**Resposta ao Editor**

Exmo. Sr,

Junto as respostas às vossas notas que estão transcritas

**1)** “Com o objectivo de optimizar a legibilidade do seu artigo e assim incrementar potencialmente as citações do mesmo, recomendamos que os conteúdos redigidos em inglês sejam revistos por um "native speaker”, tradutor qualificado ou empresa especializada em serviços de "language

polishing”

**Resposta 1**- o abstract foi revisto por uma “native speaker” e as alterações sugeridas estão marcadas a azul

**2)** “O resumo e o abstract não deverão incluir abreviaturas”

**Resposta 2**- as abreviaturas foram retiradas, as alterações foram marcadas a azul

**3)** “O texto não indica expressamente a aprovação por comissão de ética, pelo que a mesma deverá ser incluída na secção “Material e Métodos”

**Resposta 3** - a menção expressa à aprovação pela comissão de ética foi incluída no texto e está marcada a azul

**4)** “Na listagem final de referências deverão ser identificados os seis primeiros autores das obras consultadas, e só depois fazer-se uso da expressão "et al”;

**Resposta 4** - a falha foi corrigida nas referências 10 e 11 e está marcada a azul

**5)** “Na lista final de referências, as ref.ªs 12, 13, 22 e 24 parecem-nos incompletas”

**Resposta 5** - as referências foram completadas e sinalizadas e azul

**Resposta ao Revisor A**

Transcrevemos as recomendações

**1 RA**) “Em 1º lugar penso que o estudo deveria ser estendido por um período mais longo permitindo assim uma casuística mais significativa. Aqui somente foram diagnosticados 64 casos de PEA/PEA atipica ou que é muito pouco para este estudo poder ter relevância. Isto sobretudo tendo em conta a prevalência da PEA.”

**Resposta 1 RA**

Agradecemos o interesse e as felicitações pelo estudo.

Pensamos que a relevância do estudo prende-se com os seguintes aspetos:

1. a apresentação de um modelo de funcionamento, tanto quanto sabemos, único no Serviço Nacional de Saúde, o do Centro de Estudos do Bebé e da Criança (CEBC) do Hospital Dona Estefânia, que promove de uma forma inovadora a articulação entre uma unidade de saúde mental da infância e uma unidade de desenvolvimento, sem sobreposição de consultas, com discussão diagnóstica conjunta de todos os casos e cuja orientação terapêutica nas crianças com PEA até aos 3 anos, passa sempre por uma intervenção direta no CEBC numa primeira fase
2. a possibilidade deste modelo poder ser replicado noutras unidades, após a sua publicação, o que nos parece importante, pois somos um Centro com responsabilidade formativa de relevo
3. a aplicação na íntegra da recente norma da DGS quanto a Perturbação do Espetro do Autismo, o que nos parece importante ser divulgado, como modelo a seguir por outras unidades
4. O número de casos estudados no período de 21 meses, parece-nos muito relevante (n=178), poucos centros terão uma casuística assim, tanto quanto sabemos. O facto de, em cerca de 36% dos casos, termos colocado o diagnóstico final de PEA/PEA atípica é um dos elementos da nossa reflexão. Não nos parece que seja uma vulnerabilidade do estudo. Pelo contrário, alerta para a importância, nestas idades tão precoces, do diagnóstico diferencial, da instabilidade dos sintomas, e da resposta à intervenção, que podem permitir trajetórias de evolução diversas das da perturbação do espetro do autismo.

**2 RA)** Em segundo lugar seria essencial o artigo apresentar um esquema que ilustrasse o modelo utilizado e uma tabela que sintetizasse os resultados.

A figura e a tabela foram integradas no manuscrito.

**3 RA)** Em terceiro lugar seria importante desenvolver a parte da metodologia, sendo que alguns conteúdos seriam mais bem colocados nesta sessão em vez de estarem na introdução.

**Resposta 3 RA**

Na estruturação do artigo, optamos por manter a parte descritiva do modelo na introdução. Esta opção deveu-se ao facto de nos parecer coerente esta descrição colmatar toda a reflexão anterior.

O modelo nasce assim da necessidade de dar resposta a todos os aspetos enunciados:

* às características específicas da PEA na primeira infância que nos levaram a adotar uma classificação apropriada a este grupo etário, a DC:0-5
* à necessidade de contextualização da organização do serviço e da sua estrutra
* à necessidade de descrição dos aspetos importantes da norma da DGS

Assim optámos por deixar a metodologia referente ao estudo de casuística.

Submetemos a estrutura do artigo ao Departamento de Investigação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central e seguimos as orientações que nos foram dadas.

Aceitamos que outras estruturações seriam possíveis, mas esta parece-nos também adequada.

**4 RA)** Em quarto Lugar é feito referencia ao modelo D.I.R., mas depois não é claro de que forma é que este é aplicado. Por exemplo não se percebe se existe intervenção em Floor Time.

**Resposta 4 RA**

As consultas diagnósticas são feitas utilizando o modelo Floortime e a organização da intervenção procura seguir as orientações do Modelo DIR de intervenção.

Esta referência foi tornada mais explicita no artigo e está marcada a azul na página 6.

**5 RA)** Em quinto lugar, achei interessante a referência a população de criança com pais estrangeiros, no entanto este dado não é analisado no sentido de se perceber quanto casos de PEA eram referente a esta população.

**Resposta 5 RA**

Na população de crianças com pais estrangeiros foram identificados 6 casos de crianças com PEA e 3 casos de crianças com PEA atípica precoce. Este dado foi incluído no manuscrito, na página 9 e marcado a azul.

**6 RA)** Finalmente existe algumas falhas na referencias, nomeadamente na introdução, parágrafos sem referencias definidas.

**Resposta 6 RA** As falhas nas referências, também identificadas pelo editor, foram corrigidas e estão marcadas a azul.

**Resposta ao Revisor B**

Transcrevemos as recomendações

**1 RB)** “Interesting article written by a trusted group in this area. Its main objective is to make known a methodology of diagnosis and intervention in children with autism in early childhood. However, it does not show any advantage of this methodology in relation to others. It is only a descriptive work and clinical hospital report cases.”

**Resposta 1 RB**

Thank you for your appreciation. This is a retrospective descriptive study of observed children with suspected ASD with the aim of proposing a pioneering approach in Portugal to these children. It innovates, and as far as we know, and it is unique for that, allowing a common approach of Child and Adolescent Psychiatry and Neuropediatrics/Developmental Pediatrics in infancy and early childhood and implementing the recent guidelines established by Direção Geral da Saúde.

This is not a comparative analysis, although we can consider your suggestion and think about a national comparative multicenter study in this field, when possible.

We think that the advantages are well stated in the conclusions, although if needed, we can reformulate:

1. This is a pioneering approach
2. It innovates allowing a common approach of Child and Adolescent Psychiatry and Neuropediatrics/Developmental Pediatrics in infancy and early childhood that is very important for assessment and therapeutic intervention
3. It implements the recent guidelines established by Direção Geral da Saúde
4. It applies DC:0-5 classification, and brings an advantage for the diagnosis of developmental and mental health disorders in infancy and early childhood (axis I). It promotes diagnostic accuracy.
5. DC:0-5 classification, being a multiaxial classification, is also very important for physical assessment, intervention, planning and monitoring individual developmental trajectories

6) This model provides direct access to very specialized health care at the request of the family, which increases accessibility and equity in the National Health Service (NHS)

7) This model favors resources and team organization within the NHS: it eliminates redundancy of medical appointments; it favors complementarity between professionals; and contributes to resource planning the NHS

8) This model promotes the articulation with community structures, which is very relevant for the medium/long term follow-up of these children.

**Resposta ao Revisor C**

Transcrevemos as recomendações

“Considero muito relevante e actual a publicação destes dados que resultam da implementação do Modelo CEBC à implementação da recente NOC para as PEA da DGS.

A importância que atribuo à sua publicação leva-me a sugerir um conjunto de melhorias e clarificações que em minha opinião poderiam contribuir para um maior rigor na sistematização da informação e dos dados que os autores se propõe a comunicar à comunidade científica e aos profissionais a trabalhar no terreno.

Assim sendo anexo o texto do artigo onde fiz um conjunto de comentários e sugestões. Em síntese diria:

**1 RC**) Título  (Reformular no sentido de o tornar mais apelativo e mais de acordo com o que desenvolvem no texto do artigo) A Perturbação do Espetro do Autismo na primeira infância - O modelo do Centro de Estudos do Bebé e da Criança de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. O titulo não reflete o conteúdo já que o objectivo do estudo foi avalia a aplicação do Modelo do CEBC à implementação da NOC da PEA  da DGS.”

**Resposta 1 RC**

Agradecemos a importância dada ao artigo e à sua publicação, bem como os comentários de relevo.

Quanto ao título, parece-nos adequado ao que pretendemos comunicar, uma vez que o artigo detalha a descrição do modelo do CEBC e a sua casuística. Este modelo é anterior, em cerca de ano e meio, à publicação da NOC sobre PEA pela DGS. Mas, de facto, adequa-se e aplica na integra a NOC. Ambos se baseiam na mesma literatura científica e têm em conta a longa experiência das várias unidades nacionais, entre elas a Unidade da Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia. Assim, o facto de se adequar à NOC é apenas um fator salientado no texto, mas os autores não pretenderam que esse fosse o objetivo central do trabalho e daí não ser enfatizado no título.

**2 RC**) Fazer uma descrição mais exaustiva do próprio modelo CEBC, clarificando nomeadamente os aspectos relativos ao que consideram avaliação diagnóstica e/ou intervenção.”

**Resposta 2 RC**

Tomando em conta esta recomendação, foi efetuada uma figura que pretende explicar de forma mais exaustiva o modelo.

Este modelo prevê a realização de 10 sessões diagnósticas que são efetuadas em Floortime baseadas no Modelo DIR. Consideramos que esta abordagem, ao ir de encontro dos níveis de funcionamento da criança, favorece, por um lado, a colheita de dados semiológicos consistentes que permitirão a discussão diagnóstica. Por outro lado, em simultâneo, esta abordagem, ao basear-se nesta intervenção de base relacional, tem logo ganhos terapêuticos imediatos.

Assim, cada uma das 10 sessões, permite: a identificação de forças e vulnerabilidades - o que é uma atitude diagnóstica; e a construção de estratégias que permitirão a consolidação das forças e a evolução nas áreas vulneráveis - o que é uma atitude terapêutica.

**Transcrição dos comentários que o Revisor C assinalou no manuscrito e das respostas dadas**. Anexamos também o ficheiro do manuscrito com os comentários e as respostas.

**RC Comentário 1 p.7**

“Clarificar:

 São unicamente incluídos os casos em que a suspeita de PEA é explicitada como motivo de consulta pelos pais e/ou pelos profissionais que referenciaram o caso

2) São ou não incluídos casos em que a suspeita de PEA é levantada pelo pedopsiquiatra que faz a primeira consulta ou a triagem da consulta, mesmo que tal não tenha surgido de forma explicita no motivo de consulta???”

**Resposta RC C1**

São incluídos todos os casos em que há suspeita de PEA independentemente da origem da referenciação.

**RC Comentário 2 p.7**

“Nestes tb ocorria suspeita de PEA como motivo de consulta??

Valeria a pena clarificar descriminando qual o problema da criança/queixa principal que leva a suspeitar de PEA e ainda com atrás sugeri de quem parte esta suspeita de PEA e se é sempre prévia à vossa primeira consulta ou se pode também surgir ou se surgiu como hipótese de diagnóstico no decurso da vossa primeira consulta

Na prática descriminar:

A - o motivo de encaminhamento para a inclusão neste programa de avaliação diagnóstica

1 – suspeita de PEA

2 – sintomas/queixas sugestivas de PEA, sendo a suspeita de PEA levantada secundariamente pelo pedopsiquiatra responsável pela triagem das consultas

B- os sintomas que funcionam como sinal de alerta de pais e/ou profissionais para fazer emergir a suspeita de PEA”

**Resposta RC C2**

Completámos o parágrafo no sentido de melhor esclarecer estes aspetos. No manuscrito está marcado a azul na página 7. Pensamos que assim mais fica claro.

O que pretendemos esclarecer é que os bebés e as crianças pequenas podem ser sinalizados ao CEBC por preocupações quanto aos sinais e sintomas core de PEA, como está expresso na primeira frase deste parágrafo; mas, por vezes, outras manifestações, aparentemente menos valorizadas pela família ou pelo médico assistente podem ser valorizadas e interpretadas pelos técnicos do CEBC como fazendo parte de sinais de alarme de PEA.

**RC Comentário 3 p.7**

“Como orientação terapêutica/plano de intervenção, esta é uma descrição muito pobre.

Sugiro que revejam e explicitem:

estas sessões Terapêuticas fizeram parte da avaliação diagnóstica??? Já faziam parte do plano de intervenção? Em que moldes????....

Não será melhor separar ou clarificar a possível sobreposição dos 2 planos diagnóstico e intervenção nesta fase???”

**Resposta RC C3**

Tivemos oportunidade de explicitar um pouco este aspeto no documento de resposta aos editores, anexo, a que remetemos a resposta. Resposta 2 RC

Mas compreendemos que aqui não está explicito que este apoio se seguiu às 10 sessões diagnósticas, pelo que acrescentamos no manuscrito na página 8, marcado a azul.

**RC Comentário 4 p.8**

“Clarificar se realizada ao longo da fase de avaliação,,, e/ou ... o perfil desenvolvimental até ao momento da avaliação”

**Resposta RC C4**

Aceitamos a sugestão e fizemos a alteração no manuscrito, na página 8, marcado a azul.

**RC Comentário 5 p.8**

“Desenvolver e explicitar as diferentes possibilidades e encaminhamento7enquadramento.

Penso que uma maior explicitação do Modelo CEBC deve ser feita no início do artigo

Aqui são as conclusões ou seja:

 o modelo funciona e porquê a partir da discussão dos resultados que apresentaram anteriormente

Melhorias a introduzir, se for caso disso…"

**Resposta RC C5**

A sugestão foi aceite e levou à reformulação do texto do parágrafo, marcado a azul no manuscrito, na página 8.

**RC Comentário 6 p.10**

“Não fica claro ao longo do texto que o periodo relativamente longo de avaliação é em si uma intervenção (focal? Breve??) que pode ou não ser suficiente em alguns casos?? Quais???”

**Resposta RC C6**

Esta questão, por ter sido também levantada no documento de decisão editorial, foi já respondida no documento anexo de resposta ao Revisor C - Resposta 2RC

**RC Comentário 7 p.10**

“O que explicitam aqui nas conclusões não foi claramente descrito ao longo do texto, nomeadamente na metodologia /descrição do modelo de avaliação/intervenção e DEVIA

As Coclusões sintetizam o que foi evidenciado antes…"

**Resposta RC C7**

1) Os aspetos relativos à equidade e acessibilidade aos cuidados prestados pelo CEBC, são uma conclusão a partir do facto de 27% destes casos terem sido sinalizados a pedido direto das próprias famílias (resultados, p.7)

2) A racionalização da investigação complementar está implícita na descrição do modelo (introdução p.6 alínea 3) e depois é salientada nos resultados (p.8) ao ser referido que 25% dos casos foram investigados

3) Os aspetos relacionados com as sessões diagnósticas e o seu potencial terapêutico inicial, estão referidas na introdução, p.6 alínea 2, e foram sendo mais bem detalhadas no texto com as alterações resultantes das sugestões do Revisor C. Estes aspetos estão ainda defendidos no documento anexo de resposta ao Revisor C - Resposta 2RC

**RC Comentário 8 p.10**

“Iden não suficientemente explicitado antes”

**Resposta RC C8**

Este aspeto é apresentado na introdução (p.6 alínea 6) e na discussão, onde consta num parágrafo reformulado por sugestão do revisor C (p.8,9). Este novo parágrafo mais explícito, permite, em nossa opinião, esta conclusão.

Também o próprio “desenho” do modelo, permite inferir o esforço para não se duplicarem consultas, para a promoção da complementaridade entre técnicos e para a articulação com a comunidade.