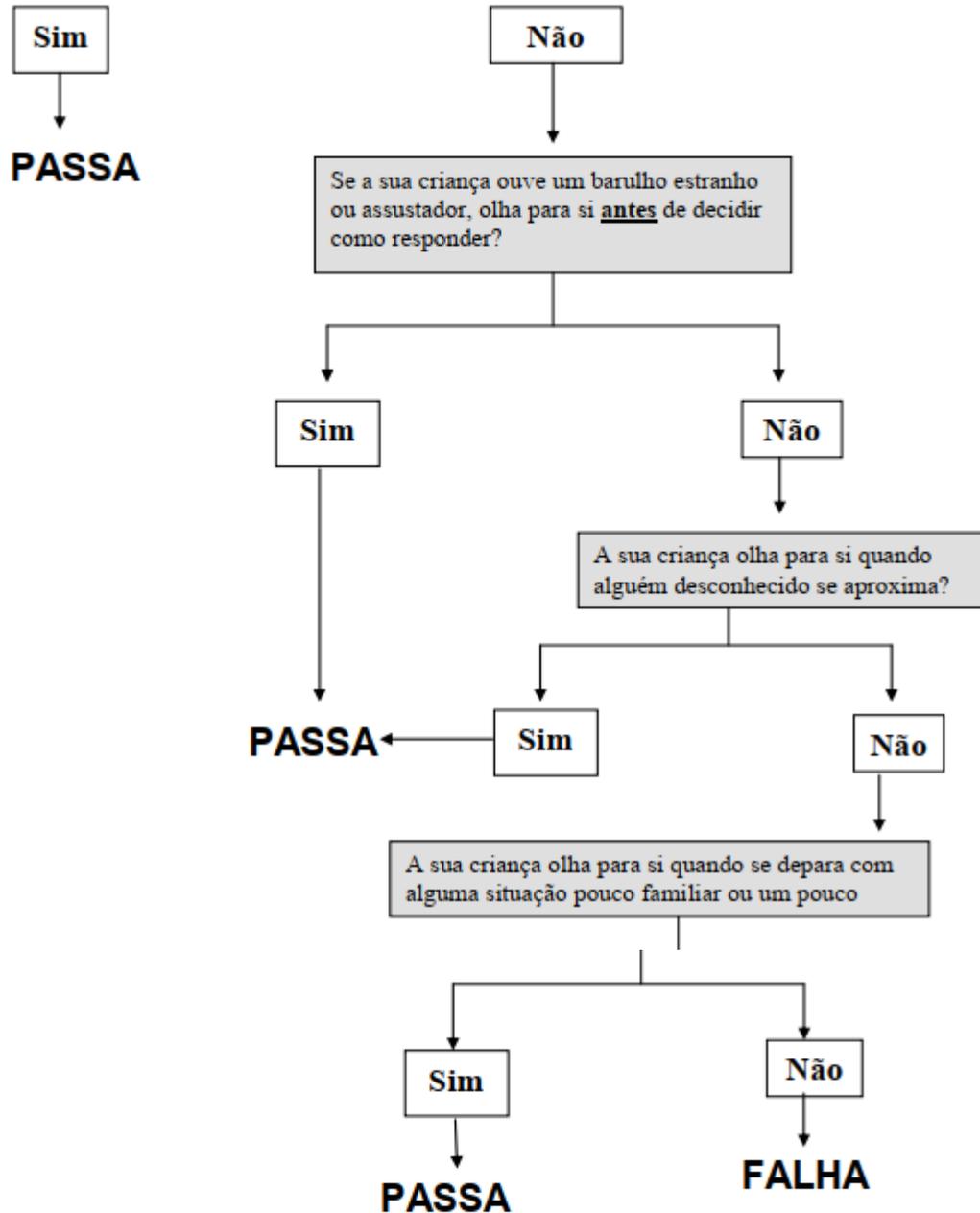
17. O(A) _____ tenta que você olhe para ela?



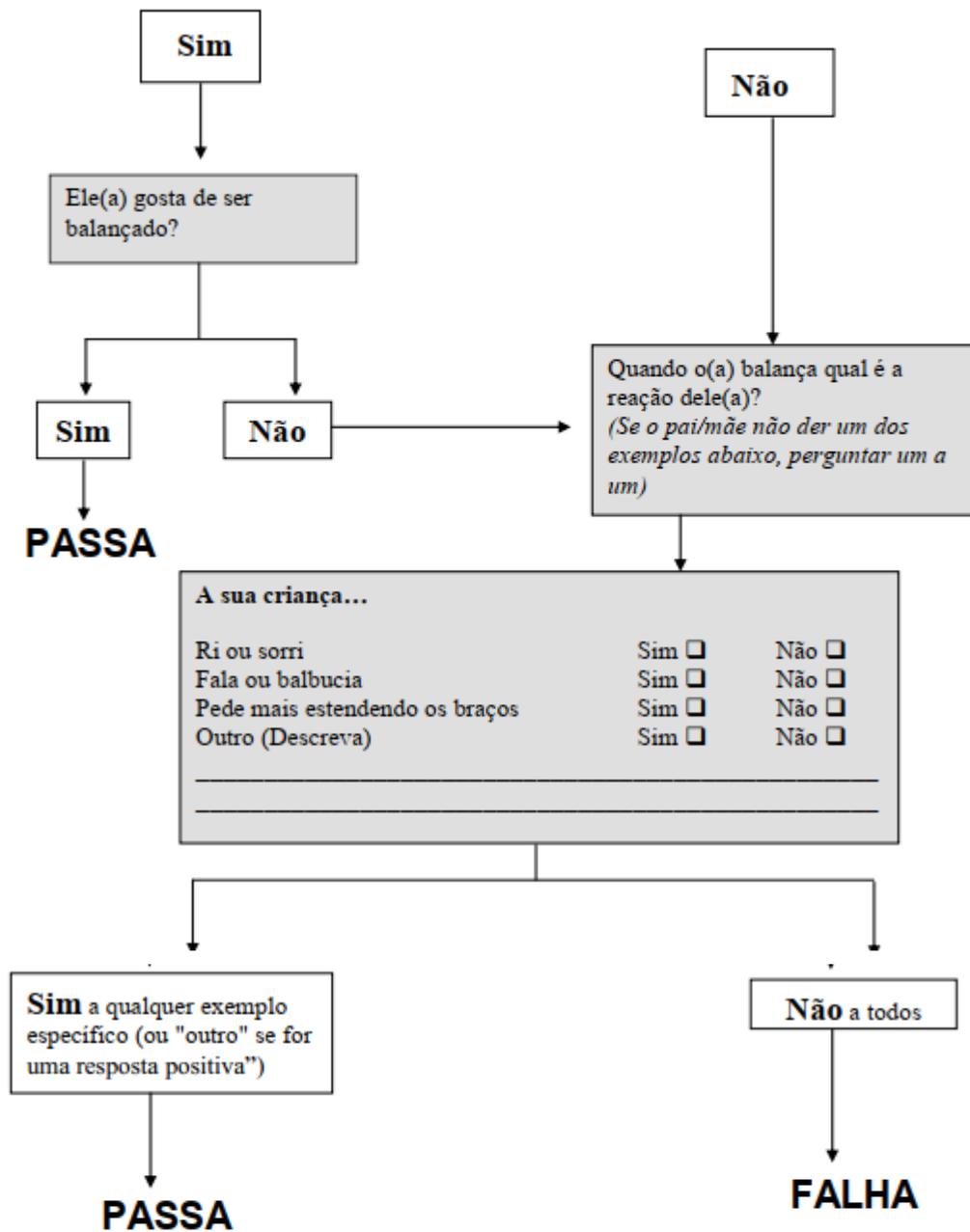
18. O(A) _____ compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa?



19. Quando acontece alguma coisa nova, o(a) _____ olha para a sua cara para ver a sua reação?



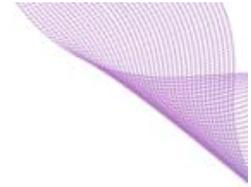
20. O (A) _____ gosta de atividades com movimento?



CARS

ESCALA CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Classificação de Autismo Infantil



O que é a Escala CARS?

Criação

A escala CARS foi desenvolvida por Schopler, Reichler e Renner em 1988 e tem como objetivo avaliar a presença do autismo e o grau de severidade.

Indicação

Crianças acima de 02 anos de idade.

Áreas avaliadas:

Relações pessoais	Resposta Auditiva
Imitação	Resposta e uso do olfato paladar e tato
Resposta emocional	Medo ou Nervosismo
Uso corporal	Comunicação Verbal
Uso de Objetos	Comunicação Não Verbal
Resposta a Mudança	Nível de Atividade
Resposta Visual	Nível e consistência da resposta Intelectual

Impressões gerais

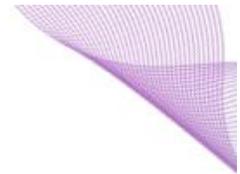
Aplicação:

A aplicação deve ser realizada a partir de entrevista com os pais/cuidadores e avaliação clínica.



ESCALA CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Classificação de Autismo Infantil



Pontuação

A pontuação varia de 1 a 4 pontos com valores intermediários de 0,5 pontos.

As pontuações de cada área avaliada é realizada através da resposta apresentada pelo indivíduo. Devemos utilizar a nota quebrada quando o avaliado apresentar um comportamento que não é compatível com um item exato.

A pontuação total varia de 15 a 60 e o ponto de corte para autismo é 30 pontos.

Pontuações entre 30 e 36 indicam sintomas leves e moderados, e acima de 37 indicam sintomas e/ou atrasos graves. (SCHOPLER et al, 1988)

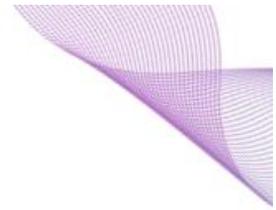
Classificação

15-30 pontos	Sem autismo
30-36 pontos	Autismo leve-moderado
36-69 pontos	Autismo



ESCALA CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Classificação de Autismo Infantil



I) Relações pessoais

1: Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico;

2: Relações levemente atípicas: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímida, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pai um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade;

3: Relações moderadamente atípicas: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo;

4: Relações gravemente atípicas: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.



II) Imitação

1: Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade;

2: Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso;

3: Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; freqüentemente imita apenas após um tempo (com atraso);

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

III) Resposta emocional

1: Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta;

2: Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. Às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor;

3: Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção;

4: Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas à situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.

IV) Uso corporal

1: Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade;

2: Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns;



3: Uso corporal moderadamente anormal:

Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés;

4: Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.

V) Uso de objetos

1: Uso e interesse adequados por brinquedos e outros

objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada;

2: Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e

outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo);

3: Uso e interesse moderadamente inadequados por

brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos,



ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele;

4: Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.

VI) Resposta a mudanças:

1: Respostas à mudança adequadas à idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva;

2: Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais;

3: Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada;



4: Respostas à mudança adequadas à idade gravemente

anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com excessos de raiva.

VII) Resposta visual

1: Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo;

2: Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos;

3: Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada freqüentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos;

4: Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.



VIII) Resposta auditiva:

1: Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos;

2: Respostas auditivas levemente anormais: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos;

3: Respostas auditivas moderadamente anormais: As respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano;

4: Respostas auditivas gravemente anormais: A criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.

IX) Resposta e uso dos sentidos

1: Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato:
A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando.



Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia a dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente;

2: Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto;

3: Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco;

4: Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.

X) Medo ou nervosismo

1: Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade;

2: Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo



ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante;

3: Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar;

4: Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.

XI) Comunicação verbal

1: Comunicação verbal normal: adequada à idade e à situação;

2: Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente;

3: Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma



linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular;

4: Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso atípico e/ou persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.

XII) Comunicação não-verbal

1: Uso normal da comunicação não-verbal: adequado à idade e situação;

2: Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja;

3: Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros;



4: Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal:

A criança utiliza somente gestos atípicos ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.

XIV) Nível e consistência da resposta intelectual

1: A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão intelectual quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns;

2: Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão intelectual quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas;

3: Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão intelectual quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais;

4: Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão intelectual quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.



XV) Impressões gerais

1: Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo;

2: Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo;

3: Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo;

4: Autismo severo: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo.

ESCALA CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Classificação de Autismo Infantil

Resultado: _____

Análise qualitativa:

ATA

ATA – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS

A escala **ATA (AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS)** é um questionário utilizado por profissionais da área da saúde para averiguar a possibilidade da presença de autismo em crianças, assim como a escala CARS. Costuma ser aplicada a crianças a partir dos 2 anos de idade e é considerada uma ferramenta pré-diagnóstica bastante confiável. Sua utilização é fácil, de modo que possa ser preenchida também pelos próprios pais.

Vale lembrar, no entanto, que escalas de avaliação não substituem o diagnóstico formal feito por um profissional qualificado, geralmente um neurologista, um psiquiatra ou um neuropediatra, sendo ferramentas de **apoio** à investigação clínica.

Sua pontuação é feita da seguinte forma: são 23 subescalas, cujas pontuações variam de 0 a 2 cada, sendo “0” quando não há presença de qualquer dos comportamentos citados naquela subescala, “1” quando a criança apresenta apenas um dos vários subitens citados ou “2” quando apresentar dois ou mais subitens. **O atingimento de 15 pontos sugere a presença de transtorno autista**, sendo mais severo quanto maior for a pontuação.

Exemplo de preenchimento e pontuação:

I. INTERAÇÃO SOCIAL (= 2 pontos, pois dois itens ou mais foram assinalados nessa subescala)

1. Não sorri
2. Ausência de aproximações espontâneas **X**
3. Não busca companhia **X**
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo)
5. Evita pessoas **X**
6. É incapaz de manter um intercâmbio social (conversa com trocas, pergunta e resposta)
7. Isolamento intenso

II. AMBIENTE (= 1 ponto, pois somente um item foi assinalado nessa subescala)

1. Não responde às solicitações **X**
2. Mudança repentina de humor

3. Mantém-se indiferente, sem expressão
4. Risos compulsivos
5. Birra e raiva frequente
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. PESSOAS AO SEU REDOR (= zero pontos, porque nenhum item foi assinalado nessa subescala)

1. Utiliza-se do adulto como um objeto (por exemplo, levando a mão do adulto até o interruptor, para acender a luz)
2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (por exemplo, faz a perna do adulto de ponte para o carrinho passar)
3. O adulto é essencialmente um meio para suprir uma necessidade (por exemplo, a aproximação tem o objetivo principal de pedir coisas)
4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto (por exemplo, desliga a TV que o adulto esteja assistindo, ameaça quebrar algo, joga coisas no adulto, toma coisas da mão do adulto como pirraça)

Pode ser útil aos pais que desconfiam que seu filho ou filha esteja no espectro do autismo, e que pensam em buscar uma avaliação profissional, antecipar-se no preenchimento da escala, como parâmetro que os ajude a estimar a maior ou menor probabilidade de confirmarem suas suspeitas, e levar a escala preenchida à primeira consulta, para auxiliar o médico na investigação.

De qualquer modo, independentemente da pontuação obtida, se a criança apresentar qualquer dificuldade no seu desenvolvimento, em especial problemas com a fala, coordenação motora, aprendizado, andar na ponta dos pés, fixação em objetos ou assuntos específicos por período de tempo que pareça exagerado, comportamento repetitivo, choro excessivo ou dificuldades na interação social, é sempre recomendada uma avaliação profissional.

ATA – Avaliação de Traços Autistas

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data da aplicação: ___/___/___

Responda as questões de acordo com sua percepção sobre a criança. Marque um X sobre os comportamentos que você observa na criança.

I. INTERAÇÃO SOCIAL

1. Não sorri
2. Ausência de aproximações espontâneas
3. Não busca companhia
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo)
5. Evita pessoas
6. É incapaz de manter um intercâmbio social (conversa com trocas, pergunta e resposta)
7. Isolamento intenso

II. AMBIENTE

1. Não responde às solicitações
2. Mudança repentina de humor
3. Mantém-se indiferente, sem expressão
4. Risos compulsivos
5. Birra e raiva frequente
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. PESSOAS AO SEU REDOR

1. Utiliza-se do adulto como um objeto (por exemplo, levando a mão do adulto até o interruptor, para acender a luz)
2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (por exemplo, faz a perna do adulto de ponte para o carrinho passar)
3. O adulto é essencialmente um meio para suprir uma necessidade (por exemplo, a aproximação tem o objetivo principal de pedir coisas)
4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto (por exemplo, desliga a TV que o adulto esteja assistindo, ameaça quebrar algo, joga coisas no adulto, toma coisas da mão do adulto como pirraça)

IV. RESISTÊNCIA A MUDANÇAS

1. Insistente em manter a rotina (por exemplo, prefere fazer sempre o mesmo passeio ou comer sempre a mesma coisa)
2. Grande relutância em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de atividade, horário ou mobília
3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade (por exemplo, brincar sempre do mesmo jeito)

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos
2. Prende-se a uma ordenação espacial (cada coisa tem um lugar próprio rígido para ficar)
3. Prende-se a uma sequência temporal (por exemplo, só pode por a meia depois da blusa)
4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (por exemplo, a mesma pessoa precisa sentar sempre no mesmo lugar)

VI. CONTATO VISUAL

1. Desvia o olhar, não olhando nos olhos ou olhando sempre rapidamente
2. Olha para outra direção quando é chamado
3. Expressão do olhar vazio e sem vida (sem expressão de emoções, indiferente)
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente (não contínua, ou seja, com pausas)
5. Fixa os objetos com um olhar periférico, não central (olhar de lado, com a cabeça um pouco virada e não de frente)
6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada
2. Não mostra uma reação antecipatória (como um 'suspense' pelo que vai acontecer)
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente
4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

1. Não quer ir dormir (relutância frequente, choro, birra, resistência intensa e prolongada)
2. Levanta-se muito cedo
3. Sono irregular (em intervalos)
4. Troca o dia pela noite
5. Dorme poucas horas

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre)
2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos)
3. Quando pequeno, não mastigava
4. Apresenta uma atividade ruminante (fica um tempo longo com a comida na boca, de um lado para o outro, antes de engolir)
5. Vômitos
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira
7. Rituais (por exemplo, esfarelar alimentos antes da ingestão)
8. Ausência de paladar (falta de sensibilidade gustativa)

X. CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto (por exemplo, ameaça fazer xixi no local errado de propósito)
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

1. Morde e engole objetos não alimentares
2. Chupa e coloca as coisas na boca
3. Cheira tudo
4. Apalpa tudo, examina as superfícies com os dedos de forma minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

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

XIII. ATENÇÃO

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la
2. Age como se fosse surdo
3. Tempo de latência de resposta aumentado, entende as instruções com dificuldade.

4. Resposta retardada
5. Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

1. Não quer aprender
2. Cansa-se muito depressa, ainda que de atividade que goste
3. Esquece rapidamente
4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer
5. Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

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

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

1. Mutismo
2. Estereotípias vocais (fazer sempre os mesmos sons)
3. Entonação incorreta
4. Ecolalia imediata e/ou retardada (repetir palavras ou falas que acabou de ouvir, imediatamente ou algum tempo depois)
5. Repetição de palavras ou frases que podem (ou não) ter valor comunicativo
6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente
7. Não se comunica por gestos
8. As interações com o adulto nunca são um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

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

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

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

XIX. RESPONSABILIDADES

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

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não têm nenhuma finalidade.

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

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

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

XXII. IGNORA O PERIGO

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

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

*** Nota do blog:** o último item da escala (XXIII) não possui subescalas/subitens e refere-se à visão geral dos sintomas assinalados no decorrer da escala. Se os sintomas assinalados nos itens anteriores já estavam presentes antes dos 3 anos (36 meses) de idade, marque 2 pontos para o item XXIII. Se apareceram depois dessa idade, não pontuar este item.