



LEI Nº 807/2025

DE 26 DE MARÇO DE 2025.

**EMENTA:** Dispõe sobre a obrigatoriedade da aplicação do questionário M-CHAT pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Município de Missão Velha, Estado do Ceará, para identificação precoce de casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e dá outras providências.

**O PREFEITO MUNICIPAL DE MISSÃO VELHA, ESTADO DO CEARÁ**, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, faz saber que a Câmara Municipal **APROVOU, E EU, SANCIONO, E PROMULGO**, a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica obrigatória a aplicação do questionário M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) durante os atendimentos pediátricos realizados nas unidades públicas de saúde do âmbito do Município de Missão Velha, Estado do Ceará, como instrumento de rastreamento precoce de sinais do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

**§ 1º** - O questionário M-CHAT será aplicado a crianças na faixa etária entre 16 e 30 meses, em consultas de rotina ou quando houver suspeita clínica de TEA.

**§ 2º** - O M-CHAT deverá ser preenchido pelos pais ou responsáveis legais da criança, com o auxílio de profissionais capacitados, garantindo o entendimento pleno das questões apresentadas.

**Art. 2º** - As Unidades de Saúde do Município deverão assegurar a capacitação dos profissionais para a correta aplicação e interpretação dos resultados do questionário M-CHAT, promovendo a integração com serviços especializados para o devido encaminhamento dos casos identificados.

**Art. 3º** - O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente Lei no prazo de 90 (noventa) dias, contados da sua publicação, estabelecendo normas complementares para sua implementação;

**Art. 4º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

  
**LUIZ ROSEMBERG DANTAS MACÊDO FILHO**

Prefeito Municipal

**Anexo Único**

Versão do questionário M-CHAT em português, conforme validado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com as 20 perguntas e critérios de pontuação já conhecidos e utilizados nacionalmente.

**Tabela: Perguntas do M-CHAT**

Pergunta	Resposta	Pontuação
1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto?	Sim/Não	
2. Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim/Não	
3. O seu filho brinca de faz de contas?	Sim/Não	
4. O seu filho gosta de subir nas coisas?	Sim/Não	
5. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos?	Sim/Não	
6. O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda?	Sim/Não	
7. O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você?	Sim/Não	
8. O seu filho se interessa por outras crianças?	Sim/Não	
9. O seu filho traz coisas para mostrar para você?	Sim/Não	
10. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	Sim/Não	
11. Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta?	Sim/Não	
12. O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia?	Sim/Não	
13. O seu filho anda?	Sim/Não	
14. O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele?	Sim/Não	
15. O seu filho tenta imitar o que você faz?	Sim/Não	

16. Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor?	Sim/Não	
17. O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela?	Sim/Não	
18. O seu filho comprehende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa?	Sim/Não	
19. Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu?	Sim/Não	
20. O seu filho gosta de atividades de movimento?	Sim/Não	

