

PROTOCOLO DE ACESSO MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS: PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA GRAU 1 OU DEFICIÊNCIA INTELECTUAL LEVE QUE APRESENTAM TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE FALA OU LINGUAGEM**Critérios de encaminhamento**

- Transtorno da linguagem
- Transtorno da linguagem pragmática
- Transtorno da fala
- Transtorno da fluência da fala no início da infância
- Transtorno da comunicação social

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

1. **AUTISMO LEVE ou GRAU 1**, que necessitem de apenas uma reabilitação (psicológica, ou fisioterapêutica) e acompanhamento médico (médico da família, ou clínico geral, ou pediatra); sem restrição de sexo ou idade.

Conforme DSM – V, o paciente com GRAU 1 de autismo é mais funcional e exige menor apoio; há **dificuldade em iniciar interações sociais**, com interesse reduzido nas interações, respostas atípicas a aberturas sociais e tentativas frustradas de fazer amigos; há sinais como **comportamento inflexível** e dificuldade para trocar de atividades e para experimentar situações novas.

2. **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL** ou funcionamento intelectual inferior à média, com limitações adaptativas **LEVES** (QI entre 50 a 69) – CID: F.70 Retardo Mental Leve, de causa indeterminada; que necessitem de apenas uma reabilitação (psicológica, ou fisioterapêutica) e acompanhamento médico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter

Encaminhar por escrito em guia de referência e contrarreferência, devendo constar a descrição consistente do caso clínico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Médicos da Atenção Básica, Fonoaudiólogo, Psicólogos e Fisioterapeutas do Município de Uberaba e Municípios da Microrregião de Uberaba.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	
AZUL	Todos os casos.

PROTOCOLO DE ACESSO MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS: PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA GRAU 2 e 3 OU DEFICIÊNCIA INTELECTUAL MODERADA À GRAVE**SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO PARA REABILITAÇÃO NO CER II, APAE E FUNDAESP:****1- CRITÉRIOS CLÍNICOS A SEREM OBSERVADOS PARA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:**

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ou funcionamento intelectual muito inferior à média, com MÚLTIPAS limitações adaptativas de **MODERADA À GRAVE** e (QI abaixo de 20 à 49) – CID: F71: Retardo Mental Moderado (35 a 49), F72: Retardo Mental Grave (20 e 40) e F73: Retardo Mental Profundo (abaixo de 20). Déficits nas capacidades mentais genéricas e na autonomia. Devendo atentar-se aos:

- Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados;
- Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade;
- Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento (refere-se ao reconhecimento da presença de déficits intelectuais e adaptativos durante a infância ou adolescência);

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS:

- Os componentes da avaliação podem incluir história médica pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por microarray e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem;
- Testes psicológicos, neuropsicológicos, teste de avaliação de QI (a partir dos 5 anos de idade), TA Mini mental;
- Sempre que possível informar o nível de gravidade da deficiência intelectual (moderada, grave ou profunda);
- Quando a deficiência intelectual está associada a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (como na síndrome de Down, p. ex.) e fenótipo;
- Nas formas adquiridas, o aparecimento pode ser abrupto, após doenças como meningite ou encefalite ou traumatismo encefálico durante o período do desenvolvimento;

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia;
- Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais;
- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal;

- Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares;
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia;

2-CRITÉRIOS CLÍNICOS A SEREM OBSERVADOS PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:

AUTISMO MODERADO A GRAVE - GRAU 2 e 3, que necessitam de mais de uma reabilitação (psicológica, e/ou fisioterapêutica, e/ou terapia ocupacional, e/ou fonoaudióloga) e acompanhamento médico especializado com médico neurologista e/ou psiquiatra e outros.

Conforme DSM – V, o paciente com GRAU 2 de autismo precisa de suporte, apresentando maior dificuldade tanto na comunicação verbal quanto não verbal, além de déficits aparentes na interação social; seus comportamentos restritivos e repetitivos são mais frequentes e evidentes, mostrando-se mais inflexível e com dificuldade para mudar o foco das ações.

No GRAU 3 o paciente precisa de apoio muito substancial e quase não tem habilidade de comunicação, apresentando fala ininteligível ou de poucas palavras e respostas sociais mínimas; o paciente é altamente dependente e apresenta extrema dificuldade para lidar com mudanças, o que impacta significativamente seu funcionamento, além de gerar sofrimento. Atentar-se à:

- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., flapping de mãos, espremer-se, movimento pendular do corpo para frente e para trás, alinhar/empilhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas);
- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente);
- Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos);
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., a dor, temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar, lamber ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento);
- Ausência de contato visual; não responde ao ser chamado (quando descartado problema de audição);
- Dificuldade de imaginar e desinteresse em jogos de faz de conta.

OBS.: Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida); os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS:

- O diagnóstico de TEA permanece essencialmente clínico, a partir de observações do paciente e entrevista com responsável;
- Os componentes da avaliação podem incluir história médica pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por microarray e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem;
- Testes psicológicos, neuropsicológicos, psicométricos, escala M-CHAT, Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI);
- Idade de início dos sintomas;

- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentoso e terapias);
- Transtornos psiquiátricos associados;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter

- Descrição dos sinais, sintomas e evolução (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, perímetro cefálico atual e marcos do desenvolvimento que estão atrasados ou comprometidos, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
 - História familiar de TEA/deficiência intelectual, atrasos do desenvolvimento ou doenças raras. Se sim informe o quadro e grau de parentesco;
 - História de consanguinidade entre os pais;
 - Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (especificar);
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Médicos da Atenção Básica, Fonoaudiólogo, Psicólogos e Fisioterapeutas do Município de Uberaba e Municípios da Microrregião de Uberaba.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

VERMELHO	Autismo grave – Grau3, deficiência intelectual profunda à grave (QI abaixo de 24 a 34): idade entre 0 a 6 anos, recém-nascido – RN.
AMARELO	Autismo grave – Grau3, deficiência intelectual profunda à grave (QI abaixo de 24 a 34): idade acima de 06 anos.
VERDE	Autismo moderado – Grau 2, deficiência intelectual moderada (QI 35 a 49): qualquer faixa
AZUL	Autismo leve – Grau 1, deficiência intelectual leve (QI entre 50 e 69): qualquer faixa etária

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- CONITEC Relatório de Recomendações/MS Nº. 572 - Protocolo para Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual, Brasília DF, outubro de 2020.
- CONITEC Relatório de Recomendações/MS - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo o Transtorno do Espectro Autista, Brasília DF, novembro de 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica : Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da microcefalia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- PORTARIA CONJUNTA GM/MS Nº 21, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2020. Aprova o Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual.
- Deliberação CIB SUS/MG Nº 1.403 de 14 de março de 2013.
- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.272, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG e dá outras providências.
- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.003, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2014. Institui as atribuições e diretrizes de funcionamento das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS-MG (RCPD) e dá outras providências.

Colaboração para Elaboração:

- Psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas que compõem a rede própria da Secretaria Municipal da Saúde de Uberaba.
- Médicos Reguladores do Complexo Regulador Municipal e do Núcleo Interno de Regulação Ambulatorial do município de Uberaba.

Elaboração	Implementação	Revisão
Fevereiro/2025	Maio/2025	Maio/2027