

Transtorno do espectro autista

Sinais precoces, triagem com M-CHAT-R/F aos 18 e 24 meses, sinais de alerta, encaminhamento e intervenção precoce sem esperar diagnóstico, comorbidades e terapias sem evidência

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento com prejuízo persistente da comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, presentes desde cedo. Sinais aparecem já no primeiro ano (pouco contato visual, não responder ao nome, pouco sorriso social) e ficam claros entre 12 e 24 meses (não apontar, não compartilhar interesse, atraso de fala, uso repetitivo de objetos). A SBP (Manual de Orientação nº 150, 2024) e a Caderneta da Criança recomendam a triagem **universal com M-CHAT-R/F aos 18 e 24 meses** (validado de 16 a 30 meses): escore 0–2 baixo risco; 3–7 aplicar a entrevista de seguimento (encaminhar se ≥ 2); 8–20 encaminhar direto. Suspeita clínica em qualquer idade dispensa esperar a triagem. Toda criança com suspeita deve fazer **avaliação auditiva** e ser encaminhada **ao mesmo tempo** para avaliação diagnóstica (neuropediatra, psiquiatra infantil ou pediatra do desenvolvimento com equipe multiprofissional) e para **intervenção precoce, sem aguardar o diagnóstico**. **Regressão** de linguagem ou de habilidades sociais é sinal de alerta máximo. Não há tratamento medicamentoso para os sintomas centrais; quelação, oxigenoterapia hiperbárica, secretina, dietas de exclusão e imunoterapia não devem ser usadas.

Veja também, nesta Biblioteca: **Transtornos do Espectro Autista e o sistema imunológico** (Temas atualizados pela SBP); **Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos**; **Consulta de puericultura — 18 meses** e **Consulta de puericultura — 2 anos**; **Atraso de fala e do desenvolvimento**; **Exposição pré-natal ao álcool e transtorno do espectro alcoólico fetal** (Neonatologia).

1. O que é e como se apresenta

- **Crítérios (DSM-5-TR):** déficits persistentes na comunicação e interação social (reciprocidade socioemocional, comunicação não verbal, relacionamentos) e padrões restritos e repetitivos (estereotipias, insistência na mesmice, interesses restritos e intensos, hiper ou hiporreatividade sensorial), com início precoce e prejuízo funcional. O diagnóstico é clínico; o nível de suporte (1 a 3) descreve a necessidade de apoio.
- **Epidemiologia:** prevalência crescente (1 em 31 crianças de 8 anos nos EUA, CDC 2025, dados de 2022); predomínio no sexo masculino; meninas tendem a ser diagnosticadas mais tarde.
- **Etiologia:** multifatorial, com grande componente genético. Fatores associados: irmão com TEA, prematuridade, idade parental avançada, exposição pré-natal a valproato e álcool, síndromes genéticas (X frágil, esclerose tuberosa, Rett, Down). Vacinas **não** causam autismo.

- **Sinais precoces:**

- **Primeiro ano:** pouco contato visual, pouco sorriso social, não responde ao nome, pouco balbúcio, pouca imitação, alterações motoras e de tônus.
- **12–24 meses:** não aponta para pedir ou mostrar, não traz objetos para mostrar, não segue o apontar do adulto, atraso ou ausência de fala, ecolalia, prosódia atípica, uso repetitivo de objetos (enfileirar, girar rodas), estereotípias (balançar as mãos), hipersensibilidade a sons e texturas, seletividade alimentar intensa, pouco interesse por outras crianças, brincadeira de faz de conta ausente.
- **Pré-escolar e escolar:** dificuldade em brincar com pares, rigidez de rotina, crises intensas diante de mudanças, interesses restritos, linguagem literal; nas formas com linguagem preservada, o diagnóstico pode vir só na escola.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	M-CHAT-R/F de baixo risco (0–2) ou entrevista de seguimento 0–1; sem preocupação dos pais; marcos adequados	Vigilância em toda consulta; repetir o M-CHAT-R/F aos 24 meses se aplicado antes; reavaliar a qualquer sinal novo
● Moderada	M-CHAT-R/F 3–7 com entrevista de seguimento ≥ 2, ou 8–20; sinais clínicos de TEA em qualquer idade; preocupação persistente dos pais ou da escola; diagnóstico já feito com comorbidade descompensada (sono, seletividade alimentar, agitação)	Encaminhar em paralelo: avaliação diagnóstica multiprofissional, intervenção precoce, fonoaudiologia, avaliação audiológica; exames conforme indicação; retorno em 30–60 dias para acompanhar o encaminhamento
● Grave	Regressão de linguagem ou de habilidades sociais (especialmente abaixo de 3 anos) ou regressão motora em qualquer idade; suspeita de crises epiléticas ou espasmos; autoagressão ou agressividade com risco de lesão; recusa alimentar com perda de peso ou desidratação; suspeita de maus-tratos; fuga com risco	Neuropediatra com urgência na regressão e nas crises; pronto-socorro se lesão, crise, desidratação, risco imediato ou alteração aguda de comportamento sem causa aparente (pesquisar dor e doença orgânica)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Irmão com TEA (risco de recorrência bem maior que na população), prematuridade, síndromes genéticas.
- Deficiência intelectual associada, ausência de linguagem funcional, epilepsia.
- Comorbidades não reconhecidas: dor (constipação, cáries, otite, refluxo) que se expressa como piora do comportamento.

- Contexto social: acesso difícil a terapias, sobrecarga e adoecimento dos cuidadores, exclusão escolar.

3. Diagnóstico no consultório

Triagem com M-CHAT-R/F (SBP, Manual de Orientação nº 150, 2024):

ESCORE	RISCO	CONDUTA
0–2	Baixo	Nenhuma ação, exceto se houver preocupação clínica; se aplicado antes dos 24 meses, repetir aos 24 meses
3–7	Moderado	Aplicar a entrevista de seguimento; se o resultado for ≥ 2 , encaminhar para avaliação diagnóstica e intervenção; se 0–1, triagem negativa, com nova triagem nas consultas seguintes
8–20	Alto	Encaminhar diretamente para avaliação diagnóstica e intervenção, sem necessidade da entrevista

- Instrumento de 20 perguntas (sim/não) respondido pelos pais, incluído na Caderneta da Criança (7ª ed., 2024); a Lei 13.438/2017 tornou obrigatória a aplicação de protocolo de avaliação de risco para o desenvolvimento psíquico nos primeiros 18 meses.
- Em prematuros, **não usar idade corrigida** para a triagem de TEA.
- Triagem negativa não exclui TEA: a preocupação dos pais e os sinais clínicos têm peso próprio. O NICE lembra que bom contato visual, sorriso, afeto com a família, faz de conta relatado ou marcos de linguagem normais **não excluem** autismo.

Avaliação do pediatra: história do desenvolvimento (marcos, perdas), comportamento em casa e na escola, sono, alimentação, evacuação; perímetro cefálico (macrocefalia: pensar em PTEN); pele (manchas hipocrômicas, café com leite: esclerose tuberosa, neurofibromatose); dismorfias; exame neurológico; crescimento.

Exames:

- **Avaliação audiológica** em toda suspeita (SBP, AAP, NICE).
- **Genética (AAP 2020, SBP 2024):** microarray cromossômico e pesquisa de X frágil para as crianças com TEA; sequenciamento de MECP2 em meninas com regressão (Rett); exoma se os primeiros forem negativos, com geneticista. O NICE não recomenda investigação de rotina e reserva a genética a dismorfias ou deficiência intelectual.
- **EEG:** só com suspeita de crises ou regressão; **RM:** só com achado neurológico (não é de rotina).
- **Triagem metabólica:** só com sinais sugestivos (regressão, letargia, vômitos cíclicos, atraso global grave).
- **Chumbo:** se houver pica ou exposição ambiental.

- **Não pedir:** exames imunológicos, painéis de anticorpos, dosagem de metais em cabelo, testes de "intolerâncias alimentares", disbiose — sem valor diagnóstico (SBP 2026, AAP, NICE).

Diagnóstico diferencial: perda auditiva; atraso isolado de linguagem; deficiência intelectual; privação de estímulo, negligência e transtorno de apego; TDAH; ansiedade; síndrome de Rett; síndrome de Landau-Kleffner (regressão de linguagem com alteração no EEG); exposição pré-natal ao álcool; deficiência visual.

4. Tratamento em casa

Intervenção precoce é o tratamento e começa ao identificar o risco, sem esperar o diagnóstico (SBP, AAP, NICE). O pediatra coordena o cuidado e mantém a puericultura habitual (vacinas completas, crescimento, saúde bucal).

- **Intervenções com evidência:** comportamentais baseadas em análise do comportamento (ABA) e intervenções naturalísticas do desenvolvimento (NDBI, como o modelo Denver de intervenção precoce), fonoaudiologia, terapia ocupacional, intervenções de comunicação social mediadas por pais e professores (NICE CG170), comunicação alternativa (PECS) nas crianças não verbais. A intensidade e o plano são definidos pela equipe.
- **Família como agente:** orientar rotina previsível, apoio visual, comunicação simples, tempo de brincadeira compartilhada; telas conforme a SBP (nenhuma antes de 2 anos; 2–5 anos até 1 h/dia com supervisão).
- **Escola:** inclusão em classe comum, com acompanhante especializado quando necessário (Lei 12.764/2012).

Comorbidades — o que o pediatra maneja e quando encaminhar:

COMORBIDADE	CONDUTA NO CONSULTÓRIO	QUANDO ENCAMINHAR
Distúrbios do sono (muito frequentes)	Higiene do sono e plano comportamental primeiro (NICE)	Persistência apesar do plano: melatonina somente com especialista (NICE CG170)
Constipação, seletividade alimentar	Tratar a constipação; avaliar crescimento, ferro e vitamina D; dieta variada possível	Seletividade grave com prejuízo nutricional: nutrição e terapia ocupacional
Epilepsia (mais comum que na população)	Suspeitar em episódios de desligamento, crises ou regressão	Neuropediatra; EEG
TDAH, ansiedade, depressão	Rastrear na idade escolar e na adolescência	Psiquiatria infantil
Irritabilidade e agressividade intensas	Buscar causa (dor, sono, mudança de rotina); intervenção comportamental	Se insuficiente: antipsicótico (risperidona ou aripiprazol, aprovados pelo FDA para irritabilidade no TEA) prescrito pelo especialista, com reavaliação em 3–4 semanas e suspensão se não houver resposta em 6 semanas (NICE CG170)

Não usar (sem evidência e com riscos):

- Medicamentos para os sintomas centrais: antipsicóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes não tratam o autismo em si (NICE CG170).
- **Quelação, oxigenoterapia hiperbárica, secretina** — não usar em nenhum contexto (NICE); a AAP classifica como não comprovadas, caras e potencialmente perigosas.
- **Dietas de exclusão** (sem glúten e caseína) sem alergia ou doença celíaca comprovada; ômega-3 para sono (NICE).
- **Imunoterapia** (imunoglobulina, corticoide, anti-inflamatórios, antivirais) com base em "encefalite autoimune" sem critérios diagnósticos formais (SBP, DC nº 30, 2026).
- **Dióxido de cloro (MMS)**, suplementos em megadoses, células-tronco fora de pesquisa.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Crise epiléptica prolongada (≥ 5 minutos) ou crises repetidas (ver Protocolo de Estado de Mal Convulsivo).
- Regressão aguda com alteração de consciência, febre ou sinais neurológicos (encefalite).
- Autoagressão ou agressividade com lesão ou risco imediato à criança ou à família.
- Recusa alimentar ou de líquidos com desidratação ou perda de peso importante.
- Ingestão de corpo estranho ou substâncias (pica); trauma; fuga com risco.

- Piora aguda do comportamento sem causa aparente: pode ser a única expressão de dor (fratura, abdome agudo, otite, dor dentária) — examinar com cuidado.
- Suspeita de maus-tratos: notificação obrigatória (compulsória).

Como encaminhar

1. Ambiente calmo, pouca luz e ruído, presença do cuidador; explicar cada passo com frases curtas; evitar contenção física sempre que possível.
2. Estabilizar via aérea, respiração e circulação; na crise ≥ 5 minutos, benzodiazepínico conforme o Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.
3. Contatar o serviço de destino informando o diagnóstico de TEA e as necessidades sensoriais e de comunicação da criança.
4. Relatório com medicamentos em uso, comorbidades, forma de comunicação da criança e sinais de dor habituais.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Começar a estimulação cedo é o que mais ajuda; não esperem o laudo para iniciar as terapias."
- "O autismo não é causado por vacinas nem pela forma como vocês educaram a criança."
- "Desconfiem de tratamentos que prometem cura: quelação, câmara hiperbárica, dietas restritivas, 'desintoxicação' e dióxido de cloro não funcionam e podem fazer mal."
- "A criança com autismo tem direito a atendimento multiprofissional, educação inclusiva e carteira de identificação (Ciptea)."
- Retorno em 30–60 dias para acompanhar os encaminhamentos; depois, consultas regulares de puericultura.
- Procurar atendimento logo se: perder palavras ou habilidades; tiver crises, "desligamentos" ou movimentos repetidos estranhos; mudar bruscamente o comportamento, com choro inconsolável ou agressividade nova (pode ser dor); parar de comer ou beber; se machucar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Triagem	Universal com M-CHAT-R/F aos 18 e 24 m (MO nº 150, 2024); Caderneta; Lei 13.438/2017	Universal aos 18 e 24 m (2020)	Sem rastreio populacional; reconhecimento por sinais	Segue o NICE	Sem rastreio universal; M-CHAT-R/F só em alto risco (PrevInfad)
Encaminhamento	Avaliação diagnóstica e intervenção sem esperar diagnóstico	Intervenção precoce em paralelo à avaliação diagnóstica	Equipe de autismo; regressão < 3 anos encaminhada; avaliação em até 3 meses	Segue o NICE	Atención temprana sem esperar diagnóstico
Exames	Audição; X frágil, microarray; MECP2 em meninas com regressão (MO nº 176, 2024)	Microarray e X frágil para todos; EEG e RM não rotineiros	Nenhuma investigação de rotina; genética se distúrbios ou deficiência intelectual; EEG se suspeita de epilepsia	Segue o NICE	Guiados pela clínica
Intervenção	Comportamental e educacional (SBP 2026)	ABA, NDBI, fonoaudiologia, TO, educação	Comunicação social mediada por pais, cuidadores e professores	Segue o NICE	ABA, intervenção precoce, programas de pais
Terapias sem evidência	Sem tratamento imunológico; exames imunológicos não recomendados (DC nº 30, 2026)	Quelação, OHB, secretina e IVIG sem evidência e com riscos	Não usar secretina, quelação, OHB, dietas de exclusão ou fármacos para sintomas centrais	Segue o NICE	Dietas, quelação, OHB e ômega-3 sem evidência

Leitura: todas as referências concordam que o diagnóstico é clínico, que a audição deve ser avaliada, que a intervenção começa antes do diagnóstico e que não há medicamento para os sintomas centrais nem lugar para quelação, oxigenoterapia hiperbárica, secretina, dietas de exclusão ou imunoterapia. A grande divergência é a triagem: Brasil (SBP, Caderneta e Lei 13.438/2017) e AAP fazem triagem universal aos 18 e 24 meses, enquanto o NICE e a AEP não

recomendam rastreio populacional e reservam o M-CHAT-R/F às crianças de risco. Nos exames, AAP e SBP indicam genética para todos com TEA; o NICE só em casos selecionados. No Brasil, a Lei 12.764/2012 reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, com direito a diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e educação inclusiva.

PONTOS PRÁTICOS

1. Aplique o M-CHAT-R/F a todas as crianças aos 18 e 24 meses; escore 3–7 exige a entrevista de seguimento, 8–20 encaminhamento direto.
2. Suspeita clínica ou preocupação dos pais em qualquer idade: não espere a idade da triagem.
3. Avaliação auditiva sempre; genética (microarray e X frágil) quando confirmado o TEA.
4. Encaminhe ao mesmo tempo para diagnóstico e para intervenção precoce; não espere o laudo.
5. Regressão de linguagem ou social é alerta máximo; mudança súbita de comportamento pode ser dor.
6. Oriente a família contra terapias sem evidência e informe os direitos da Lei 12.764/2012.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação nº 150 — Triagem precoce para autismo (M-CHAT-R/F), 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação nº 176 — Transtorno do Espectro do Autismo em Pediatria, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico nº 30 — Transtornos do Espectro Autista e o Sistema Imunológico, 2026 (comentado nesta Biblioteca).
- American Academy of Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder (Hyman, Levy, Myers), 2020 — resumo AAFP. aafp.org
- NICE. CG128 — Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis, 2011, atualizado 2017. nice.org.uk
- NICE. CG170 — Autism spectrum disorder in under 19s: support and management, 2013, atualizado 2021. nice.org.uk
- AEPap/PrevInfad. Detección precoz de los trastornos del desarrollo y del espectro autista. previnfad.aepap.org

- Brasil. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 — Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. planalto.gov.br
- Brasil. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017 — altera o ECA (protocolo de risco para o desenvolvimento psíquico). planalto.gov.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.