



## CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA

Gabinete da Vereadora Cláudia Gomes – PSDB

INDICAÇÃO Nº 0420 / 2024 / 2024

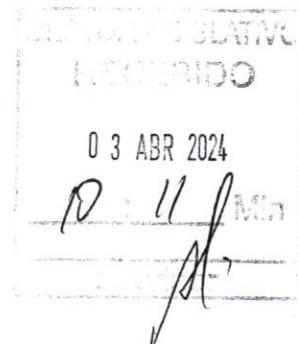
*Dispõe sobre a obrigatoriedade da aplicação do questionário M-Chat nas unidades de saúde e creches do Município de Fortaleza para o rastreio precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA), na forma que indica.*

### EXCELENTÍSSIMO PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA:

A Vereadora abaixo signatária, no uso de suas atribuições legais, vem com o devido respeito a Vossa Excelência submeter à apreciação desta Augusta Casa Legislativa a Indicação em epígrafe, a qual, depois de aprovada, será enviada ao Exmo. Sr. Prefeito de Fortaleza, a fim de que a mesma retorne à esta Casa sob a forma de mensagem.

**DEPARTAMENTO LEGISLATIVO DA CÂMARA MUNICIPAL DE  
FORTALEZA, EM 03 DE 04 DE 2024.**

Vereadora Cláudia Gomes  
PSDB





## CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA

Gabinete da Vereadora Cláudia Gomes – PSDB

INDICAÇÃO Nº 0420 / 2024

PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_

*Dispõe sobre a obrigatoriedade da aplicação do questionário M-Chat nas unidades de saúde e creches do Município de Fortaleza para o rastreio precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA), na forma que indica.*

### A CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA APROVA:

**Art. 1º** – Fica autorizado o Chefe do Poder Executivo a instituir a obrigatoriedade da aplicação do questionário M-Chat, previsto no Anexo Único desta Lei, nas unidades de saúde e creches municipais da cidade de Fortaleza, com vistas a diagnosticar precocemente o Transtorno do Espectro Autista – TEA.

**Art. 2º** - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

**Art. 3º** - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no que couber.

**Art. 4º** - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**DEPARTAMENTO LEGISLATIVO DA CÂMARA MUNICIPAL DE  
FORTALEZA, EM 07 DE 09 DE 2024.**

Vereadora Cláudia Gomes  
PSDB



## CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA

Gabinete da Vereadora Cláudia Gomes – PSDB

### JUSTIFICATIVA

A presente indicação tem por objetivo a aplicação do questionário M-CHAT nas unidades de saúde e creches municipais da cidade de Fortaleza, visando diagnosticar de maneira precoce o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O Transtorno do Espectro Autista pode ser descrito como uma síndrome comportamental, que tem como principais características a ausência ou o pouco desenvolvimento da interação social e comunicação, comportamentos, interesses e habilidades restritos e repetitivos, que podem se manifestar em conjunto ou isoladamente.

Na maioria das vezes o transtorno é diagnosticado em bebês e crianças, mas as condições são permanentes, acompanhando a pessoa por todas as etapas da vida. Caso não seja diagnosticado precocemente pode evoluir para maiores intensidades.

A presente proposição tem por fundamento a Lei n. 13.438/2017, que obriga a aplicação de protocolos para facilitar a identificação de transtorno psíquicos em crianças, nas consultas pediátricas de rotina nos primeiros 18 meses de vida. Assim, é de grande importância a aplicação do questionário M-CHAT, visando o diagnóstico precoce do transtorno, possibilitando o acompanhamento desde o início da vida da criança.

Sabe-se que o sistema de atenção primária aplica outras técnicas também com a finalidade do diagnóstico precoce, entretanto, não se deve excluir a metodologia ora proposta, uma vez que se mostra eficaz ao fim que se propõe, ampliando as possibilidades de diagnóstico.

Diante de todo o exposto e considerando a relevância da matéria solicitamos apoio para a aprovação da mesma.

**DEPARTAMENTO LEGISLATIVO DA CÂMARA MUNICIPAL DE  
FORTALEZA, EM 07 DE 09 DE 2024.**

Vereadora Cláudia Gomes  
PSDB



## CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA

Gabinete da Vereadora Cláudia Gomes – PSDB

### ANEXO

#### M-CHAT – Crianças de 18 a 24 meses

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( )F ( )M Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Idade com meses: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por gentileza, responda as perguntas abaixo sobre como esta criança normalmente se comporta quando você está com a criança individualmente (trocando fraldas, conversando, brincando). Caso o comportamento em questão for raro (você observou o comportamento apenas uma ou duas vezes), responda que esta criança não apresenta o comportamento em questão.

1. Gosta de balançar, de pular em seus joelhos, etc.? Sim ( ) Não ( )
2. Tem interesse por outras crianças? Sim ( ) Não ( )
3. Gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis? Sim ( ) Não ( )
4. Gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou esconde-esconde? Sim ( ) Não ( )
5. Brinca de “faz-de-conta”, como fazer de conta que está falando ao telefone ou cuidando de bonecas ou outras brincadeiras de “faz-de-contas”? Sim ( ) Não ( )
6. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E PEDIR alguma coisa? Sim ( ) Não ( )
7. Usa o dedo indicador dela para APONTAR E MOSTRAR alguma coisa de interesse dela? Sim ( ) Não ( )
8. Consegue brincar de forma correta com os brinquedos pequenos (exemplo: carros ou blocos) sem apenas colocar o brinquedo na boca, remexer no brinquedo ou jogar o brinquedo? Sim ( ) Não ( )
9. Traz objetos até você lhe mostrar alguma coisa? Sim ( ) Não ( )
10. Olha para você nos seus olhos por mais de um ou dois segundos? Sim ( ) Não ( )



## CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA

Gabinete da Vereadora Cláudia Gomes – PSDB

11. Se mostra hipersensível a barulho (mais incomodada que os outros), chegando a tapar os ouvidos? Sim ( ) Não ( )
12. Sorri sem resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso? Sim ( ) Não ( )
13. Durante uma brincadeira, se você fizer uma expressão corporal ou uma careta, a sua criança imita você? Sim ( ) Não ( )
14. Responde quando você a chama pelo nome dela? Sim ( ) Não ( )
15. Se você apontar para um brinquedo que esteja longe da sua criança, ela olha para o brinquedo? Sim ( ) Não ( )
16. Já sabe andar? Sim ( ) Não ( )
17. Quando você e sua criança estão juntos, realizando alguma atividade, a sua criança olha para o que você está olhando? Sim ( ) Não ( )
18. A sua criança faz movimentos estranhos com os dedos perto do próprio rosto? Sim ( ) Não ( )
19. Tenta atrair a sua atenção para a atividade dela? Sim ( ) Não ( )
20. Você alguma vez já se perguntou se a sua criança é surda? Sim ( )  
Não ( )
21. A sua criança entende o que as pessoas dizem? Sim ( ) Não ( )
22. A sua criança algumas vezes fica aérea, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida? Sim ( ) Não ( )
23. Olha para o seu rosto para ver sua reação quando vê alguma coisa diferente, não familiar? Sim ( ) Não ( )

Você teve dúvidas em responder alguma(s) pergunta(s)? Sim ( ) Não ( )

Qual(is):

3 (falhas em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos  
(2,7,9,13,14 e 15)

Castro-Souza, R. M. (2011). Adaptação Brasileirado M-CHAT (Modified Checklist of Autism in Toddlers) (Unpublished master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília.