



Protocolo de Detecção Precoce no Transtorno do Espectro Autista (TEA)

**Desenvolvimento Humano e
Institucional (DHI)**

Unimed 
Fesp

Protocolo de Detecção Precoce no Transtorno do Espectro Autista (TEA)

**Desenvolvimento Humano e
Institucional (DHI)**



Apresentação



A Unimed Fesp, no seu papel como cooperativa de 2º grau, é responsável por oferecer assessoria técnica, institucional e troca de experiências às Unimeds do estado de São Paulo. Busca continuamente, promover o desenvolvimento do Sistema Unimed paulista através de inovação, qualificação e desenvolvimento de equipes.

O Departamento de Desenvolvimento Humano e Insti-

tucional (DHI) da Unimed Fesp, responsável pela produção deste documento, possui caráter multidisciplinar, e atua nas mais diferentes áreas de conhecimento para promover o desenvolvimento de cooperados, colaboradores, clientes/beneficiários e comunidades vinculadas às Unimeds Paulistas, a partir da disseminação de informações, educação e formação desses públicos.





Metodologia

O Protocolo de Detecção Precoce no Transtorno do Espectro Autista (TEA), seguiu as boas práticas de elaboração de protocolos, disponíveis no “Manual para elaboração e implantação de protocolos assistenciais”. Diante de uma variedade de métodos para realizar o diagnóstico do TEA, questionou-se qual método deve ser empregado. Foram elaboradas revisões sistemáticas para verificar, analisar e recomendar as melhores ferramentas para realizar o rastreio e o diagnóstico. Diversas reuniões com as equipes assistenciais de unida-

des de atendimento para TEA das Unimeds paulistas, para coleta de contribuições práticas para a elaboração deste protocolo. O documento passou por etapas de pesquisa, estudo e análise, baseando-se na literatura e discussões guiadas com as equipes: Comitê de Medicina Baseada em Evidência, Grupo Técnico de TEA, e o jurídico da Unimed Fesp.

A seguir as listas dos representantes que participaram da elaboração e validação deste protocolo.



Unimed participantes na elaboração

(Comitê de Medicina Baseada em Evidência)

Unimed Regional da Baixa Mogiana – Dr. Idevaldo Floriano

Unimed Regional da Baixa Mogiana – Dr. Antonio Silvinato

Unimed Campinas – Indyanara Barreto

Unimed Fesp – Dr. Wanderley Marques Bernardo

(GT Transtorno do Espectro Autista)

Unimed Alta Mogiana – Nádia Benini

Unimed Amparo – Ariane Godoi

Unimed Andradina – Daniela Claro

Unimed Araçatuba – Denise Nogueira

Unimed Campinas – Priscilla Cavini

Unimed Jaboticabal – Gabriela Oliveira

Unimed Leste Paulista – Fabiana Alcará

Unimed Lins – Dr. Eduardo Yamada

Unimed Santos – José Renato da Silva

Unimed Sorocaba – Dra. Priscila Carla Garber

Em 13 de novembro de 2025, o documento foi submetido à avaliação pelo Comitê de Serviços e Recursos Próprios. Abaixo, encontra-se a lista das respectivas Unimed que participaram deste processo de validação.

Unimed Participantes da validação do Protocolo de Detecção Precoce no Transtorno do Espectro Autista (TEA)

(Comitê Serviços e Recursos Próprios)

Unimed Adamantina

Unimed Alta Mogiana

Unimed Andradina

Unimed Araraquara

Unimed Avaré

Unimed Bauru

Unimed Bebedouro

Unimed Botucatu



Unimed Campinas

Unimed Franca

Unimed Guaratinguetá

Unimed Guarujá

Unimed Guarulhos

Unimed Ibitinga

Unimed Limeira

Unimed Lins

Unimed Marília

Unimed Norte Paulista

Unimed Ourinhos

Unimed Presidente Prudente

Unimed Regional da Baixa Mogiana

Unimed Salto/Itu

Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana

Unimed Santos

Unimed São Carlos

Unimed São José do Rio Pardo

Unimed São José do Rio Preto

Unimed São José dos Campos

Unimed São Roque

Unimed Sorocaba

Unimed Sul Paulista

Unimed Tatuí

Unimed Taubaté

Unimed Vale Novo Paulista

Revisor do protocolo: Dr. Mauro Couri

Coordenação

Dr. Arnaldo Passafini Neto

Diretor Presidente

Dr. Flavio Roberto Garbelini de Oliveira

Diretor Desenvolvimento Humano e Institucional

Elisete Aparecida Rasera

Gerente Desenvolvimento Humano e Institucional

Dr. Christian Morato de Castilho

Guilherme Brito de Araújo

Jeferson de Lima Silva Castro

Luciana de Souza Silva

Paulo Ricardo de Sousa Farias

Dra. Priscila Said Saleme

Prof. Dr. Wanderley Marques Bernardo

Equipe do Departamento de Desenvolvimento Humano e Institucional - Inovação em Saúde



Sumário

1.Introdução	9
2.A detecção precoce no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	12
3. Rastreamento Universal para o Transtorno do Espectro Autista (TEA)	16
4.Rastreamento Direcionado e Diagnóstico Precoce	25
5.Conclusão	34
6.Referências Bibliográficas.....	37



1. Introdução

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode se apresentar já nos primeiros anos de vida, porém sua evolução inicial não é uniforme. Em algumas crianças, os sintomas são observáveis logo após o nascimento, porém na maioria dos casos, só são perceptíveis anos depois. Além disso, há evidências de que a intervenção precoce em uma criança com sintomas de TEA está associada a ganhos significativos no funcionamento cognitivo e adaptativo da criança. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a detecção precoce visa estimular o rastreamento de pessoas sob risco de modo a detectar um problema de saúde em sua fase inicial, **se essa identificação precoce traz mais benefícios que prejuízos aos indivíduos.**

Diante desse cenário, a detecção precoce dessa condição passa a ser essencial, de modo que essas crianças

possam ser adequadamente identificadas já no início da doença.

A detecção precoce é composta por 2 componentes, o diagnóstico precoce e o rastreamento.

O diagnóstico precoce, ou *downstaging*, concentra-se na detecção de **pacientes sintomáticos** o mais precocemente possível. Os programas de diagnóstico precoce visam reduzir a proporção de pacientes diagnosticados tardiamente. Eles pressupõem dois componentes principais como a maior conscientização sobre os primeiros sinais de uma doença entre profissionais de saúde, bem como entre o público em geral; e uma melhor acessibilidade e disponibilidade dos serviços de diagnóstico



e de tratamento, bem como melhoria no encaminhamento dos níveis primário para os níveis secundário e terciário de atenção (OMS, 2010).

O rastreamento, por outro lado, consiste na identificação presuntiva de uma doença ainda não reconhecida em uma população, aparentemente, saudável e **assintomática** através de **testes, exames** ou **outros procedimentos** que podem ser aplicados de forma rápida e fácil em uma população-alvo (OMS, 2020). Assim, diferentemente do diagnóstico precoce, o rastreamento deve ser feito em indivíduos **saudáveis** para se identificar aqueles portadores de uma condição, antes que qualquer sintoma apareça (OMS, 2010).

Um programa de rastreamento deve ser adotado apenas quando a sua efetividade foi demonstrada, os recursos disponíveis são suficientes para cobrir quase toda a população-alvo, quando há serviços acessíveis para a confirmação dos diagnósticos, tratamentos e acompanhamento de todos os resultados alterados.

Além disso, a prevalência daquela condição deve ser alta o suficiente para justificar os esforços e o custo do rastreamento. Isso é essencial, uma vez que, se implantados de forma inadequada, os programas de rastreamento podem estar associados a efeitos indesejáveis como resultados falso-positivos de testes que requerem testes adicionais, exposição desnecessária a procedimentos diagnósticos invasivos e aumento da ansiedade dos pacientes. Além de resultados falso-negativos de testes que proporcionam falsa segurança e podem promover um diagnóstico tardio quando os sintomas aparecem. Há ainda o sobrediagnóstico/tratamento de condições subclínicas ou leves, as quais poderiam nunca ter causado sintomas significativos e nem representar uma ameaça séria à saúde, mas que envolveram tratamento desnecessário e prejudicial ao paciente (OMS, 2010).

Possíveis prejuízos relacionados a alguns programas de rastreamento variam de acordo com os testes adotados, com os grupos populacionais selecionados para

o rastreamento e com a qualidade desses programas. Assim, sempre que se considerar a implantação de um programa de rastreamento, é fundamental que sejam ponderados os riscos e os benefícios a ele atrelados (OMS,2020).

Existem diversos órgãos internacionais como o US TASK FORCE, UK National Screening Committee (UK NSC), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), dentre outros, cujo objetivo é fazer reco-

mendações populacionais baseadas em evidências científicas sobre serviços preventivos, como exames de rastreamento, estratégias de aconselhamento comportamental e uso de medicamentos preventivos. Essas recomendações são respaldadas por evidências científicas e elaboradas para profissionais que atuam em níveis primários de atenção. Assim, esses órgãos analisam e avaliam as melhores evidências disponíveis para se chegar a uma conclusão sobre os benefícios e malefícios dos serviços preventivos.





2. A detecção precoce no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA)



Quando se estuda o Transtorno do Espectro Autista (TEA), a detecção precoce é um tema extremamente discutido na literatura médica, uma vez que uma ampla gama de intervenções, desde a primeira infância e ao longo da vida, pode otimizar o desenvolvimento, saúde, bem-estar e qualidade de vida de pessoas autistas. Assim, o acesso oportuno a intervenções psicossociais baseadas em evidências desde o início pode melhorar a capacidade de crianças autistas de se comunicar efetivamente e interagir socialmente (OMS, 2023).

Neste contexto, portanto, programas de rastreamento e de diagnóstico precoce assumem uma grande importância no cenário de TEA. No entanto, quando se buscam evidências que respaldem recomendações de im-

portantes instituições voltadas para a detecção precoce, tanto na literatura médica internacional quanto na brasileira, não se identifica um consenso. Sendo assim, ao se considerar a implantação dos mesmos em um sistema de saúde, é necessário muita atenção e ponderação.

Para uma melhor compreensão da literatura relacionada à detecção precoce do TEA em crianças menores de 5 anos, é fundamental a diferenciação de 2 termos importantes como o rastreamento/triagem e a vigilância do desenvolvimento.

O rastreamento pode ser classificado, conforme a população-alvo à qual se destina. Assim, é considerado **rastreamento universal**, quando é feito com uma po-

pulação geral; ao passo que é considerado **rastreamento direcionado**, quando aplicado em amostras da população que apresentam fatores de risco pré-definidos (Zwaigenbaum, Jessica A. B.; Angie Ip.; 2019).

No primeiro caso, o **rastreamento/triagem** consiste em uma ação de base populacional através de ferramentas padronizadas para pesquisar atrasos no desenvolvimento em crianças que não apresentam sinais aparentes de atraso no desenvolvimento, não são consideradas de alto risco para atraso no desenvolvimento e cujos pais ou médicos não têm preocupações com o desenvolvimento (CTFPHC, 2016). Já o rastreamento direcionado, é usado um processo sistemático, no qual testes são oferecidos em ambientes comunitários para fins de





refinamento de risco, a indivíduos em grupos definidos por risco acima da média, mas que são aparentemente saudáveis, assintomáticos ou desconhecem a condição que está sendo rastreada (Bobrowska A.,ET. AL; 2022).

Já a **vigilância do desenvolvimento** consiste no monitoramento contínuo do desenvolvimento, na identificação de fatores de risco e na elucidação das preocupações dos pais. A vigilância do desenvolvimento é um termo comum em pediatria do desenvolvimento e é considera parte da prática clínica padrão para crianças. No Brasil, é uma atividade considerada parte da puericultura. (CTFPHC, 2016).



A triagem para TEA em crianças pequenas tem sido muito estudada e discutida no mundo. Por se tratar de uma atividade que gera uma experiência emocional intensa para os pais e potencialmente estressante para as crianças, é fundamental se evitar uma abordagem que resulte em muitos falsos positivos e negativos, pois as consequências e o impacto emocional de um “diagnóstico” de autismo provavelmente serão significativos para os envolvidos. Além disso, é possível que crianças com desenvolvimento lento na infância possam melhorar para níveis semelhantes aos de seus pares quando mais velhas, e algumas evidências sugerem que mesmo crianças que atendem aos critérios de TEA em

idades muito jovens podem melhorar para níveis sub-clínicos posteriormente. Portanto, a triagem pode ser inadequada se realizada muito cedo, pois pode resultar em resultados falsos positivos devido a um diagnóstico claramente instável. Essas considerações enfatizam a importância da alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos do teste de triagem necessários para justificar o rastreamento do TEA em idades precoces, bem como da necessidade de estabelecer a estabilidade do diagnóstico até o final da infância (Grigore B, ET AL; 2024).



3. Rastreamento Universal para o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Quando se faz uma revisão da literatura, observam-se discrepâncias entre as recomendações dadas por diferentes instituições acerca do rastreamento universal para TEA em crianças (Julien,S;2021).

Recomendações de rastreamento por órgãos especializados em serviços preventivos:

Em sua última publicação, o US TASK FORCE (USPS-TF) concluiu que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e danos da triagem para transtorno do espectro autista (TEA) em crianças de 18 a 30 meses de idade para as quais nenhuma preocupação com TEA foi levantada por seus pais ou um profissional da saúde. Não há estudos que se concentrem nos resultados clínicos de crianças

identificadas com TEA por meio da triagem. Embora existam estudos sugerindo benefício do tratamento em crianças mais velhas identificadas por meio de preocupações familiares, clínicas ou de professores, a USPSTF encontrou evidências inadequadas sobre a eficácia do tratamento de casos de TEA detectados por triagem entre crianças muito pequenas. Os estudos de tratamento foram geralmente muito pequenos, poucos foram os ensaios clínicos randomizados, a maioria incluiu crianças mais velhas do que as que seriam identificadas por triagem e todos os estudos foram feitos em pacientes clinicamente encaminhados, em vez de pacientes detectados por triagem. Assim, concluem que as evidências são escassas, de baixa qualidade ou conflitantes, e o equilíbrio entre benefícios e danos não pode ser determinado.

Da mesma forma, o UK National Screening Committee (UK NSC) defende que a triagem para transtornos do espectro autista (TEA) em crianças pré-escolares com menos de 5 anos de idade não é recomendada porque, atualmente, não existe um teste que seja bom o suficiente para rastrear a população em geral; e não se sabe se a triagem melhoraria os resultados a longo prazo para crianças com autismo.

De acordo com o Grupo Prevención en la infancia y la adolescencia (Previnfad), “o rastreamento universal para TEA na população de baixo risco resultaria em um valor preditivo positivo estimado de aproximadamente 38% em nosso contexto, com encaminhamento excessivo para serviços especializados e um efeito de rotulagem nos pacientes. O rastreamento universal através de ferramentas, portanto, não deve ser feito. Por outro lado, é considerado mais apropriado para populações

com fatores de risco ou quando pais ou profissionais suspeitam” (Galbe Sánchez-Ventura, J; 2017).

A demais, diversos estudos internacionais têm demonstrado que outros fatores, além da qualidade do teste, podem gerar diagnósticos falso positivos em estratégias de rastreamento populacional do TEA, como: aumento da sensibilidade e consciência por parte do avaliador, rastreio sem avaliação rigorosa e falta de investigação complementar em follow-up. (Fombonne, 2023; Wieckowski, 2023; Aishworiya, 2023)

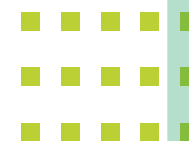
Enfim, todos os órgãos especializados em rastreamento analisados aqui não recomendam a aplicação de testes de rastreamento na população geral de crianças menores de 5 anos e para as quais nenhuma preocupação com TEA foi levantada.

Quando buscamos referências de outros órgãos impor-



tantes, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), observamos que ela recomenda o monitoramento do desenvolvimento infantil como parte do cuidado materno e infantil de rotina, sem fazer nenhuma menção a algum teste de rastreamento (OMS, 2023).

O Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) relata que vários instrumentos foram desenvolvidos para se identificar crianças com maior probabilidade de TEA. Revisões do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) constataram que nenhum desses instrumentos atingiu um nível aceitável de precisão diagnóstica e, assim, concluiu-se que as evidências são insuficientes para determinar se algum instrumento em particular é eficaz na detecção de crianças em risco de TEA. Por outro lado, recomenda como parte do programa de saúde infantil, a execução das ações de vigilância do desenvolvimento por parte dos profissionais de saúde. Através dele, pode-se auxiliar na identificação precoce de crianças que necessitem de avaliação



adicional para TEA e outros transtornos do desenvolvimento. A avaliação clínica deve incorporar um alto nível de vigilância para características sugestivas de TEA, nos domínios da interação social e brincadeiras, dificuldades de fala, linguagem e comunicação e comportamento.

Esses órgãos ainda defendem que a vigilância da saúde infantil adota uma abordagem clínica ampla, envolvendo parcerias entre pais, crianças e profissionais de saúde. Ela pode contribuir para o reconhecimento e o diagnóstico precoce de TEA, mas a vigilância específica para TEA deve seguir a vigilância geral do desenvolvimento e deve ser considerada por todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens. No entanto, a vigilância do desenvolvimento é dependente do conhecimento e habilidades clínicas de profissionais para identificar padrões incomuns de desenvolvimento. Sendo assim, reconhece-se que nem todas as crianças com TEA serão identificadas com essa estratégia

e, assim, cabe aos pais ser incentivados a retornar para uma avaliação mais aprofundada, caso continuem preocupados com o desenvolvimento de seus filhos (SIGN, 2016).

De acordo com o Canadian Paediatric Society (2019), todas as crianças canadenses devem ser monitoradas quanto aos primeiros sinais comportamentais de TEA como parte da vigilância geral do desenvolvimento. No entanto, como os ensaios clínicos randomizados ainda não demonstraram que a triagem de desenvolvimento de rotina para crianças sem riscos pré-identificados melhora os resultados, a Canadian Task Force on Preventive Health Care concluiu que as evidências são insuficientes para recomendar a triagem de rotina. Assim, definem que pediatras, médicos de família e outros profissionais de saúde devem estar familiarizados com as características comportamentais iniciais do TEA e perguntar aos pais, em cada consulta, se eles têm alguma preocupação com o desenvolvimento.



De acordo com a European Child & Adolescent Psychiatry (ESCAP), como, até o momento, não há evidências adequadas em relação aos benefícios do rastreamento populacional, é necessária a realização de mais pesquisas sobre o tema. Enquanto isso não ocorre, recomenda-se que os profissionais da saúde escutem atentamente a todas as preocupações dos pais e usem ferramentas validadas para avaliarem a necessidade de aprofundar a investigação dessas queixas. O reconhecimento mais precoce dos sintomas pode ser aprimorado através de uma maior vigilância dos fatores de risco entre esses profissionais. Os profissionais da educação são também considerados elementos importantes nesse cenário, uma vez que podem ser uma fonte crucial de informação, especialmente em locais em que as crianças entram na escola mais precocemente. Esses professores estão numa posição privilegiada para identificar os pontos fortes, as dificuldades e as diferenças relativas dessas crianças, em comparação com alunos com “desenvolvimento típico”, e para encaminhá-las para uma

avaliação adequada, quando necessário.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Academia Americana de Pediatria, por outro lado, recomendam que todas as crianças sejam rastreadas com um instrumento específico para TEA durante as consultas de puericultura da criança aos 18 meses de idade e aos 24 meses de idade. Além disso, orientam que deva ser feito em conjunto com a vigilância contínua do desenvolvimento e ainda um rastreamento para atrasos no desenvolvimento e deficiências durante as consultas médicas aos 9, 18 e 30 meses. (CDC, 2025; AAP, 2020).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017; 2019) recomenda que, além dos sinais de atraso do desenvolvimento infantil, seja feito, durante a consulta de puericultura, a aplicação do teste de triagem M-CHAT em todas as crianças entre 18 e 24 meses de idade. A aplicação deve ser feita mesmo naquelas que não estão



sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. Recomenda, ainda, que o teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvidas.

Além da triagem precoce ao autismo/transtorno do espectro do autismo, a SBP defende que o pediatra realize a vigilância ampla para o neurodesenvolvimento através da avaliação do desenvolvimento e do preenchimento da caderneta de Saúde da Criança, bem como, orientar os familiares, creches, escolas, educadores, profissionais da saúde e cuidadores a acompanhar os

marcos do desenvolvimento da criança (SBP,2019).

O Ministério da Saúde (2021) recomenda que: “toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos que cursam com desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade”.



Fonte	Data	Recomendações gerais acerca do rastreamento populacional de crianças menores de 5 anos
OMS	2018	“A intervenção durante a primeira infância é importante para promover o desenvolvimento e o bem-estar ideais das pessoas com TEA. O monitoramento do desenvolvimento infantil como parte dos cuidados de saúde materno-infantis de rotina é recomendado”.
USPSTF	2016	“A USPSTF conclui que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e malefícios da triagem para TEA em crianças pequenas para as quais nenhuma preocupação com TEA foi levantada por seus pais ou por um médico. (Declaração I)”
PrevInfad	2017	“Sugere-se não realizar o rastreio universal com testes como o M-CHAT (M-CHAT, M-CHAT/F, M-CHAT/R, M-CHAT/R/F).” “Recomenda-se o rastreio com testes como o M-CHAT/R/F (M-CHAT, M-CHAT/F, M-CHAT/R, M-CHAT/R/F) em indivíduos de alto risco; sendo considerados indivíduos de alto risco: História familiar de TEA em irmãos, distúrbios neurológicos associados ao TEA, prematuridade, distúrbios da comunicação social ou comportamento repetitivo ou sinais de alerta de TEA.

Fonte	Data	Recomendações gerais acerca do rastreamento populacional de crianças menores de 5 anos
UK NSC	2022	A triagem para transtornos do espectro autista (TEA) em crianças pré-escolares com menos de 5 anos de idade não é recomendada porque, atualmente, não existe um teste que seja bom o suficiente para rastrear a população em geral; e não se sabe se a triagem melhoraria os resultados a longo prazo para crianças com autismo.
SIGN	2016	O rastreamento populacional para TEA não é recomendado. Resultados falso-positivos ou falso-negativos decorrentes do uso inadequado de testes de triagem podem atrasar o diagnóstico correto. A decisão sobre a necessidade de encaminhamento e avaliação adicional deve ser tomada com base em critérios clínicos.
Canadian Paediatric Society	2019	Todas as crianças canadenses devem ser monitoradas quanto aos primeiros sinais comportamentais de TEA como parte da vigilância geral do desenvolvimento. No entanto, como os ensaios clínicos randomizados ainda não demonstraram que a triagem de desenvolvimento de rotina para crianças sem riscos pré-identificados melhora os resultados, a Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados de Saúde Preventivos concluiu que as evidências são insuficientes para recomendar a triagem de rotina.

Fonte	Data	Recomendações gerais acerca do rastreamento populacional de crianças menores de 5 anos
CDC e AAP	2015	Todas as crianças devem ser rastreadas especificamente para TEA durante as consultas regulares de puericultura aos 18 e 24 meses. Rastreamentos adicionais podem ser necessários se a criança apresentar alto risco de TEA (por exemplo, se tiver uma irmã, irmão ou outro membro da família com TEA) ou se houver comportamentos às vezes associados ao TEA.
Sociedade Brasileira de Pediatria	2017	A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), seguindo a Academia Americana de Pediatria, orienta que toda criança seja triada entre 18 e 24 meses de idade para o TEA, mesmo que não tenha sinais clínicos claros e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.
Ministério da Saúde	2021	“Toda criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos que cursem com desvios e atrasos do desenvolvimento”.

Adaptado de: Jullien S. Screening for autistic spectrum disorder in early childhood. BMC Pediatr. 2021 Sep 8;21(Suppl 1):349.

É importante considerar que, até o momento, as evidências científicas nos permitem concluir que:

- O rastreamento populacional universal de crianças pequenas para TEA não deve ser encorajado, uma vez que não há evidências suficientes que respaldem essas ações.

4. Rastreamento Direcionado e Diagnóstico Precoce:

Se por um lado, uma vigilância do desenvolvimento de qualidade é determinante para a detecção precoce tanto de crianças de baixo quanto as de alto risco para TEA, por outro, a aplicação de ferramentas de rastreamento apresenta melhor respaldo científico quando se considera apenas o rastreamento direcionado. Diferentemente do rastreamento de crianças de baixo risco, a aplica-

ção de ferramentas deve ser considerada para crianças assintomáticas e que apresentem fatores de risco para TEA.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, muitos diferentes fatores foram identificados como responsáveis por tornar uma criança mais predisposta a desenvolver TEA, incluindo fa-

tores genéticos, ambientais e biológicos. Entre esses fatores de risco (vide tabela de fatores de risco abaixo), citam-se a presença de um irmão diagnosticado com TEA; possuir diagnóstico de algumas condições genéticas como a Síndrome do X frágil e esclerose tuberosa; história pregressa de complicações ao nascimento e possuir pais em idade mais avançada ao nascimento (CDC, 2025)

Categoria	Fatores de risco
Genética/Familiar	Síndromes genéticas específicas/variantes de risco
	Sexo masculino
	Parente de 1o. Grau ou outra história familiar de TEA



Categoria	Fatores de risco
Pré-natal	Idade parental mais avançada (≥ 35 anos)
	Obesidade materna, diabetes ou hipertensão
	Exposição intrauterina a valproato, pesticidas ou poluição atmosférica relacionada ao tráfego
	Infecções maternas (por exemplo, rubéola)
	Espaçamento curto entre gestações (< 12 meses)
Pós-natal	Baixo peso ao nascer
	Prematuridade extrema

TABELA X: Fatores de risco para Transtorno de Espectro Autista (TEA). Adaptada de Zwaigenbaum L, Brian JA, Ip A.(2019).

De acordo com o Canadian Paediatric Society, “crianças identificadas como de risco aumentado para TEA devem receber uma avaliação precoce e focada para determinar a necessidade de avaliação diagnóstica adicional. Quando a vigilância do desenvolvimento indica um possível risco para TEA, uma avaliação mais aprofundada é necessária. A vigilância é necessária para crianças com fatores de risco conhecidos (vide tabela de fatores de risco), pois a prevalência geral de TEA é maior nessas crianças. Esta etapa de avaliação, que é mais intensamente focada no TEA, deve incluir um teste de rastreamento validado, ou seja, uma ferramenta que sirva como uma medida padronizada dos sintomas de TEA. Crianças que atendem aos critérios de pontuação ou cuja apresentação clínica indica um alto índice de suspeita para seu profissional de saúde devem ser submetidas a uma avaliação diagnóstica, seja por um médico e/ou por uma equipe especializada. Além disso, essas crianças em risco também devem ser encaminhadas imediatamente para serviços locais de intervenção precoce como de desenvolvimento infantil, de terapia fonoaudiológica, de terapia ocupacional e de apoio pré-escolar direcionado, dependendo do nível de necessidade e do modelo de ser-

viço local, enquanto aguardam uma avaliação diagnóstica” (Zwaigenbaum L, Brian JA, Ip A;2019).

De forma análoga, o Previnfad (2017), que não recomenda o rastreamento universal de TEA para crianças menores, por outro lado, é fortemente a favor de se promover o rastreamento de crianças identificadas como de alto risco para TEA através de escalas do tipo M-CHAT/R/F.

Várias ferramentas de rastreamento foram desenvolvidas com o objetivo de se identificar sintomas de TEA de forma precoce e promover maior vigilância das crianças com risco elevado. No entanto, a ferramenta de triagem mais utilizada para crianças menores é o M-CHAT, uma avaliação em duas etapas que inclui um questionário para os pais com 23 itens e uma entrevista de acompanhamento para alguns casos, com o objetivo de impactar no número de falsos positivos. A Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças revisada com Acompanhamento (M-CHAT–R/F) tem o mesmo objetivo do M-CHAT, porém foi reformulada e alguns itens foram removidos e novos critérios de pontuação baseados no acompanhamento foram adotados (Santos et AL; 2023).

Teste de rastreamento	Faixa etária	Validado no Brasil	No Itens	Tempo administração	Quem pode aplicar	Sensibilidade e especificidade
M-CHAT-R/F	16 a 30 meses	Sim	20			
SCQ	>4 anos					

Adaptado e traduzido de American Academy of Pediatrics

Tabela 1. Descrição dos testes de screening e diagnóstico aplicados nos estudos incluídos.

	Testes		Faixa etária	Avaliando	Média de itens	Aplicado por	Método de pontuação
TRIA-GEM	M-CHAT	>4 anos Lista de verificação modificada para autismo em crianças pequenas	18-24 meses	Anormalidades sensoriais, anormalidades motoras, intercâmbio social, atenção conjunta precoce/teoria da mente, linguagem e comunicação precoces.	23 itens	Pais	Cada item é pontuado como “sim” ou “não”. A pontuação final determina se uma criança corre risco de desenvolver autismo ou não.
	M-CHAT-R/F	Lista de verificação modificada para autismo em crianças pequenas, revisada com acompanhamento	16-30 meses	Anormalidades sensoriais, anormalidades motoras, intercâmbio social, atenção conjunta precoce/teoria da mente, linguagem e comunicação precoces.	20 itens	Pais + Profissional (acompanhamento)	“sim” ou “não” para classificações: baixo risco (sem avaliação adicional, a menos que outros fatores de risco estejam presentes) risco médio (requer administração do acompanhamento) alto risco (encaminhamento imediato para avaliação e intervenção).
	Q-CHAT	Lista de verificação quantitativa para autismo em crianças pequenas	18-30 meses	Comunicação social, comportamentos repetitivos, estereotipados e sensoriais.	25 itens	Pais	Os itens são pontuados usando uma escala de frequência de 5 pontos, variando de 0 a 4, com pontuações mais altas indicando mais características autistas.

	Testes		Faixa etária	Avaliando	Média de itens	Aplicado por	Método de pontuação
TRIAGEM	SCQ	Questionário de Comunicação Social	≥4 anos	Comportamento social, comunicacional e repetitivo.	40 itens	Pais	Cada item é pontuado como “sim” ou “não” para a versão atual ou vitalícia. A pontuação final determina se uma criança corre risco de autismo ou não.
	RITA-T	Teste de triagem interativo rápido para autismo em crianças pequenas	18-36 meses	Atenção conjunta, consciência social, reação à emoção, consciência da agência humana e permanência do objeto.	9 cenários baseados em jogos	Profissional	A pontuação máxima é 30, com pontuações mais altas refletindo comportamento atípico mais pronunciado. As pontuações são categorizadas da seguinte forma: “baixo risco”, “risco médio” (indicando a necessidade de investigação adicional) e “alto risco” para um diagnóstico formal de TEA.
DIAGNÓSTICO	ADOS	Cronograma de Observação de Diagnóstico de Autismo	5-12 anos	Interação social recíproca, comunicação/linguagem, comportamentos estereotipados/restritos, humor e comportamentos anormais inespecíficos.	8 tarefas	Profissional	Pontuado em uma escala de 3 pontos de 0 a 2. A pontuação classifica como diagnósticos de “autismo”, “TEA não autista” e “não espectro”.

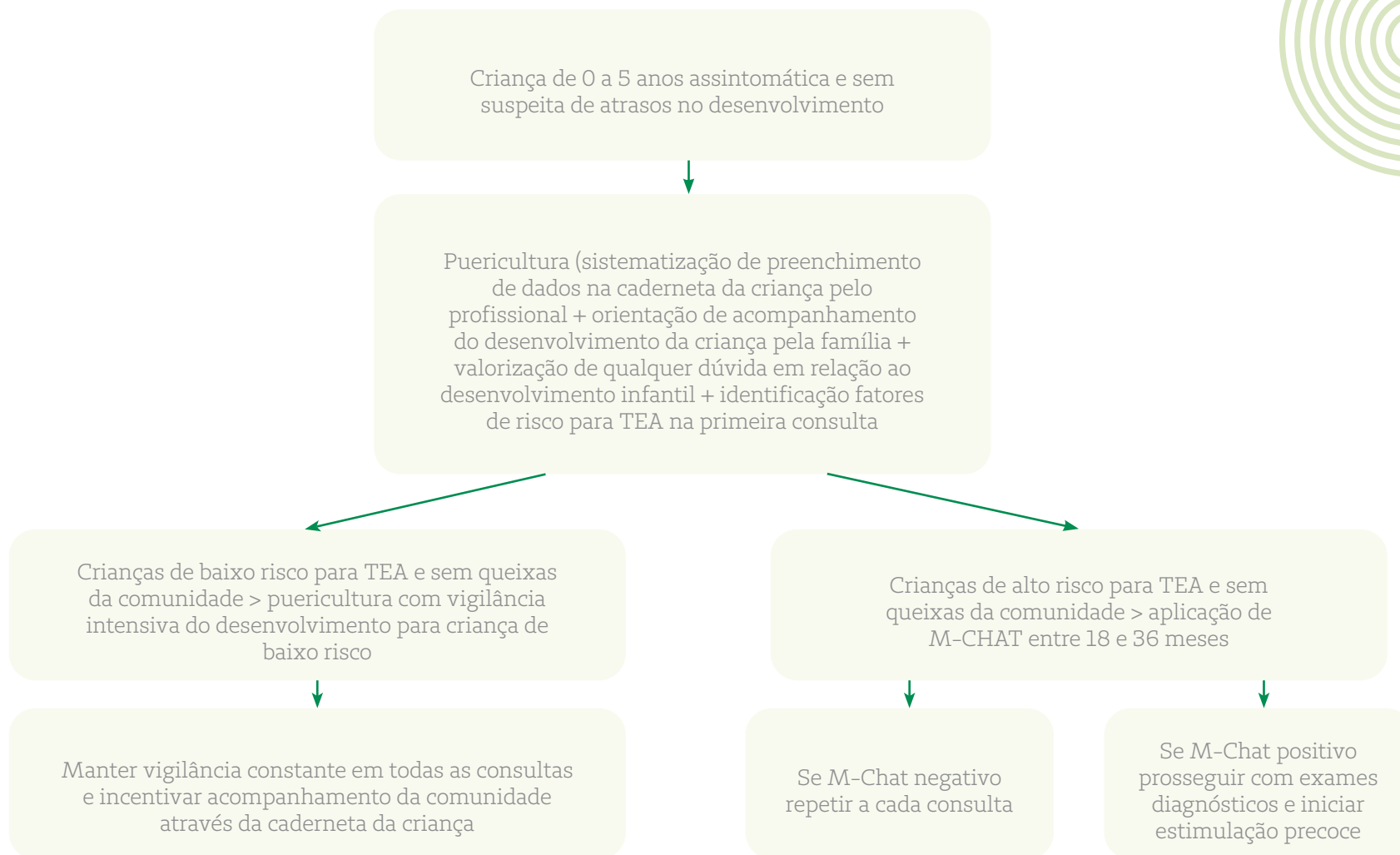
	Testes		Faixa etária	Avaliando	Média de itens	Aplicado por	Método de pontuação
DIAGNÓSTICO	ADI-R	Entrevista de diagnóstico de autismo - revisada	≥18 meses	Comunicação, interação social recíproca e comportamentos e interesses restritos e repetitivos.	93 itens	Profissional	Pontuado em uma escala de 4 pontos de 0 a 3. A pontuação fornece três diagnósticos: “paciente com autismo”, “sinais autistas sem a forma clássica da doença” ou “paciente sem autismo”.
	ADOS-2	Cronograma de observação diagnóstica do autismo – 2ª edição	≥12 meses	Habilidades de comunicação social, interesses restritos e comportamentos repetitivos.	Tarefas	Profissional	Pontuado em uma escala de 3 pontos de 0 a 2. A pontuação classifica como diagnósticos de “autismo”, “TEA não autista” e “não espectro”.
	CARS-2	Escala de Avaliação do Autismo Infantil, Segunda Edição	≥2 anos	Relacionamentos com pessoas, imitação, afeto, uso do corpo, relação com objetos não humanos, adaptação a mudanças ambientais, capacidade de resposta visual, capacidade de resposta auditiva, capacidade de resposta do receptor próximo, reação de ansiedade, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, funcionamento intelectual e impressão geral do clínico.	15 itens	Profissional	Pontuado em uma escala de 4 pontos de 1 a 4. A pontuação indica “não autismo”, “autismo leve a moderado” ou “autismo grave”.



	Testes		Faixa etária	Avaliando	Média de itens	Aplicado por	Método de pontuação
DIAGNÓSTICO	SACS-R	Vigilância da Atenção Social e Comunicação - Revisada	≥11-30 meses	Comportamentos de comunicação de atenção social.	43 itens no total (12 meses: 12 itens; 18 meses: 16 itens; 24 meses: 15 itens)	Profissional	Cada item é classificado em apresentação com comportamento típico ou atípico. Crianças com apresentação comportamental atípica são consideradas de alta probabilidade de autismo e encaminhadas para avaliação adicional.
CRITÉRIOS	DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta edição	-	Comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos.	7 sintomas	Psicólogo	Cada sintoma é pontuado como “ausente”, “presente pelo histórico” ou “atualmente presente”. A criança é diagnosticada com transtorno do espectro autista se atender aos critérios.
	DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quarta edição	-	Prejuízo na interação social, dificuldades na comunicação e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades.	12 sintomas	Psicólogo	Cada sintoma é pontuado como “presente” ou “ausente”. De acordo com os critérios, a criança pode ser diagnosticada com “transtorno autista”, “transtorno de Asperger” ou “transtorno global do desenvolvimento - sem outra especificação” (TGD SOE).

Adaptado e traduzido da revisão sistemática e metanálise Ferramentas de Rastreio e Diagnóstico para Transtorno do Espectro Autista.

Sugestão de Fluxo de detecção precoce.



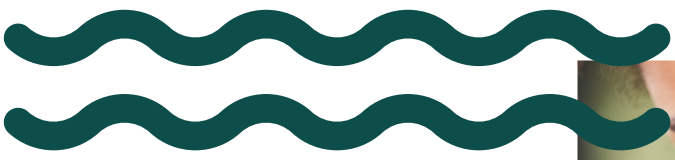
5. Conclusão

A detecção precoce de TEA em crianças é de importância consensual na literatura médica. Embora não se tenha identificado nenhum instrumento padronizado adequado para a realização do rastreamento universal, por outro lado, a vigilância de todas as crianças deve ser feita por toda a comunidade que a rodeia. Nesse sentido, é fundamental o fornecimento de informações de qualidade para os pais e todos aqueles que estejam envolvidos no cuidado de crianças. A partir de um maior acesso a essas informações, todos poderão se apropriar melhor de um conhecimento acerca do que se deve esperar em relação ao desenvolvimento de uma criança.

A SBP (2019) reforça a importância não apenas da vigilância ampla para o neurodesenvolvimento através

da avaliação do desenvolvimento e do preenchimento da caderneta de Saúde da Criança durante as consultas de puericultura, mas também ressalta que é fundamental que essa vigilância também seja exercida pela comunidade. Assim, é fundamental orientar familiares, profissionais que trabalham em creches e escolas, além de qualquer pessoa envolvida no cuidado de crianças, a acompanhar os marcos do desenvolvimento da criança. O aprendizado acerca da utilização da caderneta da criança não deve ser mais apenas uma habilidade dos profissionais da saúde, mas uma atividade essencial para que todos possam monitorar as crianças de uma forma mais organizada.

O CDC reforça que pesquisas indicam que os pais são



fontes confiáveis de informação acerca do desenvolvimento de suas crianças. Ademais, a orientação antecipada sobre os marcos do desenvolvimento, seja através da educação de famílias em relação ao que devem esperar acerca do desenvolvimento de seus filhos, seja por estratégias para se estimular o desenvolvimento dessas crianças em casa, podem ainda melhorar a relação entre os profissionais da saúde e a família, garantindo uma melhor vigilância compartilhada entre todos aqueles envolvidos no cuidado da criança.

Vale ainda ressaltar a importância da escola neste contexto de vigilância da criança, sobretudo em comunidades em que a criança entra na escola antes dos quatro anos de idade e, por vezes, permanecem nessas insti-



tuições em regime integral. Sendo assim, os profissionais dessas instituições tornam-se elementos fundamentais não apenas na detecção precoce de qualquer alteração do desenvolvimento, mas também parceiros importantes em atividades de estimulação precoce daquelas em que se fizer necessário.

De acordo com o Ministério da Saúde, “o ambiente escolar possibilita a percepção de uma variabilidade enorme de características que as crianças podem apresentar, seja em sala de aula ou nos momentos de lazer. Assim, a escola deve estar preparada para identificar a presença de desenvolvimento atípico e comunicar para a família para que o processo de acompanhamento diagnóstico e clínico seja iniciado o mais rápido possível. Intervenções precoces e intensivas compartilhadas pelo serviço de saúde e a escola fazem uma diferença considerável no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança e de sua família”.

A parceria da comunidade na vigilância da criança e a cuidadosa habilidade do médico para acolher todas as informações trazidas ao longo das consultas é determinante para que as crianças sejam melhor avaliadas ao longo do tempo e uma detecção precoce de qualquer alteração seja feita de forma mais confiável. Nesse cenário, os testes de rastreamento específicos para avaliação de TEA podem se tornar importantes aliados durante essas avaliações clínicas, uma vez que trazem maior objetividade e organização durante a avaliação do desenvolvimento.



12. Referências

- **Organização Mundial de Saúde (OMS). Cancer – Screening and early detection. 16 May 2010.**

Disponível em: Cancer – Screening and early detection: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-screening-and-early-detection-of-cancer>

- **Organização Mundial de Saúde (OMS). POLICY BRIEF 35 Screening When is it appropriate and how can we get it right? 2020.**

Disponível em: Screening: when is it appropriate and how can we get it right? <https://www.who.int/europe/publications/i/item/screening-when-is-it-appropriate-and-how-can-we-get-it-right>

- **Organização Mundial de Saúde (OMS). AUTISM. 15 November 2023.**

Disponível em: Autism <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Grigore B, Peters J, Williams J, Russell G, Coles P, Visintin C, Rogers M, Hayward R, Zhelev Z, Logan S, Hyde C. **Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: Still Not Enough Evidence.** J Prim Care Community Health. 2024 Jan-Dec;15:21501319241263223. doi: 10.1177/21501319241263223. PMID: 39077980; PMCID: PMC11289826.

- Jullien S. **Screening for autistic spectrum disorder in early childhood. BMC Pediatr.** 2021 Sep 8;21(Suppl 1):349. doi: 10.1186/s12887-021-02700-5. PMID: 34496788; PMCID: PMC8424796.

- Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF); Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, García FA, Gillman M, Herzstein J, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Owens DK, Phillips WR, Phipps MG, Pignone MP. **Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** JAMA. 2016 Feb 16;315(7):691-6. doi: 10.1001/jama.2016.0018. PMID: 26881372.

- **Center Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Screening for Autism Spectrum Disorder.** Abril, 2025. Disponível em: Clinical Screening for Autism Spectrum Disorder | Autism Spectrum Disorder (ASD) | CDC <https://www.cdc.gov/autism/hcp/diagnosis/screening.html>

- **CDC. About Autism Spectrum Disorder.** Abril, 2025.

Disponível em: About Autism Spectrum Disorder | Autism Spectrum Disorder (ASD) | CDC <https://www.cdc.gov/autism/about/index.html>

- **UK National Screening Committee.** Evidence summary on screening for autism spectrum disorder in pre-school children under the age of 5 years. November 2022.

• **BOBROWSKA A,** Murton M, Seedat F, Visintin C, Mackie A, Steele R, Marshall J. Targeted screening in the UK: A narrow concept with broad application. *Lancet Reg Health Eur.* 2022 Apr 14;16:100353. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100353. PMID: 35492962; PMCID: PMC9038565.

- **FUENTES J, Hervás A, Howlin P; (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment.** *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Jun;30(6):961-984. doi: 10.1007/s00787-020-01587-4. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32666205; PMCID: PMC8140956.

- **Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Triagem precoce para Autismo/ Transtorno do Espectro Autista. 2017**

- **SBP. Manual de orientação: Transtorno do Espectro do Autismo. 2019.**

Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf Acessado em: 09/08/2025

- **Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança.**

Estável: Planejamento terapêutico compartilhado. Disponível em: Planejamento Terapêutico. Última atualização: 25 de março de 2021.

- **Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. Vigilância em Saúde.**

Disponível em: Vigilância em saúde - TEA Última atualização: 25 de março de 2021.

- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no. 145). [June 2016].

Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

- **HYMAN sl, levy se, myers sm., american academy of pediatrics (aap) council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics. identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. pediatrics.**

2020;145(1):e20193447

- **Zwaigenbaum L, Brian JA, Ip A. Early detection for autism spectrum disorder in young children.** *Paediatr Child Health.* 2019

Nov;24(7):424-443. doi: 10.1093/pch/pxz119. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31660041; PMCID: PMC6812305.

• **Galbe Sánchez-Ventura, J. Detección precoz de los trastornos del desarrollo.** Em Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado marzo de 2017 consultado em 15/08/2025. Disponível em <http://previnfad.aepap.org/monografia/trastornos-desarrollo>

• **National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis.** Clinical guideline. Published: 28 September 2011. Last updated: 20 December 2017 www.nice.org.uk/guidance/cg128

• **FOMBONNE, Eric: Is autism overdiagnosed?. Journal of Child Psychology and Psychiatry** 64:5 (2023), pp 711-714 doi:10.1111/jcpp.13806.

• **SANTOS, c.l., et al. Ferramentas de rastreio e diagnóstico para o transtorno do espectro autista:** revisão sistemática e metanálise. UNIMED FESP. 2023. Disponível em: Ferramentas de Rastreio e Diagnóstico para Transtorno do Espectro Autista (TEA)

• **WIECKOWSKI, Andrea Trubanova,** Sensitivity and Specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (Original and Revised) A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA Network, JAMA Pediatr. 2023 Feb 20;177(4):373-383. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.5975

• **AISHWORIYA, Ramkumar.** Ma VK, Stewart S, et al. Meta-analysis of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised/ Follow-up for Screening. Pediatrics. 2023;151(6): e2022059393

• **Canadian Task Force on Preventive Healthcare (CTFPH).** Updated guideline recommends against screening with standardized tools to detect unrecognized developmental delay in primary care. Março 2016.

Disponível em: <https://canadiantaskforce.ca/updated-guideline-recommends-against-screening-with-standardized-tools-to-detect-unrecognized-developmental-delay-in-primary-care/>



Unimed 
Fesp

www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp