

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE AUTISMO NA PRIMEIRA INFÂNCIA E ATUAÇÃO DA EMULTI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Carolina Dantas de Medeiros¹;

¹Instituto Santos Dumont (ISD), Macaíba/RN.

<http://lattes.cnpq.br/5925791481811814>

Élison Rixadson Araújo Cunha²;

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN.

<http://lattes.cnpq.br/6485557264524951>

Jáirle Laís Alves do Nascimento³;

³Instituto Santos Dumont (ISD), Macaíba/RN.

<http://lattes.cnpq.br/9549004730833508>

Giselle Kelly Souza de Araújo⁴;

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN.

<https://lattes.cnpq.br/7978474536639125>

Anna Luisa Pontes de Sousa⁵

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN.

<https://lattes.cnpq.br/9969533065064047>

RESUMO: Este capítulo discute a identificação precoce de sinais de transtorno do espectro autista (TEA) pela equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), em atuação complementar e integrada às equipes de referência. Apresentam-se sinais de alerta nos domínios da comunicação social, linguagem, brincadeira, comportamentos restritos e repetitivos, processamento sensorial e regulação, destacando-se que nenhum sinal isolado confirma o diagnóstico. Propõe-se um fluxo de cuidado baseado em vigilância do desenvolvimento, escuta das preocupações familiares, observação em diferentes contextos, rastreio, avaliação interdisciplinar, intervenção oportuna e coordenação com a rede. São descritos instrumentos que podem apoiar o trabalho, com ênfase na Caderneta da Criança e no M-CHAT-R/F, além de medidas de segundo nível e instrumentos de avaliação especializada. Discute-se a necessidade de respeitar faixa etária, finalidade, treinamento, licenças e atribuições profissionais. Conclui-se que a contribuição central da eMulti não se limita à aplicação de escalas: ela consiste em ampliar a resolutividade da APS por meio do cuidado compartilhado, da orientação à família, do apoio matricial e da articulação

intersetorial, sem condicionar o início dos apoios à confirmação diagnóstica.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista. Atenção Primária à Saúde. Equipe Multiprofissional.

EARLY IDENTIFICATION OF AUTISM SIGNS IN EARLY CHILDHOOD AND THE ROLE OF MULTIPROFESSIONAL TEAMS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: This chapter discusses the early identification of signs of autism spectrum disorder (ASD) by multiprofessional teams in Primary Health Care (eMulti), working in a complementary and integrated manner with reference teams. Warning signs in social communication, language, play, restricted and repetitive behaviors, sensory processing, and regulation are presented, emphasizing that no single sign confirms the diagnosis. A care pathway is proposed based on developmental surveillance, listening to family concerns, observation across settings, screening, interdisciplinary assessment, timely intervention, and coordination with the care network. Instruments that may support practice are described, especially the Child Health Record and the M-CHAT-R/F, as well as second-level measures and specialized assessment tools. Age range, purpose, training, licensing, and professional scope must be respected. The central contribution of eMulti is not limited to administering scales; it is to increase the problem-solving capacity of Primary Health Care through shared care, family guidance, matrix support, and intersectoral coordination, without making the beginning of support conditional on a confirmed diagnosis.

KEYWORDS: Autism Spectrum Disorder. Primary Health Care. Multiprofessional Team.

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças ou dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Os sinais surgem no período do desenvolvimento, mas podem tornar-se mais evidentes quando as demandas sociais ultrapassam os recursos da criança. A apresentação clínica é heterogênea, assim como as necessidades de apoio, que devem ser descritas de modo individualizado e funcional. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acompanhamento longitudinal da criança e de sua família cria oportunidades para observar a trajetória do desenvolvimento, acolher preocupações, comparar informações provenientes de diferentes contextos e reconhecer sinais que demandem avaliação. O Ministério da Saúde destaca que ações de cuidado e intervenção podem ser iniciadas mesmo antes da confirmação diagnóstica, conforme as

necessidades encontradas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2025a).

Nesse cenário, as equipes multiprofissionais na APS, denominadas eMulti, atuam de maneira complementar e integrada às equipes de Saúde da Família e às demais equipes de referência, compartilhando a responsabilidade pela população e pelo território. Seu trabalho deve ampliar a integralidade e a resolutividade do cuidado. Para o TEA, isso envolve apoio matricial, atendimentos individuais ou compartilhados, ações coletivas, visitas domiciliares, elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e articulação com educação, assistência social e atenção especializada (BRASIL, 2023; BRASIL, 2025b).

OBJETIVO

Apresentar conhecimentos essenciais para a atuação da eMulti diante de sinais de TEA na primeira infância, descrevendo sinais de alerta, etapas do cuidado compartilhado e instrumentos que podem apoiar a vigilância, o rastreio e a avaliação, com indicação de finalidade, público, limites e requisitos de uso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, de natureza técnico-reflexiva e finalidade aplicada. Foram consultados documentos normativos e materiais técnicos do Ministério da Saúde sobre eMulti, desenvolvimento infantil e cuidado às pessoas com TEA, critérios diagnósticos internacionais e estudos de validação ou desempenho de instrumentos utilizados no contexto brasileiro. A síntese foi organizada em quatro eixos: papel da eMulti na APS, sinais observáveis, fluxo de cuidado e seleção de instrumentos conforme as necessidades identificadas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O que a eMulti precisa saber sobre a identificação precoce

A identificação precoce de alterações no desenvolvimento começa pela escuta atenta da família e pela observação da criança em seu contexto. A vigilância do desenvolvimento é contínua e envolve acompanhar a aquisição de habilidades, registrar os marcos, considerar fatores de risco e proteção e reunir informações de cuidadores, profissionais, creche e escola. Mais do que verificar se um marco foi alcançado, busca compreender como a criança se desenvolve e participa das atividades cotidianas. Por isso, é importante distinguir vigilância, rastreio e avaliação diagnóstica, etapas com objetivos diferentes e complementares no cuidado (LIPKIN; MACIAS, 2020; BRASIL, 2025c).

- a) O rastreio utiliza instrumentos breves, estruturados e preferencialmente validados para uma determinada população e faixa etária, com o objetivo de identificar crianças que apresentam maior probabilidade de uma condição ou alteração do desenvolvimento

e que, portanto, necessitam de investigação mais aprofundada. Um resultado positivo em um instrumento de rastreio não estabelece, por si só, um diagnóstico de TEA. Da mesma maneira, um resultado negativo não deve encerrar a investigação quando permanecem preocupações clínicas, familiares ou escolares.

- b)** A avaliação diagnóstica é mais abrangente e integra história clínica e do desenvolvimento, observação direta da criança, informações dos diferentes ambientes em que ela participa, avaliação de habilidades do desenvolvimento, critérios diagnósticos e investigação de diagnósticos diferenciais e condições coexistentes.

Para a eMulti, essa distinção evita que o resultado de uma escala seja tratado como diagnóstico ou que um resultado negativo encerre a investigação diante de preocupações persistentes. Instrumentos organizam informações, mas não substituem a observação, a escuta qualificada e a análise do conjunto. Da mesma forma, não é preciso aguardar um quadro completo ou a confirmação diagnóstica para encaminhar, acompanhar e iniciar os apoios indicados pelas necessidades da criança e da família (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020; BRASIL, 2025c).

No Brasil, esse acompanhamento encontra respaldo legal. A Lei nº 13.438/2017 acrescentou ao Estatuto da Criança e do Adolescente a obrigatoriedade da aplicação, nos primeiros 18 meses de vida, de protocolo ou outro instrumento destinado a facilitar a detecção de risco para o desenvolvimento psíquico durante o acompanhamento da criança. A legislação não determina o uso de uma única escala, o que reforça a importância de que os instrumentos sejam utilizados de maneira integrada à vigilância do desenvolvimento e ao raciocínio clínico, considerando a idade, o contexto e as características de cada criança (BRASIL, 2017).

Nenhum comportamento isolado confirma ou exclui o TEA. O olhar clínico deve considerar o conjunto das manifestações, sua frequência, intensidade, persistência, início, presença em diferentes contextos e impacto na participação. Uma criança pode estabelecer contato visual e apresentar dificuldades importantes na reciprocidade socioemocional ou no compartilhamento de interesses; também pode ter atraso de fala por diferentes razões. Movimentos repetitivos, seletividade alimentar, irritabilidade, alterações sensoriais, dificuldades de interação e resposta inconsistente ao nome são relevantes, mas inespecíficos quando analisados separadamente. Atenção especial deve ser dada à perda de palavras, gestos, interação social ou outras habilidades já adquiridas, situação que requer investigação oportuna (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020; BRASIL, 2025c).

Na escuta inicial, a eMulti pode começar por uma pergunta simples: “O que mais preocupa vocês no desenvolvimento da criança?”. A partir da resposta, o profissional pode investigar gestação e parto, intercorrências clínicas, audição e visão, desenvolvimento motor, comunicação, linguagem, regressão, sono, alimentação, autonomia, brincadeira, comportamento, interação e história familiar. Perguntar do que a criança gosta, como comunica suas necessidades e quais situações são mais fáceis ou difíceis para a família

ajuda a construir uma compreensão menos centrada em déficits e mais próxima da funcionalidade.

Sempre que possível, esse olhar deve ultrapassar a consulta. Informações da escola, da creche e de outros profissionais podem revelar habilidades ou dificuldades que não aparecem em um encontro breve. A criança pode participar de modos diferentes em casa, na escola ou nos atendimentos; essa variação ajuda a compreender a influência das demandas ambientais e dos parceiros de interação. A vigilância do desenvolvimento, portanto, é compartilhada entre equipe, família e pessoas que participam de sua vida (LIPKIN; MACIAS, 2020).

Também é necessário considerar condições que podem coexistir com o TEA ou produzir manifestações semelhantes, como perda auditiva, transtorno do desenvolvimento da linguagem, atraso global do desenvolvimento, deficiência intelectual, TDAH, alterações motoras, condições genéticas e situações psicossociais. A avaliação fonoaudiológica e audiológica é especialmente relevante diante de atraso de fala e linguagem, dificuldades comunicativas, aparente desatenção à fala ou resposta inconsistente ao nome. O objetivo não é apenas antecipar um diagnóstico, mas reconhecer necessidades e garantir acompanhamento, intervenção e articulação com a rede em tempo oportuno (BRASIL, 2025c).

Quadro 1. Sinais de alerta que podem ser observados pela eMulti na primeira infância.

Domínio	Sinais que justificam investigação
Comunicação social	Pouca reciprocidade; resposta inconsistente ao nome; dificuldade para iniciar ou sustentar trocas; reduzido compartilhamento de interesse, prazer ou atenção; pouca busca espontânea do outro para mostrar, pedir ajuda ou dividir experiências.
Comunicação não verbal	Uso reduzido ou atípico de apontar e outros gestos; integração limitada entre olhar, expressão facial, gesto e vocalização; dificuldade para seguir o apontar ou o olhar do parceiro; baixa variedade de expressões sociais.
Linguagem	Atraso ou perfil atípico de compreensão e expressão; balbúcio ou palavras abaixo do esperado; ecolalia; prosódia incomum; uso pouco funcional da fala; dificuldade para conversar ou narrar; perda de palavras ou de outras habilidades comunicativas.
Brincadeira e imitação	Pouca imitação de ações; repertório restrito; uso repetitivo de objetos; interesse predominante por partes; menor variedade de brincadeira funcional ou simbólica; dificuldade de incluir outra pessoa na atividade.
Padrões repetitivos e flexibilidade	Movimentos repetitivos; alinhamento ou ordenação de objetos; interesses muito intensos ou circunscritos; sofrimento acentuado diante de mudanças; necessidade rígida de rotinas; repetição persistente de ações ou falas.
Aspectos sensoriais, motores e alimentares	Hiper ou hiporreatividade a sons, luzes, cheiros, texturas, dor ou movimento; busca sensorial intensa; seletividade alimentar importante; andar na ponta dos pés ou outras particularidades motoras, sempre interpretadas no conjunto do desenvolvimento.

Regulação e participação	Dificuldade intensa de transição; crises associadas a comunicação, mudanças ou sobrecarga sensorial; alterações persistentes de sono; barreiras relevantes à participação nas rotinas familiares, educacionais e comunitárias.
Alertas temporais	Ausência de gestos comunicativos e balbúcio ao final do primeiro ano; ausência de palavras espontâneas por volta de 16 meses; ausência de combinações espontâneas de duas palavras por volta de 24 meses; qualquer perda de habilidade adquirida. Esses marcadores orientam avaliação e não definem diagnóstico.

Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil (2014, 2015, 2024), American Psychiatric Association (2022) e World Health Organization (2024).

Da suspeita ao cuidado compartilhado

Quando surgem preocupações persistentes, a equipe de referência e a eMulti devem acolher a família, registrar os sinais observados e organizar os próximos passos sem esperar que todas as características associadas ao TEA estejam presentes (LIPKIN; MACIAS, 2020; BRASIL, 2025c).

A discussão compartilhada permite definir o que pode ser acompanhado na própria APS e o que demanda avaliação especializada. Encaminhar não significa transferir o cuidado: a APS permanece como referência para monitorar o desenvolvimento, articular serviços e revisar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O plano deve partir das necessidades da criança e da família, com responsabilidades, prazos e decisões pactuadas (BRASIL, 2025c).

A conversa com a família merece cuidado. Em vez de apresentar conclusões a partir de uma primeira impressão ou de uma escala, é mais acolhedor descrever o que foi observado: como a criança responde quando é chamada, utiliza gestos, compartilha interesses, brinca ou reage às mudanças. Perguntas como “Vocês também percebem isso em casa?” favorecem uma compreensão comum. Também é importante reconhecer habilidades, explicar por que determinado acompanhamento está sendo proposto e incluir a família nas decisões sobre os próximos passos (LOCKE et al., 2020).

Não é necessário aguardar a conclusão diagnóstica para oferecer apoio. Quando existem necessidades identificadas, podem ser iniciadas ações voltadas à comunicação, interação, brincadeira, participação nas atividades cotidianas e orientação dos cuidadores. Organização das rotinas, manejo de dificuldades relacionadas à alimentação, ao sono ou à regulação e cuidado com a saúde emocional da família também podem integrar o acompanhamento. Essas ações buscam favorecer desenvolvimento, autonomia, participação e qualidade de vida (BRASIL, 2025c).

Fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, serviço social, enfermagem, medicina e outras áreas contribuem conforme as necessidades funcionais da criança, as prioridades familiares e os recursos locais. Mais importante do que reunir muitos profissionais é definir objetivos comuns e evitar intervenções fragmentadas. Criança, família,

equipe de referência, eMulti, escola e serviços do território devem compartilhar informações e responsabilidades para que o cuidado alcance os contextos em que a criança vive, brinca e aprende (BRASIL, 2025c).

Quadro 2. Etapas do cuidado compartilhado diante de sinais de alerta para o desenvolvimento.

Etapa	Ação compartilhada	Produto esperado
1. Acolher	Registrar a preocupação da família ou da equipe de referência e identificar a demanda principal.	Queixa compreendida sem julgamento e consulta programada em tempo oportuno.
2. Qualificar	Revisar Caderneta da Criança, trajetória do desenvolvimento, condições clínicas, audição, visão, rotina, participação e informações da escola.	Hipóteses iniciais, sinais prioritários e necessidades imediatas descritos.
3. Rastrear quando indicado	Aplicar instrumento adequado à idade e finalidade, seguindo manual e entrevista de seguimento quando prevista.	Resultado interpretado junto aos dados clínicos, sem equivalência automática com diagnóstico.
4. Planejar	Discutir o caso com a eSF, definir ações na APS, avaliações complementares, PTS e critérios de encaminhamento.	Plano com responsáveis, prazos e objetivos funcionais pactuados com a família.
5. Coordenar e acompanhar	Articular a rede, monitorar acesso e evolução, revisar o plano e manter apoios durante a investigação diagnóstica.	Continuidade do cuidado e redução de perdas no percurso assistencial.

Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil (2015, 2023, 2025a, 2025b, 2025c).

Instrumentos que podem apoiar a eMulti

A escolha do instrumento deve responder a uma pergunta clínica específica. Para vigilância de rotina, a Caderneta da Criança organiza o acompanhamento dos marcos e registra informações até os 9 anos. Para rastreio de TEA entre 16 e 30 meses, o M-CHAT-R/F é a principal medida incorporada à Caderneta e ao Prontuário Eletrônico do Cidadão; possui 20 perguntas aos cuidadores e pode ser aplicado por profissional de saúde treinado (BRASIL, 2024; BRASIL, 2025a). Sua versão brasileira apresentou evidências de validade, mas, como todo instrumento de rastreio, não deve ser interpretada isoladamente (LOSAPIO et al., 2022).

No M-CHAT-R/F, escore inicial de 0 a 2 indica baixo risco e manutenção da vigilância; crianças com menos de 24 meses devem ser novamente rastreadas na rotina. Escores de 3 a 7 exigem a Entrevista de Seguimento; se duas ou mais respostas permanecerem positivas, indica-se encaminhamento para avaliação diagnóstica e análise da necessidade de intervenção. Escores de 8 a 20 correspondem a alto risco e permitem encaminhar sem realizar a etapa de seguimento. Em qualquer faixa de escore, regressão, preocupação clínica ou preocupação consistente dos cuidadores justificam avaliação adicional (ROBINS

et al., 2014; WIECKOWSKI et al., 2023).

Instrumentos de rastreio complementar e de avaliação especializada demandam mais tempo, materiais, treinamento e integração com o julgamento clínico. A disponibilidade na eMulti varia entre os municípios. Antes de utilizar uma medida, a equipe deve verificar a versão validada, o manual, a licença, o treinamento exigido, as normas do conselho profissional e a pertinência cultural e linguística. Instrumentos proprietários não devem ser copiados nem adaptados informalmente.

Quadro 3. Instrumentos que podem apoiar a vigilância, o rastreio e a avaliação.

Instrumento e finalidade	Público e uso	Limites e requisitos
Caderneta da Criança Vigilância do desenvolvimento	Do nascimento aos 9 anos. Pode ser utilizada por profissionais da APS e eMulti para revisar marcos, trajetória e registros intersetoriais.	Não é um instrumento diagnóstico. Quando a criança não alcança um marco esperado do desenvolvimento ou perde uma habilidade já adquirida, é necessário realizar uma avaliação clínica e manter o acompanhamento.
M-CHAT-R/F Rastreio de primeiro nível	16 a 30 meses. Questionário aos cuidadores, aplicável por profissional de saúde treinado. Livre acesso na versão autorizada.	A pontuação e a entrevista de seguimento devem ser realizadas conforme as orientações do manual. Um resultado positivo indica a necessidade de uma avaliação mais aprofundada, mas não confirma o diagnóstico.
PROTEA-R-NV Rastreio de segundo nível	Em torno de 24 a 60 meses, especialmente crianças não verbais ou com fala mínima. Entrevista e observação lúdica semiestruturada, de uso interdisciplinar por profissional capacitado.	Sua aplicação requer manual, materiais específicos, profissional capacitado e, geralmente, mais de uma sessão. O instrumento deve ser utilizado em uma avaliação mais aprofundada, não sendo indicado para o rastreio de rotina de todas as crianças (BOSA; SALLES, 2018; STEIGLEDER; BOSA; SBICIGO, 2021).
CARS-BR ou CARS-2 Caracterização de sinais e gravidade	Crianças a partir de 2 anos, conforme versão e manual. Pode apoiar avaliação realizada por profissional habilitado e treinado.	É um instrumento complementar, comercial e protegido por direitos autorais. Seu resultado deve ser analisado em conjunto com a história da criança, os critérios diagnósticos e a avaliação de suas habilidades e necessidades no cotidiano (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008).
SRS-2 Responsividade social	Formulários por faixa etária, a partir de 2 anos e 6 meses, respondidos por cuidadores, professores ou pelo próprio indivíduo, conforme versão.	É um instrumento comercial e protegido por direitos autorais que avalia a intensidade das dificuldades relacionadas à responsividade social. Como os resultados podem ser influenciados por outras condições, devem ser analisados em conjunto com as demais informações da avaliação. A aplicação e a interpretação precisam seguir o manual e respeitar a habilitação e as normas profissionais (CONSTANTINO; GRUBER, 2012).

ADI-R Entrevista diagnóstica	Entrevista padronizada com cuidador, indicada em avaliação especializada quando o nível de desenvolvimento atende aos critérios do manual.	É um instrumento comercial, protegido por direitos autorais, cuja aplicação exige treinamento formal e demanda um tempo maior. Seus resultados devem ser analisados em conjunto com a história clínica, a observação da criança e outras informações da avaliação, não devendo ser utilizados isoladamente.
ADOS-2 Observação diagnóstica	A partir de 12 meses, com módulo selecionado segundo idade, linguagem e desenvolvimento. Uso em avaliação especializada.	É um instrumento comercial e protegido por direitos autorais, cuja aplicação exige capacitação específica. O resultado deve ser analisado em conjunto com a história clínica e as demais informações da avaliação, pois, isoladamente, não confirma o diagnóstico.

Fonte: Elaboração própria, com base nos manuais, estudos de validação citados e orientações do Ministério da Saúde.

Interpretação clínica e encaminhamento

A decisão de encaminhar para avaliação ampliada deve considerar as informações da família, as observações da equipe e o impacto das dificuldades no cotidiano. Perda de habilidades, sinais em vários domínios, atrasos em diferentes áreas, suspeita de alteração auditiva, crises epiléticas ou dificuldades importantes de alimentação e sono exigem investigação cuidadosa. A prioridade deve seguir as necessidades e as condições clínicas, não apenas a suspeita de TEA. Enquanto o acesso especializado é organizado, a APS mantém o acompanhamento e inicia as ações relacionadas às necessidades já identificadas (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020; BRASIL, 2025c).

O registro clínico deve permitir que outros profissionais compreendam a criança para além dos resultados de testes. Deve incluir comportamentos observados, relatos da família e de outros contextos, instrumentos utilizados, interpretação dos achados, condutas, potencialidades, preferências, formas de comunicação e barreiras ambientais. Um registro claro favorece a continuidade do cuidado e mantém o acompanhamento centrado na funcionalidade (BRASIL, 2025c).

Ações da eMulti para além do rastreio

A contribuição da eMulti vai além do rastreio. Discussões de caso e atendimentos compartilhados integram conhecimentos sobre comunicação, comportamento, motricidade, alimentação, saúde mental e condições sociais. Grupos de familiares e articulação com escola, assistência social e outros equipamentos do território ampliam o cuidado e evitam que a família assuma sozinha a tarefa de circular entre serviços e transmitir informações (BRASIL, 2023; BRASIL, 2025b; BRASIL, 2025c).

O PTS deve transformar os achados em objetivos relevantes para a vida da criança e da família, como ampliar formas de pedir ajuda, participar das refeições, lidar com mudanças de rotina, brincar com outras pessoas, favorecer o sono ou reduzir barreiras à participação. As prioridades precisam ser construídas com a família e revistas ao longo do acompanhamento, pois as necessidades mudam conforme a criança cresce e participa de novos contextos (BRASIL, 2025c).

Esse cuidado precisa reconhecer a criança para além do diagnóstico. Uma abordagem orientada pela neurodiversidade considera características, potencialidades, preferências e necessidades de apoio sem minimizar dificuldades que afetam o bem-estar. As intervenções devem ampliar comunicação, autonomia, participação, pertencimento e qualidade de vida, respeitando a singularidade e construindo decisões transparentes com a criança e sua família, sempre que possível (LIÑARES-DE-MARCOS et al., 2026; BRASIL, 2025c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eMulti ocupa posição estratégica na identificação e no cuidado de crianças com sinais de TEA ao reunir diferentes saberes, vínculo territorial e trabalho integrado com a equipe de referência. Sua atuação exige diferenciar vigilância, rastreio e diagnóstico, reconhecer sinais em múltiplos domínios, considerar hipóteses diferenciais e selecionar instrumentos adequados à idade, à finalidade e às condições de uso.

Os instrumentos apresentados neste capítulo podem qualificar o acompanhamento, mas não substituem o julgamento clínico interdisciplinar. A principal recomendação é não esperar passivamente pela confirmação diagnóstica: a eMulti pode acolher, orientar, iniciar apoios, construir o PTS, articular a rede e acompanhar a família durante todo o percurso assistencial.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

BOSA, Cleonice Alves; SALLES, Jerusa Fumagalli de. Sistema PROTEA-R de avaliação do transtorno do espectro autista. São Paulo: Vetor, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990,

para tornar obrigatória a adoção de protocolo de avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. TEA na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/autismo/aps>. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipes multiprofissionais na APS. Brasília, DF, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista: TEA. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. 70 p. ISBN 978-65-5993-884-1.

CONSTANTINO, John N.; GRUBER, Christian P. Social Responsiveness Scale: Second Edition (SRS-2). Torrance: Western Psychological Services, 2012.

HYMAN, Susan L.; LEVY, Susan E.; MYERS, Scott M. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, Itasca, v. 145, n. 1, e20193447, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3447.

LIÑARES-DE-MARCOS, Jon et al. An integrative approach between neurodiversity perspectives and quality of life models for autistic people across the spectrum of support needs. *Frontiers in Psychiatry*, Lausanne, v. 16, 1756323, 2026. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1756323.

LIPKIN, Paul H.; MACIAS, Michelle M. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, Itasca, v. 145, n. 1, e20193449, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3449.

LOCKE, Jill et al. Parent perceptions about communicating with providers regarding early autism concerns. *Pediatrics*, Itasca, v. 145, supl. 1, p. S72-S80, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-1895J.

LOSAPIO, Mirella Fiuza et al. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the M-CHAT-R/F scale for early screening of autism spectrum disorder. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 40, e2021262, 2022. DOI: 10.1590/1984-0462/2022/40/2021262.

PEREIRA, Alessandra; RIESGO, Rudimar dos Santos; WAGNER, Mario Bernardes. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008. DOI: 10.2223/

JPED.1828.

ROBINS, Diana L. et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, Itasca, v. 133, n. 1, p. 37-45, 2014. DOI: 10.1542/peds.2013-1813.

STEIGLEDER, Bibiana Gallas; BOSA, Cleonice Alves; SBICIGO, Juliana Burges. Sinais de alerta para transtorno do espectro autista: evidências de validade do PROTEA-R-NV. *Avaliação Psicológica*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 331-340, 2021. DOI: 10.15689/ap.2021.2003.19847.07.

WIECKOWSKI, Andrea T. et al. Sensitivity and specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (original and revised): a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, Chicago, v. 177, n. 4, p. 373-383, 2023. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2022.5975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization, 2024.