

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GABRIELA THAIS DA SILVA BRAGA

**DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM
PERCURSO AVALIATIVO PADRÃO PARA CRIANÇAS COM
SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

**CRICIÚMA,
2026**

GABRIELA THAÍS DA SILVA BRAGA

**DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM
PERCURSO AVALIATIVO PADRÃO PARA CRIANÇAS COM
SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Cinara Ludvig Gonçalves

CRICIÚMA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B813d Braga, Gabriela Thaís da Silva.

Desenvolvimento, implementação e avaliação de um percurso avaliativo padrão para crianças com suspeita de transtorno do espectro autista / Gabriela Thaís da Silva Braga. - 2026.

90 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2026.

Orientação: Cinara Ludvig Gonçalves.

1. Crianças com transtorno do espectro autista. 2. Diagnóstico precoce. 3. Protocolos clínicos. 4. Equipe de assistência ao paciente. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD. 22. ed. 616.85882

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 514

Com início às 16 (dezesesseis) horas do dia 31 (trinta e um) de agosto de 2026 (dois mil e vinte e seis), realizou-se, na Sala 307 do Bloco R2, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **GABRIELA THAIS DA SILVA BRAGA**, sob a orientação da **Profa. Dra. Cinara Ludvig Gonçalves**, intitulada **“DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PERCURSO AVALIATIVO PADRÃO PARA CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA”**. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. Carla de Oliveira Bernardo (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, Profa. Dra. Tamy Colonetti (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Profa. Dra. Amanda Valnier Steckert (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: APROVADA, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Os trabalhos foram concluídos às 18h (dezoito) horas, dos quais eu, Henrique Manenti Felisberto, Secretário do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Josiane Budni, Coordenadora Titular do Programa. Criciúma, 31 (trinta e um) de agosto de 2026 (dois mil e vinte e seis).


Profa. Dra. Josiane Budni
Coordenadora Titular do PPGCS


Henrique Manenti Felisberto
Secretário do PPGCS

FOLHA INFORMATIVA

A dissertação foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. Este trabalho foi realizado nas instalações do Laboratório Autismo e Neurodesenvolvimento (LAND) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNESC.

À Cecília, minha filha, que guarda o mundo inteiro num sorriso e mudou, para sempre, o meu
jeito de olhar para ele.

AGRADECIMENTOS

Ao João, meu esposo, agradeço pela paciência, pelo apoio incondicional e por caminhar ao meu lado desde antes mesmo de eu imaginar que esse projeto se tornaria realidade. Obrigada por estar comigo cada etapa desse processo, dividindo noites de estudo, ausências e cansaço com paciência, carinho e companheirismo.

À Cecília, minha filha, que me acompanhou, sem saber, desde antes de nascer, nessa trajetória. Que a persistência que colocamos neste trabalho sirva, um dia, de exemplo para você.

Aos meus pais, por serem inspiração constante de luta, coragem e determinação. Vocês me ensinaram, muito antes da academia, que os caminhos mais importantes são também os mais difíceis, e que vale a pena percorrê-los.

À minha orientadora, Cinara, por acreditar no meu desejo de pesquisa desde o início e por apoiar cada passo deste trabalho com generosidade e competência técnica. Obrigada pela paciência e pela sabedoria com que compartilhou seu conhecimento comigo, inspirando-me em cada etapa deste caminho.

Ao Laboratório de Autismo e Neurodesenvolvimento (LAND), do qual tenho o privilégio de fazer parte, pelo ambiente de aprendizado, trocas e crescimento profissional que tanto contribuíram para a realização desta pesquisa.

À equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER), local onde desenvolvo minha pesquisa e, também, é meu local de atuação como fonoaudióloga, por todo o acolhimento, disponibilidade e confiança depositados neste projeto. Agradeço, em especial, por terem se mantido sempre abertos às propostas e sugestões que trouxe ao longo desse processo, contribuindo ativamente para que o PAP-TEA saísse do papel e se tornasse realidade na rotina do serviço.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (PPGCS UNESC) pela oportunidade de formação e pelo suporte institucional ao longo do mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), a quem agradeço a concessão do auxílio que viabilizou a realização desta pesquisa.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que pode ser caracterizada por alterações na comunicação, na interação social e no planejamento motor, associadas a comportamentos restritos e/ou repetitivos, estereotípias, déficits sensoriais e cognitivos. A identificação precoce de sinais de alerta para o TEA é fundamental para garantir o acesso oportuno a serviços especializados, porém a saúde pública enfrenta desafios com o crescimento da prevalência do TEA, associado ao subdiagnóstico e à escassez de protocolos padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um Percurso Avaliativo Padrão para crianças com suspeita de TEA (PAP-TEA), na faixa etária de 18 a 36 meses de idade, atendidas em um Centro Especializado em Reabilitação (CER). Trata-se de um estudo metodológico e aplicado, de abordagem mista, conduzido entre 2023 e 2026, que comparou indicadores operacionais e clínicos de 90 crianças, sendo 60 avaliadas pelo modelo assistencial anterior e 30 pelo PAP-TEA, além da avaliação da percepção de dez profissionais quanto à sua aplicabilidade. Após um ano de implementação, observou-se redução estatisticamente significativa no tempo médio da avaliação, no número de sessões e no tempo de emissão do relatório diagnóstico, além de maior sistematização do percurso, com padronização da aplicação do M-CHAT-R/F e a associação estatisticamente significativa entre a carga de alterações clínicas registradas e o desfecho diagnóstico. A percepção da equipe foi predominantemente positiva quanto a facilidade de aplicação, adequação ao público infantil e ao auxílio na identificação de sinais de alerta para TEA. As principais limitações relatadas relacionam-se às condições de implementação, sobretudo a necessidade de capacitação e infraestrutura. Concluiu-se que o PAP-TEA constitui um instrumento viável e útil para a sistematização do processo diagnóstico para TEA no contexto do CER, contribuindo para a padronização das práticas clínicas, fortalecimento do trabalho multidisciplinar e qualificação do cuidado às crianças e famílias no SUS.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico Precoce; Protocolos Clínicos; Equipe de Assistência ao Paciente; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that can be characterized by alterations in communication, social interaction, and motor planning, associated with restricted and/or repetitive behaviors, stereotypies, and sensory and cognitive deficits. Early identification of warning signs for ASD is essential to ensure timely access to specialized services; however, public health faces challenges related to the growing prevalence of ASD, associated with underdiagnosis and the scarcity of standardized protocols within the Brazilian Unified Health System (SUS). Given this scenario, the present study aimed to develop, implement, and evaluate the Standardized Assessment Pathway for children with suspected ASD (PAP-TEA), for children aged 18 to 36 months, attended at a Specialized Rehabilitation Center (CER). This is a methodological and applied study, with a mixed-methods approach, conducted between 2023 and 2026, which compared operational and clinical indicators of 90 children, 60 assessed under the previous care model and 30 under the PAP-TEA, in addition to evaluating the perception of ten professionals regarding its applicability. After one year of implementation, a statistically significant reduction was observed in the mean assessment time, the number of sessions, and the time to issuance of the diagnostic report, along with greater systematization of the pathway, evidenced by the standardized application of the M-CHAT-R/F and a statistically significant association between the clinical alteration burden recorded and the diagnostic outcome. The team's perception was predominantly positive regarding ease of application, suitability for the paediatric population, and assistance in identifying warning signs of ASD. The main limitations reported were related to implementation conditions, particularly the need for training and infrastructure. It was concluded that the PAP-TEA constitutes a viable and useful instrument for systematizing the ASD diagnostic process within the CER context, contributing to the standardization of clinical practices, the strengthening of multidisciplinary work, and the qualification of care provided to children and families within the SUS.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Early Diagnosis; Clinical Protocols; Patient Care Team; Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Etapas de estruturação do PAP-TEA	35
Tabela 2 – Caracterização e comparação das crianças avaliadas antes e após a implementação do PAP-TEA.....	39
Tabela 3 – Indicadores operacionais do processo avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA.....	40
Tabela 4 – Sistematização do percurso avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA: profissionais e instrumentos aplicados	41
Tabela 5 – Sistematização do percurso avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA: instrumentos aplicados	42
Tabela 6 – Caracterização clínica das crianças avaliadas pelo PAP-TEA (n = 30)	43
Tabela 7 – Distribuição do desfecho diagnóstico e nível de suporte das crianças avaliados pelo PAP-TEA.....	45
Tabela 8 – Desfecho diagnóstico nas crianças avaliados pelo PAP-TEA.....	46
Tabela 9 – Desfecho diagnóstico conforme o nível de suporte entre as crianças diagnósticas com TEA	46
Tabela 10 – Caracterização e utilização do PAP-TEA pela equipe Especialidades, experiência, proporção de usuários e frequência de uso.....	47
Tabela 11 – Percepção dos profissionais que utilizaram o PAP-TEA quanto à sua aplicabilidade e adequação (n = 10).....	48
Tabela 12 – Percepção dos profissionais sobre confiabilidade, compatibilidade e utilidade diagnóstica do PAP-TEA (n = 10).....	49
Tabela 13 – Comparação dos parâmetros do protocolo segundo a avaliação dos profissionais (n = 10).....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABC - Inventário de Comportamentos Autísticos (do inglês, *Autism Behavior Checklist*)
- ADDM - Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento (do inglês, *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*)
- ADI-R - Entrevista Diagnóstica de Autismo – Revisada (do inglês, *Autism Diagnostic Interview-Revised*)
- ADOS - Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo (do inglês, *Autism Diagnostic Observation Schedule*)
- AMESC - Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
- AMREC - Associação dos Municípios da Região Carbonífera
- APA - Associação Americana de Psiquiatria (do inglês, *American Psychiatric Association*)
- APS - Atenção Primária à Saúde
- Bayley III - Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil terceira edição (do inglês *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Thrid Edition*)
- CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
- CARS - Escala de Avaliação do Autismo Infantil (do inglês, *Childhood Autism Rating Scale*)
- CDC - Centros de Controle e Prevenção de Doenças (do inglês, *Centers for Disease Control and Prevention*)
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CER - Centro Especializado em Reabilitação
- CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
- CIR - Comissão Intergestores Regional
- DP - Desvio-Padrão
- DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- DSM-5-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, texto revisado (do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision*)
- ESF - Equipe de Saúde da Família
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDADI - Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil
- M-CHAT-R/F - Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças Pequenas (do inglês, *Modified Checklist for Autism in Toddlers*)

NIMH - Instituto Nacional de Saúde Mental (do inglês, *National Institute of Mental Health*)

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAP-TEA - Percurso Avaliativo Padrão para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista

PROTEA-R-NV - Sistema do Protocolo de Avaliação do Transtorno do Espectro Autista – Versão Revisada

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SRS-2 - Escala de Responsividade Social, 2ª edição (do inglês, *Social Responsiveness Scale, Second Edition*)

SUS - Sistema Único de Saúde

SYNAPSE - Rede Sistemática de Serviços de Atenção Primária ao Autismo (do inglês *Systematic Network of Autism Primary Care Services*)

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TGD - Transtornos Globais do Desenvolvimento

TID - Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO TEA E IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	16
1.2 DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO TEA.....	19
1.3 INSTRUMENTOS E PROTOCOLOS NA QUALIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DO TEA.....	21
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1 LOCAL DO ESTUDO	26
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
3.3 DELINEAMENTO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA	28
3.3.1 ETAPAS DO PERCURSO AVALIATIVO PADRÃO PARA CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TEA	28
3.3.1.1 ENTREVISTA DE ANAMNESE	28
3.3.1.2 ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO INTERACIONAL E DO BRINCAR NO TEA.....	26
3.3.1.3 INSTRUMENTOS PADRONIZADOS PARA TRIAGEM E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....	31
3.3.1.4 ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL	31
3.3.1.5 DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS ÀS FAMÍLIAS	32
3.4 PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS	32
3.5 PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DOS DADOS ANTES E DEPOIS DO USO DO PERCURSO AVALIATIVO PADRÃO PARA CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TEA	33
3.6 ANÁLISE DE DADOS	34
4. RESULTADOS	35
4.1 O DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO PAP-TEA	35
4.2 FLUXOGRAMA DO PERCURSO AVALIATIVO DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TEA	36

4.3 COMPARAÇÃO DA AMOSTRA E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO PAP-TEA	38
4.3.1 INDICADORES OPERACIONAIS DO PROCESSO AVALIATIVO.....	40
4.3.2 SISTEMATIZAÇÃO DO PERCURSO AVALIATIVO	41
4.3.3 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS CRIANÇAS AVALIADAS PELO PAP-TEA: COMPLETUDE E PADRONIZAÇÃO DOS REGISTROS CLÍNICOS	43
4.3.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE CARGA DE ALTERAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E NÍVEL DE SUPORTE	45
4.3.4.1 CARGA DE ALTERAÇÕES CLÍNICAS SEGUNDO	45
4.3.4.2 CARGA DE ALTERAÇÕES E NÍVEL DE SUPORTE	46
4.4 PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	47
4.4.1 APLICABILIDADE, ADEQUAÇÃO E ACEITABILIDADE DO PAP-TEA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	47
4.4.2 O PAP-TEA SOB A ÓTICA DE QUEM O APLICA: POTENCIALIDADES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	50
5. DISCUSSÃO	52
6. CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A - ANAMNESE MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE TEA	65
APÊNDICE B- ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO INTERACIONAL E DO BRINCAR NO TEA	82
APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PAP-TEA	86
ANEXO A – CARTA DE ACEITE CEP	90

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento de início precoce e curso crônico, caracterizado por comprometimentos persistentes na comunicação e na interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Tais alterações repercutem de forma significativa nos domínios pessoal, social, acadêmico e profissional ao longo de toda a vida. A manifestação clínica do TEA é marcadamente heterogênea, variando em intensidade e grau de comprometimento nas dimensões da linguagem, da aprendizagem, da adaptação às atividades de vida diária, da socialização, do desenvolvimento e do planejamento motor (Hattier; Matson, 2012; APA, 2013).

Essa classificação decorre de transformações conceituais consolidadas ao longo do tempo, acompanhando os avanços nos campos da psiquiatria, da psicologia e das neurociências. O termo "autismo" foi empregado pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler para descrever sintomas associados à esquizofrenia, caracterizados pela perda de contato com a realidade e por importantes dificuldades comunicativas (Bleuler, 1950). Kanner et al (1943) publicou estudo seminal no qual descreveu crianças com perturbações nas relações afetivas, isolamento social, dificuldades no uso funcional da linguagem, comportamentos ritualizados e intensa resistência a mudanças na rotina, denominando esse conjunto de características "Distúrbio Autístico do Contato Afetivo" e aproximando-o, naquele contexto histórico, das psicoses infantis (Kanner et al., 1943; Wing, 1997). No ano seguinte, 1944, Hans Asperger descreveu casos de crianças com prejuízos na comunicação social e padrões comportamentais peculiares, porém com preservação da inteligência e da linguagem formal, além de descoordenação motora e interesses restritos e intensos (Rutter; Schopler, 1992). Embora contemporâneos, os trabalhos de Kanner e Asperger permaneceram por décadas como referências clínicas distintas, o que contribuiu para a pluralidade interpretativa sobre o transtorno (Young; Rodi, 2014).

Nas décadas subsequentes, essa pluralidade interpretativa cedeu progressivamente lugar a uma reconceituação do autismo, que deixou de ser vinculado exclusivamente ao campo dos transtornos mentais e passou a ser compreendido como condição inserida no âmbito dos transtornos do neurodesenvolvimento, associada a alterações no funcionamento neurológico. Essa definição teórica foi incorporada ao Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) em sua terceira edição e revisado nas edições subsequentes, com modificações na nomenclatura e nos critérios diagnósticos que culminaram na consolidação do conceito de espectro (APA, 1994). Na quarta edição, o autismo integrou o grupo dos Transtornos Invasivos

do Desenvolvimento (TID), composto por Transtorno Autista, Transtorno de Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação, Transtorno de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância (APA, 1994). De modo semelhante, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) adotou a denominação Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), reunindo diagnósticos caracterizados por prejuízos na comunicação social, na interação e no comportamento, não obstante a expressiva variabilidade em seu perfil sintomatológico (OMS, 2003).

Essa fragmentação em múltiplas categorias diagnósticas, no entanto, impôs dificuldades tanto à produção científica quanto à prática clínica, sobretudo no que se refere à delimitação diagnóstica e à comparabilidade entre estudos. Foi nesse contexto que a quinta edição do DSM, publicada em 2013, promoveu mudanças substantivas ao unificar essas condições sob a denominação Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo seu caráter dimensional e contínuo (APA, 2013). A versão revisada (DSM-5-TR), publicada em 2022, manteve essa estrutura, com ajustes pontuais nos critérios diagnósticos voltados à maior precisão clínica. Para fins diagnósticos, consideram-se dificuldades persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, associadas a padrões comportamentais repetitivos, insistência em rotinas, inflexibilidade comportamental e alterações no processamento sensorial, com início na primeira infância (APA, 2022).

Tais transformações conceituais refletem, em síntese, a busca por uma perspectiva dimensional e funcional do TEA, que contemple não apenas a presença de sintomas, mas também os níveis de autonomia, funcionalidade e participação social dos indivíduos, avanço que ampliou o escopo clínico e científico sobre a complexidade e a diversidade do transtorno (Lai et al., 2013; Young; Rodi, 2014).

1.1 Epidemiologia do TEA e implicações para as políticas e os serviços de saúde

Paralelamente à reconfiguração conceitual do TEA, observou-se, nas últimas décadas, um crescimento expressivo no número de diagnósticos, fenômeno de natureza multifatorial resultante da interação entre aspectos biológicos, sociais, epistemológicos e institucionais. Estudos epidemiológicos conduzidos nesse período evidenciam esse crescimento, o que tem suscitado debates sobre se ele reflete elevação real na incidência do transtorno ou decorre, predominantemente, das transformações nos critérios diagnósticos, do aprimoramento das práticas de identificação clínica e da ampliação da conscientização social (Johnson; Myers, 2007; Baxter et al., 2015).

Estimativas divulgadas em 2025 corroboram esse aumento substancial ao longo das últimas duas décadas. Nos Estados Unidos, dados da *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network* (ADDM), vinculada ao *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), indicam que aproximadamente uma em cada trinta e oito crianças de oito anos foi diagnosticada com TEA, com base em registros de 16 áreas do país referentes ao ano de 2022. A prevalência mostrou-se maior no sexo masculino (4,9%) do que no feminino (1,4%), razão aproximadamente 3,4 vezes superior entre meninos, distribuindo-se o transtorno de forma transversal entre diferentes grupos raciais, étnicos e socioculturais (National Institute Of Mental Health, 2025).

No contexto brasileiro, observa-se tendência semelhante. Dados do Censo Demográfico (IBGE) de 2022, publicados em 2025, indicam que aproximadamente 2,4 milhões de pessoas receberam diagnóstico de TEA no país, correspondendo a cerca de 1,2% da população nacional. A prevalência foi de 1,5% entre homens e 0,9% entre mulheres, com maior concentração na faixa etária de 5 a 9 anos (2,6%) (IBGE, 2025).

Esses dados evidenciam que o TEA deixou de ser compreendido como um transtorno raro e restrito à primeira infância, passando a ser reconhecido como uma condição do neurodesenvolvimento relativamente prevalente, caracterizada por elevada heterogeneidade clínica e funcional (Johnson; Myers, 2007; Baxter et al., 2015). Essa mudança de compreensão consolidou o TEA como relevante problema de saúde pública em âmbito global, demandando infraestrutura adequada para diagnóstico, tratamento e suporte especializado. Não obstante, persistem importantes barreiras ao diagnóstico precoce, decorrentes de múltiplos fatores inter-relacionados: a insuficiente disseminação de informações sobre o transtorno, a escassez de serviços especializados, as fragilidades na articulação intersetorial entre saúde e educação, as barreiras geográficas de acesso e os longos períodos de espera para avaliação (Van Dyck et al., 2002). Em conjunto, esses fatores contribuem para o aumento da idade média ao diagnóstico, estimada em 4,4 anos, com atraso médio de aproximadamente 2,2 anos entre a identificação dos primeiros sinais e a confirmação diagnóstica (Johnson; Myers, 2007; Zuckerman et al., 2017).

A urgência associada a esse atraso não se restringe a uma dimensão administrativa, fundamentando-se, sobretudo, nos princípios da neurobiologia do desenvolvimento, visto que o período compreendido entre o nascimento e os três anos de vida caracteriza-se por intensa plasticidade neuronal, formação acelerada de conexões sinápticas e elevada sensibilidade do sistema nervoso central a estímulos ambientais. Intervenções realizadas nesse período apresentam maior potencial de modificar trajetórias desenvolvimentais do que aquelas iniciadas

em idades posteriores (Zwaigenbaum et al., 2015). Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados demonstram que intervenções precoces e intensivas, realizadas entre os 18 e os 30 meses, produzem ganhos significativos em habilidades cognitivas, comunicativas e adaptativas, o que reforça que o diagnóstico precoce constitui, mas por uma condição necessária para que intervenções baseadas em evidências sejam iniciadas na janela de maior responsividade neurológica (Dawson et al., 2010; Zwaigenbaum et al., 2015).

Em resposta a esse quadro, o Brasil, diante do crescimento dos casos e da necessidade de fortalecer o acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu, em dezembro de 2012, a Lei n.º 12.764, que estabelece a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A referida lei reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e assegura o direito à atenção integral à saúde, incluindo diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e acesso a intervenções terapêuticas (Brasil, 2012).

Na sequência, em 2013, o Ministério da Saúde publicou dois documentos orientadores para a assistência às pessoas com TEA no SUS: a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial, que atribui a essa rede a responsabilidade pelo cuidado e destaca o papel dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, vinculadas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com ênfase no diagnóstico precoce e na reabilitação (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b). A coexistência desses documentos, orientados por lógicas assistenciais distintas, a psicossocial e a reabilitadora, reflete a tensão histórica entre esses modelos no cuidado ao TEA no Brasil, com implicações diretas sobre a organização dos fluxos diagnósticos e terapêuticos na rede pública (Oliveira et al., 2017).

Nesse cenário assistencial, destacam-se os Centros Especializados em Reabilitação (CER), instituídos no âmbito do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limite) em 2011 e regulamentados por portaria específica em 2012 (Brasil, 2011; Brasil, 2012). O CER constitui um ponto estratégico na RCPD, oferecendo atendimento multiprofissional às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual e/ou visual, orientados pelos princípios do acolhimento, da integralidade e da humanização (Brasil, 2012; Campos; Souza; Mendes, 2015). Classificados nas modalidades CER I, II, III e IV conforme o número de deficiências atendidas, esses serviços constituem, atualmente, um dos principais pontos de acesso ao diagnóstico especializado do TEA para crianças e adolescentes no SUS, por reunirem equipes multiprofissionais em estrutura integrada e, dessa forma, condições institucionais

favoráveis ao desenvolvimento de avaliações abrangentes. Contudo, a ausência de fluxos diagnósticos padronizados na maioria dos CER resulta em heterogeneidade expressiva nos métodos, instrumentos e critérios utilizados, comprometendo a consistência dos diagnósticos e a possibilidade de monitoramento dos processos de cuidado nesses serviços. (Brasil, 2012; Campos; Souza; Mendes, 2015).

Esse conjunto de fatores evidencia a necessidade de desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos sistematizados capazes de orientar as equipes dos CER no percurso diagnóstico do TEA, contribuindo para maior padronização, eficiência e qualidade do processo avaliativo no contexto da rede pública de saúde (Costa, 2022; Prando; Leão, 2025). A compreensão da evolução da prevalência do TEA e dos fatores associados ao crescimento dos diagnósticos constitui, portanto, condição necessária para subsidiar a formulação de políticas públicas, o planejamento de serviços e a organização das redes de cuidado, com a implementação de métodos sistematizados de avaliação capazes de apoiar os profissionais no percurso diagnóstico, favorecendo o acesso a intervenções baseadas em evidências, com impacto positivo sobre o desenvolvimento e a qualidade de vida das pessoas com TEA e de suas famílias (Brasil, 2015).

1.2 Desafios e perspectivas na avaliação diagnóstica do TEA

A avaliação diagnóstica para TEA requer, idealmente, a atuação de equipe interdisciplinar composta por profissionais com formação específica em desenvolvimento infantil e experiência clínica consolidada. Esse perfil, contudo, não está uniformemente disponível nos diferentes contextos da atenção à saúde no Brasil e, mesmo quando presente, a demanda crescente por atendimento frequentemente resulta em longas listas de espera (Costa, 2022).

A articulação ativa entre saberes de diferentes profissionais, orientada por um percurso de avaliação comum, de diálogos clínicos e compartilhados, configura o modelo de avaliação interdisciplinar, em que propicia o intercâmbio ativo entre os saberes, construção coletiva das hipóteses diagnósticas e tomada de decisão conjunta (Huerta; Lord, 2012). Esse modelo de avaliação transcende o reconhecimento dos critérios diagnósticos formais, envolvendo a identificação tanto dos comprometimentos quanto das potencialidades da criança, a consideração da rede de apoio familiar e das condições socioeconômicas do núcleo familiar, além da integração de evidências científicas, da sistematização da experiência clínica e do planejamento de intervenções adequadas ao percurso diagnóstico de cada criança (Santos et al., 2020; Costa, 2022).

No âmbito da avaliação diagnóstica de TEA, a observação do brincar assume relevância particular, uma vez que as alterações nos padrões de jogo constituem um dos indicadores clínicos mais precocemente observáveis do transtorno. Crianças com TEA tendem a apresentar redução significativa no brincar funcional e simbólico, menor variedade e flexibilidade nos esquemas de jogo, baixo potencial imaginativo nas atividades de faz de conta e preferência por explorações sensoriais repetitivas dos objetos em detrimento de seu uso funcional (Cipriano; Almeida, 2016). Nessa direção, a revisão de escopo conduzida por González-Sala et al. (2021) confirmou que crianças com TEA apresentam maiores dificuldades no brincar simbólico do que crianças com outros transtornos do neurodesenvolvimento e com desenvolvimento típico, sendo essas dificuldades mais expressivas em situações de brincadeira livre. Os autores destacam, ainda, que a ausência ou o déficit no brincar simbólico pode ser identificado como indicador precoce de TEA já entre o primeiro e o segundo ano de vida.

É justamente nesse período que se fundamenta a delimitação da faixa etária entre 18 e 36 meses como janela prioritária para a suspeita e a investigação diagnóstica, uma vez que, nesse intervalo, consolidam-se marcos do desenvolvimento social e comunicativo que permitem a identificação mais consistente dos sinais do transtorno. Entre os principais indicadores de alerta, destacam-se a ausência ou redução significativa do balbúcio e das primeiras palavras funcionais, a não utilização de gestos comunicativos como apontar e mostrar, a ausência de atenção compartilhada, a redução do interesse social e do contato visual, e a ausência de brincadeira simbólica aos 24 meses (Zwaigenbaum et al., 2015; Araújo; Leyser, 2017). Em alguns casos, ocorre ainda a chamada "regressão autística", na qual a criança apresenta desenvolvimento aparentemente típico nos primeiros meses de vida e, entre 15 e 36 meses, passa a perder habilidades previamente adquiridas nas áreas de linguagem, comunicação e interação social. A identificação desses marcadores pelos profissionais de saúde, sobretudo no contexto das consultas de puericultura, constitui, portanto, condição essencial para que o encaminhamento à avaliação especializada ocorra em tempo oportuno (Araújo; Leyser, 2017; Lappé et al., 2018).

É no contexto das consultas de puericultura que o SUS busca operacionalizar essa identificação precoce, recomendação suscitada pelo Ministério da Saúde como forma de subsidiar a detecção de sinais indicativos de TEA, associada à aplicação de instrumentos de rastreio como a Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças Pequenas (do inglês, *Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT-R/F*), o Inventário de Comportamentos Autísticos (do inglês, *Autism Behavior Checklist – ABC*) e a Escala de Avaliação do Autismo Infantil (do inglês, *Childhood Autism Rating Scale – CARS*). Tais

instrumentos podem ser aplicados por quaisquer profissionais da área da saúde, inclusive pelos das Equipes de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2012), sendo direcionados predominantemente a pais ou cuidadores e caracterizados pela facilidade de aplicação e pelo baixo custo. Mesmo sendo instrumentos de triagem, não substituindo a avaliação clínica estruturada, esses instrumentos auxiliam na identificação de sinais e sintomas de TEA de maneira precoce (Marques; Bosa, 2015).

Mesmo com a implementação de diretrizes para o TEA no SUS, a trajetória percorrida pelas famílias brasileiras em busca do diagnóstico e do tratamento do TEA tem sido descrita na literatura como uma verdadeira "saga" (Oliveira et al., 2017), uma vez que, mesmo diante de avanços significativos nas diretrizes de saúde pública, o diagnóstico nos anos pré-escolares ainda é pouco frequente (Gomes et al., 2015; Oliveira et al., 2017). Esses atrasos associam-se a entraves específicos. Uma revisão sistemática conduzida por Prando e Leão (2025) identificou, como principais barreiras ao diagnóstico precoce no país, a insuficiente capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), a escassez de protocolos padronizados, o desconhecimento familiar acerca dos sinais iniciais do transtorno e a desigualdade no acesso aos serviços especializados. O enfrentamento dessas lacunas requer investimento contínuo na formação e qualificação dos profissionais de saúde em neurodesenvolvimento infantil, ampliação de estratégias de educação permanente e acesso a instrumentos padronizados de avaliação (Shattuck; Grosse, 2007).

1.3 Instrumentos e protocolos na qualificação diagnóstica do TEA

A escassez de protocolos padronizados, apontada como um dos principais entraves ao diagnóstico precoce, remete a uma característica estrutural do próprio processo diagnóstico do TEA: trata-se de diagnóstico essencialmente clínico, fundamentado na integração de informações provenientes do histórico de desenvolvimento, de entrevistas com pais ou cuidadores e da observação direta do comportamento da criança em múltiplos contextos. Não existem, até o momento, biomarcadores biológicos ou exames complementares capazes de confirmar ou excluir o transtorno de forma isolada, o que torna a observação clínica estruturada componente insubstituível do processo avaliativo (Brasil, 2015). A qualidade do diagnóstico depende, portanto, da capacidade do avaliador de integrar diferentes fontes de informação, articulando dados obtidos por instrumentos padronizados, relatos familiares e observação direta da criança em situação naturalística ou semiestruturada (Lord; Jones, 2012).

Os instrumentos utilizados nesse processo podem ser organizados em duas categorias principais: os baseados predominantemente no relato de pais ou cuidadores - como

questionários e escalas de triagem - e os que envolvem a observação direta da criança pelo avaliador - protocolos estruturados e semiestruturados (Marques; Bosa, 2015). Embora os instrumentos de triagem indireta apresentem vantagens em termos de viabilidade e baixo custo, suas limitações são amplamente reconhecidas na literatura, como a dependência exclusiva do relato de cuidadores restringindo a análise clínica qualitativa do comportamento infantil, uma vez que a percepção dos responsáveis pode ser influenciada pelo nível de escolaridade, pela experiência com outras crianças, pelo grau de familiaridade com os marcos do desenvolvimento típico e por aspectos culturais (Costa, 2022). Tais instrumentos tendem, ainda, a apresentar uma menor capacidade discriminativa em crianças muito pequenas, naquelas com apresentações clínicas atípicas ou com elevado nível de funcionalidade (Marques; Bosa, 2015).

Entre os instrumentos de observação direta, na literatura destaca-se a Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo (do inglês, *Autism Diagnostic Observation Schedule* – ADOS), amplamente reconhecida no cenário internacional como instrumento padrão-ouro, por apresentar elevada sensibilidade e especificidade quando administrada por profissionais treinados (Lord; Jones, 2012). No contexto brasileiro, todavia, sua utilização permanece restrita em razão da ausência de padronização normativa nacional, dos elevados custos de aquisição e da exigência de treinamento especializado e certificado, fatores que tornam sua aplicação inviável na maior parte dos serviços públicos de saúde (Marques; Bosa, 2015; Costa, 2022). Diante dessa lacuna, instrumentos desenvolvidos e validados no contexto brasileiro assumem especial relevância, a exemplo do Sistema do Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista – Versão Revisada (PROTEA-R-NV), um dos poucos instrumentos nacionais com evidências de validade e fidedignidade para a avaliação de crianças com suspeita de TEA (Bosa; Zanon e Backes, 2016).

Frente a escassez de instrumentos nacionais dessa natureza, a literatura recomenda que as avaliações diagnósticas do TEA combinem múltiplos métodos e fontes de informação, avaliações clínicas estruturadas e semiestruturadas, observações diretas do comportamento da criança e relato de cuidadores, de modo que o diagnóstico seja fundamentado em evidências convergentes (Steiner et al., 2012). Tal recomendação não se restringe ao plano metodológico. A literatura evidencia que protocolos estruturados para o diagnóstico do TEA contribuem para a redução significativa da variabilidade interavaliador, favorecem a construção de linguagem clínica compartilhada entre os membros da equipe multiprofissional e permitem a comparabilidade dos dados ao longo do tempo e entre diferentes serviços (Huerta; Lord, 2012; Lord et al., 2018). A sistematização do percurso avaliativo por meio de fluxos e instrumentos

previamente definidos possibilita, ainda, que profissionais com diferentes níveis de especialização conduzam etapas do processo diagnóstico de forma tecnicamente embasada e segura, aspecto particularmente relevante no contexto do SUS, no qual a escassez de especialistas em transtornos do neurodesenvolvimento constitui uma realidade persistente em diversas regiões (Lord et al., 2018; Costa, 2022; Prando; Leão, 2025).

Na ausência desses fluxos e critérios comuns, em sistemas de grande escala e elevada heterogeneidade como o SUS, observam-se disparidades expressivas nos métodos utilizados, no tempo necessário à conclusão das avaliações e na consistência das conclusões diagnósticas produzidas (Prando; Leão, 2025). Tal variabilidade não compromete apenas a precisão dos diagnósticos individuais, mas também o monitoramento sistêmico dos processos de cuidado, a comparabilidade dos dados clínicos entre serviços e a garantia de acesso equitativo a diagnósticos consistentes para crianças em diferentes regiões do país (Lord et al., 2018).

Um aspecto central na definição desses fluxos refere-se à escolha do contexto em que a observação clínica será realizada. A literatura aponta de forma consistente que o contexto lúdico constitui não apenas indicador clínico, mas também o ambiente privilegiado para a observação direta de crianças pequenas com suspeita de TEA, por oferecer condições naturalísticas para a manifestação das habilidades sociocomunicativas, do brincar funcional e simbólico, da atenção compartilhada e da responsividade social (Bosa et al., 2017; Marques; Bosa, 2015).

Sob a perspectiva da equidade em saúde, a organização de fluxos de avaliação, com definição de etapas e protocolos de rastreio, transcende o avanço meramente técnico, configurando-se como estratégia de integralidade no cuidado assistencial. Em um sistema no qual o acesso a diagnósticos de qualidade permanece fortemente influenciado pela localização geográfica, pela composição das equipes e pelo nível de experiência dos profissionais, a adoção de um fluxo de avaliação comum estabelece padrão mínimo de qualidade desvinculado dessas condicionantes contextuais, contribuindo para reduzir as iniquidades no acesso a diagnósticos consistentes entre populações atendidas em diferentes serviços (Prando; Leão, 2025).

É exatamente essa lacuna que se observa, de forma concreta, nos CER: a ausência de um Percurso Avaliativo Padrão para crianças com suspeita de TEA compromete tanto a consistência dos diagnósticos quanto a possibilidade de monitoramento dos processos de cuidado nesses serviços (Campos; Souza; Mendes, 2015). A implementação de fluxos de avaliação clínica nesse contexto apresenta potencial de qualificar a formação continuada dos profissionais, fortalecer o trabalho interdisciplinar, reduzir o tempo médio para a conclusão das avaliações e diminuir a necessidade de reavaliações decorrentes de procedimentos pouco sistematizados, com repercussões positivas sobre a capacidade produtiva dos serviços e sobre

a experiência das famílias ao longo do percurso diagnóstico (Costa, 2022; Prando; Leão, 2025). Diante dessa necessidade, justifica-se o desenvolvimento e implementação de um Percorso Avaliativo Padrão para crianças com suspeita de TEA (PAP-TEA), especialmente na faixa etária de 18 a 36 meses, buscando organizar e sistematizar o processo avaliativo em um CER e avaliar sua aplicabilidade e seus possíveis benefícios no contexto assistencial.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver, implementar e avaliar um PAP-TEA, para crianças com idade entre 18 e 36 meses, em um CER, visando qualificar e sistematizar o processo diagnóstico no serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um fluxograma do PAP-TEA, definindo etapas, profissionais envolvidos e encaminhamentos no contexto do CER;
- Implementar o PAP-TEA no serviço, por meio de um estudo piloto realizado com crianças encaminhadas com suspeita de TEA;
- Analisar a aplicabilidade e adequação do PAP-TEA no contexto do serviço, identificando possíveis ajustes a partir da experiência dos profissionais envolvidos no estudo piloto;
- Avaliar a percepção e nível de aceitabilidade da equipe multiprofissional do CER em relação ao PAP-TEA.
- Analisar os possíveis benefícios operacionais do PAP-TEA, comparando indicadores do processo avaliativo antes e após sua implementação.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção organizacional, com avaliação de indicadores pré e pós-intervenção de natureza quantitativa e qualitativa, no contexto real de um serviço especializado.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNESCO, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 91431525.4.0000.0119 (ANEXO A), tendo sido aprovada conforme Parecer Consubstanciado n. 7.804.188, emitido em 29 de agosto de 2025, em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Na primeira etapa, foi realizada a construção de uma proposta de PAP-TEA, estruturado a partir de revisão da literatura científica e da análise de instrumentos padronizados e validados para avaliação do desenvolvimento infantil e triagem de sinais de TEA.

Na segunda etapa, procedeu-se à aplicação do protocolo desenvolvido com crianças atendidas em um CER, por profissionais com experiência na área da avaliação de transtornos do neurodesenvolvimento. Na sequência, após 12 meses de uso do PAP-TEA, foi realizada uma pesquisa de satisfação para estes profissionais da equipe multiprofissional responsável pela condução das avaliações.

Além disso, foram coletados, em prontuário eletrônico, os parâmetros referentes a 30 crianças, na faixa etária de 18 a 36 meses, encaminhadas ao serviço por suspeita de TEA e avaliadas com o PAP-TEA. Esses dados foram comparados aos de um grupo de 60 crianças, também na faixa etária de 18 a 36 meses, igualmente encaminhadas por suspeita de TEA, porém avaliadas pela metodologia anteriormente utilizada no serviço.

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no CER localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), no município de Criciúma, Santa Catarina. O serviço foi habilitado no ano de 2014 na modalidade CER II, destinada ao atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual.

O CER constitui-se como serviço de referência regional, ofertando atendimento especializado a usuários provenientes de vinte e sete municípios pertencentes às regiões da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) e da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). A equipe do serviço é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, incluindo psicologia, fonoaudiologia, terapia

ocupacional, fisioterapia, nutrição, serviço social, enfermagem e neurologia pediátrica, totalizando vinte e três profissionais que atuam de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Conforme pactuação nº 007/2014 estabelecida pela Comissão Intergestores Regional (CIR), o serviço tornou-se referência regional para avaliação e confirmação diagnóstica de crianças com suspeita de TEA. Essa organização ocorreu em resposta ao aumento expressivo da prevalência de transtornos do neurodesenvolvimento na última década, bem como às limitações da rede de atenção à saúde para realização de avaliações diagnósticas especializadas.

3.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo dois grupos distintos de indivíduos, o grupo constituído pela equipe multiprofissional que utilizou o PAP-TEA, e o grupo de crianças que foram avaliadas por essa equipe.

Para o grupo composto por profissionais da equipe multiprofissional do CER, foram selecionados, por meio de sorteio, 10 profissionais das seguintes áreas: psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição e neuropediatria. A seleção ocorreu por meio de sorteio realizado com todos os profissionais do serviço em que estavam envolvidos no processo de avaliação diagnóstica para TEA.

Esses profissionais foram responsáveis pela aplicação do PAP-TEA, incluindo a realização de entrevistas de anamnese, a condução das avaliações clínicas, a elaboração do relatório multiprofissional e a devolutiva dos resultados às famílias. Após 12 meses de implementação do PAP-TEA, os profissionais participaram de uma pesquisa de satisfação, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do instrumento e sua contribuição para o processo diagnóstico.

O grupo de crianças foi composto por 90 participantes, com idades entre 18 e 36 meses, atendidas pela equipe de profissionais envolvidos no estudo entre os anos de 2023 e 2026. A amostra foi constituída por conveniência, de acordo com a ordem de chegada dos participantes ao serviço para avaliação, sendo a coleta de dados encerrada ao ser atingido o tamanho amostral pré-estabelecido. Desse total, 60 crianças foram avaliadas anteriormente à implementação do instrumento, nos anos de 2023 e 2024, e 30 crianças foram avaliadas durante o período de 12 meses de implementação do PAP-TEA, entre maio de 2025 e abril de 2026. Foram incluídas na pesquisa apenas as crianças encaminhadas pelos serviços da rede de atenção à saúde com suspeita de TEA.

3.3 Delineamento do método de avaliação clínica

O PAP-TEA foi desenvolvido com base em evidências científicas relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor na primeira infância (Brasil, 2016; Zanon et al., 2019), aos sinais precoces do TEA (Klin, et al., 2020; Zwaigenbaum et al., 2015). e aos critérios diagnósticos para TEA estabelecidos pelo DSM-5-TR (APA, 2022).

O método foi estruturado em etapas sequenciais, conduzidas em encontros semanais com as crianças participantes do estudo, contemplando: (I) entrevista de anamnese com os pais ou responsáveis; (II) aplicação de roteiro estruturado para avaliação interacional e do brincar; (III) utilização de instrumentos padronizados para rastreio e avaliação do desenvolvimento; (IV) elaboração de relatório multiprofissional; e (v) devolutiva dos resultados às famílias.

Todo o PAP-TEA foi sistematizado por meio de um fluxograma, desenvolvido com a finalidade de padronizar, organizar e qualificar as etapas do processo diagnóstico no serviço, assegurando maior consistência na condução das avaliações e na interpretação dos dados obtidos.

3.3.1 Etapas do Percurso Avaliativo Padrão para crianças com suspeita de TEA

3.3.1.1 Entrevista de anamnese

A entrevista de anamnese (APÊNDICE A) foi elaborada pela autora com base nos critérios diagnósticos para o TEA, conforme estabelecidos no DSM-5-TR e em conjunto com a equipe multiprofissional do CER. O instrumento foi aplicado pelos profissionais da equipe multiprofissional com os pais/responsáveis legais, visando obter informações abrangentes e sistematizadas acerca do histórico de desenvolvimento e das condições de vida da criança.

O instrumento está organizado em blocos temáticos. Inicialmente, foram coletados os dados de identificação da criança, dos pais e da constituição familiar (incluindo a presença de irmãos e eventual histórico familiar de TEA ou outras deficiências), além de informações sobre a frequência escolar, o motivo (queixa principal) e a origem do encaminhamento, tratamentos anteriores ou paralelos e o uso de medicação contínua. Em seguida, investigaram-se dados relativos à gestação, ao parto e ao período pós-natal, incluindo intercorrências maternas, uso de medicamentos na gestação, condições do nascimento e resultados das triagens neonatais (auditiva, teste do pezinho, da linguinha e do olhinho).

Posteriormente, foram explorados os aspectos do neurodesenvolvimento, contemplando alimentação, sono, desenvolvimento motor (incluindo marcos, controle esfíncteriano e padrão neuro motor atual), comportamento e aspectos emocionais, sociabilidade e afetividade, brincar, movimentos repetitivos, aspectos sensoriais, adaptação e aprendizado escolar, e uso de telas.

Por fim, o instrumento apresenta um bloco de atividades de vida diária e comunicação (linguagem expressiva e compreensiva), organizado por faixas etárias específicas (1 a 1 ano 11 meses e 29 dias; 2 a 2 anos 11 meses e 29 dias; e 3 a 3 anos 11 meses e 29 dias), permitindo identificar o nível de desenvolvimento esperado para cada idade, além do registro de exames complementares.

No presente estudo foram utilizados para descrever o perfil das crianças os dados referentes as características sociodemográficas (idade, sexo, frequência escolar) e a origem do encaminhamento.

3.3.1.2 Roteiro Estruturado de Avaliação Interacional e do Brincar no TEA

Após a realização da entrevista de anamnese, deu-se início à fase de observação e análise dos aspectos clínicos das crianças. A avaliação interacional e do brincar foi desenvolvida pela equipe do CER em questão, desde 2016, e foi adaptada pela autora do presente estudo. As principais mudanças incorporadas envolveram a implementação de um roteiro sistematizado, estruturado a partir da organização dos brinquedos/jogos em eixos temáticos e por idade, com objetivos pré-estabelecidos para orientar a análise e observação clínica, e a proposta de inserção de outras especialidades, além da fonoaudiologia, psicologia e neurologia, no percurso avaliativo.

Conforme o roteiro, as crianças foram submetidas a sessões de avaliação clínica estruturadas, fundamentadas no protocolo sistematizado, cujo objetivo consistiu em organizar e padronizar a observação de comportamentos relacionados à interação social, comunicação, linguagem, cognição e aos padrões de brincar em crianças com suspeita de TEA. Essas avaliações foram realizadas nas salas de atendimento do CER, com duração média de até 40 minutos por sessão, em ambientes previamente organizados de modo a favorecer o atendimento infantil, dispondo de mobiliário adequado à faixa etária, tatames para atividades no solo e controle de estímulos ambientais. Buscou-se manter um ambiente com reduzida carga de estímulos visuais e auditivos, com a finalidade de minimizar distrações e favorecer o engajamento da criança durante a execução das atividades avaliativas.

O percurso avaliativo foi conduzido por meio de situações lúdicas, organizadas em etapas sequenciais, com a utilização de materiais previamente selecionados (APÊNDICE B), com vistas à análise qualitativa do desempenho funcional da criança em diferentes domínios do desenvolvimento e do brincar. Para a aplicação do roteiro, foram utilizados brinquedos e objetos selecionados de acordo com a faixa etária, organizados de modo a favorecer a observação sistemática de diferentes dimensões do desenvolvimento infantil.

Na primeira etapa, voltada à avaliação do brincar funcional e simbólico, foram utilizados utensílios de cozinha e comidinhas, com o objetivo de analisar a capacidade de uso funcional dos objetos e o brincar simbólico. Nessa etapa, observaram-se o uso convencional dos objetos, a presença de brincadeira simbólica (faz de conta), a imitação de ações, a iniciativa comunicativa durante o brincar, a atenção compartilhada, a linguagem, a presença de rituais e a flexibilidade comportamental.

Na segunda etapa, destinada à avaliação do brincar temático e representacional, foram empregados materiais como fazendinha, animais e meios de transporte, com o propósito de investigar a organização do brincar em contextos temáticos e a compreensão de categorias semânticas. Foram observados, nesse momento, o agrupamento e a categorização de elementos, a sequência lógica de ações no brincar, a construção de narrativas simples, a interação social mediada pelo brincar, bem como a flexibilidade e a criatividade demonstradas pela criança.

Na terceira etapa, referente à avaliação da comunicação e da linguagem em contexto interacional, foram utilizados instrumentos musicais, livros infantis texturizados e fantoches, com o objetivo de avaliar as habilidades comunicativas, a atenção compartilhada em situações interativas, o engajamento social, a reatividade a estímulos auditivos e táteis, e a presença de comportamentos repetitivos e restritos. Nessa etapa, foram observados a linguagem expressiva (vocabulário e emissão verbal), a linguagem compreensiva (respostas a comandos e perguntas), o uso de gestos comunicativos, a atenção compartilhada, o engajamento em atividades de contação de histórias e a resposta a estímulos sonoros e táteis.

Por fim, na quarta etapa, dedicada à avaliação cognitiva, motora e das funções executivas, foram utilizados quebra-cabeça, jogo da memória e pula-macaco, com o objetivo de analisar aspectos cognitivos, motores e de autorregulação. Observaram-se, nessa etapa, a resolução de problemas, a atenção sustentada, a flexibilidade cognitiva, a coordenação motora fina e global, o planejamento e a organização, e a persistência diante de desafios.

Durante a realização das atividades, os profissionais registraram, em prontuário eletrônico no sistema CELK Saúde, os comportamentos observados em cada etapa, bem como os indicadores clínicos relacionados ao TEA. No presente estudo foram utilizados os registros das avaliações referentes aos indicativos operacionais quanto ao tempo de avaliação, número de sessões até o fechamento de diagnóstico, número de profissionais envolvidas e especialidades, instrumentos padronizados aplicados, tempo até a emissão do relatório e necessidade de reavaliação adicional, caracterização clínica das crianças contemplando os domínios de comunicação e interação sociocomunicativa, brincar e engajamento social, desenvolvimento

motor, comportamento, aspectos sensoriais e comportamentos estereotipados, o desfecho diagnóstico e o nível de suporte entre as crianças diagnosticadas com TEA.

Além disso, após a finalização dessas etapas, a equipe A equipe, quando achar pertinente conforme os achados clínicos e a necessidade de observação da criança em outros espaços, realiza visita domiciliar e/ou escolar, para auxiliar no fechamento de diagnóstico.

3.3.1.3 Instrumentos padronizados para rastreio e avaliação do desenvolvimento

O CER já dispunha de instrumentos para mensuração do desenvolvimento infantil e ao rastreio de TEA, contudo, sua utilização pelos profissionais ocorria de forma não sistematizada, sem critérios definidos quanto à indicação e à aplicação. Nesse sentido, foram inseridos no PAP-TEA, para auxílio no processo diagnóstico, instrumentos padronizados, validados e traduzidos para o português, selecionados de acordo com a faixa etária das crianças e os domínios do desenvolvimento avaliados. O PAP-TEA sugere, para crianças a partir de 18 meses, a utilização da Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças Pequenas (M-CHAT-R/F), do Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI) e da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley III); para crianças a partir de 24 meses, do Sistema PROTEA-R de Avaliação do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R-NV) e da Escala de Avaliação do Autismo Infantil (CARS); e, para crianças a partir de 30 meses, da Escala de Responsividade Social (SRS-2).

Nesse sentido, a seleção e aplicação dos instrumentos ocorreram em conformidade com a faixa etária da criança e conforme decisão técnica dos profissionais envolvidos, para subsidiar o processo de avaliação e ampliar o olhar do avaliador sobre determinados aspectos do desenvolvimento infantil e/ou sinais indicativos de TEA.

3.3.1.4 Elaboração de relatório multiprofissional

Após a realização da entrevista de anamnese e das sessões de avaliação clínica estruturada, os dados obtidos foram sistematizados e integrados na elaboração de um relatório multiprofissional já utilizado pela equipe do CER como parte de sua rotina assistencial. A implementação do PAP-TEA não trouxe alterações nesta etapa, mantendo o modelo e padrão adotados anteriormente, com a finalidade de consolidar as informações coletadas pelas diferentes especialidades envolvidas no processo avaliativo e possibilitar uma compreensão ampla e integrada do funcionamento global da criança.

A elaboração do relatório envolve a participação conjunta dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do caso, os quais, a partir de suas respectivas áreas de

atuação, contribuíram com observações e análises específicas acerca do desenvolvimento da criança. Nesse sentido, no documento são reunidas e articuladas informações referentes aos aspectos cognitivos, comunicativos, motores, comportamentais, sensoriais e socioemocionais, identificados ao longo das etapas de anamnese e de avaliação clínica.

Além da descrição dos achados clínicos, o relatório multiprofissional contempla considerações acerca das hipóteses diagnósticas, quando pertinentes, bem como orientações e encaminhamentos voltados à família e às demais equipes envolvidas no cuidado da criança, incluindo recomendações relacionadas a intervenções terapêuticas, acompanhamento escolar e demais suportes considerados necessários. Esse documento constituiu, portanto, um instrumento fundamental para a comunicação entre os profissionais da equipe, a família e demais serviços de referência, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência prestada à criança.

3.3.1.5 Devolutiva dos resultados às famílias

Após a produção do relatório, os responsáveis pelas crianças receberam a devolutiva escrita, acompanhada de orientações acerca dos aspectos descritivos do relatório, do diagnóstico, quando identificado, e das formas de acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas ao início do processo de reabilitação, prática consolidada na rotina do serviço antes mesmo da implementação do PAP-TEA.

3.4 Pesquisa de satisfação com profissionais

Após 12 meses de aplicação do PAP-TEA, procedeu-se à realização de uma pesquisa de satisfação (APÊNDICE C) junto aos profissionais da equipe multiprofissional responsável pela condução das avaliações. O instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora com o objetivo de avaliar a percepção e nível de aceitabilidade do PAP-TEA pela equipe multiprofissional, considerando dimensões relativas à aplicabilidade, à adequação clínica e à contribuição do percurso para o processo diagnóstico de TEA.

A elaboração do instrumento seguiu as etapas propostas por Pasquali (2010) para a construção de instrumentos de medida em saúde, que preconiza a definição prévia do construto a ser avaliado, a elaboração teórica dos itens a partir da literatura especializada e a organização lógica das dimensões dos instrumentos. Quanto aos critérios de validade de conteúdo, os itens foram construídos para mensurar a percepção de profissionais de diferentes formações quanto a utilização e eficácia do instrumento na prática clínica.

O questionário foi elaborado em blocos temáticos, complementado (a) identificação e caracterização do respondente; (b) uso e aplicabilidade do protocolo; (c) confiabilidade e validade percebidas; e (d) questões abertas destinadas ao levantamento de percepções qualitativas sobre pontos positivos, limitações e sugestões de melhoria. Para os itens relativos à aplicabilidade e à adequação do protocolo, optou-se pela utilização da escala Likert de cinco pontos, para mensuração da concordância dos participantes frente às afirmativas apresentadas (Likert, 1932). Além disso, foram incorporadas perguntas abertas com o intuito de possibilitar a análise qualitativa.

A participação na pesquisa foi voluntária, condicionada à leitura e ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado no início do formulário eletrônico. Os dez profissionais selecionados para participar da pesquisa receberam, via WhatsApp, o link de acesso ao formulário eletrônico (Google Forms) contendo a entrevista estruturada, com prazo de 30 dias para preenchimento e resposta. As respostas foram tratadas de forma anônima, sendo os participantes identificados exclusivamente pelos códigos P1 a P10 na apresentação dos resultados. Na pesquisa de satisfação, são contempladas dimensões relacionadas à facilidade de utilização do protocolo, à clareza e à organização das etapas do fluxograma, à promoção da integração interdisciplinar entre as diferentes áreas profissionais envolvidas no processo avaliativo, bem como à contribuição do método para o aprimoramento do raciocínio clínico, do diagnóstico e do planejamento avaliativo.

3.5 Pesquisa sobre a qualidade dos dados antes e depois do uso do Percurso Avaliativo Padrão para crianças com suspeita de TEA

Para avaliar o impacto da implementação do PAP-TEA sobre a qualidade dos dados registrados no processo diagnóstico, foi realizada análise comparativa de prontuários de 90 crianças atendidas pela equipe multidisciplinar do CER em decorrência de suspeita de TEA, distribuídas em dois grupos: 60 crianças avaliadas antes da implementação do PAP-TEA, nos anos de 2023 e 2024, e 30 crianças avaliadas após sua implementação do mês de maio do ano de 2025 ao mês de abril do ano de 2026.

Para ambos os grupos, foram extraídas dos prontuários eletrônicos informações referentes à anamnese com os pais ou responsáveis, como o motivo e a origem do encaminhamento, idade, sexo e frequência escolar da criança, e informações relativas à avaliação clínica conduzida pelos profissionais, incluindo tempo de duração da avaliação, número de sessões realizadas, tempo transcorrido até a emissão do relatório multiprofissional e do laudo médico, profissionais envolvidos no processo, fechamento ou não do diagnóstico de

TEA e respectivo nível de suporte, necessidade de reavaliação após período determinado e instrumentos utilizados na avaliação.

Para o grupo submetido ao PAP-TEA, foram coletadas duas variáveis adicionais, não aplicáveis ao grupo anterior à sua implementação: a adesão ao fluxo proposto pelo PAP-TEA e os principais sinais e sintomas de TEA observados durante a avaliação.

3.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, e as quantitativas em média e desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo, conforme pertinente. A normalidade foi verificada pelo Teste *t* de Student para amostras independentes, para comparação das crianças avaliadas antes e após a implementação do PAP-TEA, foram analisadas idade, sexo, frequência escolar e origem do encaminhamento.

Os indicadores operacionais do processo avaliativo incluíram tempo de avaliação, número de sessões, tempo para emissão do relatório, número de profissionais envolvidos e necessidade de reavaliações adicionais. As variáveis quantitativas foram comparadas pelo Teste *t* de Student para amostras independentes, e as categóricas pelo teste exato de Fisher. A sistematização do percurso foi avaliada pela participação das diferentes especialidades e pela utilização dos instrumentos M-CHAT-R/F, CARS, Bayley-III, PROTEA-R-NV, IDADI e SRS-2, sendo as proporções comparadas pelo teste exato de Fisher. Quando pertinente, foi aplicada correção para múltiplas comparações pelo método de Benjamini-Hochberg.

A caracterização clínica das crianças avaliadas com o PAP-TEA foi realizada por frequências e percentuais dos diferentes domínios registrados, incluindo aspectos sociocomunicativos, brincar, desenvolvimento motor, comportamento, processamento sensorial, estereotipias, diagnóstico de TEA e nível de suporte. De forma exploratória, foi calculado um índice de carga de alterações clínicas a partir da soma dos domínios alterados. Esse índice foi comparado entre crianças com e sem diagnóstico de TEA e entre os níveis de suporte 1 e 2 pelo Teste *t* de Student. As correlações entre a carga de alterações clínicas, o diagnóstico e o nível de suporte foram avaliados pelo coeficiente de correlação de Spearman.

Os dados dos profissionais foram analisados descritivamente por frequências absolutas, percentuais e mediana os itens em escala Likert. As respostas abertas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin, com identificação de unidades de significado e agrupamento em categorias temáticas relacionadas às potencialidades, barreiras e sugestões de aprimoramento do PAP-TEA.

4. RESULTADOS

4.1 O desenvolvimento e implementação do PAP-TEA

O PAP-TEA destina-se a crianças entre 18 e 36 meses de idade, faixa etária considerada estratégica para a identificação precoce de sinais de risco para o TEA, sendo um percurso padronizado, estruturado em etapas sequenciais e complementares.

O PAP-TEA foi construído de forma colaborativa pela equipe multiprofissional do CER, por meio de discussões técnicas, análise dos fluxos de atendimento existentes, levantamento das necessidades institucionais e revisão da literatura científica nacional e internacional sobre identificação precoce do TEA e avaliação do desenvolvimento infantil. Sua elaboração fundamentou-se nos critérios diagnósticos vigentes para o TEA, descritos nas diretrizes nacionais de atenção às pessoas com TEA no SUS, no DSM-5-TR e na literatura científica sobre avaliação precoce do desenvolvimento infantil, buscando conciliar rigor técnico, viabilidade operacional e aplicabilidade no contexto dos serviços públicos de reabilitação. O processo de construção buscou integrar diferentes perspectivas profissionais, considerando as especificidades de cada área de atuação e as demandas concretas do contexto assistencial (APA, 2022; Brasil, 2013a; Brasil, 2015). Dessa forma, o PAP-TEA estrutura-se em etapas sequenciais e complementares, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Etapas de estruturação do PAP-TEA

Etapas	Objetivo	Profissionais envolvidos	Procedimentos	Produto esperado
Acolhimento	Identificar demanda inicial	Assistente social e psicólogos	Entrevista e observação inicial	Admissão no percurso
Anamnese	Obter histórico amplo	Dois profissionais	Anamnese multiprofissional	Perfil clínico e familiar
Avaliação clínica	Observar a criança diretamente	Equipe multiprofissional	Brincadeira estruturada e visita escolar/domiciliar	Registro dos domínios
Instrumentos	Complementar a investigação	Conforme demanda	M-CHAT-R/F, PROTEA-R etc.	Resultados padronizados
Discussão	Integrar os achados	Equipe	Reunião de caso	Hipótese diagnóstica
Relatório e devolutiva	Comunicar os resultados	Equipe responsável	Relatório e orientação	Encaminhamento a RAS do município de referência da criança

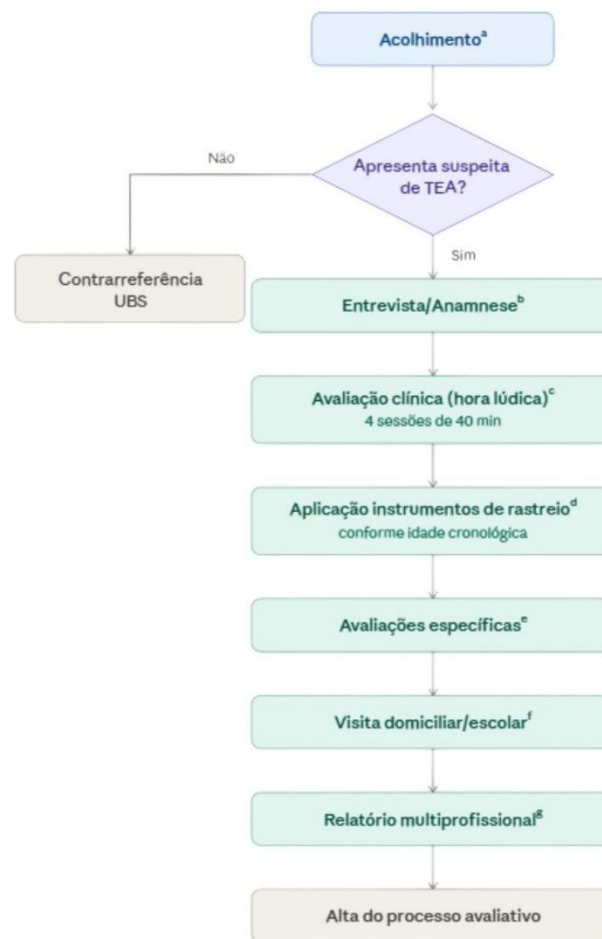
Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

A primeira etapa, denominada acolhimento, tem como objetivo identificar as demandas iniciais da família, sendo conduzida pela assistente social e psicólogos da equipe, por meio de entrevista breve e observações iniciais. Em seguida ocorre a anamnese, realizada por dois profissionais da equipe com o objetivo de obter o histórico amplo da criança e da família, para construção do perfil clínico e familiar. A terceira etapa corresponde à avaliação clínica, na qual a equipe observa diretamente a criança por meio do brincar estruturado, gerando registros dos domínios do desenvolvimento avaliados. Posteriormente são aplicados instrumentos complementares, como M-CHAT-R/F e o PROTEA-R-NV, entre outros, selecionados conforme a demanda de cada caso e a idade da criança avaliada, com vistas à obtenção de resultados padronizados. Na etapa seguinte, denominada de discussão, a equipe se reúne para integrar os achados obtidos ao longo do percurso avaliativo, culminando na formulação da hipótese diagnóstica. Por fim, a etapa do relatório e devolutiva conduzida pela equipe com a finalidade de comunicar os resultados à família por meio do próprio relatório e de orientações pertinentes, e encaminhamentos a RAS do município de referência da criança.

4.2 Fluxograma do percurso avaliativo de crianças com suspeita de TEA

O fluxograma de atendimento do PAP-TEA (Figura 1) organiza o percurso avaliativo em seis etapas sequenciais, conduzidas por diferentes profissionais da equipe multiprofissional do CER. Cabe destacar que, anteriormente a implementação do PAP-TEA, o serviço não dispunha de um fluxo estruturado e sistematizado dessa natureza, sendo as etapas avaliativas conduzidas de forma menos sistematizada. Além disso, antes da implementação das etapas do percurso avaliativo, a equipe multiprofissional participou de capacitações específicas sobre a condução da anamnese, o roteiro interacional e do brincar, e a seleção dos instrumentos padronizados. Ao longo do período de aplicação, a pesquisadora responsável também realizou orientações individuais quando necessário para a condução do PAP-TEA.

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do PAP-TEA



Fonte: elaborado pela autora (2025).

A primeira etapa (a) corresponde ao acolhimento, momento de primeiro contato da criança e dos responsáveis com o serviço, realizado por assistente social e psicólogos em sessão única de 40 minutos, com o objetivo compreender o motivo do encaminhamento e identificar sinais e sintomas de TEA por meio dos relatos dos cuidadores, descrição em encaminhamento realizado por profissional da RAS que identificou a suspeita de TEA e da observação da interação da criança em atividades lúdicas diversas.

Em seguida, é realizada a entrevista de anamnese (b), conduzida por dois profissionais da equipe, que permanecerão responsáveis pela condução de todo percurso avaliativo, sendo das áreas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e/ou nutrição, com os responsáveis pela criança. Essa etapa tem duração de 40 minutos por sessão, prevendo-se de duas a três sessões, a depender das demandas identificadas junto à família.

A terceira etapa consiste na avaliação clínica (c), estruturada por um roteiro específico de observação interacional e do brincar voltado ao TEA, conduzido por meio da hora lúdica

diagnóstica com a utilização de brinquedos e materiais organizados em caixas temáticas, com contextos funcionais definidos para o direcionamento das hipóteses avaliativas, adaptadas à faixa etária da criança. Essa organização visa padronizar as condições de apresentação dos estímulos entre diferentes avaliadores e sessões, contribuindo para a consistência e a reprodutibilidade do processo observacional. A observação ocorre em dois contextos complementares: na brincadeira livre e na brincadeira semiestruturada.

Na sequência, aplicam-se os instrumentos de rastreio (d), também em sessões de 40 minutos, selecionados conforme a idade cronológica da criança e as demandas identificadas pela equipe ao longo da avaliação clínica. Sugere-se para crianças a partir de 18 meses, a utilização do M-CHAT-R/F, IDADI e a Bayley III; para crianças a partir de 24 meses, do Sistema PROTEA-R-NV, e a escala CARS; e, para crianças a partir de 30 meses, a escala SRS-2.

Quando identificada necessidade específica ao longo do processo avaliativo, são conduzidas avaliações específicas (e) por área profissional: psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, enfermagem e neurologia, também em sessões de 40 minutos, ficando a critério de cada profissional a escolha e a aplicação dos instrumentos pertinentes.

A etapa seguinte compreende a visita domiciliar e/ou escolar (f), destinada à observação da criança em seu contexto de convívio e ao diálogo com a equipe pedagógica sobre rotina, adaptação e aprendizagem.

Por fim, é elaborado o relatório multiprofissional (g), com a descrição dos achados, potencialidades e prejuízos identificados, além do diagnóstico, quando concluído. Após a finalização desse documento, os responsáveis recebem orientações quanto aos aspectos descritivos do relatório e/ou laudo, ao diagnóstico e ao encaminhamento para os serviços RAS, visando o início do processo de reabilitação. Concluídas essas etapas, é realizada a alta do percurso avaliativo, com o arquivamento dos documentos impressos e dos instrumentos utilizados em pastas específicas para cada sujeito.

4.3 Comparação da amostra e dos resultados assistenciais antes e após a implementação do PAP-TEA

As características das crianças avaliadas antes e após a implementação do PAP-TEA são apresentadas na Tabela 2. Considerando a adequação da variável idade aos pressupostos paramétricos adotados para esta análise, a comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste *t* de Student para amostras independentes. Para as variáveis categóricas sexo e

frequência escolar, foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson. Para a variável origem do encaminhamento, composta por quatro categorias e com baixas frequências em algumas células, utilizou-se o teste exato de Fisher–Freeman–Halton para tabelas de contingência $R \times C$.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à idade ($p = 0,159$), ao sexo ($p = 0,433$), à frequência escolar ($p = 0,626$) ou à distribuição da origem dos encaminhamentos ($p = 0,269$). A média de idade foi de $30,5 \pm 5,5$ meses no grupo avaliado antes da implementação do PAP-TEA e de $28,7 \pm 5,8$ meses no grupo avaliado após sua implementação. Em ambos os períodos, observou-se predominância do sexo masculino, correspondendo a 68,3% das crianças no grupo sem PAP-TEA e a 60,0% no grupo com PAP-TEA. Da mesma forma, a maioria das crianças frequentava a escola, representando 71,7% e 66,7% dos grupos sem e com PAP-TEA, respectivamente.

Em relação à origem dos encaminhamentos, foram observadas variações percentuais entre os períodos, particularmente na participação dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e dos médicos da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a distribuição global das categorias de encaminhamento não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,269$). De modo geral, esses resultados demonstram que os grupos avaliados antes e após a implementação do PAP-TEA apresentaram características sociodemográficas e assistenciais semelhantes quanto às variáveis analisadas.

Tabela 2 – Caracterização e comparação das crianças avaliadas antes e após a implementação do PAP-TEA

Característica	Sem PAP-TEA (n = 60)	Com PAP-TEA (n = 30)	p
Idade (meses), média $\pm$ DP	30,5 $\pm$ 5,5	28,7 $\pm$ 5,8	0,159¹
Mediana (mín.–máx.)	31,5 (18–36)	29,0 (18–36)	
Sexo, n (%)			0,433²
Masculino	41 (68,3%)	18 (60,0%)	
Feminino	19 (31,7%)	12 (40,0%)	
Frequenta escola, n (%)			0,626²
Sim	43 (71,7%)	20 (66,7%)	
Não	17 (28,3%)	10 (33,3%)	
Origem do encaminhamento, n (%)			0,269³
Pediatra	21 (35,0%)	11 (36,7%)	
Enfermeiro(a) da UBS	4 (6,7%)	6 (20,0%)	
Escola	6 (10,0%)	2 (6,7%)	
Médico da Estratégia Saúde da Família (ESF)	29 (48,3%)	11 (36,7%)	

¹ Teste t de Student para amostras independentes, $t(88)=1,42$. ² Teste do qui-quadrado de Pearson. ³ Teste exato de Fisher–Freeman–Halton para tabela 2×4 . DP: desvio-padrão; UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Esses resultados indicam que os grupos apresentaram características sociodemográficas e assistenciais globalmente comparáveis nas variáveis analisadas, condição relevante para a interpretação subsequente das diferenças observadas nos indicadores operacionais do processo avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA.

4.3.1 Indicadores operacionais do processo avaliativo

A comparação dos indicadores operacionais antes e após a implementação do PAP-TEA demonstrou redução no tempo requerido para a condução do processo avaliativo (Tabela 3). A mediana do tempo de avaliação reduziu de 4 meses (P25–P75: 3–6), no período anterior à implementação, para 3 meses (P25–P75: 2,25–3,75) após a adoção do PAP-TEA, correspondendo a uma redução de 25,0%, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). O número de profissionais envolvidos por caso manteve-se semelhante entre os períodos, com mediana de 3 profissionais (P25–P75: 3–4) tanto antes quanto após a implementação do PAP-TEA, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,433$), o que indica que a redução observada no tempo de avaliação e no número de sessões não comprometeu a participação multiprofissional no processo. De modo semelhante, observou-se redução significativa no número de sessões necessárias para a conclusão da avaliação. A mediana passou de 13 sessões (P25–P75: 10–18) antes da implementação para 11 sessões (P25–P75: 8–12) após a adoção do PAP-TEA, correspondendo a uma redução de 15,4% ($p = 0,003$).

Tabela 3 – Indicadores operacionais do processo avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA

Indicador operacional	Sem PAP-TEA (n = 60)	Com PAP-TEA (n = 30)	Variação	<i>p</i>
Tempo de avaliação (meses) mediana (P25–P75)	4 (3–6)	3 (2,25–3,75)	–25,0%	<0,001¹
Número de sessões mediana (P25–P75)	13 (10–18)	11 (8–12)	–15,4%	0,003¹
Número de profissionais envolvidos na avaliação, Mediana (P25–P75)	3 (3–4)	3 (3–4)	0,0%	0,433¹
Tempo até emissão do relatório (meses), mediana (P25–P75)	3 (2–4)	1 (1–2)	–66,7%	<0,001¹
Necessidade de reavaliação adicional, n (%)	11 (18,3%)	2 (6,7%)	–11,6 pontos percentuais	0,206²

¹ Teste de Mann–Whitney. ² Teste exato de Fisher. P25: percentil 25; P75: percentil 75. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

A maior diferença foi verificada no tempo até a emissão do relatório final. A mediana reduziu de 3 meses (P25–P75: 2–4), antes da implementação, para 1 mês (P25–P75: 1–2) após a adoção do PAP-TEA, correspondendo a uma redução de 66,7% ($p < 0,001$). A necessidade de reavaliação adicional também foi menos frequente após a implementação, passando de 18,3% (11/60) para 6,7% (2/30), correspondendo a uma redução de 11,6 pontos percentuais. Entretanto, essa diferença não atingiu significância estatística ($p = 0,206$).

Desse modo, a implementação do PAP-TEA associou-se à reduções estatisticamente significativas no tempo de avaliação, no número de sessões e no tempo de emissão do relatório final, sem alterações no número de profissionais envolvidos no processo.

4.3.2 Sistematização do percurso avaliativo

Quanto a composição das especialidades envolvidas, observou-se a redistribuição estatisticamente significativa na participação da fonoaudiologia, que se reduziu de 98,3% para 76,7% das crianças ($p=0,002$), e de psicologia, que se reduziu de 100,0% para 90,0% ($p=0,035$), em contrapartida, verificou-se aumento significativo na participação da nutrição, de 8,3% para 26,7% das crianças ($p=0,028$) (Tabela 4). As demais especialidades, como terapia ocupacional, fisioterapia e neuropediatria, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 4 – Sistematização do percurso avaliativo antes e após a implementação do PAP-TEA: profissionais e instrumentos aplicados

Indicador	Sem PAP-TEA (n = 60) n (%)	Com PAP-TEA (n = 30) n (%)	Diferença (p.p.)	p
Profissionais envolvidos				
Fisioterapia	12 (20,0%)	12 (40,0%)	+20,0	0,075
Fonoaudiologia	59 (98,3%)	23 (76,7%)	–21,6	0,002
Nutrição	5 (8,3%)	8 (26,7%)	+18,4	0,028
Psicologia	60 (100,0%)	27 (90,0%)	–10,0	0,035
Terapia Ocupacional	14 (23,3%)	7 (23,3%)	0,0	1,000
Neuropediatria	48 (80,0%)	26 (86,7%)	+6,7	0,564
Instrumentos utilizados				
M-CHAT-R/F	4 (6,7%)	30 (100,0%)	+93,3	<0,001
CARS	6 (10,0%)	3 (10,0%)	0,0	1,000
Bayley-III	3 (5,0%)	4 (13,3%)	+8,3	0,216
PROTEA-R-NV	25 (41,7%)	18 (60,0%)	+18,3	0,121
IDADI	5 (8,3%)	4 (13,3%)	+5,0	0,474
SRS-2	27 (45,0%)	18 (60,0%)	+15,0	0,263

Teste: teste exato de Fisher, bilateral. p.p.: pontos percentuais. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

O resultado mais expressivo refere-se à padronização da aplicação do M-CHAT-R/F. Antes do PAP-TEA, apenas 4 das 60 crianças (6,7%) tiveram registro de aplicação desse instrumento; após a implementação, ele foi utilizado em todas as 30 crianças (100%), diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Esse achado é consistente com a proposta do PAP-TEA, na medida em que evidencia a transição de uma etapa anteriormente aplicada de forma pouco sistemática para um procedimento incorporado de maneira padronizada ao percurso avaliativo.

Em relação aos demais instrumentos, observou-se que houve aumento percentual na utilização do PROTEA-R-NV, SRS-2, Bayley III e IDADI, sem, contudo, diferenças estatisticamente significativas. Tal resultado não deve ser interpretado como limitação do PAP-TEA, uma vez que esses instrumentos não são necessariamente indicados para todas as crianças, sendo sua aplicação determinada pela idade e pelas necessidades clínicas identificadas ao longo do percurso avaliativo.

Antes da implementação do PAP-TEA, 44 das 60 crianças (73,3%) passaram por pelo menos um dos instrumentos, ou seja, 16 das 60 crianças (26,7%) não possuíam registro de aplicação de nenhum dos seis instrumentos avaliados; após a implementação, todas as crianças receberam pelo menos um, com a mediana elevando-se de 1 para 3 instrumentos por criança (Tabela 5).

Tabela 5 – Número e cobertura de instrumentos aplicados antes e após implementação do PAP-TEA

Indicador derivado	Sem PAP-TEA	Com PAP-TEA	<i>p</i>
Número de instrumentos aplicados por criança, média $\pm$ DP	1,17 $\pm$ 0,85	2,57 $\pm$ 0,73	<0,001¹
Mediana (mín.–máx.)	1 (0–3)	3 (1–4)	
Pelo menos um dos instrumentos aplicado, n (%)	44 (73,3%)	30 (100,0%)	<0,001²

¹ Mann–Whitney, pois a distribuição do número de instrumentos não foi normal. ² Teste exato de Fisher. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Considerando-se conjuntamente os seis instrumentos avaliados, o número médio de instrumentos utilizados por criança elevou-se de 1,17 $\pm$ 0,85 para 2,57 $\pm$ 0,73 ($p < 0,001$), e a proporção de crianças submetidas a pelo menos um desses instrumentos passou de 73,3% para 100,0% ($p < 0,001$). Esses achados indicam maior sistematização da utilização de instrumentos de avaliação após a implementação do PAP-TEA, preservando-se a seleção dos instrumentos complementares conforme as características e necessidades clínicas de cada criança.

4.3.3 Caracterização clínica das crianças avaliadas pelo PAP-TEA: Completude e padronização dos registros clínicos

A caracterização clínica das crianças avaliadas no âmbito do PAP-TEA (n=30) evidenciou elevada frequência de alterações nos domínios relacionados à comunicação e à interação sociocomunicativa. O contato visual mostrou-se inconsistente na maioria das crianças (70,0%), assim como a resposta ao chamado pelo nome (53,3%) e a compreensão verbal, classificada como prejudicada em 50,0% dos casos. A ausência de iniciativa comunicativa foi observada em 73,3% da amostra, e a linguagem funcional esteve ausente ou prejudicada em 89,9% das crianças (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização clínica das crianças avaliadas pelo PAP-TEA (n = 30)

Domínio/variável	Categoria	n	%
Comunicação e interação sociocomunicativa			
Contato visual	Presente	4	13,3
	Ausente	5	16,7
	Inconsistente	21	70,0
Resposta ao chamado pelo nome	Sim	4	13,3
	Não	10	33,3
	Inconsistente	16	53,3
Iniciativa comunicativa	Sim	8	26,7
	Não	22	73,3
Linguagem funcional	Sim	3	10,0
	Não	16	53,3
	Inconsistente	11	36,7
Compreensão verbal	Adequada	6	20,0
	Prejudicada	15	50,0
	Parcial	9	30,0
Interação social	Sim	4	13,3
	Não	13	43,3
	Inconsistente	13	43,3
Brincar e engajamento social			
Brincadeira funcional	Adequada	7	23,3
	Prejudicada	10	33,3
	Parcial	13	43,3
Brincadeira simbólica	Adequada	4	13,3
	Prejudicada	22	73,3
	Parcial	4	13,3
Engajamento social	Adequado	5	16,7
	Prejudicado	15	50,0
	Parcial	10	33,3
Desenvolvimento motor			
Motricidade fina	Adequada	18	60,0
	Prejudicada	2	6,7

Motricidade grossa	Parcial	10	33,3
	Adequada	21	70,0
	Prejudicada	3	10,0
	Parcial	6	20,0
Comportamento			
Agitação psicomotora	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Agressividade	Sim	2	6,7
	Não	28	93,3
Crises comportamentais	Sim	15	50,0
	Não	15	50,0
Aspectos sensoriais			
Busca sensorial	Sim	9	30,0
	Não	21	70,0
Evitação sensorial	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Comportamentos estereotipados			
Estereotipia de mãos	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Estereotipia de tronco	Sim	5	16,7
	Não	25	83,3
Estereotipia de fala	Sim	8	26,7
	Não	22	73,3
Girar repetidamente	Sim	7	23,3
	Não	23	76,7
Andar sem motivo aparente	Sim	8	26,7
	Não	22	73,3
Andar na ponta dos pés	Sim	9	30,0
	Não	21	70,0
Pelo menos uma das seis estereotipias avaliadas	Sim	23	76,7
	Não	7	23,3

Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

No domínio referente ao brincar e ao engajamento social, verificou-se predomínio de alterações parciais ou de prejuízos, com destaque para a brincadeira simbólica, prejudicada em 73,3% das crianças, e para o engajamento social, classificado como prejudicado ou parcial em 83,3% da amostra.

Em relação ao desenvolvimento motor, a maioria das crianças apresentou motricidade fina (60,0%) e motricidade grossa (70,0%) adequadas, indicando que os prejuízos identificados se concentram predominantemente nos domínios sociocomunicativos e comportamentais.

Quanto aos aspectos comportamentais, crises comportamentais estiveram presentes em metade da amostra (50,0%), e agitação psicomotora foi identificada em 36,7% das crianças, ao

que passo que a agressividade se mostrou pouco frequente (6,7%). Entre os aspectos sensoriais, a evitação sensorial (36,7%) foi discretamente mais frequente do que a busca sensorial (30,0%).

Os comportamentos estereotipados mostraram-se altamente prevalentes na amostra: 76,7% das crianças (23/30) apresentaram ao menos uma das seis estereotipias avaliadas, com maior frequência as estereotipias de mãos (36,7%), e de andar na ponta dos pés (30,0%). Esses achados reforçam a relevância clínica dos comportamentos estereotipados como marcadores frequentes no perfil de crianças avaliadas.

4.3.4 Associação entre carga de alterações clínicas, diagnóstico e nível de suporte

Por questões observacionais e descritivas entre as 30 crianças avaliadas no âmbito do PAP-TEA, 23 (76,7%) receberam diagnóstico de TEA, ao passo que 7 (23,3%) não confirmaram o diagnóstico ao final do processo avaliativo (Tabela 7). Quanto ao nível de suporte atribuído às crianças diagnosticadas, observou-se predomínio do nível 2 (18 crianças; 60,0% da amostra total), seguido do nível 1 (5 crianças; 16,7%), e nenhuma criança foi classificada no nível 3 de suporte.

Tabela 7 – Distribuição do desfecho diagnóstico e nível de suporte das crianças avaliados pelo PAP-TEA

Domínio/variável	Categoria	n	%
Desfecho diagnóstico			
Diagnóstico de TEA	Sim	23	76,7
	Não	7	23,3
Nível de suporte	Nível 1	5	16,7
	Nível 2	18	60,0
	Nível 3	0	0
	Sem diagnóstico de TEA	7	23,3

Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

4.3.4.1 Carga de alterações clínicas segundo diagnóstico

Com o objetivo de explorar a relação entre o perfil clínico registrado durante o PAP-TEA e o diagnóstico, foi calculado um índice exploratório correspondente ao número de domínios e sinais clínicos alterados por criança, a partir das 22 características clínicas apresentadas na Tabela 7, categorizadas como ausentes/adequadas (escore 0) ou alteradas (escore 1), incluindo respostas ausentes, prejudicadas, parciais ou inconsistentes, bem como a presença de sinais comportamentais, sensoriais ou de estereotipias. Esse índice não constitui instrumento validado, tratando-se de uma síntese exploratória elaborado a partir dos registros produzidos no âmbito do PAP-TEA.

As crianças posteriormente diagnosticadas com TEA apresentaram número significativamente maior de alterações clínicas ($13,39 \pm 2,55$; mediana de 14,0) em comparação às crianças sem diagnóstico ($4,86 \pm 3,24$; mediana de 6,0), diferença estatisticamente significativa segundo o teste de Mann–Whitney ($U = 161,0$; $p < 0,001$) (Tabela 8). Observou-se, ainda, associação positiva entre a carga de alterações clínicas, esse resultado indica que, na amostra estudada, as crianças diagnosticadas com TEA apresentaram comprometimento substancialmente mais amplo nos domínios clínicos avaliados durante o percurso.

Tabela 8 – Desfecho diagnóstico nas crianças avaliados pelo PAP-TEA

Desfecho	n	Média $\pm$ DP	Mediana (IIQ)	Significância
TEA	23	$13,39 \pm 2,55$	14,0 (11,5–15,0)	
Sem TEA	7	$4,86 \pm 3,24$	6,0 (2,5–7,0)	
*U = 161,0; p < 0,001				

*teste de Mann–Whitney. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

4.3.4.2 Carga de alterações e nível de suporte

Outra análise exploratória foi a relação entre a carga de alterações clínicas e o nível de suporte restrita às 23 crianças com diagnóstico confirmado de TEA. As crianças classificadas no nível de suporte 2 apresentaram maior número médio de alterações clínicas ($14,06 \pm 2,44$) em comparação àquelas classificadas no nível de suporte 1 ($11,00 \pm 1,22$). Essa diferença foi estatisticamente significativa conforme o teste *t de Student* para amostras independentes ($t(21) = 2,68$; $p = 0,014$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Desfecho diagnóstico conforme o nível de suporte entre as crianças diagnosticadas com TEA

Nível de suporte	n	Número de alterações clínicas, média $\pm$ DP	p
Nível 1	5	$11,00 \pm 1,22$	
Nível 2	18	$14,06 \pm 2,44$	
			p = 0,014 ¹

¹ Teste *t* de Student para amostras independentes, $t(21) = 2,68$. DP: desvio-padrão. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Em conjunto, os resultados das Tabelas 7, 8 e 9 demonstram que a magnitude das alterações clínicas registradas ao longo do PAP-TEA se associa de forma consistente tanto quanto ao desfecho diagnóstico quanto à gravidade funcional expressa pelo nível de suporte atribuído às crianças diagnosticadas com TEA.

4.4 Percepção da equipe multiprofissional

4.4.1 Aplicabilidade, adequação e aceitabilidade do PAP-TEA na percepção da equipe multiprofissional

A caracterização da equipe multiprofissional exposta na Tabela 10 evidenciou distribuição equilibrada entre as especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, cada uma representando 20,0% da amostra, complementadas por nutrição e neuropsiquiatria, com 10,0% cada (Tabela 10). Quanto ao tempo de experiência em avaliação diagnóstica de TEA, observou-se distribuição bimodal, com 40,0% dos profissionais relatando entre 1 e 3 anos de experiência e 40,0% relatando mais de 10 anos de experiência, o que indica coexistência de profissionais em diferentes estágios de trajetória clínica na equipe avaliadora. Em relação à frequência de utilização do PAP-TEA na rotina assistencial, verificou-se elevada adesão ao instrumento, com 70,0% dos profissionais relatando uso “sempre” e nenhum registro de utilização “raramente” ou “nunca”.

Tabela 10 - Caracterização e utilização do PAP-TEA pela equipe Especialidades, experiência, proporção de usuários e frequência de uso.

Especialidade profissional	n	%
Fisioterapia	2	20,0
Fonoaudiologia	2	20,0
Psicologia	2	20,0
Terapia Ocupacional	2	20,0
Nutrição	1	10,0
Neuropsiquiatria	1	10,0
Tempo de experiência em avaliação diagnóstica de TEA		
Menos de 1 ano	0	0,0
1 a 3 anos	4	40,0
3 a 5 anos	1	10,0
5 a 10 anos	1	10,0
Mais de 10 anos	4	40,0
Frequência de utilização do PAP-TEA		
Sempre	7	70,0
Frequentemente	1	10,0
Ocasionalmente	2	20,0
Raramente	0	0,0
Nunca	0	0,0

Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Entre os profissionais que efetivamente utilizaram o PAP-TEA (n = 10), observou-se elevada percepção de aplicabilidade e adequação do instrumento. Todos os participantes concordaram parcial ou totalmente que o percurso é de fácil aplicação, adequado para crianças,

auxilia na identificação dos critérios diagnósticos do TEA e contribui para sua diferenciação em relação a outros transtornos do neurodesenvolvimento (Tabela 11). A aplicabilidade em diferentes contextos apresentou a menor proporção de concordância entre os itens avaliados (90,0%), ainda assim expressivo, constituindo o único parâmetro no qual se registrou resposta neutra.

Tabela 11 – Percepção dos profissionais que utilizaram o PAP-TEA quanto à sua aplicabilidade e adequação (n = 10)

Item	Concordo parcialmente (%)	n	Concordo totalmente (%)	n	Concordância global n (%)	Mediana
Fácil aplicação	4 (40%)		6 (60%)		10 (100%)	5
Adequado para crianças	2 (20%)		8 (80%)		10 (100%)	5
Auxilia na identificação dos critérios de TEA	1 (10%)		9 (90%)		10 (100%)	5
Ajuda a diferenciar TEA de outros transtornos	4 (40%)		6 (60%)		10 (100%)	5
Aplicável em diferentes contextos	5 (50%)		4 (40%)		9 (90%)	4

Nota: um profissional apresentou resposta neutra quanto à aplicabilidade em diferentes contextos. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Verificou-se ainda, que a percepção quanto ao auxílio na identificação dos critérios diagnósticos de TEA foram predominantemente de concordância total (90,0% dos respondentes), ao passo que, no item referente a diferenciação em relação a outros transtornos do neurodesenvolvimento, prevaleceu a concordância total (60,0%). Essa distinção sugere que, na percepção da equipe, o protocolo tende a ser mais robusto na etapa de identificação do TEA do que na etapa de diagnóstico diferencial, aspecto que demanda maior grau de análise clínica complementar.

Quanto à percepção dos profissionais acerca da confiabilidade, da compatibilidade e da utilização do PAP-TEA para diagnóstico (Tabela 12), verificou-se que 80,0% dos entrevistados (8/10) consideraram os resultados obtidos por meio do PAP-TEA como confiáveis, ao passo que os 20,0% restantes (2/10) manifestaram concordância parcial quanto a esse aspecto, sem registro de discordância. Quanto à compatibilidade do PAP-TEA com outros métodos de avaliação já utilizados na prática clínica, 80,0% demonstraram concordância integral e 20,0% concordância parcial.

Tabela 12– Percepção dos profissionais sobre confiabilidade, compatibilidade e utilidade diagnóstica do PAP-TEA (n = 10)

Aspecto	Sim n (%)	Parcialmente n (%)
Resultados considerados confiáveis	8 (80%)	2 (20%)
Compatibilidade com outros métodos de avaliação	8 (80%)	2 (20%)
Útil* para auxiliar no processo diagnóstico	10 (100%)	0

*A expressão “útil” corresponde à percepção dos participantes e não representa avaliação formal das propriedades psicométricas ou da acurácia diagnóstica do PAP-TEA. Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

Quanto à contribuição do PAP-TEA para o processo de diagnóstico de crianças com suspeita com TEA apresentou maior grau de concordância, com a totalidade dos profissionais (10/10; 100,0%) reconhecendo o PAP-TEA como válido para auxiliar nesse processo. Sendo assim, em conjunto, os resultados indicam que na percepção da equipe, o PAP-TEA não apenas se mostrou compatível com os métodos de avaliação previamente utilizados, como também foi reconhecido como um método que auxilia no diagnóstico de TEA no serviço.

Verificou-se, ainda, conforme respostas dos profissionais, que o PAP-TEA auxilia no processo diagnóstico, quanto à facilidade de aplicação, à adequação para o público infantil, ao auxílio na identificação dos critérios diagnósticos do TEA e à capacidade de diferenciação de outros transtornos do neurodesenvolvimento, com concordância total (100%) (Tabela 13). A confiabilidade dos resultados e sua compatibilidade com outros métodos de avaliação também foram apontadas positivamente por 100,0% da equipe, assim como a validade do instrumento para auxílio diagnóstico. O parâmetro com menor concordância, embora ainda expressivo, foi a aplicabilidade em diferentes contextos (clínico, escolar etc.), com 90,9% de concordância, sugerindo que a utilização do protocolo em ambientes não clínicos pode demandar adaptações adicionais.

Tabela 13 – Comparação dos parâmetros do protocolo segundo a avaliação dos profissionais (n = 10)

Parâmetro avaliado	Concordância (n)	Concordância (%)
Facilidade de aplicação	10/10	100,0
Adequação para aplicação em crianças	10/10	100,0
Auxílio na identificação dos critérios diagnósticos de TEA	10/10	100,0
Diferenciação do TEA de outros transtornos do neurodesenvolvimento	10/10	100,0
Aplicabilidade em diferentes contextos (clínico, escolar etc.)	9/10	90,9
Confiabilidade dos resultados obtidos	10/10	100,0
Compatibilidade com outros métodos de avaliação	10/10	100,0
Validade para auxiliar no diagnóstico de TEA	10/10	100,0

Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

4.4.2 O PAP-TEA sob a ótica de quem o aplica: potencialidades, limitações e sugestões

A análise das respostas abertas permitiu organizar os relatos em quatro eixos temáticos: potencialidades do PAP-TEA, barreiras e dificuldades de implementação, sugestões de aprimoramento e possibilidades de expansão futura (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese das potencialidades, barreiras e propostas de aprimoramento do PAP-TEA identificadas pelos profissionais

Eixo	Principais achados
Potencialidades	Estruturação do percurso; organização por tópicos e idade; abrangência dos diferentes domínios do desenvolvimento; facilidade de utilização; direcionamento da observação e avaliação clínica; flexibilidade do percurso
Barreiras	Necessidade de capacitação; adaptação inicial ao novo modelo; dificuldades na anamnese com responsáveis; limitações de espaço físico e materiais
Ajustes sugeridos	Capacitações periódicas; manual/orientações aos responsáveis; reorganização de alguns tópicos; ampliação de materiais para avaliação sensorial; inclusão de instrumentos complementares; melhoria da infraestrutura
Aspectos para expansão futura	Ampliação da faixa etária de aplicação

Fonte: elaborado pela autora, conforme dados da pesquisa (2026).

As respostas abertas obtidas junto aos profissionais permitiram ilustrar, de forma qualitativa, os achados sintetizados no Quadro 1. Quanto às potencialidades do instrumento, os relatos convergiram para o reconhecimento da organização sistemática do percurso avaliativo e de sua abrangência, destacando-se a capacidade do PAP-TEA de contemplar diferentes domínios do desenvolvimento infantil e de reduzir o risco de omissão de aspectos clinicamente

relevantes ao longo da avaliação. Nesse sentido, um dos profissionais sintetizou essa percepção ao qualificar o instrumento como um “instrumento completo” (P2), a avaliação corroborada por outro participante, para quem o protocolo favorece a verificação das principais áreas do desenvolvimento infantil sem que nenhuma delas seja negligenciada, conforme trecho a seguir: “Consistência: favorece que áreas essenciais do desenvolvimento (motora, cognitiva, de linguagem e social) sejam verificadas sem omissões (P3)”.

Em consonância com essa percepção de completude, os profissionais também valorizaram, ainda, os aspectos relacionados à organização estrutural do PAP-TEA, com destaque para a presença de campos de resposta fechados, elementos apontados como facilitadores da aplicação prática: “organização por tópicos e faixa etária, campos de respostas fechadas, tópico comunicação e linguagem” (P4).

Essa organização estrutural refletiu-se diretamente na percepção dos profissionais quanto à facilidade de aplicação do protocolo. Conforme os relatos, o PAP-TEA contribui para o adequado direcionamento das etapas avaliativas, favorecendo inclusive a compreensão dos próprios responsáveis pelas crianças acerca do percurso da avaliação diagnóstica, como evidenciado no relato “facilidade em aplicar, bom direcionamento para os profissionais e ajuda também na percepção dos responsáveis pelo paciente” (P7). Em convergência com essa percepção, outro participante destacou a eficácia geral do instrumento na condução do processo avaliativo, ao afirmar haver “fácil aplicação e eficaz na avaliação” (P10).

No que se refere às sugestões de aprimoramento, a mais frequentemente mencionada foi a necessidade de capacitações específicas para a utilização adequada de alguns dos instrumentos que compõem o PAP-TEA, expressada de forma direta por um dos participantes: “falta de capacitação para utilizar os instrumentos sugeridos na avaliação” (P1). Essa mesma limitação foi reiterada por outro profissional, que a associou também à ausência de espaço físico adequado para a aplicação: “falta de conhecimento/capacitação de todos os instrumentos / espaço mais adequado para aplicação” (P5). Nessa mesma linha, outro participante mencionou de forma objetiva a insuficiência de salas apropriadas para a condução das avaliações: “falta de sala e qualificação na triagem” (P8). E outro aspecto citado envolveu a inclusão de materiais complementares voltados à exploração de aspectos sensoriais, sugerida tanto de forma geral “ter materiais que explorem aspectos sensoriais” (P9).

5. DISCUSSÃO

O desenvolvimento e implementação do PAP-TEA emergiu de uma necessidade institucional identificada ao longo da prática clínica do serviço, com o propósito de organizar e sistematizar o percurso avaliativo no contexto de um CER, contribuindo para o processo diagnóstico de forma complementar quando associado a instrumentos padronizados, entrevistas com cuidadores e demais procedimentos de investigação clínica. Essa necessidade tornava-se evidente diante de um conjunto de fragilidades observadas no modelo avaliativo anteriormente adotado, destacando-se a ausência de um fluxo estruturado para orientação dos casos; a concentração das etapas diagnósticas na atuação do psicólogo, gerando sobrecarga profissional e subaproveitamento da equipe multiprofissional; a utilização de um único instrumento de anamnese, de caráter predominantemente psicológico, que não contemplava de forma abrangente os diferentes domínios do desenvolvimento infantil nem os critérios diagnósticos centrais do TEA descritos no DSM-5-TR; a escassez de instrumentos padronizados e validados para o rastreio de sinais de TEA em crianças de até 36 meses; e a insuficiência de materiais adequados para a realização da hora lúdica diagnóstica. Tais limitações comprometiam tanto a qualidade quanto a equidade do processo avaliativo, com impacto especialmente expressivo diante da inserção contínua de novos profissionais sem experiência prévia na área, resultando em maior dependência dos profissionais mais experientes, aumento da variabilidade interavaliador, ampliação do tempo necessário para a conclusão das avaliações e recorrente necessidade de reavaliações.

Por esse conjunto de fragilidades que os resultados obtidos permitem afirmar que o PAP-TEA foi capaz de responder, de forma consistente, às lacunas operacionais e clínicas previamente identificadas no fluxo assistencial do serviço. Como visto, a ausência de um roteiro estruturado, a concentração das etapas diagnósticas na atuação isolada do psicólogo e a utilização de um instrumento único de anamnese configuravam um modelo assistencial vulnerável à variabilidade interavaliador e à sobrecarga de determinadas categorias profissionais, problema amplamente descrito na literatura sobre avaliação diagnóstica do TEA em serviços públicos de saúde, nos quais a escassez de profissionais especializados e a heterogeneidade de formação da equipe tendem a comprometer a consistência do processo diagnóstico (Araujo; Veras e Varela, 2019).

Para enfrentar essas fragilidades optou-se pela adoção de um percurso padronizado, estruturado em etapas sequenciais e complementares, que dialoga com a perspectiva internacional de organização do cuidado por meio de vias clínicas integradas, definidas por Vanhaecht, De Witte e Sermeus (2007) como intervenções complexas voltadas à tomada de

decisão compartilhada e à organização do processo de cuidado para um grupo bem definido de pacientes, ao longo de um período determinado. Kinsman et al. (2010), em revisão sistemática destinada a consolidar uma definição operacional do conceito, destacam que tais vias se caracterizam por explicitar os objetivos e os elementos-chave do cuidado a partir de evidências científicas, pelas melhores práticas e pelas expectativas dos usuários, traduzindo diretrizes clínicas em sequências de ações concretas, sequenciadas e atribuídas a categorias profissionais específicas, definição que se aplica de modo bastante direto à estrutura adotada pelo PAP-TEA.

A escolha desse referencial fundamenta-se não apenas em sua relevância descritiva, mas, sobretudo, em seu respaldo na literatura científica, conforme evidenciado pela revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados conduzida por Rotter et al (2010), em que descreve que a implementação de vias clínicas estruturadas está associada à redução da variabilidade da prática profissional e à melhoria da documentação clínica, sem comprometer, e em alguns casos favorecendo, os desfechos assistenciais, achado que oferece sustentação teórica direta aos resultados operacionais aqui discutidos (redução do tempo de avaliação e eliminação de reavaliações). No campo específico do TEA, experiências como a Rede Sistemática de Serviços de Atenção Primária ao Autismo (do inglês *Systematic Network of Autism Primary Care Services* - SYNAPSE), descrita por Kong e colaboradores (2020), ilustram como protocolos e checklists podem ser utilizados como elementos de coordenação entre diferentes categorias profissionais, articulando ações de rastreio precoce, avaliação e encaminhamento em um fluxo único e integrado, modelo estrutural análogo ao adotado pelo PAP-TEA, ainda que aplicado a um contexto de atenção primária.

A experiência relatada nesse estudo corrobora esses pressupostos teóricos ao demonstrar que a sistematização do fluxo, aliada à distribuição das etapas entre diferentes núcleos profissionais, favoreceu tanto a redução da sobrecarga anteriormente concentrada na psicologia quanto o fortalecimento do caráter interdisciplinar da avaliação, na medida em que fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e médicos passaram a assumir papel ativo e definido nas diferentes fases do percurso avaliativo. Esse resultado é coerente com a literatura sobre vias de cuidado, segundo a qual a distribuição explícita de responsabilidades entre os membros da equipe constitui um dos mecanismos centrais pelos quais tais instrumentos produzem ganhos de eficiência e de qualidade assistencial (Vanhaecht; De Witte e Sermeus, 2007). Mais do que uma medida organizacional, essa distribuição de responsabilidades reforça a compreensão, já consolidada na literatura sobre avaliação multiprofissional do TEA, de que diagnósticos construídos a partir da integração de múltiplos olhares profissionais tendem a ser mais completos e a favorecer encaminhamentos

terapêuticos mais adequados às necessidades específicas de cada criança, uma vez que cada área contribui com instrumentos e recortes clínicos próprios sobre o desenvolvimento infantil. A superação do modelo centrado em um único profissional, portanto, não deve ser compreendida apenas como uma medida de gestão do trabalho, mas como uma escolha teoricamente fundamentada, coerente com a própria natureza multidimensional do transtorno (Romeira; Schreiner; Bosa, 2021)

Essa mesma lógica de integração de múltiplos olhares se reproduz, na etapa de avaliação clínica direta da criança. Estruturado nas modalidades livre e semiestruturada, o PAP-TEA articula diferentes perspectivas teóricas que compreendem a brincadeira como um contexto privilegiado para a observação de aspectos do funcionamento cognitivo, socioemocional e comunicativa da criança. Para Piaget (1978), o jogo simbólico representa a expressão mais elaborada do pensamento pré-operatório, revelando a capacidade infantil de operar sobre representações mentais e de utilizar símbolos para reconstituir situações ausentes, o que confere ao brincar valor diagnóstico direto, na medida em que sua ausência ou empobrecimento sinaliza comprometimentos na própria organização do pensamento representacional. Já Vygotsky (1984) compreende a brincadeira como a atividade que cria, por excelência, a zona de desenvolvimento proximal, possibilitando que a criança se comporte além de seu nível habitual de desenvolvimento. Essa perspectiva fundamenta a inclusão da etapa do Roteiro Estruturado de Avaliação Interacional e do Brincar no PAP-TEA, contemplando tanto situações de brincadeira livre quanto em interação semiestruturada com o avaliador. A combinação desses contextos possibilita observar a criança em diferentes condições de interação, considerando que a mediação do adulto pode favorecer a manifestação de habilidades sociocomunicativas que nem sempre são evidentes em situações de exploração espontânea, ampliando assim, a possibilidade de sua apreciação no contexto clínico.

Na mesma direção, mas sob uma perspectiva sociopragmática, Tomasello (1999/2003) sustenta que é no brincar compartilhado que a criança desenvolve a compreensão do outro como agente intencional e aprende a coordenar atenção, gestos e linguagem em torno de objetos e eventos de interesse mútuo. Ao organizar a hora lúdica diagnóstica em caixas temáticas com contextos funcionais definidos, o PAP-TEA buscou operacionalizar esse referencial teórico, transformando um pressuposto conceitual abstrato, a cognição social como mecanismo central do desenvolvimento, em procedimento clínico replicável e sensível às nuances do desenvolvimento sociocomunicativo. Essa operacionalização dialoga diretamente com o conceito de ludodiagnóstico, entendido como o conjunto de procedimentos de investigação clínica realizados em contexto lúdico, que permite ao avaliador observar de forma naturalística

comportamentos dificilmente evocáveis em situações estruturadas de testagem (Affonso, 2012; Krug; Bandeira, 2016), conferindo à hora lúdica diagnóstica validade ecológica que instrumentos exclusivamente estruturados não alcançariam com a mesma sensibilidade (Marques; Bosa, 2015).

Contudo, a padronização de materiais, atividades e contextos avaliativos, não é isoladamente suficiente para garantir a qualidade da observação clínica. E é justamente por isso a relevância da responsividade do avaliador, discutida a partir de Bosa et al. (2017), ao considerar que o repertório comportamental da criança pode variar conforme o estilo interativo do profissional, o PAP-TEA parte do pressuposto de que a padronização dos materiais, das atividades e dos contextos avaliativos, embora necessários, não são suficientes, de forma isolada, para assegurar a qualidade da observação clínica. A qualidade da interação promovida pelo avaliador e sua capacidade de conduzir a avaliação às características e às respostas apresentadas pela criança. Essa dimensão interacional também está atribuída a capacitação prévia da equipe durante a implementação do PAP-TEA, visto que a familiarização com os materiais e as etapas do método, e principalmente a formação dos profissionais avaliadores constituem componentes importantes para a implementação e efetividade do método.

É sobre esse pano de fundo teórico e organizacional que se destacam os ganhos operacionais expressivos após um ano de implementação. O tempo médio de avaliação reduziu-se de $4,33 \pm 1,56$ meses, no período anterior, para $3,13 \pm 0,97$ meses, após a implementação do PAP-TEA, correspondendo a um decréscimo de aproximadamente 27,7% com a diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). De modo semelhante, o número médio de sessões necessárias para a conclusão do processo reduziu-se de $14,43 \pm 5,22$ para $11,00 \pm 3,61$ sessões, representando redução de aproximadamente 23,8% ($p=0,003$). A maior diferença, contudo, foi verificada no tempo até a emissão do relatório final, cuja média diminuiu de $3,00 \pm 1,04$ meses, antes da implementação, para $1,40 \pm 0,62$ mês após adoção do PAP-TEA, correspondendo a uma redução de aproximadamente 53,3% ($p < 0,001$). A necessidade de reavaliação adicional também se mostrou menos frequente após a implementação, passando de 18,3% (11/60) para 6,7% (2/30). Esses achados sugerem que a padronização do percurso avaliativo teve impacto direto sobre a eficiência assistencial do serviço, sem que essa otimização tenha ocorrido às custas de um rigor técnico do processo, uma vez que a aplicação de pelo menos um instrumento foi observado em 100,0% dos casos avaliados, após a implementação, em comparação com 73,3% no período anterior.

Esse conjunto de resultados mostra-se coerente com a literatura sobre a organização de linhas de cuidado para o TEA, na medida em que fluxos diagnósticos estruturados, com etapas

e responsabilidades previamente delimitadas, podem favorecer maior coordenação entre os diferentes pontos de atenção, reduzir duplicidades e retrabalho, consequentemente, contribuir para a redução do intervalo entre a identificação da suspeita clínica e a conclusão diagnóstica. Sob essa perspectiva, a redução do tempo diagnóstico observada após a implementação do PAP-TEA assume relevância quanto aos aspectos operacionais do processo assistencial do CER. Zwaigenbaum et al. (2015), destacam a importância da identificação e do encaminhamento precoce, considerando a possibilidade de aproveitamento de períodos de maior plasticidade neuronal do desenvolvimento infantil. De forma complementar, o ensaio clínico randomizado de Dawson et al. (2010), evidenciou que crianças diagnosticadas com TEA entre 18 e 30 meses e submetidas a intervenção precoce apresentaram ganhos significativamente superior em quociente intelectual, comportamento adaptativo e linguagem em comparação a crianças encaminhadas a intervenções comunitárias convencionais. Embora esses achados não permitam estabelecer uma relação causal direta entre o tempo de diagnóstico e a os desfechos terapêuticos, eles reforçam a relevância de processos diagnósticos capazes de favorecer o acesso oportuno à avaliação especializada. Nesse sentido, a redução temporal observada após a implementação do PAP-TEA pode ser interpretada como um componente potencialmente relevante da qualificação do percurso assistencial de crianças com suspeita de TEA.

Cabe ressaltar que esses ganhos de tempo não se deram apenas por um reajuste na avaliação. O número médio de profissionais envolvidos por caso manteve-se semelhante entre os períodos ($3,30 \pm 0,72$ antes e $3,43 \pm 0,77$ após a adoção do protocolo, $p = 0,433$), o que reforça a leitura de que a otimização do tempo não decorreu de uma simplificação do processo avaliativo, mas de sua melhor organização, com maior articulação entre as áreas envolvidas, sem prejuízos à participação multiprofissional. Cabe destacar que a redução da participação da fonoaudiologia e da psicologia não deve ser interpretada como uma fragilidade no percurso avaliativo. Ao contrário, esse achado é coerente com a proposta da reorganização da avaliação promovida pelo PAP-TEA, sendo que a incorporação mais sistemática da nutrição e fisioterapia à equipe avaliativa ampliou o número de especialidades envolvidas por criança, sem redução estatisticamente significativa desse número, favorecendo um olhar mais abrangente sobre as diferentes dimensões do desenvolvimento infantil e, simultaneamente, redistribuindo a carga assistencial que, no modelo anterior, concentrava-se de forma mais acentuada nos profissionais das áreas da fonoaudiologia e psicologia.

Esse achado é coerente com a literatura sobre procedimentos diagnósticos no TEA. Falkmer et al. (2013) destaca que o chamado diagnóstico "padrão-ouro" pressupõe justamente a atuação de equipe multiprofissional qualificada, capaz de integrar informações

comportamentais, históricas e de múltiplos informantes, uma vez que nenhum instrumento isolado, por mais validado que seja, reproduz sozinho a acurácia obtida pela convergência de diferentes fontes e olhares clínicos. Nesse sentido, o aumento no número de profissionais por caso não representa ineficiência do fluxo, mas expressão concreta do próprio pressuposto teórico que fundamenta os modelos multidisciplinares de diagnóstico do TEA: a ampliação da robustez diagnóstica é proporcional à diversidade qualificada de olhares profissionais mobilizados, e não à velocidade isolada de cada etapa.

Essa mesma lógica de qualificação do processo, aparece de forma ainda mais nítida nos dados relativos ao rastreio. Entre os achados mais expressivos da sistematização promovida pelo PAP-TEA refere-se a aplicação do instrumento M-CHAT-R/F, que passou de 6,7% para 100,0% das crianças avaliadas ($p < 0,001$), acompanhada da elevação no número médio de instrumentos utilizados na avaliação complementar, de $1,17 \pm 0,85$ para $2,57 \pm 0,73$ ($p < 0,001$), e da eliminação de casos sem a utilização de nenhum instrumento de rastreio registrado (de 26,7% para 0%). Esses resultados vão de encontro com as recomendações internacionais de rastreio para sinais precoces de TEA, que preconiza a aplicação sistemática de instrumentos validados para a triagem, como o M-CHAT-R/F em toda criança que apresente sinal de alerta para o transtorno (Robins et al., 2014).

Trata-se de uma transição para uma prática sistematizada, na qual instrumentos de rastreio passam a compor etapa fixa do fluxo assistencial, demonstra uma mudança substantiva na lógica de funcionamento do serviço, uma vez que, as recomendações técnicas antes sujeitas à decisão individual de cada profissional passaram a integrar, de forma padronizada, o percurso avaliativo, reduzindo a variabilidade da prática clínica e alinhando-se aos pressupostos das práticas baseadas em evidências (Grol; Wensing, 2004). A relevância dessa sistematização mostra-se evidentes nos achados clínicos deste estudo, em que a forte associação observada entre a carga de alterações registradas ao longo do percurso e o desfecho diagnóstico ($p = 0,737$; $p < 0,001$) e a associação com o nível de suporte atribuído ($p=0,531$; $p=0,009$), indica que quanto mais consistente e abrangente é o registro de sinais clínicos, maior a construção da hipótese diagnóstica. Um fluxo assistencial estruturado, portanto, não apenas se organiza do ponto de vista operacional, mas amplia a capacidade do serviço em captar, de forma sistemática e menos fragmentada, o conjunto de sinais que efetivamente sustentam o diagnóstico correto de TEA (Hathorn et al., 2014).

Apesar desse conjunto expressivo de ganhos, importa ressaltar, contudo, que eles não traduziram em uma implementação isenta de dificuldades, o que é esperado e amplamente descrito na literatura sobre a adoção de propostas de inovação assistencial no campo da saúde.

Segundo Fixsen et al. (2005), a incorporação de uma inovação assistencial não se esgota na etapa da instalação do instrumento, depende de estágios subsequentes de capacitação, supervisão e institucionalização, sem os quais mesmo as ferramentas tecnicamente mais robustas tendem a apresentar aplicações heterogêneas entre os profissionais, sobretudo em processos avaliativos nos quais o diagnóstico depende, em grande medida, do olhar clínico do avaliador. Tais aspectos convergem com as principais barreiras relatadas pela equipe ao longo do período de implementação do PAP-TEA, foi a necessidade de capacitação para manejo no uso de alguns instrumentos, a disponibilidade insuficiente de espaço físico e materiais adequados para avaliação, o que não configuram fragilidades conceituais do PAP-TEA, mas evidenciam que o instrumento ainda se encontra em fase de consolidação institucional, etapa reconhecida como a mais vulnerável a lacunas de suporte organizacional (Fixsen et al., 2005; Grol; Wensing, 2004).

Reunindo esses achados, as contribuições promovidas pelo PAP-TEA não se restringem a uma única fase do percurso avaliativo, mas decorrem de mudanças específicas introduzidas em cada uma de suas etapas: na anamnese, a substituição de um instrumento único, de caráter predominantemente psicológico, por uma entrevista multiprofissional estruturada ampliou a abrangência dos domínios investigados; na avaliação clínica, a organização da hora lúdica diagnóstica em caixas temáticas com contextos funcionais definidos, associada à condução em momentos de brincadeira livre e semiestruturada, operacionalizou pressupostos teóricos antes não sistematizados na prática do serviço, conferindo maior padronização às condições de observação dos domínios centrais para o diagnóstico; e por fim, o reconhecimento, relatado pela própria equipe, de que tanto a qualificação do avaliador quanto ao uso de instrumentos padronizados, favoreceram a tomada de decisões clínica, evidencia que um plano de cuidado multiprofissional, com progressão baseada em critérios claros desde o encaminhamento até o diagnóstico, constitui um elemento estrutural importante para que os serviços alcancem maior efetividade na condução do percurso avaliativo, visto que a qualidade do diagnóstico, decorre, não apenas, da competência técnica, mas sobretudo, de um percurso assistencial organizado e articulado, capaz de captar de forma mais completa e consistente os sinais clínicos relevantes a partir de múltiplas fontes de evidências, reduzindo as observações isoladas e fragmentadas ao longo do processo (Fulceri et al., 2023).

6. CONCLUSÃO

O estudo descreveu o desenvolvimento e implementação do PAP-TEA em um CER e analisou suas repercussões operacionais, clínicas e a percepção da equipe multiprofissional acerca do instrumento. Os resultados evidenciaram, após a implementação do percurso, reduções estatisticamente significativas no tempo de avaliação, no número de sessões avaliativas e no tempo até a emissão do relatório final, mesmo sem alterações no número de profissionais envolvidos no processo, o que indica ganhos na eficiência assistencial sem perda do caráter multiprofissional da avaliação. Verificou-se, ainda, maior sistematização do percurso avaliativo, com adesão a instrumentos de rastreio, em especial ao M-CHAT-R/F, e pela redistribuição mais equilibrada da participação de diferentes especialidades no processo diagnóstico.

Quanto a percepção da equipe multiprofissional, o PAP-TEA apresentou elevada aceitabilidade, com avaliação predominantemente positiva quanto à facilidade de aplicação, à adequação ao público infantil e à utilização clínica do instrumento. Sua contribuição para a identificação dos sinais de alerta para diagnóstico de TEA foi percebida de forma particularmente favorável, ao passo que sua contribuição para a diferenciação em relação a outros transtornos do neurodesenvolvimento recebeu avaliação também positiva, mesmo que mais cautelosa. As principais limitações relatadas relacionaram-se às condições de implementação do PAP-TEA, sobretudo à necessidade de capacitação continuada, à insuficiência de infraestrutura física e materiais, e às dificuldades na condução da anamnese por parte dos profissionais com os responsáveis.

Conduzido como um estudo piloto, este trabalho possibilitou identificar ajustes concretos para o aprimoramento do percurso avaliativo, reforçando seu caráter formativo e iterativo enquanto ferramenta em processo de implementação no CER. Cabe ressaltar que os resultados apresentados refletem a percepção da equipe quanto a aplicabilidade e utilidade clínico do PAP-TEA, não constituindo validação diagnóstica ou psicometria do instrumento. Ainda assim, o conjunto de achados reunidos permite concluir que o PAP-TEA representa um avanço relevante na organização e na qualificação do percurso avaliativo de crianças com suspeita de TEA no serviço estudo, constituindo como base consistente para seu aprimoramento contínuo e para investigações futuras, com a implementação em outros CER, além de aplicação de estudos qualitativos para investigação do impacto da redução de tempo de diagnóstico para as famílias e no processo de intervenção precoce.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, R. M. L. (Org.). **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- _____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- _____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- ARAÚJO, Jeane A. M. R.; VERAS, André B.; VARELLA, André A. B. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v10i2.687.
- ARAÚJO, Liubiana A.; LEYSER, Márcio. Triagem precoce para autismo/transtorno do espectro autista. **Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2017.
- BAXTER, Amanda J. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 3, p. 601-613, 2015.
- BLEULER, Eugen. **Dementia praecox ou o grupo das esquizofrenias**. Tradução de J. Zinkin. New York: International Universities Press, 1950. (Obra original publicada em 1911).
- BOSA, Cleonice Alves; et al. Responsividade do avaliador na situação de avaliação de crianças com Transtorno do Espectro Autista. In: BOSA, Cleonice Alves; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz (org.). **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. 3. ed. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- BOSA, Cleonice Alves; ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara. Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 194-205, jan./abr. 2016. DOI: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205.
- BRASIL. **Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3 do art. 98 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 2, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.

CIPRIANO, M. S.; ALMEIDA, M. T. P. O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 2, n. 11, 2016.

COSTA, S. A. **Transtorno do espectro autista: desafios e perspectivas no atendimento de profissionais de saúde em um centro de reabilitação na região Seridó Potiguar**. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

DAWSON, Geraldine et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. **Pediatrics**, v. 125, n. 1, p. e17-e23, 2010.

FALKMER, Torbjörn; ANDERSON, Katie; FALKMER, Marita; HORLIN, Chiara. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 22, n. 6, p. 329-340, 2013.

FIXSEN, Dean L. et al. **Implementation Research: A Synthesis of the Literature**. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.

FULCERI, Francesca et al. Building bricks of integrated care pathway for autism spectrum disorder: a systematic review. **International Journal of Molecular Sciences**, Basel, v. 24, n. 7, p. 6222, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10094376/>. Acesso em: 16 julho. 2026.

GOMES, Paulo T. M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015.

GONZÁLEZ-SALA, F. et al. Symbolic play among children with autism spectrum disorder: a scoping review. **Children**, Basileia, v. 8, n. 9, p. 801, 2021.

GOTHAM, Katherine; RISI, Susan; PICKLES, Andrew; LORD, Catherine. The Autism Diagnostic Observation Schedule: revised algorithms for improved diagnostic validity. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 37, n. 4, p. 613-627, 2007.

GROL, Ricardo; WENSING, Michel. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. **Medical Journal of Australia**, v. 180, n. S6, p. S57-S60, 2004.

HATTIER, Megan A.; MATSON, Johnny L. An examination of the relationship between communication and socialization deficits in children with autism and PDD-NOS. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, n. 2, p. 871-880, 2012.

HATHORN, Claire et al. Impact of adherence to best practice guidelines on the diagnostic and assessment services for autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 8, p. 1859-1866, 2014.

HUERTA, Marisela; LORD, Catherine. Diagnostic evaluation of autism spectrum disorders. **Pediatric Clinics of North America**, v. 59, n. 1, p. 103-111, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista — resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

JOHNSON, Chris Plauché; MYERS, Scott M. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 120, n. 5, p. 1183-1215, 2007.

KANNER, Leo et al. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, n. 3, p. 217-250, 1943.

KINSMAN, Leigh; ROTTER, Thomas; JAMES, Erica; SNOW, Pamela; WILLIS, Jon. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. **BMC Medicine**, v. 8, n. 31, 2010.

KONG, Xuejun; LIU, Jun; CHIEN, Tiffany; BATALDEN, Maren; HIRSH, David A. A Systematic Network of Autism Primary Care Services (SYNAPSE): a model of coproduction for the management of autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 5, p. 1847-1853, 2020.

KRUG, Jefferson Silva; BANDEIRA, Denise Ruschel. Critérios de análise do brincar infantil na entrevista lúdica diagnóstica. In: HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marcelli; KRUG, Jefferson Silva (org.). **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 212-229.

LAI, Meng-Chuan et al. Subgrouping the autism "spectrum": reflections on DSM-5. **PLoS Biology**, v. 11, n. 4, p. e1001544, 2013.

LAPPÉ, Martine et al. The diagnostic odyssey of autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 141, n. Supplement_4, p. S272-S279, 2018.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, New York, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

LORD, Catherine.; JONES, Rebecca. M. Annual research review: re-thinking the classification of autism spectrum disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, v. 53, n. 5, p. 490-509, 2012.

LORD, Catherine et al. Autism spectrum disorder. **The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.

LORD, Catherine; BISHOP, Somer L. Autism spectrum disorders: diagnosis, prevalence, and services for children and families. **Social Policy Report**, Society for Research in Child Development, v. 24, n. 2, p. 1-27, 2010.

MARQUES, Cecília; BOSA, Cleonice. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade de critério. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 337-346, 2015.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). **Autism Spectrum Disorder (ASD)**. Bethesda: NIMH, 2025. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/autism-spectrum-disorder-asd>. Acesso em: 12 jun. 2026.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PRANDO, Maria Luisa Celanti; LEÃO, Kemile Albuquerque. TEA e diagnóstico precoce no Brasil: desafios na rede de atenção à saúde. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 6, n. 6, e676539, 2025. DOI: 10.47820/recima21.v6i7.6539.

ROBINS, Diana L. et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F). **Pediatrics**, v. 133, n. 1, p. 37-45, 2014.

ROMEIRA, Gabriela Moreira. **Transtorno do Espectro Autista: estilo interativo do avaliador durante a hora lúdica diagnóstica**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ROMEIRA, Gabriela Moreira; SCHREINER, Letícia Backes; BOSA, Cleonice Alves. Avaliação psicológica de crianças com suspeita de TEA: perfil interativo dos avaliadores. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 43-51, mar. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712021000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2026.

ROTTER, Thomas; KINSMAN, Leigh; JAMES, Erica; MACHOTTA, Andreas; GOTHE, Holger; WILLIS, Jon et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD006632, 2010.

RUTTER, Michael; SCHOPLER, Eric. Classification of pervasive developmental disorders: some concepts and practical considerations. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 22, n. 4, p. 459-482, 1992.

SANTOS, Altair José dos; LEMES, Mariana Guimarães Neves. O espectro dos autismos e a psicose infantil: uma questão diagnóstica para a psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 2, p. 175-197, 2020.

SHATTUCK, Paul T.; GROSSE, Scott D. Issues related to the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 13, n. 2, p. 129-135, 2007.

STEINER, Amanda Mossman; GOLDSMITH, Tina R.; SNOW, Anne V.; CHAWARSKA, Katarzyna. Practitioner's guide to assessment of autism spectrum disorders in infants and toddlers. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 6, p. 1183-1196, 2012. DOI: 10.1007/s10803-011-1376-9.

TOMASELLO, Michael. **Origens culturais da aquisição do conhecimento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1999/2003.

VAN DYCK, Peter C. et al. The national survey of children with special health care needs. **Ambulatory Pediatrics**, v. 2, n. 1, p. 29-37, 2002.

VANHAECHT, Kris; DE WITTE, Karel; SERMEUS, Walter. **The impact of clinical pathways on the organisation of care processes**. 2007. Tese (Doutorado) - Katholieke Universiteit Leuven, Lovaina, 2007.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WING, Lorna. The history of ideas on autism: legends, myths and reality. **Autism**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361397011004>.

YOUNG, Robyn L.; RODI, Melissa L. Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: the implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, p. 758-765, 2014.

ZUCKERMAN, Katharine et al. Timeliness of autism spectrum disorder diagnosis and use of services among US elementary school-aged children. **Psychiatric Services**, v. 68, n. 1, p. 33-40, 2017.

ZWAIGENBAUM, Lonnie et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. **Pediatrics**, v. 136, n. Supplement 1, p. S60-S81, 2015.

APÊNDICE A – ANAMNESE MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE TEA

ANAMNESE MULTIPROFISSIONAL TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Data da entrevista ____/____/____	Entrevistado _____	Grau de parentesco ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avós ☐ Outros
--------------------------------------	-----------------------	---

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Idade _____ Data de nascimento _____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nome completo da mãe: _____

Idade / Profissão: _____

Horário de trabalho: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno ☐ Mat. e Vesp.

Nome completo do pai: _____

Idade / Profissão: _____

Horário de trabalho: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno ☐ Mat. e Vesp.

QUEM MORA COM O PACIENTE?

IRMÃOS

Tem irmãos? ☐ Não ☐ Sim

Nome dos irmãos	Idade	Diagnóstico / Dificuldades

DIAGNÓSTICO

Possui algum diagnóstico? ☐ Não ☐ Sim

Qual?

CID / Ano do diagnóstico:

Alguém na família possui diagnóstico de TEA ou outras deficiências? ☐ Não ☐ Sim

Quem? Qual diagnóstico?

ESCOLA

Frequenta escola? ☐ Não ☐ Sim Período: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Integral

Nome da escola / Série-turma:

Informações de contato da escola:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO / QUEIXA PRINCIPAL

- | | |
|--|---|
| ☐ Atraso de fala | ☐ Estereotipias |
| ☐ Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor | ☐ Irritabilidade |
| ☐ Dificuldades de interação/socialização | ☐ Seletividade alimentar |
| ☐ Choro intenso e inconsolável | ☐ Hiperatividade |
| ☐ Dificuldades de aprendizado | ☐ Outros |

Descreva a queixa com mais detalhes:

QUEM ENCAMINHOU?

☐ Médico UBS	☐ Pediatra
☐ Neurologista	☐ Psiquiatra
☐ Enfermeiro	☐ Escola
☐ Outro	

Especifique:

TRATAMENTOS ANTERIORES OU PARALELOS

☐ Psicologia	☐ Fonoaudiologia
☐ Fisioterapia	☐ Neuropediatria
☐ Psiquiatra	☐ Outros

Especifique:

MEDICAÇÃO

Uso de medicação contínua: ☐ Não ☐ Sim

☐ Risperidona	☐ Ritalina	☐ Outra
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Qual? Desde quando (mês/ano)?

GESTÃO

DADOS DA GESTÃO

Como foi a gestação? ☐ Planejada ☐ Não planejada

Fez pré-natal? ☐ Não ☐ Sim — a partir de qual mês de gestação?

ASPECTOS EMOCIONAIS DA MÃE DURANTE A GRAVIDEZ

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Feliz, tranquila | ☐ Ansiedade |
| ☐ Depressão | ☐ Insegurança |
| ☐ Situações de violência | ☐ Outras |

Detalhar (violência / outras):

Teve rede de apoio durante e após a gestação? ☐ Não ☐ Sim — quem?

CONDIÇÕES DE SAÚDE MATERNA DURANTE A GESTÃO

Houve intercorrências durante a gestação? ☐ Não ☐ Sim, quais?

Pergunta	Resposta
Infecções urinárias	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Hemorragias 1º e 3º mês	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Diabetes	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Hipertensão	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Síndrome do ovário policístico	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Anemia	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Citomegalovírus	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Toxoplasmose	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Doenças infecciosas (HIV, AIDS, sífilis, hepatite)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
COVID-19	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Uso de bebida alcoólica	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Uso de tabaco	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Uso de drogas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Observações:

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO

Usou medicamento durante a gestação? ☐ Não ☐ Sim

☐ Antibióticos

☐ Antidepressivos

☐ Anticonvulsivantes

☐ Outras

Especifique:

PARTO

Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesariana

Na expulsão, necessidade de: ☐ Fórceps ☐ Indução com medicação ☐ Não houve necessidade

Intercorrências: ☐ Não ☐ Sim, quais?

INFORMAÇÕES DA CRIANÇA NO NASCIMENTO

Semanas gestacionais: ☐ Prematuro (< 37 sem.) ☐ A termo (37–41 sem.) ☐ Pós-termo (> 42 sem.)

Peso:

Estatura:

Perímetro cefálico:

Apgar 1º / 5º:

Chorou no nascimento? ☐ Não ☐ Sim

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO BEBÊ APÓS O NASCIMENTO

Intercorrências? ☐ Não ☐ Sim, causas?

☐ Presença de malformações

☐ Icterícia neonatal

☐ Hipoglicemia

☐ Anoxia

☐ Epilepsia

☐ Outros

Necessidade de internação? ☐ Não ☐ Sim

Especifique:

Exame	Realizado	Resultado
TAN (Triagem Auditiva Neonatal)	☐ Não ☐ Sim	☐ Normal ☐ Alterado
Teste do pezinho	☐ Não ☐ Sim	☐ Normal ☐ Alterado
Teste da linguinha	☐ Não ☐ Sim	☐ Normal ☐ Alterado
Teste do olhinho	☐ Não ☐ Sim	☐ Normal ☐ Alterado

ASPECTOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

ALIMENTAÇÃO

Após o nascimento, conseguiu realizar amamentação exclusiva em seio materno? ☐ Não ☐ Sim

Relato:

Introdução alimentar

☐ Antes dos 6 meses de idade

☐ Aos 6 meses de idade

☐ Após os 6 meses

Motivo (se antes/depois dos 6 meses):

Consistências apresentadas: ☐ Pastosos ☐ Líquidos ☐ Sólidos

Comportamento na oferta: ☐ Boa aceitação ☐ Recusa ☐ Ânsia/vômito ☐ Outros

Outros / detalhes:

Alimentação atualmente

Sinais de recusa de alguma consistência: ☐ Não ☐ Sim — ☐ Pastoso ☐ Líquido ☐ Sólido

Descrever alimentos com dificuldade:

Alterações no apetite: ☐ Não ☐ Sim — ☐ Reduzido ☐ Insaciável ☐ Outros

Dificuldade na mastigação: ☐ Não ☐ Sim, quais?

Com quem realiza as refeições: ☐ Sozinho ☐ Com a família ☐ Outro

Local das refeições: ☐ Cadeira/ mesa ☐ No chão ☐ Andando ☐ No sofá ☐ Na cama ☐ Outro

Alteração de comportamento durante a refeição: ☐ Não ☐ Sim — ☐ Agitação ☐ Necessidade de telas ☐ Outros

Presença de rituais na alimentação: ☐ Não ☐ Sim — ☐ Alimentos sempre dispostos da mesma forma ☐ Senta sempre no mesmo local ☐ Mesmos utensílios

Quais utensílios / outros detalhes:

SONO

Dificuldades para dormir: ☐ Não ☐ Sim — ☐ Agitação ☐ Ronco ☐ Ranger os dentes ☐ Outros

Detalhes:

Uso de medicação para dormir? ☐ Não ☐ Sim, qual?

Local que dorme: ☐ Próprio quarto ☐ Quarto dos pais ☐ Outro

Com quem dorme: ☐ Sozinho(a) ☐ Com os pais ☐ Com irmãos ☐ Outros

Rotina de sono (horário que dorme, como é o processo):

DESENVOLVIMENTO MOTOR

Caso não lembre a idade exata, pedir que registre o mais aproximado possível.

Idade que sentou sem apoio:	Idade em que engatinhou:	Idade em que caminhou sem suporte:
-----------------------------	--------------------------	------------------------------------

Controle esfinteriano

Anal (fezes)	Vesical (urina)
☐ Controle adequado — idade: _____	☐ Controle adequado — idade: _____
☐ Em uso de fraldas	☐ Em uso de fraldas
☐ Em processo de desfralde	☐ Em processo de desfralde
☐ Sem indícios de desfralde	☐ Sem indícios de desfralde

Detalhes:

Padrão neuromotor atual

Pergunta	Resposta
Caminha na ponta dos pés (toe walking)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta marcha atípica (base alargada, assimétrica, arrasta os pés)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta postura hipotônica (corpo "mole", frouxo)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta postura hipertônica (corpo rígido)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta desequilíbrio ao andar/correr?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue pular com os dois pés juntos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Sobe e desce degraus (alternando os pés ou com apoio)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Arremessa e pega objetos (bola)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Chuta bola com direcionamento?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Balança-se (movimento de balanço do corpo)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Faz movimento de pinça (segura lápis/giz)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue fazer uma torre com blocos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue rasgar papel?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Rabisca?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Guarda objetos/brinquedos pequenos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Sabe usar tesoura?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Desenha/copia formas geométricas simples?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Vira páginas de um livro uma a uma?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue imitar gestos motores simples?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

COMPORTAMENTO E ASPECTOS EMOCIONAIS DA CRIANÇA**Comportamento frequente atualmente**

☐ Sociável (gosta de estar com outras crianças e adultos)	☐ Apático/indiferente
☐ Autoritário (as coisas precisam ser do seu jeito)	☐ Tristeza
☐ Felicidade	☐ Baixa tolerância à frustração
☐ Humor incongruente (fora de contexto)	☐ Irritabilidade
☐ Dificuldade para lidar com regras e limites	☐ Agressividade
☐ Outros	

Especifique 'outros':

Frequência do comportamento: ☐ Todos os dias ☐ 3 a 4x/semana ☐ 1x/semana ☐ Outros ____

Intensidade do comportamento: ☐ Leve (breve, inicia e logo para) ☐ Moderado (>1 min) ☐ Severo (intensa, difícil cessar)

SOCIABILIDADE / AFETIVIDADE

Primeiro ano de vida

Pergunta	Resposta
Olhava e mantinha contato visual com a mãe durante a amamentação?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresentou orientação da cabeça para a face do adulto quando este falava/brincava com ela/eles?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Sorriso espontâneo (natural) a pessoas familiares	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Sorriso espontâneo (natural) a pessoas não familiares	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Sorriso em resposta ao sorriso de outras pessoas	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Reagia com movimento de braços/pernas (excitação motora) à aproximação de pessoas conhecidas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresentava riso alto (gargalhada) em brincadeiras interativas (ex.: esconde-esconde/"cadê-achou")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Levantava os braços pedindo colo?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Atualmente

Pergunta	Resposta
Usa expressões faciais para comunicar suas próprias emoções?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Busca o contato físico com o outro	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Aceita o contato físico iniciado pelo outro	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Compartilha atividades com outras pessoas	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Olha para onde o outro aponta	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Excessiva desinibição social para a idade	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Percebe alterações no tom de voz ou expressão facial do interlocutor?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Direciona o olhar entre o objeto de interesse e a pessoa (checagem/referenciamento social)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Comportamento de apego com familiares

Pergunta	Resposta
Demonstra preocupação quando separada dos pais	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Sorri e mostra felicidade com o retorno dos pais	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Busca ajuda dos pais quando algo diferente acontece (barulho, dor, machucado)	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Checa a presença dos pais em lugares estranhos	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Afetividade (demonstra carinho) com os familiares	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Como lida com mudanças na rotina pessoal/da casa/da escola?

☐ Parece não se importar	☐ Demonstra sinais de irritabilidade
☐ Agitação	☐ Outros

BRINCADEIRAS

Pergunta	Resposta
Responde aos convites de crianças para brincar	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Responde aos convites de adultos para brincar	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Tem iniciativa de aproximação e interesse em outras crianças	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Tem iniciativa para convidar outras crianças para brincar	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Tem iniciativa para convidar adultos para brincar	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Prefere brincar: ☐ Sozinho ☐ Em grupo ☐ Outros

Exploração dos brinquedos

Pergunta	Resposta
Percebe o uso incomum do esperado para a idade	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Brinca com diferentes brinquedos dando-lhes a função correta	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Tem preferência por um único tipo de brinquedo	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Prefere utensílios domésticos ou outros objetos ao invés de brinquedos	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Troca de brinquedos rapidamente	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Tende a ficar explorando o mesmo brinquedo/objeto por longos períodos	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Cheira, lambe, coloca na boca os objetos/brinquedos	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Empilha ou alinha brinquedos/objetos repetidas vezes sem objetivo aparente	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Brinca com partes de objetos em vez do objeto como um todo (ex.: gira apenas as rodas do carrinho)	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Quando a brincadeira é interrompida, como reage?

- | | |
|--|--|
| ☐ Parece não se importar | ☐ Volta a repetir a mesma ação de antes |
| ☐ Apresenta sinais de choro | ☐ Irritabilidade |
| ☐ Agressividade | |

Quais brinquedos de interesse? Como é a brincadeira? Com quem brinca em casa?

MOVIMENTOS REPETITIVOS

Presença de movimentos repetitivos? ☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

Quais?

- | | |
|---|---|
| ☐ Mãos | ☐ Dedos |
| ☐ Tronco | ☐ Fala |
| ☐ Gira no próprio eixo | ☐ Anda de um lado para outro sem motivo aparente |
| ☐ Outros | |

Em que momento aparece?

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Quando está agitado | ☐ Ansioso |
| ☐ Entediado | ☐ Feliz |
| ☐ Outros | |

ASPECTOS SENSORIAIS

Pergunta	Resposta
Intenso interesse por objetos que giram (ex.: máquina de lavar, ventilador, rodas)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipersensibilidade (excessiva resposta) a barulhos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipossensibilidade (diminuição da resposta) a barulhos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipersensibilidade (excessiva resposta) a dor?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipossensibilidade (diminuição da resposta) a dor?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipersensibilidade a cheiros (comidas, perfumes)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipossensibilidade a cheiros (comidas, perfumes)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipersensibilidade a texturas (massinha, banana, tecidos, etiquetas, grama, areia)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Apresenta hipossensibilidade a texturas (massinha, banana, tecidos, etiquetas, grama, areia)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei
Interesse por objetos com luzes?	☐ Não ☐ Sim ☐ Ocasionalmente ☐ Não sei

ESCOLA — ADAPTAÇÃO E APRENDIZADO

Como foi o processo de adaptação na escola?

Comportamento e socialização

- | | |
|--|--|
| ☐ Tem amigos | ☐ Tem preferência por uma única criança |
| ☐ Fica somente ao lado do professor | ☐ Se isola |
| ☐ Episódios de agressividade | ☐ Dificuldades em seguir a rotina escolar |
| ☐ Agitação em sala de aula | ☐ Outros |

Aprendizado

Apresenta alguma dificuldade de aprendizado? ☐ Não ☐ Sim, quais?

USO DE TELAS

Faz uso de telas: ☐ Não ☐ Sim, quais?

Detalhes (intensidade de uso, o que assiste, joga, horários de acesso):

1 ano a 1 ano 11 meses e 29 dias

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Alimentação

Pergunta	Resposta
Segura e manipula os alimentos levando-os à boca	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Necessita de suporte para segurar a colher	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segura copo com alças	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Leva a colher à boca sozinho(a), mesmo com derramamento?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Aceita variedade de texturas alimentares (líquido, pastoso, sólido)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Mastiga adequadamente	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue beber no canudo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Banho

Pergunta	Resposta
Apresenta sinais de resistência, como choro, irritabilidade	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta incômodo com o contato da água na cabeça? (lavar o cabelo)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Gosta excessivamente da água, prolongando o banho e resistindo à saída?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Tolera bem a troca de ambiente (do banho para se vestir)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Higiene

Pergunta	Resposta
Deixa cortar o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa cortar as unhas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa pentear o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência à escovação dos dentes (morde ou resiste ao contato da escova)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra reflexo de ânsia/engasgo exagerado durante a escovação?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Roupas e Calçados

Pergunta	Resposta
Levanta os braços para vestir a blusa e casaco	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue ajudar a puxar uma peça de roupa	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue tirar o calçado	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Recusa determinados tecidos ou tipos de roupa por desconforto tátil?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Incomoda-se com etiquetas, costuras ou elásticos nas roupas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Prefere sempre o mesmo tipo de roupa (textura/modelo)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência (choro, irritabilidade, agressividade) durante a colocação de roupas/meias?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

COMUNICAÇÃO

Linguagem Expressiva

Pergunta	Resposta
Usa gestos para se comunicar antes ou junto com a fala (apontar, balançar a cabeça)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Combina gesto e palavra para se comunicar (ex.: aponta e diz "dá")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Nomeia objetos familiares espontaneamente?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Faz pedidos verbais simples (ex.: "quer", "mais", "não")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta ecolalia (repete falas ouvidas sem função comunicativa aparente)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa a fala de forma funcional	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra frustração ou birra ao não conseguir se comunicar o que deseja?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra interesse em iniciar interação vocal/gestual com o outro?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa a mão do adulto como ferramenta para pedir algo (leva a mão até o objeto)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Faz gesto de "não" com a cabeça de forma intencional?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica-se para compartilhar interesse (não só pedir)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica-se para protestar/recusar?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Vocaliza ou fala para chamar atenção?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Linguagem Compreensiva

Pergunta	Resposta
Compreende comandos simples sem apoio gestual (só pela fala)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Reconhece nomes de pessoas/objetos familiares quando mencionados?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Localiza objetos ou pessoas quando perguntado ("cadê a mamãe?")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra compreensão de "não" e limites verbais?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa o olhar para checar a reação do adulto após uma ação (referenciamento social)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Exames complementares realizados

Já realizou algum exame (audiometria, PEATE, exames genéticos, oftalmológicos, exames de sangue)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Se sim, descrever nome do exame, data e resultado.

2 anos a 2 anos 11 meses e 29 dias

Pergunta	Resposta
Segura talheres com destreza e leva-os com alimentos à boca	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segura e manipula os alimentos levando-os à boca	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segura copo com autonomia	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta iniciativa, mas tem dificuldade para segurar colher e/ou alimentos	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa garfo e colher de forma diferenciada conforme o alimento?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Serve-se sozinho(a) com supervisão (água, alimentos simples)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Aceita experimentar alimentos novos com incentivo?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Banho

Pergunta	Resposta
Já demonstra iniciativa para tentar se lavar sozinho(a) (mesmo que parcialmente)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta sinais de resistência, como choro, irritabilidade	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta incômodo com o contato da água na cabeça? (lavar a cabeça)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta agitação excessiva durante o banho	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Higiene

Pergunta	Resposta
Deixa cortar o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa cortar as unhas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa pentear o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência à escovação dos dentes (morde ou resiste ao contato da escova)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra reflexo de ânsia/engasgo exagerado durante a escovação?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Roupas e Calçados

Pergunta	Resposta
Consegue vestir meias e calçados?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Tenta abotoar, dar zíper ou fechar velcro (mesmo sem sucesso completo)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Tem iniciativa para colocar as partes de cima da roupa, mesmo com dificuldade (com suporte)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Identifica a frente/trás ou avesso da roupa?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Escolhe a própria roupa quando oferecidas opções?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue tirar as roupas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Insiste em usar sempre a mesma roupa/calçado?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra desconforto com determinadas texturas, etiquetas ou costuras?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência (choro, irritabilidade, agressividade) durante a colocação de roupas/meias?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

COMUNICAÇÃO

Linguagem Expressiva

Pergunta	Resposta
Utiliza frases com 3 ou mais palavras (estrutura gramatical mais elaborada)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Inicia conversas espontaneamente (não apenas responde)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Mantém um turno de "conversa" (fala-escuta-responde) mesmo que breve?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Mantém contato visual quando está falando?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa pronomes pessoais corretamente (eu, você, ele)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Nomeia objetos, pessoas e ações espontaneamente?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Relata desejos e vontades verbalmente ("eu quero", "eu não quero")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Canta músicas ou reproduz trechos conhecidos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta ecolalia (imediate ou tardia)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Fala sobre si mesmo na terceira pessoa (usa o próprio nome ao invés de "eu")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa a linguagem para compartilhar experiências (não só para pedir)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica-se para compartilhar interesse (não só para pedir)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica-se para protestar/recusar?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Vocaliza ou fala para chamar atenção?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa gestos convencionais junto à fala (apontar, balançar a cabeça, encolher ombros)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Entonação de voz varia conforme o contexto (pergunta, afirmação, pedido)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Fala predominantemente sobre temas de interesse restrito, mesmo fora de contexto?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Linguagem Compreensiva

Pergunta	Resposta
Compreende histórias simples contadas ou lidas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Responde ao chamado pelo nome	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Compreende conceitos de tamanho, cor e quantidade básicos?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Compreende noções espaciais simples (dentro, fora, em cima, embaixo)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segue comandos negativos ("não pega", "não pode")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Entende perguntas do tipo "quem", "onde", "o quê"?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Exames complementares realizados

Já realizou algum exame (audiometria, PEATE, exames genéticos, oftalmológicos, exames de sangue)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Se sim, descrever nome do exame, data e resultado.

3 anos a 3 anos 11 meses e 29 dias

Pergunta	Resposta
Usa talheres com autonomia total (garfo, colher e faca de mesa não afiada)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Serve-se sozinho(a) (água, alimentos simples) sem derramar excessivamente?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Senta-se à mesa e participa da refeição em família?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue esperar a própria vez para ser servido(a)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segura copo/xícara com autonomia?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Se suja muito nas refeições?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Banho

Pergunta	Resposta
Inicia o processo de se lavar sozinho(a) (parte do corpo, com supervisão)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Seca-se com toalha de forma parcial ou total após o banho?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Higiene

Pergunta	Resposta
Deixa cortar o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa cortar as unhas	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Deixa pentear o cabelo	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Escova os dentes com supervisão, mas com iniciativa própria?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência à escovação dos dentes (morde ou resiste ao contato da escova)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra reflexo de ânsia/engasgo exagerado durante a escovação?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Assoa o nariz quando solicitado(a) ou ensinado(a)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Lava as mãos sozinho(a) quando solicitado(a)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica de forma antecipada a necessidade de ir ao banheiro?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue se limpar após uso do banheiro (com ou sem ajuda)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Roupas e Calçados

Pergunta	Resposta
Veste e retira roupas simples sozinho(a) (camiseta, calça elástica)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Tenta abotoar, dar zíper ou fechar velcro?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Consegue calçar sapatos (sem amarrar)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Identifica a frente/trás ou avesso da roupa?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Escolhe a própria roupa de forma apropriada ao contexto (ex.: clima)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Aceita trocar de roupa quando necessário (muito suja, molhada)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Insiste em usar sempre a mesma roupa/calçado?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Demonstra desconforto com determinadas texturas, etiquetas ou costuras?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta resistência (choro, irritabilidade, agressividade) durante a colocação de roupas/meias?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

COMUNICAÇÃO

Linguagem Expressiva

Pergunta	Resposta
Fala em frases completas organizadas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Mantém contato visual quando está falando?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa pronomes pessoais corretamente (eu, você, ele)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Nomeia cores, formas e categorias (animais, comidas, brinquedos)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Conta pequenas histórias ou sequências de eventos com começo, meio e fim?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa plural e tempos verbais (passado/presente/futuro) de forma adequada?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Faz perguntas mais elaboradas (como, quando, para quê)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Apresenta ecolalia (imediate ou tardia)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Relata experiências vividas fora de casa (escola, passeio)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Conta fatos que já aconteceram?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Tem iniciativa comunicativa?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Comunica-se para compartilhar interesse (não só pedir)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Usa linguagem para negociar, argumentar ou convencer o outro?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Participa de "conversas" com trocas de turno mais longas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Linguagem Compreensiva

Pergunta	Resposta
Compreende histórias mais longas com sequência lógica?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Responde ao chamado pelo nome	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Segue comandos com três etapas (ex.: "pegue o boné, coloque na cabeça e venha aqui")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Compreende conceitos abstratos simples (antes/depois, muito/pouco)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Compreende perguntas sobre causa e consequência ("por que isso aconteceu")?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei
Entende regras verbais de jogos com mais de um passo?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Exames complementares realizados

Já realizou algum exame (audiometria, PEATE, exames genéticos, oftalmológicos, exames de sangue)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Se sim, descrever nome do exame, data e resultado.

ETAPA 2 — AVALIAÇÃO DO BRINCAR TEMÁTICO E REPRESENTACIONAL



Objetivo: Analisar a capacidade da criança de construir e organizar sequências lúdicas com coerência temática, avaliar a elaboração de enredos no brincar simbólico, bem como a habilidade de atribuir papéis, estabelecer relações entre personagens/objetos e representar situações do cotidiano ou imaginárias.

Materiais utilizados:

Cenário e miniaturas de animais de fazenda e selvagens, veículos de transporte, ferramentas de brinquedo, bonecos representando personagem infantil e alimentos em miniatura (hortaliças), selecionados para possibilitar a construção de sequências lúdicas temáticas e a atribuição de papéis em contexto representacional.

ETAPA 3 — AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM EM CONTEXTO INTERACIONAL



Objetivo: Avaliar habilidades comunicativas e linguísticas em situação de interação, considerando aspectos de linguagem expressiva e compreensiva, uso de gestos, atenção compartilhada, intenção comunicativa, turnos de fala, imitação, responsividade e engajamento em atividades mediadas por objetos lúdicos e musicais.

Materiais utilizados:

Livros infantis de diferentes texturas e formatos (interativos, sonoros e de tecido), instrumentos musicais de brinquedo (percussão e teclado) e fantoches de dedo de animais, selecionados para favorecer situações de interação, atenção compartilhada e engajamento comunicativo mediado por estímulos sonoros e táteis.

ETAPA 4 — AVALIAÇÃO COGNITIVA, MOTORA E DE FUNÇÕES EXECUTIVAS

Objetivo: Avaliar habilidades cognitivas gerais, praxias motoras e componentes das funções executivas, incluindo atenção sustentada e seletiva, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, planejamento, organização, resolução de problemas e controle inibitório, em contexto lúdico estruturado.

Materiais utilizados:

Jogos estruturados de mesa (quebra-cabeças, jogo da memória, jogo de associação e de encaixe/pareamento) e brinquedo de habilidade motora (“Pula Macaco”), selecionados para possibilitar a observação de resolução de problemas, atenção sustentada, flexibilidade cognitiva e coordenação motora.

APÊNDICE C – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PAP-TEA

Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção da equipe multiprofissional quanto à aplicabilidade, à adequação e à contribuição do Percurso Avaliativo Padrão para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista (PAP-TEA) para o processo diagnóstico. Solicita-se que as questões sejam respondidas com base na experiência prática de utilização do protocolo.

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

1. Especialidade:

- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Fonoaudiólogo(a)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Psicólogo(a)
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Neurologista

2. Tempo de experiência em avaliação para diagnóstico de TEA:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 3 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

USO E APLICABILIDADE DO PROTOCOLO

3. Você utiliza, em sua rotina de trabalho, o Protocolo de Avaliação Clínica para diagnóstico de TEA (PAP-TEA)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Com que frequência utiliza o protocolo em sua prática clínica?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

5. O instrumento é de fácil aplicação.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Neutro / Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

6. O instrumento é adequado para aplicação em crianças.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Neutro / Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

7. O instrumento auxilia a identificar os critérios diagnósticos do TEA.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Neutro / Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

8. O instrumento ajuda a diferenciar o TEA de outros transtornos do neurodesenvolvimento.

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Neutro / Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

9. O instrumento é aplicável em diferentes contextos (clínico, escolar, entre outros).

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Neutro / Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

CONFIABILIDADE E VALIDADE PERCEBIDAS

10. Você considera os resultados obtidos com este instrumento confiáveis?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

11. Os resultados obtidos são compatíveis com outros métodos de avaliação (ex.: observação clínica, instrumentos de rastreio)?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

12. Você considera o instrumento válido para auxiliar no diagnóstico de TEA em crianças?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

☐ Não sei dizer

QUESTÕES ABERTAS

13. Quais pontos positivos você destaca neste instrumento?

14. Quais limitações ou dificuldades você já enfrentou ao utilizá-lo?

15. Que melhorias você sugeriria para este instrumento?

16. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o diagnóstico do TEA ou sobre o instrumento em questão?

17. Gostaria de comentar algo sobre o fluxograma de avaliação, desde o acolhimento até o processo de alta?

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, integrante do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, instituído pela Lei nº 14.874 de 28 de maio de 2024, analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 7.804.188

CAAE: 91431525.4.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Cinara Ludvig Gonçalves

Pesquisador(a): Gabriela Thaís da Silva

Título: PROPOSTA E APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO DE AVALIAÇÃO PARA CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 22 de setembro de 2026.


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30