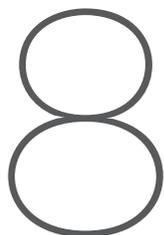


DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE



TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

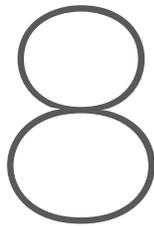
Autores
CHRISTIAN MÜLLER
VIVIANE FELIPE CANTOS VERAS
INÊS CATÃO
RENATA BRASILEIRO REIS PEREIRA
ANA CRISTINA SIDRIM DE CARVALHO
CLAÚDIO VINÍCIUS
JACYMÁRIA PRADO
RAQUEL COIMBRA
OMAR NUNES FILHO

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE



TRANSTORNO
ESPECTRO AUTISTA

Brasília, 2017

Diretor Presidente
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

Diretora Vice-Presidente
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

Conselho de Administração
DANIEL GALLO PEREIRA
ILDA RIBEIRO PELIZ
NADIM HADDAD
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR
MARLENE GOMES BARRETO
(Representante dos Funcionários)

Conselho Fiscal
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

1ª edição, 2016.
Esta é uma produção para uso interno no
Hospital da Criança de Brasília, portanto,
não deve ser reproduzida.

Informações:
Hospital da Criança de Brasília José Alencar
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital de Apoio)
Brasília - DF.
CEP 70.071-900

Superintendente Executivo
RENILSON REHEM

Superintendente Executivo Adjunto
JOSÉ GILSON ANDRADE

Diretor Administrativo
HÉLIO SILVEIRA

Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa
VALDENIZE TIZIANI

Diretor de Custos, Orçamento e Finanças
HORÁCIO FERNANDES

Diretora de Estratégia e Inovação
ERIKA BOMER

Diretora de Recursos Humanos
VANDERLI FRARE

Diretora Técnica
ISIS MAGALHÃES

Coordenadora do Corpo Clínico
ELISA DE CARVALHO

Núcleo de Comunicação e Mobilização
Coordenadora de Comunicação e Mobilização
ANA LUIZA WENKE

Assessor de Comunicação
CARLOS WILSON

Designer Gráfico
JUCELI CAVALCANTE LIMA

Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada

Revisão: Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.

Diagramação: Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer, Carolina Hugenneyer Brito e Ricardo Villar.

Autores:

Christian Müller
Viviane Felipe Cantos Veras
Inês Catão
Renata Brasileiro Reis Pereira
Ana Cristina Sidrim de Carvalho
Cláudio Vinicius
Jacymária Prado
Raquel Coimbra
Omar Nunes Filho

Editores:

Elisa de Carvalho
Erika Bömer
Isis Quezado Magalhães
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança com Transtorno do Espectro Autista. / Müller, Christian et al. Brasília: HCB, 2017.

33p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado Magalhães, Renilson Rehem.

1. Autismo. 2. Pediatria. 3. Criança. I. Müller, Christian. II. Veras, Viviane F. Cantos. III. Catão, Inês. IV. Pereira, Renata B. Reis. V. Carvalho, Ana Cristina S. de. VI. Vinicius, Cláudio. VII. Prado, Jacymária. VIII. Coimbra, Raquel. IX. Nunes Filho, Omar. XI. Título.

CDU: 612.2

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Objetivos	5
1.2. Equipes de referência	5
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	5
2.1. Critérios de inclusão	5
2.2. Critérios de exclusão	5
3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	6
4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 1	7
5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 2	8
6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 3	9
ANEXOS.....	13

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos

Geral:

- Sistematizar o atendimento ao paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no seu diagnóstico, e inclusão em programa especializado.

Específicos:

- Promover abordagem interprofissional para as crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, com base nas necessidades específicas de cada paciente, em sua estratificação de risco.

- Atuar de forma integrativa e complementar às redes de saúde SES/DF e SEE/DF, no que tange à pediatria terciária.

1.2. Equipes de referência

Equipe médica responsável pelo programa:

Neurologia Infantil;
Psiquiatria Infantil;

Equipe médica de apoio:

Genética;

Assistência complementar:

Fonoaudiologia;
Psicologia;
Musicoterapia;
Terapia Ocupacional;
Nutrição;
Odontologia.

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para este programa, crianças de zero a cinco anos, 11 meses e 29 dias de idade, que apresentem sintomas clínicos de risco para Transtorno do Espectro Autista, evidenciados por:

- Déficit de comunicação e interação social;
- Comportamento repetitivo e estereotipado.

(Fonte: DSM – V / 2013)

2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes sem encaminhamento devidamente justificado (compatível com os critérios de inclusão);
- Pacientes com seis anos de idade ou mais.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do Hospital da Criança de Brasília (HCB), neurologista infantil, como primeira consulta externa (PCE), para paciente proveniente do SISREG. E através de consulta de solicitação de parecer interno (PI), para o paciente em acompanhamento no HCB. Concomitantemente, o paciente será encaminhado para a Psiquiatria Infantil.

Nesta primeira avaliação para admissão na DTEA, serão realizados a anamnese e o exame físico, bem como solicitados os exames complementares, conforme fichas descritas no Anexo. O paciente será ainda direcionado para avaliação assistencial (Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional).

A segunda avaliação, 90 dias após a primeira, será realizada no ambulatório DTEA, pela equipe interprofissional do programa (Neurologia Infantil, Psiquiatria Infantil, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional). Nessa consulta de retorno, o paciente já deve ter sido avaliado pela equipe interdisciplinar do serviço (Psicologia - quatro consultas para avaliação psicológica; Fonoaudiologia - quatro consultas para avaliação da linguagem oral expressiva e receptiva; Terapia Ocupacional - quatro consultas para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor). Nesse momento, conforme os dados clínicos e os resultados dos exames complementares, será estabelecida a classificação do paciente, de acordo com duas categorias: Pacientes com diagnóstico clínico de risco para TEA (zero a três anos de idade) e pacientes com diagnóstico de TEA (três a cinco anos, 11 meses e 29 dias de idade). Concomitantemente, será realizada a estratificação de risco do paciente.

Tabela 1: Estratificação de Risco do Programa de Transtorno do Espectro Autista do HCB

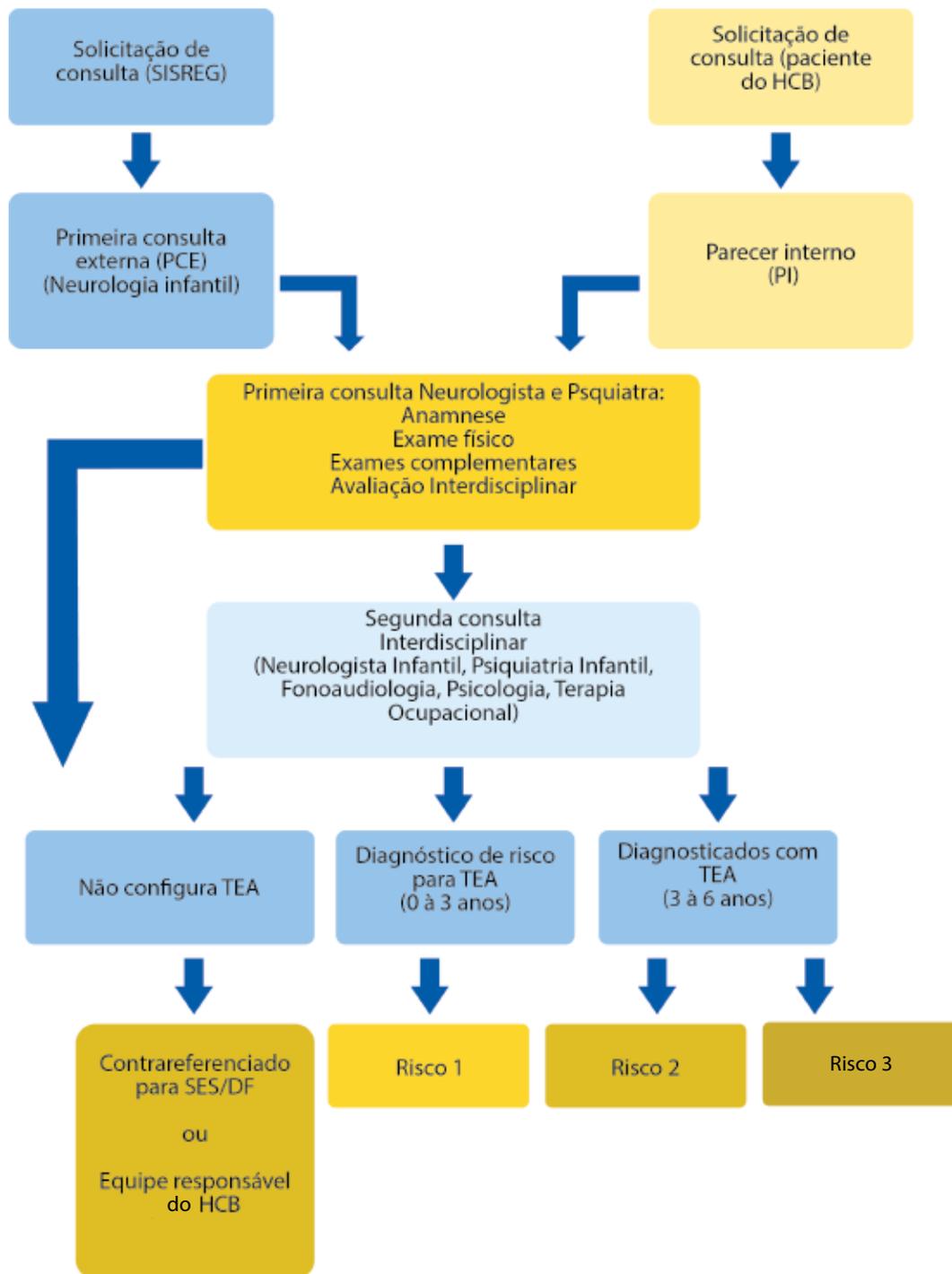
Estratificação de risco	Comorbidades
Risco 1	Pacientes com diagnóstico clínico de risco para TEA
Risco 2	Pacientes com diagnóstico de TEA grau 1
Risco 3	Pacientes com diagnóstico de TEA grau 2 e 3

- Pacientes cujo diagnóstico não configura TEA, receberão orientações da equipe da Neurologia Infantil e/ou Psiquiatria Infantil, sendo contrareferenciados para a SES/DF ou mantidos em acompanhamento no HCB pela equipe responsável pelo paciente, quando já estiverem em acompanhamento por outro programa/especialidade. Dessa forma, não serão admitidos na DTEA.

Na admissão no programa, serão realizados: o cadastro do paciente; a ambientação; a apresentação da equipe; a identificação de necessidades sociais; explicação referente às palestras de orientação. Os pacientes classificados como risco 1 serão incluídos na Abordagem Terapêutica 1 (AT1 – R1); os pacientes classificados como risco 2 serão incluídos na Abordagem Terapêutica 2 (AT2 – R2) e os pacientes classificados como risco 3 serão incluídos na Abordagem Terapêutica 3 (AT3 – R3).

A Figura 1 resume o fluxo de avaliação para admissão no Programa de Atenção à Criança com Transtorno do Espectro Autista do HCB.

Figura 1: Fluxo de avaliação para admissão na DTEA.

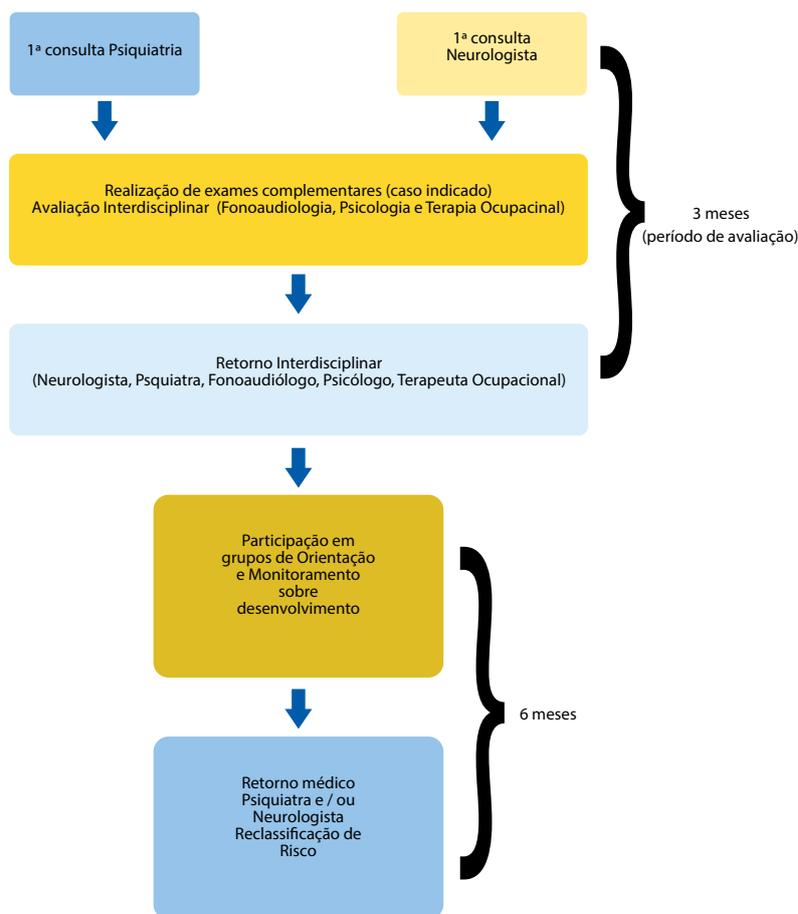


4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 1 – RISCO 1 (AT 1 – R1):

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. A AT1 – R1 terá duração de seis meses. Ao término, o paciente será reavaliado e reclassificado quanto à estratificação de risco. A AT1 – R1 consta de:

- Consultas - Equipe médica (inicial, 3º e 6º meses), com o objetivo de avaliar a evolução do paciente após a admissão na DTEA.
- Participação de atendimento em grupo com a equipe interdisciplinar.

Segue esquema representativo da AT1 – R1.



Ao término da AT1 – R1, o plano de tratamento será programado, conforme a reclassificação quanto à estratificação de risco:

Paciente mantido como risco 1:

Será novamente avaliado pela equipe interdisciplinar (Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional) e reagendada nova avaliação em seis meses.

Paciente reclassificado como risco 2:

Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.

Paciente reclassificado como risco 3:

Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.

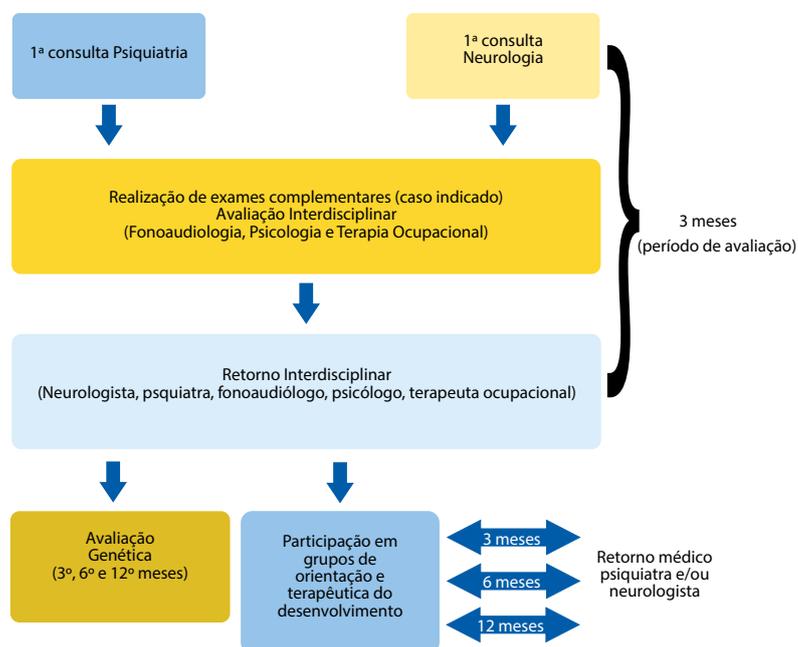
5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 2 – RISCO 2 (AT 2 – R2):

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. A AT2 – R2 terá duração de 12 meses. Ao término, o paciente será reavaliado e reclassificado quanto à estratificação de risco. A AT2 – R2 consta de:

- Consultas - Equipe médica (inicial, 3º, 6º, 9º e 12º meses), com o objetivo de avaliar a evolução do paciente após a admissão na DTEA.
- Avaliação na Génética (3º, 6º e 12º meses), com o objetivo de investigar possíveis doenças primárias associadas.

- Participação de atendimento em grupo com a equipe interdisciplinar.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

Segue esquema representativo da AT2 – R2



Ao término da AT2 – R2, o plano de tratamento será programado, conforme a reclassificação quanto à estratificação de risco:

Paciente mantido como risco 2:

O paciente está apto a ter alta da DTEA, recebendo orientações da equipe interdisciplinar que o avaliou. Receberá relatório interdisciplinar atualizado (constando diagnóstico e CID compatíveis).

Paciente reclassificado como risco 3:

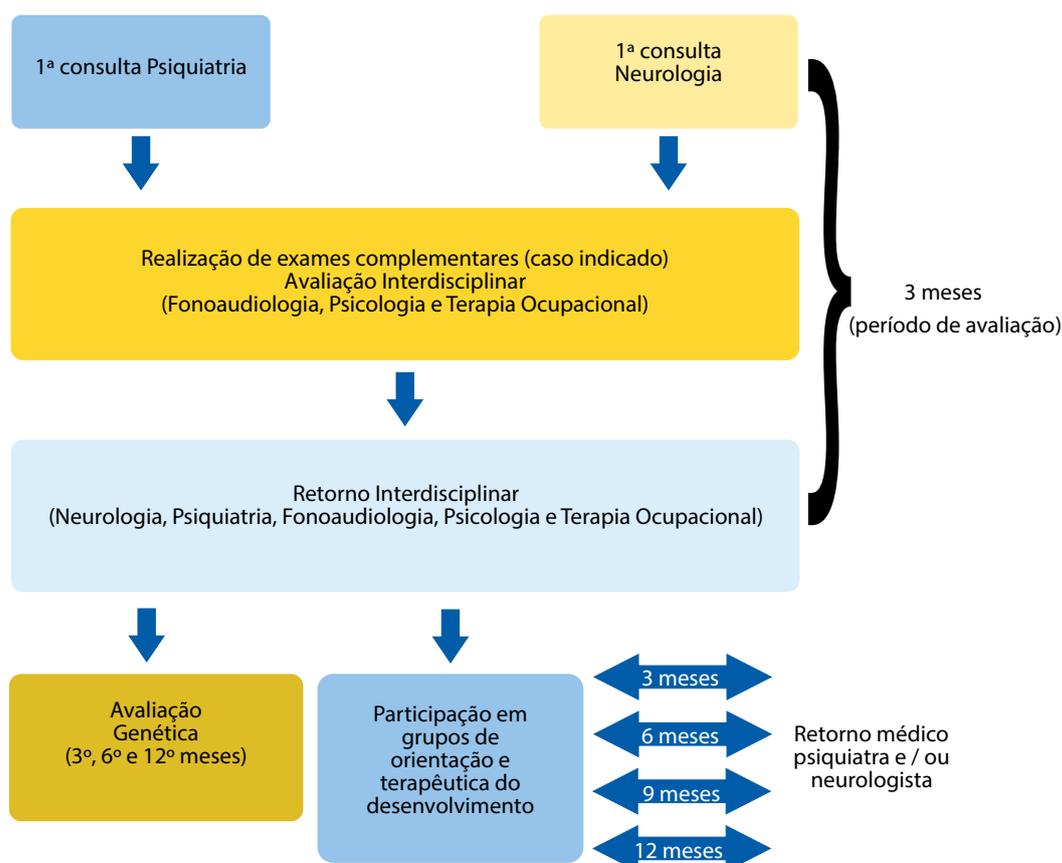
Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.

6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 3 – RISCO 3 (AT 3 – R3):

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. A AT3 – R3 terá duração de 12 meses. Ao término, o paciente será reavaliado e reclassificado quanto à estratificação de risco. A AT3 – R3 consta de:

- Consultas - Equipe médica (inicial, 3º, 6º, 9º, 12º meses), com o objetivo de avaliar a evolução do paciente após admissão na DTEA.
- Avaliação na Génética (3º, 6º e 12º meses), com o objetivo de investigar possíveis doenças primárias associadas.
- Participação de atendimento em grupo com a equipe interdisciplinar.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

Segue esquema representativo da AT3 – R3



Ao término da AT3 – R3, o plano de tratamento será programado, conforme a reclassificação quanto à estratificação de risco:

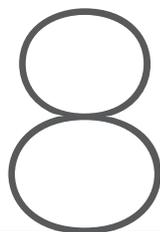
Paciente reclassificado como risco 2:

O paciente está apto a ter alta da DTEA, recebendo orientações da equipe interdisciplinar que o avaliou. Receberá relatório interdisciplinar atualizado (constando diagnóstico e CID compatíveis).

Paciente mantido como risco 3:

O paciente receberá orientações da equipe interdisciplinar que o avaliou. E receberá relatório interdisciplinar atualizado (constando de diagnóstico e CID compatíveis). Ficará em acompanhamento com médico de referência (prescritor).

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE



ANEXOS

TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores
CHRISTIAN MÜLLER
VIVIANE FELIPE CANTOS VERAS
INÊS CATÃO
RENATA BRASILEIRO REIS PEREIRA
ANA CRISTINA SIDRIM DE CARVALHO
CLAÚDIO VINÍCIUS
JACYMÁRIA PRADO
RAQUEL COIMBRA
OMAR NUNES FILHO

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

ANEXOS.....	13
1. FOLHA DE ROSTO.....	15
2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO.....	16
3. HISTÓRIA CLÍNICA.....	18
4. EXAME NEUROLÓGICO GERAL.....	21
5. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NA ADMISSÃO.....	21
5.1 Exames obrigatórios.....	21
6. AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR ASSISTENCIAL.....	21
6.1. Fonoaudiologia.....	22
6.2. Psicologia.....	22
6.3. Terapia Ocupacional.....	22
7. REUNIÕES EM GRUPO.....	23
7.1. Abordagem Terapêutica 1 - Risco 1.....	23
7.2. Abordagem Terapêutica 2 e 3 - Risco 2 e 3.....	23
8. REUNIÕES DE EQUIPE.....	24
9. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. FOLHA DE ROSTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

**Programa Interdisciplinar de Atenção à Criança com
Transtorno do Espectro Autista**

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Responsáveis: _____

1ª Consulta Neurologia: ____/____/____

1º Consulta Psiquiatria: ____/____/____

Reavaliação: 3 meses - Data: ____/____/____

Classificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

Abordagem Terapêutica – Risco 1

- Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Psiquiatria) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Neurologia) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Psicologia) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Fonoaudiologia) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Terapia Ocupacional) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Musicoterapia) – Data: ____/____/____

Reunião de Equipe Interdisciplinar (sem a presença do paciente) - Data: ____/____/____

Reavaliação Médica: 6 meses - Data: ____/____/____

Reclassificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

Reavaliação Médica: 12 meses - Data: ____/____/____

Reunião de Equipe Interdisciplinar (sem a presença do paciente) - Data: ____/____/____

2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

Programa Interdisciplinar de Atenção à Criança com Transtorno do Espectro Autista

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Responsáveis: _____

1ª Consulta Neurologia: ___/___/___

1º Consulta Psiquiatria: ___/___/___

Reavaliação: 3 meses - Data: ___/___/___

Classificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

Abordagem Terapêutica – Risco 2

Reavaliação Médica: 3 meses - Data: ___/___/___

Avaliação Genética: 3 meses - Data: ___/___/___

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Psiquiatria) – Data: ___/___/___

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ___/___/___

Encontro (responsável: Neurologia) – Data: ___/___/___

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ___/___/___

Reavaliação Médica: 6 meses – Data: ___/___/___

Reavaliação Genética: 6 meses – Data: ___/___/___

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema : orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Psicologia) – Data: ___/___/___

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ___/___/___

Encontro (responsável: Fonoaudiologia) – Data: ___/___/___

Encontro (responsável: Nutrição) – Data: ___/___/___

Reavaliação Médica: 12 meses – Data: ___/___/___

Reavaliação Genética: 12 meses – Data: ___/___/___

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Terapia Ocupacional) – Data: ___/___/___

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ___/___/___

Encontro (responsável: Musicoterapia) – Data: ___/___/___

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ___/___/___

Reunião de Equipe Interdisciplinar (sem a presença do paciente) – Data: ___/___/___

2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

Programa Interdisciplinar de Atenção à Criança com Transtorno do Espectro Autista

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Responsáveis: _____

1ª Consulta Neurologia: ____/____/____

1º Consulta Psiquiatria: ____/____/____

Reavaliação: 3 meses – Data: ____/____/____

Classificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

Abordagem Terapêutica – Risco 3

Reavaliação Médica: 3 meses – Data: ____/____/____

Avaliação Genética: 3 meses – Data: ____/____/____

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Psiquiatria) – Data: ____/____/____

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Neurologia) – Data: ____/____/____

Reavaliação Médica: 6 meses – Data: ____/____/____

Reavaliação Genética: 6 meses – Data: ____/____/____

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Psicologia) – Data: ____/____/____

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ____/____/____

Reavaliação Médica: 9 meses – Data: ____/____/____

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (responsável: Fonoaudiologia) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Nutrição) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Terapia Ocupacional) – Data: ____/____/____

Reavaliação Médica: 12 meses – Data: ____/____/____

Reavaliação Genética: 12 meses – Data: ____/____/____

Observações relevantes: _____

■ Encontros para abordagem do tema: orientação sobre desenvolvimento

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ____/____/____

Encontro (responsável: Musicoterapia) – Data: ____/____/____

Encontro (dinâmica com pais e crianças) – Data: ____/____/____

Reunião de Equipe Interdisciplinar (sem a presença do paciente) - Data: ____/____/____

3. HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome:

Data do nascimento: ____ / ____ / ____

Idade:

Gênero (sexo):

Peso:

Altura:

IMC:

Naturalidade:

Procedência: _____

Endereço:

Mãe (nome e idade):

Pai (nome e idade):

Informante:

Queixa principal

- Quando e como iniciou?

- História da doença atual

Antecedentes

- *Gestacionais / Obstétricos:*

Filho: () único () 1º () 2º () 3º () 4º () outro: _____

Pré-natal: () sim () não

Idade em que engravidou: ____ anos

Gravidez foi planejada? () sim () não

Intercorrências durante a gestação?

Uso de álcool, cigarro, medicações ou drogas ilícitas? () não () sim _____

- *Neonatais:*

Nascido de parto: () normal () uso de fórceps () cesáreo (motivo: _____)

() termo () pré-termo () pós-termo

Apgar:

Peso do nascimento: g Altura: cm PC: cm

Intercorrências:

Alta com a mãe: () sim () não (motivo: _____)

() berçário _____

() UTI _____

Hábitos alimentares

- Seio materno exclusivo? () sim Por quanto tempo _____ () não Motivo _____

- Idade de desmame:

- Fez uso de mamadeira? () não () sim (até que idade: ____)

- Recusa alimentar: () sim () não

- Houve ou há dificuldades para sugar, mastigar ou engolir? Quando?

- Introdução alimentar com quanto tempo? _____

- Apresentou RGE, vômitos, recusa alimentar, restrição alimentar? _____

- Padrão alimentar atual: _____

Desenvolvimento neuropsicomotor

- Controle cervical:
- Sentar sem apoio:
- Engatinhar:
- Andar:
- Tem algum comprometimento motor? () não () sim _____
- Hipertonia, hipotonia, tônus normal? _____

Fala e linguagem

- Atraso na fala em relação às outras crianças? () não () sim (Por que? _____)
- Vocalização: - Balbucio: - Primeiras palavras:
- Recuo na emissão de palavras já adquiridas: () sim () não
- Inicia discurso? () sim () não
- Organiza os fatos em uma sequência de início, meio e fim? () sim () não
- As pessoas compreendem o que a criança fala? () sim () não situações: _____
- Nomeia os objetos de forma adequada? () sim () não _____
- Atualmente, compreende as ordens solicitadas? () sim () não
- Tipos: () simples () complexas () contextualizadas () descontextualizadas
- Transmite recados de forma adequada? () sim () não
- Faz uso de apontamento? () sim () não

Hábitos

- () chupeta - duração:
- () sucção digital - duração:
- () onicofagia - duração:
- () sucção de outro (s) objeto (s) - duração:
- () outro (s): _____ - duração:

Audição

- Escuta bem? () sim () não
- Atende quando é chamada? () sim () não () às vezes
- Ouve rádio ou assiste TV em volume alto? () sim () não
- Já fez avaliação audiológica? () não () sim (quando? _____)
- Resultados: () normal () alterado

Sono

- No 1º ano apresentou: hipersonia, insônia, sono interrompido? _____
- _____
- Atualmente apresenta sono interrompido, agitado? _____
- Dorme na própria cama? _____

AVD

- Retirada de fralda: _____
- Atualmente apresenta autonomia? _____

Socialização

- Apresentava presença do olhar do bebê para a mãe no mamar? () sim () não
- Atualmente faz contato visual? () sim () não
- Presença de sorriso social? () sim () não
- Bate palminhas? () sim () não
- Dá tchau? () sim () não
- Atende ao chamado do próprio nome? () sim () não
- Atualmente responde ao ser chamado? () sim () não

Evolução escolar

- Escolaridade: Período: () manhã () tarde
- Tipo de escola: () regular () especial () inclusão
- Particularidades: () turma reduzida () professor particular () sala de recurso
() reforço escolar () monitor () outro _____
- Idade de início: estimulação precoce: _____ creche: _____ pré-escola: _____
- Adaptação: () ótima () boa () regular () ruim (motivo: _____)
- Comportamento da criança na escola:

Brincadeiras

- Preferência por brinquedos ou por objetos? () sim Quais _____ () não
- Brinca com outras crianças? () sim () não
- Apresenta iniciativa? () sim () não

Presença de sinais/sintomas da série autística

- () agitação motora
- () autoagressão
- () andar em ponta de pés
- () não armar brincadeiras
- () *flapping*
- () girar em torno de si
- () balanceio de tronco
- () evitamento do contato físico e/ou olhar
- () tapar ouvidos
- () risos e/ou choros aparentemente imotivados
- () isolamento social
- () não fixação do olhar
- () não resposta ao chamado
- () ausência de iniciativa no contato
- () atraso de fala
- () emissão sonora contínua de vogais
- () ecolalia
- () outros: _____

4. EXAME NEUROLÓGICO GERAL

- Estado geral:
- Psiquismo:
- Linguagem:
- Atitude:
- Comportamento:
- Nervos cranianos:
- Força muscular:
- Tônus e trofismo:
- Reflexos:
- Sensibilidades:
- Equilíbrio estático e dinâmico:
- Coordenação:
- Marcha:

5. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NA ADMISSÃO:

5.1 Exames obrigatórios

Exames auditivos (BERA)

X Frágil – análise molecular

Cariotipo – banda G

6. AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR ASSISTENCIAL

À avaliação interdisciplinar ajuda a elucidar dúvidas e possibilita um entendimento mais claro das alterações encontradas nas crianças com sintomas clínicos de risco para TEA. Sugere-se que a avaliação interdisciplinar assistencial, inicialmente, seja feita por uma equipe formada por psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional e, caso necessário, outros profissionais para se determinar ou eliminar fatores, em todas as áreas, que possam estar comprometendo o quadro de desenvolvimento da criança avaliada.

6.1. Fonoaudiologia

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliar a linguagem oral expressiva e receptiva, em crianças com TEA. Seu trabalho visa a diferenciação das alterações linguísticas próprias de crianças com TEA de outras condições, tais como distúrbios de linguagem por deficiência auditiva ou alterações primárias de desenvolvimento da linguagem. No processo de avaliação é possível descrever as condutas verbais e/ou não verbais e a identificação dos processos simbólicos, priorizando os diferentes níveis da linguagem: fonológico (fonemas), sintático (formação de sentenças), lexical (vocabulário), semântico (significado) e pragmático (uso funcional da comunicação), vez que as alterações de linguagem auxiliam no diagnóstico e influenciam no prognóstico.

6.2. Psicologia

A avaliação psicológica de crianças com TEA se configura a partir de uma avaliação cognitiva e comportamental, dentro da perspectiva do desenvolvimento humano, bem como a partir da compreensão da dinâmica familiar e de aspectos sociais relacionados. Para isso, é necessária a realização de anamnese, avaliação por escalas e observação. Assim, é possível verificar as alterações nos aspectos cognitivos e comportamentais, os prejuízos e potenciais educacionais, desenvolvimentais e sociais (interação e relacionamentos).

6.3. Terapia Ocupacional

Avaliação do DNPM em bebês de zero a 18 meses, de acordo com a idade cronológica e/ou idade corrigida, se for o caso. Consiste em: avaliação do decúbito dorsal (se a criança realiza linha média, descobriu as mãos e/ou leva as mãos à boca, brinca com os pés ou estende os braços para a mãe). Avalia, também, o decúbito ventral (prioridade da postura, se pivoteia, se tem interesse pela busca do objeto, se arrasta, engatinha...), puxada para sentar (controle cervical, tônus, reações de proteção, controle de tronco e expectativas para o engatinhar a partir da postura sentada), e ortostatismo.

- Sugestão de protocolo para avaliação do DNPM: Avaliação Alberta AIMS

Avaliação das habilidades de desempenho ocupacional típico nas áreas de: mobilidade, transferência, vestuário, higiene e alimentação, em crianças de um a seis anos de idade (sugestão de protocolo de avaliação: *The pediatric evaluation of disability inventory/PEDI*)

7. REUNIÕES EM GRUPO

As reuniões de grupo fazem parte da dinâmica do Programa de DTEA e têm como objetivos auxiliar os pais no processo de conhecimento da patologia e apresentar orientações sobre estratégias para melhora do desempenho social de seus filhos.

7.1. Abordagem Terapêutica 1 - Risco 1 (AT1 - R1)

O encontro acontecerá mensalmente por um período de seis meses. A duração será de uma hora e os temas abordados serão:

- **Encontro: Detecção Precoce:** sinais clínicos de risco para autismo
Responsável: Psiquiatria

- **Encontro:** Tratamentos alternativos
Responsável: Neurologia

- **Encontro:** Desenvolvimento de competências
Responsável: Psicologia

- **Encontro:** Desenvolvimento da linguagem oral
Responsável: Fonoaudiologia

- **Encontro:** Desenvolvimento neuropsicomotor
Responsável: Terapia Ocupacional

- **Encontro:** Musicoterapia – desafios ambientais
Responsável: Musicoterapeuta

7.2. Abordagem Terapêutica 2 e 3 - Risco 2 e 3 (AT2 – R2 e AT3 – R3)

O encontro acontecerá mensalmente por um período de 12 meses. A duração será de uma hora e os temas abordados serão:

- **Palestra:** Entendendo o diagnóstico
Setor Responsável: Psiquiatria

- **Dinâmica**
Setor Responsável: Psiquiatria
Colaboradores: Fonoaudiologia e Psicologia

- **Palestra:** Tratamentos alternativos
Setor Responsável: Neurologia.

- **Palestra:** Alimentação e autismo
Setor Responsável: Nutrição

- **Palestra:** Desenvolvimento de competências

Setor Responsável: Psicologia

- **Dinâmica**

Setor Responsável: Psicologia

Colaboradores: Terapia Ocupacional e Psiquiatria

- **Palestra:** Desenvolvimento da linguagem oral

Setor Responsável: Fonoaudiologia

- **Palestra:** Desenvolvimento neuropsicomotor

Setor Responsável: Terapia Ocupacional

- **Dinâmica**

Setor Responsável: Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia

Colaboradores: Neurologia e Musicoterapia

- **Dinâmica**

Setor Responsável: Odontologia

Colaboradores: Fonoaudiologia e Psicologia

- **Palestra:** Musicoterapia – desafios ambientais

Setor Responsável: Musicoterapia

- **Dinâmica**

Setor Responsável: Musicoterapia

Colaboradores: Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

8. REUNIÃO DE EQUIPE

As reuniões de equipe fazem parte da dinâmica do Programa DTEA e têm como objetivo discutir os casos atendidos, promovendo assim um atendimento de maior qualidade aos pacientes do Programa DTEA. As reuniões acontecerão antes da entrega do relatório interdisciplinar e após conclusão das reuniões em grupo das quais o paciente participou. A data dependerá da entrada do paciente na DTEA.

9. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social, em diversos contextos. Sua gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Os sintomas podem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, porém podem não se mostrar manifestos até que sejam necessárias condutas sociais mais elaboradas.

De acordo com DSM V/2013, deve-se especificar o TEA da seguinte forma:

- Com ou sem comprometimento intelectual concomitante;
- Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante;
- Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental;
- Com catatonia.

Tabela 1: Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista (DSM-V/2013)

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritivos e repetitivos
Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras, que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 "Exigindo apoio substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

Embora o diagnóstico definitivo de Transtorno do Espectro Autista só possa ser firmado após os três anos de idade, a identificação de risco para o TEA pode e deve ser feita cedo, pois possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. Sabe-se que, para fins de diagnóstico, manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os três anos de idade. Seguem tabelas descritivas dos sinais por faixa etária.

Tabela 2: Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta – de zero a seis meses

	Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA	
De zero a seis meses	Interação social	Por volta dos três meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	A criança com TEA pode não fazer isso ou faz com frequência menor.
		Em torno dos seis meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção a pessoas do que a objetos ou brinquedos.	A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos.
	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da fala) fala humana. Após os três meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de susto, choro e tremor.	A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbúcio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos seis meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
	No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos três meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.	A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente com eventos ou pessoa.	

Brincadeiras	A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicativo de TEA.
Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às expressões faciais e à fala de seu cuidador.	A criança com TEA pode apresentar dificuldade nesses aspectos.

(Fonte: Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, Brasília, 2014)

Tabela 3: Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta – de seis meses a 12 meses

	Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA	
De seis meses a 12 meses	Interação social	As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto do beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.
		Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades.
		Balbuício se diferenciando. Risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar expressões faciais amplas, com significado.
	Linguagem	Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbúrcios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
		A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.
		A criança começa a repetir gestos de acenos e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc.	A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.
Brincadeiras	Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde). A criança passa a procurar o contato visual para a manutenção da interação.	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.	

Alimentação	Período importante, porque serão introduzidas texturas e sabores diferentes (sucos e papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado o desmame.	A criança com TEA pode ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.
--------------------	--	---

(Fonte: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, Brasília, 2014)

Tabela 4: Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta – de 12 a 18 meses

	Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA	
De 12 a 18 meses	Interação social	<p>Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertem a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).</p> <p>Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras palavras).</p>	<p>A ausência ou raridade desse gesto de atenção de compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.</p> <p>A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa etária.</p>
	Linguagem	<p>A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) para um movimento mais livre na fala.</p>	<p>A criança com TEA pode não apresentar esse descolamento. Sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.</p>
		<p>A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.</p>	<p>A criança com TEA mostra dificuldade em aplicar sua compreensão de situações novas.</p>
		<p>A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, vergonha).</p>	<p>A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração.</p>

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

(Fonte: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, Brasília, 2014)

Tabela 5: Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta – de 18 a 24 meses

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

Linguagem	Por volta do 24º mês, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso, aparecem os “erros”).	A criança com TEA tende à ecolalia.
	Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.	A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e 24 meses.
Brincadeiras	Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descobrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem um animalzinho “andar” e produzir sons).	A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa.
	As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e variada.	Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara.
Alimentação	Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/semi-sólidos, frios/quentes/mornos, doces/salgados/amargos, variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/social.	A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar.

(Fonte: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, Brasília, 2014)

Tabela 6: Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta – de 24 a 36 meses

	Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA	
De 24 a 36 meses	Interação social	<p>Os gestos (o olhar, o apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.</p>	<p>Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após muita insistência. As iniciativas são raras. Tal ausência é um dos principais sinais de alerta para TEA.</p>
	Linguagem	<p>A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.</p>	<p>A criança com TEA pode apresentar repetição de fala de outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.</p>
		<p>A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).</p>	<p>A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.</p>
		<p>A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”. A fala tem uma melodia bem infantil, ainda. A voz geralmente é mais agudizada.</p>	<p>A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.</p>
Brincadeiras	<p>A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).</p>	<p>A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.</p>	
	<p>Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.</p>	<p>A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, tem dificuldade em entendê-las.</p>	

Alimentação

A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos do tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação acontece ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).

A criança com TEA pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos horários de alimentação. Pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar por longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc.

(Fonte: Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, Brasília, 2014)

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento pode ser bastante efetivo, melhorando sobremaneira a qualidade de vida e a independência dos pacientes diagnosticados.

O tratamento dos TEA deve ser multidisciplinar, incluindo Neurologia ou Psiquiatria Infantil, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, além de educador físico e médico geneticista.

Como opção terapêutica, podem-se utilizar musicoterapia, equoterapia ou hidroterapia, além de métodos psicocomportamentais.

Todos os atendimentos devem ser consistentes, contínuos e o vínculo dos pacientes com os profissionais é fundamental para uma evolução adequada. Tratamento medicamentoso pode ser utilizado nas comorbidades associadas, sejam elas comportamentais ou em possíveis eventos convulsivos.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.
2. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015
3. JUNIOR, F.B.A.; PIMENTEL, A.C.M. *Autismo infantil*. Rev. Bras. Psiquiatria, v. 22, São Paulo, 2000.
4. MOREIRA, C.R. *Avaliação da comunicação no espectro autístico: interferências no desempenho de linguagem*. São Paulo, Dissertação de Mestrado - USP, 2009.
5. Silva, M.; MULICK, J.A. *Diagnosticando o Transtorno Autista: aspectos fundamentais e considerações práticas*. Rev. Psicologia, Ciência e Profissão, nº 29, pgs.116-131. São Paulo, 2009.
6. ONZI, F.Z.; GOMES, R.F. *Transtorno do Espectro Autista: a importância do diagnóstico e reabilitação*. Caderno de Pedagogia, v.12, nº 3, 2015.
7. MOREIRA, C.R.; FERNANDES, F.D.M. *Avaliação da comunicação no espectro autístico: interferência da familiaridade no desempenho de linguagem*. Rev. da Soc. Bras. Fonoaudiologia, nº 15 (3); pgs. 430-5. São Paulo, 2010;
8. MULLER, C. *Transtorno do Espectro Autista. Qualificando os pediatras de crianças e adolescentes que viverão 100 anos*. Sociedade de Pediatria do Distrito Federal, Brasília, 2014. <<http://www.spdf.com.br>>. Acesso em: 7/6/2016.
9. ZIRALDO, A.P. *Autismo e realidade*. Net, São Paulo, out. 2013. Disponível em: <<http://www.autismoerealiade.org>>. Acesso em: 3/6/2016.
10. WILLIAMS, C.; WRIGHT, B. *Convivendo com autismo e síndrome de Asperger: estratégias práticas para pais e profissionais*. São Paulo, M. Books do Brasil Editora Ltda., 2008.
11. LAMPREIA, C.: *A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo*. Estudos de Psicologia, v. 24 (1), pgs. 105-114, 2007.
12. PERIN, A.E. *Estimulação precoce: sinais de alerta e benefícios para o desenvolvimento*. São Paulo, 2010.
13. CATÃO, I. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. SP, Instituto Langage, 2009.

