

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Reabilitação Intelectual

Versão Digital

2022

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Diretoria Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS:</i> Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade Laura Sarti de Oliveira</p> <p><i>Coordenação TelessaúdeRS-UFRGS:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Carla Guimarães da Silva Jaqueline da Rosa Monteiro Scheila Ernestina Lima Nátali Carina Dolvitsch Pfluck Fernanda Barreto Mielke Marilise Fraga de Souza Mariana Viana da Silva</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Sara Kvitko de Moura Rudi Roman</p> <p><i>Colaboração:</i> Ana Cláudia Ourique Ayesa Donini de Castilhos Lorentz Magali Filheiro Rafaela Oliveira da Vitória Sandra Jaqueline Diniz Cruz Viviane Guerisoli Leão</p> <p><i>Normalização:</i> Geise Ribeiro da Silva</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Lorena Bendati Bello</p>
---	---

Como citar este documento:

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de Regulação Ambulatorial**: reabilitação intelectual: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 19 maio 2022. (RegulaSUS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

Departamento de Regulação Estadual - DRE/RS.
TelessaúdeRS-UFRGS 2022.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: REABILITAÇÃO INTELECTUAL	3
Protocolo 1 – Atraso Global do Desenvolvimento	4
Protocolo 2 – Deficiência Intelectual	5
Protocolo 3 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	6
REFERÊNCIAS.....	7
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES	8

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Reabilitação Intelectual

O protocolo de Reabilitação Intelectual será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#). Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reabilitação Intelectual. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

O encaminhamento deve ser realizado pelo médico assistente ou por profissional da área da saúde de nível superior, integrante da rede de Atenção Primária à Saúde. Os técnicos que já utilizam a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) podem inserir essa informação no documento.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de quadros sindrômicos, crianças menores de 3 anos de idade com suspeita ou diagnóstico de atraso global do desenvolvimento (AGD) ou aqueles que necessitem pelo menos duas especialidades de reabilitação devem ter preferência no encaminhamento à Reabilitação Intelectual quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os serviços de reabilitação intelectual que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) são referência para a maior parte das Regiões de Saúde do Estado, sendo eles de modalidade única ou compondo um Centro Especializado de Reabilitação (CER), com atendimento em mais de uma área de reabilitação.

As ações de reabilitação/habilitação nos serviços componentes da RCPcD são voltados às demandas que devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade. O acesso aos mesmos, ocorre a partir da solicitação em Sistema de Regulação no município de residência do usuário.

Atenção: oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 19 de maio de 2022.

Protocolo 1 – Atraso Global Desenvolvimento

Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores de 5 anos de idade. É utilizado quando o indivíduo não possui as competências esperadas para a idade em, pelo menos, dois marcos do desenvolvimento em áreas da função intelectual (fala, motor fino e grosso, dificuldades na socialização, dificuldade para aprender habilidades novas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual:

- provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – [quadro 1](#)) ou possível AGD (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária – [quadro 1](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início dos sintomas e áreas de prejuízo, perímetro cefálico atual e marcos do desenvolvimento que estão atrasados, alterações na linguagem ou fala, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
2. histórico familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. histórico gineco-obstétrico: uso de álcool durante a gestação, medicações utilizadas durante a gravidez, uso de drogas ilícitas, infecções congênitas;
4. histórico perinatal (intercorrências como nascimento prematuro, hipóxia, infecção, trauma, hipoglicemia, baixo peso ao nascer e hemorragia intracraniana);
5. anexar laudo do teste do pezinho, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
6. descrição de demais triagens neonatais realizadas (teste do reflexo vermelho, triagem auditiva), com data;
7. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
8. medicamentos em uso (descrever dose e posologia);
9. terapias de reabilitação realizadas (sim ou não). Se sim, descreva;
10. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) faz parte dos transtornos do neurodesenvolvimento. Caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, que se iniciam no período do desenvolvimento (infância ou adolescência). Em crianças, esse diagnóstico só pode ser aplicado a partir dos 6 anos de idade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual:

- funcionamento intelectual significativamente inferior à média;
- limitações significativas no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades de aprendizagem, trabalho, lazer e segurança.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início dos sintomas e áreas de prejuízo, perímetro cefálico atual e marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de distúrbios ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
2. histórico familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. histórico gineco-obstétrico: uso de álcool durante a gestação, medicações utilizadas durante a gravidez, uso de drogas ilícitas, infecções congênitas;
4. histórico perinatal (intercorrências como nascimento prematuro, hipóxia, infecção, trauma, hipoglicemia, baixo peso ao nascer e hemorragia intracraniana);
5. anexar laudo do teste do pezinho, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
6. descrição de demais triagens neonatais realizadas (teste do reflexo vermelho, triagem auditiva), com data;
7. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
8. medicamentos em uso (descrever dose e posologia);
9. terapias de reabilitação realizadas (sim ou não). Se sim, descreva;
10. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades ([quadro 2](#)). Recomenda-se que toda a criança seja submetida à triagem de TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R ([quadro 3](#)). O teste pode ser repetido em intervalos regulares ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual:

- suspeita ou diagnóstico de TEA¹ ([quadro 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas e as áreas de atividades com prejuízo, dismorfias, descrever marcos do desenvolvimento atrasados e os já adquiridos);
2. inserção no ambiente escolar (regular ou especial) e acompanhamento em sala de recurso (sim ou não). Se sim, descreva;
3. apresenta comorbidades neurológicas ou psiquiátricas (sim ou não). Se sim, descreva;
4. anexar M-CHAT-R ([quadro 3](#)) preenchido por pais/cuidadores, preferencialmente, ou descrever seu resultado, com data;
5. história familiar de deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
6. terapias de reabilitação realizadas (sim ou não). Se sim, descreva;
7. tratamento medicamentoso em uso ou já realizado (sim ou não). Se sim, descreva quais medicações e posologia;
8. realiza acompanhamento em serviço especializado em Saúde Mental (sim ou não). Se sim, descreva;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Mesmo nos casos em que não há confirmação do diagnóstico, os casos suspeitos de TEA devem ser encaminhados para investigação nos serviços de Reabilitação Intelectual.

Referências

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

AUGUSTYN, M.; VON HAHN, L. E. **Autism spectrum disorder: evaluation and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 16 May 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-evaluation-and-diagnosis>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança: menina**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança: menino**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. [versão preliminar]. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/5384/mod_resource/content/2/DIRETRIZES%20DE%20ESTIMULA%C3%87%C3%83O%20PRECOCE.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual: (Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas): Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do SUS**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do transtorno do espectro autista (TEA) na criança**. Brasília, DF, 25 mar. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em: 19 maio 2022.

FIGUEIRAS, A. C. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

LOSAPIO, M. F. et al. **Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™**. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. **Resolução nº 270/20 - CIB/RS**. Plano da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 22 dez. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/30093438-cibr270-20.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para Neurologia Pediátrica**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 28 maio 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 19 maio 2022.

Apêndices – quadros auxiliares

Quadro 1 – Marcos do desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos.

<ul style="list-style-type: none"> • Provável AGD: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora. • Possível AGD: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências. <p>Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (idade corrigida = semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).</p>		
0 a 1 mês	<ul style="list-style-type: none"> • Pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada. • Observa um rosto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reage ao som. • Eleva a cabeça.
1 a 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri quando estimulada. • Abre as mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emite sons. • Movimenta os membros.
2 a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde ativamente ao contato social. • Segura objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emite sons, ri alto. • Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços.
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de objetos. • Leva objetos à boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Localiza o som. • Muda de posição (rola).
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca de esconde-achou. • Transfere objetos de uma mão para outra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Duplica sílabas. • Senta-se sem apoio.
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos (exemplo: bater palmas ou dar tchau). • Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça). 	<ul style="list-style-type: none"> • Produz “jargão” (conversa incoerente consigo mesma ou com outros). • Anda com apoio.
12 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra o que quer. • Coloca blocos na caneca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala uma palavra. • Anda sem apoio.
15 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Usa colher ou garfo. • Constrói torre de 2 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala 3 palavras • Anda para trás.
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tira a roupa. • Constrói uma torre de 3 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aponta 2 figuras. • Chuta bola.
24 a 30 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se com supervisão. • Constrói uma torre de 6 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala frases com 2 palavras. • Pula com ambos os pés.
30 a 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca com outras crianças. • Imita o desenho de uma linha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece 2 ações. • Arremessa bola.
36 a 42 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Veste uma camiseta. • Move o polegar com a mão fechada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende 2 adjetivos. • Equilibra-se em cada pé por 1 segundo.
42 a 48 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Emparelha cores. • Copia círculos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala clara e compreensível. • Pula em um pé só.
48 a 54 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sem ajuda. • Copia cruz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende 4 preposições. • Equilibra-se em cada pé por 3 segundos.
54 a 60 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Escova os dentes sem ajuda. • Aponta a linha mais comprida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define 5 palavras. • Equilibra-se em um pé por 5 segundos.
60 a 72 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aceita e segue regras nos jogos de mesa. • Copia um quadrado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define 7 palavras. • Equilibra-se em cada pé por 7 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil (2020a, 2020b).

Quadro 2 – Características clínicas de crianças com risco para transtorno do espectro do autismo.

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

Se a criança apresentar alguma característica clínica positiva a escala M-CHAT-R deve ser utilizada para avaliação complementar ([quadro 3](#)).

Fonte: Brasil (2021).

Quadro 3 – Escala M-CHAT-R para triagem de transtorno do espectro do autismo (TEA), para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses.

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões.		
1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2. Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3. O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4. O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6. O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7. O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8. O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9. O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja – não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10. O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11. Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12. O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13. O seu filho anda?	Sim	Não
14. O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15. O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16. Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17. O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “ôh mãe!”)	Sim	Não
18. O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”?)	Sim	Não
19. Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20. O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não
Para todos os itens, a resposta “NÃO” corresponde a um ponto; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica um ponto cada. Suspeita diagnóstica de TEA: resultado maior ou igual a 3 pontos .		

A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. Ela é de rápida aplicação, pode ser aplicada por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondida pelos pais ou cuidadores durante a consulta. Ela indica suspeita de TEA e não é diagnóstica. Resultados falso-negativos são possíveis e se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor da criança e reavaliação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Losapio *et al.* (2020).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543