

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAQUEL DO NASCIMENTO AMARAL

Avaliação de um programa piloto para capacitação de profissionais da
Estratégia de Saúde da Família para identificar sinais precoces de autismo

Campo Grande

2017

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Avaliação de um programa piloto para capacitação de profissionais da
Estratégia de Saúde da Família para identificar sinais precoces de autismo

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB,
sob orientação do Prof. Dr. André Augusto
Borges Varella.

Campo Grande

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

A485a Amaral, Raquel do Nascimento

Avaliação de um programa piloto para treinamento de profissionais das Estratégias da Saúde da Família para avaliação precoce de autismo / Raquel do Nascimento Amaral; orientador André Augusto Borges Varela.-- 2017.

98 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.

1. Autismo em crianças – Avaliação precoce 2. Capacitação profissional 3. Saúde da Família I. Varela, André Augusto Borges II. Título

CDD – 618.928992

A dissertação apresentada por **RAQUEL DO NASCIMENTO AMARAL**, intitulada “**AVALIAÇÃO DE UM ROGRAMA PILOTO PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA IDENTIFICAR SINAIS PRECOCES DE AUSTISMO**”, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) foi.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Augusto Borges Varela (Orientador)

Prof. Dr. Examinador 1

Prof. Dr. Examinador 2

Prof. Dr. Examinador 3

Campo Grande, _____ de _____ de 2017.

“O conhecimento é poder. Utilize parte do seu tempo para educar alguém sobre o autismo. Não necessitamos de defensores. Necessitamos de educadores.”

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por perdoar minhas falhas e me abençoar com essa titulação. Ato de misericórdia.

À minha filha, que se tornou o motivo maior na luta às minhas metas!

À minha Mãe, que faz além para que eu conquiste objetivos. Grandiosa mãe, você é tudo para mim!

Aos meus irmãos, que me incentivam na profissão em busca da excelência.

Ao meu pai, por existir e torcer por mim. A distância não apaga uma boa criação.

Ao meu orientador Professor Dr. André Augusto Borges Varela, pelo educador que és.

Pela humildade que leva a vida e deixa isso transparecer. Pelo cuidado até nos momentos de exigência. Enfim, pela “mineirice” que o embeleza e o tornou especial para mim.

À Universidade Católica Dom Bosco, corpo docente e administrativo, onde com eles a interatividade foi educativa.

Ao Sr. Michel Constantino, professor do Núcleo de Desenvolvimento Local da Universidade Católica dom Bosco, que contribuiu com sua orientação na linha estatística utilizada na pesquisa.

Às minhas amigas Ana Maria Maia Bernardinelli, Jeane Araújo e Gil Araújo, que me vinculei durante o mestrado. Tornaram meu estudo muito mais leve e feliz. Hermosas!

A todos, que de alguma forma tornaram esse título possível!

Obrigada.

Minha homenagem, dedicatória, é estendida ao meu irmão. Quão difícil é escrever a GRATIDÃO. Essa é a palavra correta para designar a ele. Há alguns anos atrás, o mestrado era SONHO, e hoje é REALIDADE.

A obtenção desse título veio sim, por meio da minha busca no fortalecimento do estudo, contudo, ingressar em uma Universidade Particular e conseguir custear esse trajeto, não é nada fácil. Meu irmão, além da ajuda financeira, é aquele que possui o brilho em seu olhar quando um integrante da família conquista algo. Esse título tem uma força “tremenda” para ele. É parte de uma conquista considerada, além de minha, dele.

Meu irmão é espelho da família. É estaca bem fincada. É fiel conosco. Tem coração gigante. Ele é luz. As lágrimas que correm dos meus olhos ao escrever essa dedicatória não podem ser descritas. Como queria saber expor melhor o meu obrigado.

Dizem por aí que a gratidão é quando a alma diz obrigada. Dizem também que a gratidão é uma virtude do caráter. E CARÁTER define meu irmão Ricardo.

“Ri” é como o chamo amorosamente.

Ri, receba a minha gratidão por essa conquista de Mestra em Saúde.

Encerro minha homenagem com uma das músicas que me faz lembrar ele. Música essa que também foi escolhida para a entrada na festa da minha formatura, na graduação em enfermagem:

“Nesta longa estrada da vida,
vou correndo e não posso parar.
Na esperança de ser campeão,
alcançando o primeiro lugar,
Na esperança de ser campeão,
alcançando o primeiro lugar.”

(Milionário e José Rico)

RESUMO

O Transtorno do Espectro do Autismo se caracteriza por um distúrbio no desenvolvimento que ocorre ainda na primeira infância. Diversos estudos identificaram sinais precoces do autismo, que podem se manifestar a partir dos seis meses de vida do bebê. A identificação desses sinais pode favorecer o diagnóstico precoce e o encaminhamento dessas crianças ao tratamento especializado. Profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) realizam frequentemente um trabalho de acompanhamento e visitas domiciliares. Se devidamente capacitados, tais profissionais podem aumentar as chances de diagnosticar precocemente o TEA. O objetivo desse estudo foi desenvolver e avaliar a eficácia de um programa de capacitação de profissionais da ESF na identificação de sinais precoces de TEA. 32 profissionais de uma ESF foram submetidos a um programa de capacitação em formato de palestra. Uma sequência de 11 vídeos de curta duração, que mostravam crianças com e sem sinais de TEA, foi apresentada aos participantes antes e depois da palestra. Os participantes eram requeridos a escrever em um protocolo de registro se algum sinal de TEA foi identificado em algum dos vídeos. Os resultados sugerem que o programa piloto foi eficaz no ensino de identificação de sinais de autismo: foi observado aumento na média de participantes que identificaram corretamente pelo menos um sinal de TEA (de 10,25 participantes para 21,25, valor de $t=0,01$), aumento na frequência média de sinais corretamente identificados (de 12 ocorrências para 25,25 ocorrências, valor de $t=0,02$) e aumento na porcentagem média de sinais identificados (de 20% para 49%, valor de $t=0,01$). O estudo sugere novas implementações junto ao programa, considerando pontos que causaram influência, apesar do resultado positivo em termos estatísticos, cito ambientes inadequados e desatenção observada por alguns participantes. Apesar do efeito ter sido significativo, é provável que o estudo possa avançar ainda mais se proposto em grupo menores ou até mesmo individual, considerando a desatenção, estrutura física, entre outros fatores que podem ter influenciado na pesquisa.

Palavras-chaves: Sinais precoces. Capacitação profissional. Estratégia de Saúde da Família.

Autismo.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder is characterized by a developmental disorder that occurs even in early childhood. Several studies have identified early signs of autism, which may manifest as early as six months of the baby's life. The identification of these signs may favor the early diagnosis and referral of these children to specialized treatment. Professionals of Family Health Strategies (FHS) often carry out follow-up and home visits. If properly trained, such professionals may increase the chances of early diagnosis of ASD. The objective of this study was to develop and evaluate the effectiveness of a training program for FHS professionals in the identification of early signs of ASD. 32 professionals from an ESF were submitted to a training program in a lecture format. A sequence of 11 short videos, showing children with and without signs of ASD, was presented to the participants before and after the lecture. Participants were required to write in a registry protocol if any sign of TEA was identified in any of the videos. The results suggest that the pilot program was effective in teaching the identification of signs of autism: an increase in the average number of participants who correctly identified at least one TEA signal was observed (from 10.25 participants to 21.25, $t = 0$, 01), increase in the average frequency of correctly identified signals (from 12 occurrences to 25.25 occurrences, $t = 0.02$) and increase in the mean percentage of identified signals (from 20% to 49%, $t = 0.01$). The study suggests new implementations with the program, considering points that probably caused influence, despite the positive result in statistical terms. Although the effect was significant, it is likely that the study could advance further if proposed in smaller or even individual groups, considering inattention, physical structure, among other factors that may have influenced the research.

Keywords: Early signs. Staff training. Family Health Strategy. Autism.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição

ESF - Estratégia da Saúde da Família

M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA - Transtorno do Espectro do Autismo

TID-SOE - American Psychiatric Association

UBSFs - Unidades Básicas da Saúde da Família

CDC - Center of Diseases Control and Prevention

ACS – Agente Comunitário de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Marcos do Desenvolvimento Infantil;

Quadro 2 - Indicadores do Desenvolvimento e Sinais de Alerta para Autismo – 0 a 12 meses;

Quadro 3 - Indicadores do Desenvolvimento e Sinais de Alerta para Autismo – 12 a 24 meses;

Quadro 4 – Sequência dos Vídeos no Vídeo-Teste.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dados Sociodemográfico – Categorias;

Gráfico 2 - Dados Sociodemográfico;

Gráfico 3 – Média de Participantes que Identificaram Sinais Precoces de Autismo;

Gráfico 4 – Média de Frequência de Sinais Corretamente Identificados Antes e Depois do Programa Piloto;

Gráfico 5 - Média das porcentagens de sinais identificados corretamente.

Gráfico 6 – Média de porcentagens corretamente identificados dos participantes de nível médio e nível superior.

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.0 | APRESENTAÇÃO..... | 16 |
| 2.0 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 3.0 | OBJETIVOS..... | 25 |
| 3.1 | Objetivos gerais | 25 |
| 3.2 | Objetivos Específicos | 25 |
| 4.0 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 26 |
| 4.1 | Os Marcos do Desenvolvimento Infantil..... | 26 |
| 4.2 | Transtorno do Espectro do Autismo..... | 32 |
| 4.3 | Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista..... | 35 |
| 4.4 | Estratégia de Saúde da Família e Equipe Multidisciplinar..... | 44 |
| 5.0 | MÉTODO..... | 52 |
| 5.1 | Tipo de Estudo e Variáveis investigadas..... | 52 |
| 5.2 | Participantes..... | 52 |
| 5.3 | Situação e Materiais..... | 53 |
| 5.4 | Instrumentos de Medida..... | 53 |
| 5.5 | Procedimento..... | 55 |
| 5.5.1 | Pré teste de identificação de sinais precoces de TEA e preenchimento de questionário sociodemográfico | 55 |
| 5.5.2 | Programa piloto de capacitação de identificação de sinais precoces..... | 55 |
| 5.5.3 | Pós teste de identificação de sinais precoces de TEA | 55 |
| 5.6 | Análise e Tratamento dos Dados..... | 56 |
| 6.0 | RESULTADOS..... | 57 |
| 7.0 | DISCUSSÃO..... | 63 |
| 8.0 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 68 |
| 9.0 | REFERÊNCIAS..... | 71 |
| 10.0 | ANEXOS..... | 78 |
| 10.1 | Autorização I – Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) – Campo Grande –MS..... | 78 |
| 10.2 | Autorização II – Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Católica Dom Bosco... <td>78</td> | 78 |
| 11.0 | APÊNDICES..... | 82 |
| 11.1 | Dados Sociodemográfico da amostra..... | 82 |
| 11.2 | Termo de Consentimento livre e esclarecido..... | 83 |
| 11.3 | Programa de Capacitação – Palestra em Recurso de Power Point projetada em Datashow para o aprendizado na identificação de sinais precoces de autismo..... | 84 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 11.4 Programa de coleta de dados – amostra de vídeos – protocolo de registro de sinais de autismo..... | 85 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

1.0 APRESENTAÇÃO

O estudo presente foi realizado por uma enfermeira, Raquel do Nascimento Amaral, orientada pelo professor Doutor André Augusto Borges Varella, com o intuito de fomentar a importância de treinar profissionais das ESF (Estratégias de Saúde da Família) sobre como identificar sinais precoces de autismo, uma vez que são estes profissionais que estão diretamente em contato com a família na comunidade, participando ativamente de visitas domiciliares, com enfoque na prevenção de doenças e agravos, no nível da atenção primária. Para atingir o objetivo da pesquisa, foi necessário se doar à base teórica para entender essa dinâmica que é tratar de autismo e treinar pessoas para auxiliar nesse caráter preventivo. Imprescindível também entender a relevância de se trabalhar com treinamento de pessoas.

Sou uma pesquisadora Enfermeira cursando mestrado no Programa de Psicologia da Saúde, onde tenho um olhar voltado para dentro da enfermagem, apesar do subsídio psicológico ter sido extremamente significativo no decorrer do estudo para ampliar minha base crítica em estudar comportamento em identificar os sinais precoces de autismo. Especializei-me em Unidade de terapia Intensiva (UTI) e atuo hoje na área como Responsável Técnica do setor Intensivo, onde ressalto que a psicologia também é base diária no processo de trabalho, por estar falando de uma unidade crítica, que recebe pacientes graves, instáveis e que dependem de suportes altamente complexos em termos tecnológico e medicamentoso. Na UTI, me deparo com famílias instabilizadas emocionalmente, que requerem paciência, escuta ativa e informações coerentes e reais de seu ente querido, de forma a entenderem a gravidade do cliente e seu prognóstico. Atuei em Unidades de Terapia Intensiva por 5 (cinco) anos, além de também possuir experiência em outras áreas como oncologia, psiquiatria, clínica médica, pronto socorro,

centro cirúrgico e unidades cirúrgicas de cuidado intermediário. Lecionei cursos técnicos na área de UTI concomitantemente ao trabalho hospitalar e, posso afirmar que o processo de treinar pessoas faz parte da minha rotina diária bem como ser treinada, por estar sempre participativa e atualizada junto a cursos da área. Já promovi inclusive, semanas voltadas ao Controle de infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente e Simpósio de UTI, com o intuito de capacitar as equipes envolvidas para assegurar uma prática qualificada, objetivando indicadores de qualidade mais abrangentes. Portanto, encaro o treinamento um forte aliado à minha atuação profissional desde a minha graduação, que me oferece certo conhecimento para poder melhorar a capacidade dos profissionais que trabalham e estudam comigo de modo a minimizar danos e eventos adversos, além de tornar a qualidade de vida melhor dos pacientes e famílias, com menos sofrimento e maior aceitação do estado clínico, independente do prognóstico do paciente.

Habitualmente, realizo treinamentos mensais junto à equipe, onde obtenho um cronograma que atende às normas da Resolução da Unidade de terapia Intensiva, ou seja, é de caráter obrigatório treinar pessoas na área da saúde, que visa redução de erros e agravos, além de promover prevenção dos mesmos. Assim, quando me deparei com o mestrado e a oportunidade de trabalhar com treinamento de pessoas para a identificação de sinais precoces do autismo, um aceite dessa idéia proveniente do meu orientador, foi imediato, pois apesar de se tratar de uma área nova na minha carreira, que é o autismo, encarei como algo inovador e desafiador, que veio para me mostrar o quão importante poderia ser essa pesquisa (e foi!) no caráter preventivo desse transtorno. Dessa forma, o elo que me atinge de treinamento x autismo me posicionou para o estudo afincado do transtorno e à base teórica de treinamento, com o intuito de aguçar a minha experiência para tornar relevante o resultado dessa pesquisa, uma vez que já possuo essa prática de

treinar no meu dia a dia e fui influenciada à dinâmica de entender o que é o autismo e de como treinar profissionais de diferentes categorias para auxiliar nessa área.

2.0 INTRODUÇÃO

O autismo foi descrito primeiramente em 1943, em um artigo escrito por Leo Kanner, intitulado de “Distúrbios Autísticos do contato afetivo”. Nele o autor relata um estudo com 11 (onze) crianças que apresentavam comportamentos anormais quando comparados com crianças de desenvolvimento cognitivo, emocional e comunicativo típicos. Assim, detectou sintomatologia como ações repetitivas, aderência a rotinas, e principalmente e mais frisado, um isolamento social e afetivo importante. A partir desse artigo seminal, surgiram outros estudos afins, buscando conceituar o transtorno e auxiliar na detecção precoce, tratamento e evolução de próprios estudos com base na melhoria da condição terapêutica e consequente qualidade de vida do portador de autismo (LAMPREIA et. al, 2009).

O conceito de autismo e seus critérios para diagnóstico se modificaram ao longo do tempo. A quinta e mais recente edição do Manual e Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, APA, 2013) classifica o autismo um Transtorno do Neurodesenvolvimento, e utiliza a terminologia Transtorno do Espectro Autista (TEA), adotado no DSM-IV-TR (APA, 2002). De acordo com a nova classificação do manual, as características do comportamento do paciente portador de autismo são entendidas dentro de um continuum espectro de comprometimentos qualitativos na sociocomunicação e em padrões de comportamentos estereotipados e restritos bem como importantes limitações e restrições nos interesses e atividades. . Esse continuum varia de manifestações mais leves até mais severas. Independente desse grau. Independente desse grau Portanto, a presença desses comprometimentos limita o indivíduo ou pelo menos restringe seu funcionamento diário (ZANON et. al, 2014).

De acordo com o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), órgão estadunidense, semelhante ao Ministério da Saúde no Brasil, 1 a cada 68 crianças de 8 anos apresenta autismo (CDC, 2014). Há poucos dados oficiais brasileiros, porém há estudos relevantes que trazem resultados importantes que embasam a necessidade de manter um olhar vigilante frente aos sinais precoces de autismo, como a pesquisa de Paula et. All (2015) que ressalta a importância de se ater aos sinais precoces de autismo, dando ênfase na atenção Compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. Em sua pesquisa, considera a atenção compartilhada composta de 3 (três) comportamentos, sendo a capacidade da criança seguir o gesto e olhar, a capacidade de seguir a direção do olhar e gestos para o adulto e a capacidade de utilizar o gesto e olhar para obter algo. Esse estudo foi realizado na cidade de Barueri, com 6 creches, sendo 1 (uma) delas um piloto, perfazendo uma amostra de 92 (noventa e duas) crianças. Foram utilizadas algumas escalas de rastreamento precoce de autismo e os resultados apontaram que as mães que não haviam realizado o devido acompanhamento pré-natal ou que foram mães de bebês prematuros, havia maior risco de desenvolvimento para autismo, o que nos afirma a necessidade de maior atenção política pública, considerando o número alarmante, propondo que as estratégias preventivas precisam ser enfatizadas.

O diagnóstico do TEA é realizado com base em uma avaliação clínica, observando-se a criança e analisando o seu histórico de desenvolvimento por meio de entrevista com os pais ou cuidadores. De acordo com o DSM-V (APA, 2014), o diagnóstico do TEA é realizado a partir da identificação de déficits em dois aspectos principais: (A) prejuízos nas habilidades relacionadas à comunicação e interação social e (B) presença de padrões de comportamentos repetitivos e interesses restritos. No que se refere aos prejuízos nas habilidades de comunicação e interação social, o indivíduo deve necessariamente apresentar déficits na reciprocidade social-emocional (isto é,

dificuldade de compartilhar e reconhecer sentimentos e pensamentos), déficits na comunicação não verbal (e.g., ausência ou baixa frequência de contato visual, expressões faciais, gestos, entonação da fala) e déficits nas habilidades de iniciar e manter interações sociais (manifestadas normalmente por um reduzido interesse em pessoas, rejeição pelo contato com os outros ou formas inadequadas – às vezes agressivas – de iniciar interações com pessoas). Sobre os padrões de comportamento repetitivos e restritos, um diagnóstico de TEA requer que o indivíduo apresente pelo menos dois dos quatro sinais a seguir: movimentos repetitivos e estereotipados (como balançar as mãos, repetição de sons estranhos, de palavras ou até frases inteiras, mas fora de contexto), persistência em rotinas e/ou realizações de rituais (reagir de forma negativa e com intensidade atípica frente a mudanças, realizações de rituais para comer, sair de casa ou brincar), interesses restritos e com foco ou intensidade anormal (por exemplo, apego a um pedaço de pano ou parte de um brinquedo, preocupação excessiva em desmontar objetos, insistência em conversar sobre carros, dinossauros ou algum outro tópico específico), e uma hiper ou hiporesponsividade a estímulos (resistência ao frio ou a dor, reações atípicas a alguns sons ou texturas, fascínio por luzes ou objetos que giram, entre outros).

Os sinais de TEA descritos no DSM-V devem ser observados no início do desenvolvimento da criança. Em países como os Estados Unidos, o diagnóstico normalmente é realizado a partir de 3 (três) anos de idade (CERVANTES et. al, 2016). No entanto, diagnóstico precoce se constitui como uma importante barreira para o tratamento do TEA: sem o diagnóstico precoce, torna-se pouco provável que pais de crianças com autismo busquem por tratamento precoce, mesmo que estes percebam irregularidades no desenvolvimento da criança. O início precoce da intervenção, isto é, por volta dos 3 anos, tem sido apontado como um fator de grande impacto no

prognóstico da criança, em termos de socialização, melhoria na atenção compartilhada, entre outras condições que minimizam a dificuldade da criança com o desenvolvimento para o transtorno (GRAMPEESHEH, 2009). Portanto, diagnosticar precocemente o TEA tem como principal vantagem facilitar o rápido encaminhamento para o tratamento especializado, o que pode ter importantes consequências para o desenvolvimento da criança.

Apesar de o diagnóstico precoce ocorrer por volta dos 3 ou 4 anos de idade, uma série de estudos têm demonstrado que, sinais de TEA podem ser observados a partir de 6 meses de idade, se evidenciando entre os 12 aos 24 meses (Zwaigenbaum, 2013). A identificação desses sinais precoces de TEA é relevante por permitir identificar crianças que apresentam fatores de risco de TEA. Dizer que uma criança está em risco de TEA não implica em afirmar que o diagnóstico será fechado no futuro (como ficará mais claro ao longo desse estudo), mas permite aos profissionais de saúde, educação e aos pais a oportunidade valiosa de monitorar cuidadosamente o desenvolvimento da criança e encaminhar para avaliações profissionais especializadas, seja para diagnóstico e/ou intervenção. Em outras palavras, profissionais capacitados para identificar sinais precoces de TEA podem contribuir para que diagnósticos sejam feitos cada vez mais cedo.

No contexto da saúde pública brasileira, os profissionais que teriam as melhores oportunidades de acompanhar o desenvolvimento da criança longitudinalmente seriam os profissionais da atenção básica. A atenção básica traz na sua filosofia ações articuladas, como a visita domiciliar, a potencialização de recursos comunitários, ações intersetoriais, além de ofertas de atividades que auxiliam na interação social, como grupos de apoio, lazer, oficinas, entre outras. É nessa perspectiva que a pesquisa tem sua importância, pois isso permite que a partir de nível comunitário, a equipe assista

integralmente a criança desde o seu desenvolvimento, conheça e estabeleça laços no meio em que vive, sendo possível sua percepção e/ou o contato com os cuidadores diretos, que são os primeiros, muitas das vezes, a perceberem sinais de desenvolvimento atípico nos primeiros três anos de idade. Portanto, treinar profissionais das Unidades Básicas de Saúde pode ser uma estratégia eficaz para favorecer o diagnóstico precoce de TEA.

No Brasil, é de extrema necessidade o desenvolvimento de programas direcionados para a detecção precoce de TEA na saúde pública. É a equipe de saúde que detecta anormalidades comportamentais em crianças, podendo visar indicadores de diversos tipos de alterações comportamentais, entre as quais estão os TEA. Com uma atuação clínica focada em familiares, será possível implementar estratégias mais amplas de manejo e orientação familiar quando necessário (MECCA, 2010). Para que profissionais estejam aptos a identificar sinais precoces, no entanto, é necessário o desenvolvimento de programas de capacitação eficazes no ensino desta habilidade.

De acordo com Andrade (2002), programas de treinamento profissional abarcam cinco níveis: (I) reação, (II) aprendizagem, (III) comportamento no cargo, (IV) organização, (V) valor final. Nessa mesma linha, o presente estudo se propõe a desenvolver um programa de capacitação e avaliar os níveis de reação e aprendizagem (conforme definidos por Andrade, 2002). Ainda, treinar pessoas requer um embasamento teórico e um desenvolvimento prático relevante referente à psicologia organizacional que serviu de subsídio adicional à essa pesquisa. Assim discorreu Zerbini (2010) em seu estudo sobre aprendizagem no trabalho, onde ela expõe sobre a aprendizagem induzida, que é uma das formas de ensino, ocorrendo através de contexto corporativo, formação e qualificação profissional em ambientes de trabalho diversos,

como realizamos no estudo presente, com agendamento prévio, programação e apresentação do programa piloto.

Para tanto, é necessário que a equipe multiprofissional receba treinamentos a fim de se atentar aos sinais precoces de TEA em sua proximidade às crianças na atenção básica, quando assistidas na unidade, em visitas domiciliares ou até mesmo através da busca pelos pais em entender essa diferenciação em sua rotina. Os profissionais necessitam desenvolver suas atividades através da identificação de sinais do TEA, planejando e avaliando rigorosamente o rastreamento em torno dessa importância. As pesquisas ressaltam que as Estratégias da Saúde da Família têm por base priorizar prevenção e promoção da saúde e que uma assistência holística é fundamental para que minimize agravos ao paciente assistido através de cuidados primários, os quais geram um prognóstico positivo a médio e longo prazo na vida desse indivíduo.

Portanto, considerando o TEA como um importante problema de saúde pública, destaca-se necessidade de se preparar os profissionais das equipes de saúde da família para identificar sinais precoces de TEA. Uma vez que estes profissionais, que se inserem com maior frequência no ambiente familiar por meio de visitas domésticas, estejam aptos a identificar os principais sinais de TEA, pode –se favorecer o encaminhamento de casos suspeitos e, portanto, um possível impacto no número de casos diagnosticados precocemente e, por sua vez, no número de casos encaminhados para a intervenção precoce, favorecendo o prognóstico da criança (BRADSHAW, 2014).

3.0 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Desenvolver e avaliar a eficácia de um programa piloto para ensinar profissionais das Estratégias de Saúde da Família a identificar sinais precoces de TEA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver um programa de capacitação, em formato de palestra, para a identificação de sinais precoces de TEA
- Aplicar o programa de capacitação desenvolvido para aprimorar as competências na identificação de sinais precoces de TEA por profissionais da ESF.
- Avaliar a eficácia do programa para ensinar identificação de sinais precoces de TEA, através de um protocolo pré-elaborado e um treinamento com a utilização de recursos audiovisuais, considerando o pré e pós-teste.
- Caracterização a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família.

4.0 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 OS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Para o desenvolvimento da pesquisa, fora necessário articular os sinais precoces mais facilmente observados na criança junto à cadeia de desenvolvimento humano (DI), considerando as fases esperadas de um desenvolvimento típico x risco para o transtorno, o que facilita entender a que se atentar quando o bebê não está respondendo através de ausência de sinais importantes como sorrir, atender pelo chamado do adulto, prestar mais atenção a objeto q no adulto. Dessa forma, se é esclarecido do que esperar da criança em cada fase e idade, ficam mais evidente esses sinais de risco para autismo e logo um encaminhamento para terapia o quanto antes.

O desenvolvimento humano pode ser compreendido como mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo, que ocorrem de forma sequencial e regular (DIAS et. al, 2013). Para a Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2012) este é um processo que ocorre desde a formação do feto até a morte, resultando em um indivíduo que responde às suas necessidades físicas e sociais de acordo com o meio em que está inserido. Ou seja, falar em desenvolvimento também implica em falar sobre comportamentos, ao se partir do entendimento de que comportamento se define enquanto uma relação do organismo com seu ambiente (BIJOU, 1995).

A noção de desenvolvimento traz consigo a ideia de passagem, de mudança, de alteração. A partir desse ponto de vista, compreender o desenvolvimento humano implica em entender as alterações que um indivíduo apresenta, em certos aspectos, em comparação a ele mesmo em um período anterior. Dada sua grande complexidade enquanto um fenômeno, o estudo do desenvolvimento humano é normalmente dividido

em diferentes áreas, como por exemplo, a área motora, social, emocional, de linguagem/comunicação, cognitiva, entre outras. O desenvolvimento humano se apresenta em múltiplas faces, simultaneamente, à medida que a pessoa vive e interage com o ambiente (BRASIL, 2012)

De acordo com Gerber, Wilks e Erdie-Lalena (2010), o desenvolvimento humano apresenta, em geral, certa regularidade e uma sequência. Denominamos de *marcos do desenvolvimento* algumas mudanças específicas que são tipicamente observadas em seres humanos, em determinados momentos das suas vidas. Na espécie humana, normalmente o bebê se senta sem apoio a partir dos sete meses de idade; e aos doze meses, ele normalmente consegue andar sozinho (BRASIL, 2012). Sentar-se sem apoio aos seis meses e andar sozinho aos doze meses são exemplos de marcos do desenvolvimento infantil. Assim, a identificação dos marcos do desenvolvimento teria grande relevância por permitir o acompanhamento do desenvolvimento de um indivíduo ao longo do tempo, o que facilitaria a identificação de irregularidades em seu curso. No caso dos sinais precoces de TEA, estes são identificados a partir de observações sobre criança acerca de como ela interage com o mundo à sua volta, tendo como parâmetro esses marcos do desenvolvimento infantil.

Aos três meses, a criança adquire maior capacidade em termos de rapidez e complexidade nas reações ao jogo que envolva o contato físico (rindo, por exemplo, quando lhe fazem cócegas). Pouco depois, a criança responde prontamente à tentativa dos adultos para serem amigáveis e íntimos mesmo à distância. Aos seis meses, ocorre um avanço ao nível do desenvolvimento cognitivo. Logo, a criança começa assim a agir com uma orientação bem definida mostrando que já tem uma consciência clara de si e do outro: “exibindo-se” para divertir, procurando ser aplaudida, tentando atrair o adulto para o jogo e pedindo ajuda quando necessário, entre outras reações. Depois dos seis

meses (geralmente até os 9), as crianças dedicam muito tempo à exploração e manipulação dos objetos, permanecendo por alguns períodos de tempo mentalmente isoladas e resistentes às tentativas dos outros para partilharem o objeto ou a atividade. Mas é precisamente nesta altura, que os adultos gostam de introduzir objetos nos jogos da criança e de acompanhar as suas ações ou as ações das crianças com vocalizações e gestos expressivos, dando um “colorido” emocional às interações. A forma como a criança responde mostrando um grande interesse reforça esta atitude por parte do adulto (BRASIL, 2002)

O desenvolvimento da curiosidade e da afetividade demonstram de que forma os processos cognitivos e a exploração ativa dos objetos se desenvolvem de forma intimamente relacionada com as capacidades para a comunicação precocemente manifestadas. Depois dos nove meses, assistimos a uma transformação fundamental neste balanço entre a exploração dos objetos e a motivação para o contato e comunicação com os outros. Esta transformação é observável através de uma variedade de novos comportamentos que evidenciam motivação por parte da criança para a aprendizagem da forma como os outros vêem o mundo e utilizam os objetos. Por volta dos dezoito meses, através da observação e imitação dos outros, o jogo da criança desenvolve-se para o jogo funcional com regras sociais reconhecíveis (por exemplo, falar ao telefone ou pentear a boneca).

O fator crucial que torna a realidade com significado para a criança é a sua orientação preferencial em relação às outras pessoas e à sua forma de avaliar e lidar com a realidade. A criança está também cada vez mais interessada na maneira como as suas ideias são percebidas pelos outros (FELDMAN, 2006).

A Tabela 1 apresenta alguns marcos do desenvolvimento infantil conforme Brasil (2012) e Gerber (2010). Uma análise detalhada de todos os marcos do

desenvolvimento não faz parte do escopo do presente estudo, uma vez que o desenvolvimento infantil é um processo bastante complexo e, como dito anteriormente, se mostra a partir de diversos aspectos da vida do indivíduo. No entanto, alguns marcos são especialmente importantes para que seja possível identificar sinais precoces de TEA.

Por exemplo, aos 12 (doze) meses de idade é esperado que o bebê comece a apresentar alguns comportamentos importantes para o desenvolvimento da comunicação e da socialização: o bebê responde quando é chamado pelo nome, segue algumas instruções simples e, especialmente, compartilha atenção com o adulto. Portanto, no primeiro ano de vida, espera-se que o bebê esteja respondendo à linguagem do adulto, quando observamos que nessa faixa etária ele consegue atender quando alguém o chama pelo nome e seguir algumas instruções (por ex., “venha cá”). Nesse período, a criança também consegue imitar sons e dizer uma ou outra palavra. Ela não apenas começa a entender a linguagem humana, mas como também começa a aprender como fazer uso dela.

Ao final do primeiro ano de vida, a criança não somente se encontra em pleno processo de aprendizagem da linguagem, tanto no que se refere ao entendimento da linguagem de outras pessoas quanto em utiliza-la para se comunicar. Aos 12 (doze) meses, espera-se que a criança apresente também uma habilidade fundamental para o seu desenvolvimento social: a habilidade de compartilhar a atenção com o adulto (MUNDY & NEWEL, 2007). A atenção compartilhada (ou atenção conjunta) é a habilidade da criança em coordenar sua atenção com a de seu interlocutor. A criança consegue tanto rastrear o olhar ou gestos do adulto quanto utilizar seu olhar ou gestos para coordenar a sua atenção com a do seu interlocutor, em relação a algum aspecto do mundo. Por exemplo, quando a mãe diz para a criança “cadê o papai?”, e

simultaneamente, a mãe *olha para o pai*, a criança aprende a rastrear a direção do olhar da mãe, se atentando ao mesmo aspecto do ambiente que a mãe estava atenta (nesse caso, o pai). Outro exemplo que envolveria a habilidade de atenção conjunta seria a criança avistar um cachorro na rua e apontar para o cão, de modo a coordenar sua atenção com a da mãe, fazendo-a ficar atenta a algo em seu mundo que chamou sua atenção (nesse caso, o cão).

Tabela 1 – Marcos do Desenvolvimento Infantil

| Idade | O que é esperado da criança |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aos 4 meses | <ul style="list-style-type: none"> – Apresenta sorriso social – Segue objetos com o olhar – Fica de bruços, eleva a cabeça e os ombros |
| Aos 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> – Move a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro – Faz o gesto de “tchau” e bate palmas – Reage quando é chamado pelo nome – Balbucia |
| Aos 9 meses | <ul style="list-style-type: none"> – Acompanha com o olhar gestos de apontar do adulto – Usa sons para chamar atenção – Apresenta reações a pessoas estranhas – Senta sem apoio e engatinha – Reconhece pessoas familiares – Tem expressões faciais de afeto – Reproduz sons |
| Aos 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> – Aponta para objetos que deseja – Usa de gestos indicativos para compartilhar atenção com o adulto – Segue instruções simples (de um comando) – Nada sozinho – Fala de uma a três palavras |
| Aos 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> – Fala de 10 a 25 palavras – Aponta para objetos quando ouve o nome – Se entristecer ou se alegrar quando vê alguém chorar ou sorrir – Começa a demonstrar vergonha quando é observado – Engaja em brincadeira de faz-de-conta |

Aos 2 anos

- Apresenta um vocabulário de mais de 50 palavras
- Estrutura frases com duas palavras
- Mostra interesse e observa crianças, brincando em paralelo
- Segue instruções de dois comandos

Ao final do segundo ano de vida, a criança tipicamente já demonstra o quanto evoluiu em sua habilidade de se comunicar e interagir com pessoas ao seu redor. Ela já apresenta um vocabulário de mais de 50 (cinquenta) palavras, podendo chegar a aproximadamente 200 palavras, estrutura frases com duas palavras, demonstra algum interesse por outras crianças e pode se alegrar ou se entristecer quando vê alguém sorrindo ou chorando. A criança começa cada vez mais a entrar no mundo social e a fazer parte dele.

Considera-se relevante conhecer o desenvolvimento da criança de modo a monitorar suas condições de saúde. As crianças devem ser assistidas de forma continuada, de maneira que possíveis sinais de atraso, em quaisquer aspectos, sejam identificados e melhor avaliados. A identificação de irregularidades é de fundamental importância para o diagnóstico precoce do TEA. Apesar do diagnóstico do TEA normalmente ser realizado a partir de 3 (três) anos, diversos estudos demonstram que alguns sinais de autismo já se apresentam antes dessa faixa etária.

4.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é considerado um distúrbio de desenvolvimento que mais impacta o desenvolvimento infantil. Recentemente o conceito de autismo sofreu uma redefinição, sendo compreendido enquanto um espectro que atualmente engloba as categorias Transtorno Autista, Síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação – TID-SOE (APA, 2014). Os indivíduos com esses transtornos podem ser afetados em diferentes graus de comprometimento nas áreas de interação social recíproca, habilidades de comunicação, comportamento, interesses e atividades.

Os TEA se manifestam através de alterações no desenvolvimento, onde a criança não apresenta as habilidades esperadas para a sua idade. As áreas mais afetadas são a da linguagem e comunicação, o desenvolvimento da inteligência social, a capacidade da criança de perceber os aspectos sociais do seu entorno e com eles interagir, assim como a habilidade para brincar. Os sinais costumam se manifestar numa idade bem precoce, quando o indivíduo ainda é um bebê. Mas é importante saber que, apesar de se manifestar precocemente e afetar o desenvolvimento, o autismo não é um problema infantil: existem pessoas com TEA de todas as idades (BRASIL, 2012)

De acordo com Oliveira (2009), o TEA refere-se a uma disfunção neurológica que clinicamente se manifesta por atraso ou desvio no neurodesenvolvimento identificadas a partir de interações no comportamento. Essas manifestações clínicas são muito precoces, sendo evidentes na grande maioria dos casos antes dos dois anos de idade e que esse quadro clínico inicial pode desencadear um atraso psicomotor global. Alguns sinais como falta de interação com o adulto, foco mais em objetos que em

pessoas, associados a estereotipias e atraso na linguagem desencadeiam um atraso global no desenvolvimento da criança.

São muitas as causas dos Transtornos do Espectro do Autismo. É um problema de grande herdabilidade, com forte influência genética. Mas o problema também está associado a infecções, como rubéola durante a gravidez, e muitos outros transtornos neurológicos. As diferentes causas do autismo são uma das explicações para as diferentes manifestações do problema (BRASIL, 2015)

É importante ressaltar a necessidade de saber distinguir autismo de outros transtornos mentais através de sinais clínicos da doença em questão. A interação social é um dos aspectos do desenvolvimento que merecem atenção especial em uma avaliação precoce, visto que crianças com autismo podem apresentar comprometimentos no laço afetivo inicial entre o binômio mãe-bebê, entre outras características como não responder ao ser chamado pelo nome e respostas faciais pouco expressivas na interação com os outros. Entre nove a doze meses de idade a criança começa a desenvolver a capacidade em coordenar seu olhar com o do interlocutor, uma das habilidades que marcam o início da aprendizagem social (BOSA, 2015). No caso das estereotipias e comportamentos de automutilação, tais sinais são comumente observados a partir segundo ano de vida, reafirmando a necessidade de trabalhar com os sinais primários identificados para a detecção precoce do autismo.

O autismo, portanto, é um quadro clínico de início precoce que compromete o processo de desenvolvimento humano, especialmente nos âmbitos da comunicação e da socialização (ZANON, 2014).

Quando se trata do Transtorno do Espectro Autista, é comum se concentrar nos sintomas relacionados desde o nascimento do indivíduo. O critério para fechar a hipótese diagnóstica feita pelos profissionais da área da saúde a cerca do TEA é muito

escassa ainda, gerando muitas dúvidas. O que muitas pessoas não possuem conhecimento e provavelmente seja o motivo para tantas dúvidas, é a cerca do que chamamos de “Autismo regressivo”, ou seja, é aquele indivíduo que se desenvolve até determinada idade normalmente e do “dia pra noite”, começa a regredir com relação ao seu desenvolvimento infantil, de forma global. O Autismo Regressivo não é uma patologia diferente do Transtorno do Espectro Autista (OLIVEIRA, 2009). Conceitua o autismo regressivo como um subtipo de distúrbios do espectro do autismo (TEA), em que as crianças afetadas mostram uma perda da linguagem e as habilidades sociais que haviam conseguido anteriormente. Ele é chamado de regressivo porque é um processo “para trás”, as habilidades já alcançados são perdidas. O processo varia, mas começa em cerca de quatro meses de idade e se estende até 19 meses.

De acordo com Lampreia (2013), o autismo regressivo trouxe a significância de que o transtorno possui várias formas de surgimento, e não especificamente nos primeiros meses de vida por exemplo, apesar de não haver consenso desse termo de regressão bem como um consenso sobre sua definição. Estudos apontam que as causas para a regressão no TEA não são conhecidas e que relatos de pais são mais voltados à observação na perda da linguagem de seus filhos, apesar de outros sinais voltados à sócio comunicação serem presentes previamente, como apresentar sorriso, gestos imitativos, contato ocular e, ainda, podendo ser observado que muitas das vezes mais de 50% das crianças apresentam comprometimento na atenção compartilhada. Nessa perspectiva, o autismo é determinado a partir dos sinais observados ao longo do desenvolvimento, sendo precoces ou tardios, tomando proporções que delimitarão a terapêutica a ser adotada bem como o estabelecimento do diagnóstico o quanto antes.

4.3 SINAIS PRECOCES DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O termo precoce refere-se àquilo que se inicia antes do tempo considerado normal e, isso depende da precocidade do próprio diagnóstico. A importância de se identificar os sinais o quanto antes, nos permite instituir uma terapêutica, ou seja, um plano de cuidados e acompanhamento para a criança portadora, visando um melhor prognóstico no decorrer de sua vida. Diversos estudos têm mostrado a necessidade e possibilidade de sinais de TEA serem observados até os 2 (dois) primeiros anos de idade, antes mesmo do diagnóstico ser possível de ser fechado. Imprescindível o acompanhamento de perto dessas crianças com risco para o transtorno e o prognóstico relevante quando instituído medidas terapêuticas que maximizam o processo de desenvolvimento da criança em seus vários aspectos, tais como desenvolvimento linguístico, social, motor, cognitivo, entre outros importantes. Esse conjunto de sinais e sintomas, se identificados e tratados precocemente, contribuem para que a sintomatologia do indivíduo não se agrave a médio e longo prazo. Importante ressaltar também que medidas de orientações realizadas pela equipe de saúde aos pais são relevantes devido a estes serem, mais comumente, os primeiros a terem a percepção da sintomatologia até mesmo nos primeiros meses de vida do bebê (GUINCHAT et. al, 2012).

Do ponto de vista teórico, o que define a precocidade do tratamento do TEA é a idade da criança. Uma criança diagnosticada antes dos dois anos de idade pode passar a receber tratamento antes mesmo que certos déficits possam ser observados e/ou certos tipos de comportamento de risco sejam estabelecidos. Em alguns casos, tais déficits ou excessos nunca chegam a ocorrer, porém, do ponto de vista prático e ético, a

precocidade tem que ser definida em termos de “o quanto antes” (MELLO, 2013). A postergação diagnóstica torna-se evidente devido ao fato de os pais não aceitarem a condição de desenvolvimento de seu filho bem como os fatores emocionais que provém após o diagnóstico, como o estresse familiar, sentimento de impotência e desesperança (GOMES, 2015).

Crianças portadoras de TEA podem apresentar sintomas severos e precoces nas áreas da socialização, comunicação e cognição. Antes do diagnóstico, as famílias convivem com o desafio da busca pela identificação do transtorno e após o diagnóstico surgem novas dificuldades, como lidar com os sintomas e a insuficiência de serviços de saúde, educação e lazer (GOMES, 2015).

Inventários de desenvolvimento geral e de sinais de alerta para problemas são um importante material para instrumentalizar as equipes de saúde na tarefa de identificação desses casos. Entretanto, quanto mais nova for a criança, mais inespecíficos são os sinais de problemas de desenvolvimento, o que significa ser difícil a previsão do diagnóstico que a criança poderá receber. Não se deve fazer diagnóstico precipitado sob o risco de que a natureza da condição do bebê seja ofuscada pela suposta possibilidade de prever seu quadro de TEA. As consequências de diagnóstico precipitado podem vir a ser ruins para a família e para o desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2014).

Inúmeros são os sinais que surgem referentes à síndrome e, a percepção parental e equipe de saúde são as principais fontes para o caminho do diagnóstico, pois são eles que estão ao lado da criança acompanhando de perto seu desenvolvimento. Nos primeiros anos de idade considera-se que o lado emocional dos pais é bastante abalado devido à ansiedade em busca de condições e intervenções terapêuticas, o pouco conhecimento da doença, a confiabilidade médica e os próprios resultados que virão no decorrer do tratamento (GUINCHAT et. al, 2012).

Crianças portadoras de TEA podem apresentar sintomas severos e precoces nas áreas da socialização, comunicação e cognição. Antes do diagnóstico, suas famílias convivem com o desafio da busca pela identificação do transtorno e após o diagnóstico surgem novas dificuldades, como lidar com os sintomas e a insuficiência de serviços de saúde, educação e lazer (GOMES, 2015).

De acordo com Vasconcelos (2012) a idade no início do tratamento é um dos fatores relevantes para a sua melhor evolução. Não só a idade, mas também, o tipo de tratamento e a frequência dos atendimentos à criança e aos pais conforme assinala a autora, os melhores resultados clínicos são alcançados quando o tratamento é iniciado antes dos três anos, idade na qual se pode fazer um diagnóstico definitivo, pois, segundo a autora, quanto mais precoce for iniciado o atendimento da criança, melhor será a evolução do caso.

Sabendo-se que as alterações do desenvolvimento normalmente, são percebidas aos seis meses de vida, destacam-se como os primeiros sinais de autismo: alterações do sono, indiferença em relação aos cuidadores, ausência de sorriso social, desconforto quando acolhido no colo e desinteresse pelos estímulos oferecidos, por exemplo, os brinquedos, ausência de atenção compartilhada (não compartilham o foco de atenção com outra pessoa) e de contato visual (não estabelecem contato "olho no olho"); comportamentos inalteráveis, ausência de resposta ao chamado dos pais ou cuidadores, aparentando surdez, ausência de reação de surpresa ou dificuldade para brincar de "faz de conta", hipersensibilidade a determinados tipos de sons, autoagressão, interesses circunscritos, às vezes, gosta de girar objetos. (GOUVEIA, 2013).

No estudo de Barbaro e Dissanayake (2009), identificaram-se alterações chaves através de uma retrospectiva de vídeos caseiros. As manifestações estão ligadas a déficits de socialização como a evidência de ignorar pessoas ao redor, isolamento

(preferir ficar sozinho), falta de interação social e nenhum contato com o olhar. Em relação à área de comunicação, evidenciou-se a falta de comunicação vocal, a falta de expressões faciais apropriadas, nenhum sorriso social, a falta de gestos e pobreza de imitação das pessoas, o que é comum na infância, de modo geral com desenvolvimento típico.

É importante salientar que há instrumentos de rastreamento/ triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, para que se possa ser o mais abrangente possível. Instrumentos de rastreamento são aqueles que, em linhas gerais, detectam sinais relativos ao que pode estar relacionado ao espectro, mas não determinam o diagnóstico (BRASIL, 2014).

Um exemplo de instrumento validado no Brasil e bastante utilizado é a escala Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT (*Escala para rastreamento de autismo modificada*) desenvolvida por Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA, 2001. A M-CHAT é um instrumento de rastreamento precoce de autismo, que visa identificar indícios desse transtorno em crianças entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) meses. Pode ser utilizada em todas as crianças durante visitas pediátricas, com objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce. Os instrumentos de rastreio são úteis para avaliar pessoas que estão aparentemente bem, mas que apresentam alguma doença ou fator de risco para doença, diferentemente daquelas que não apresentam sintomas. A proposta de treinar profissionais de saúde nas ESFs torna-se elo fiel para contribuir nesse rastreamento, de maneira que se possa antecipar um acompanhamento terapêutico e melhorar a qualidade de vida a médio e longo prazo da criança com risco para desenvolvimento de TEA.

Dessa forma, a identificação precoce de bebês com risco de desenvolver um quadro autístico é importante por permitir uma intervenção também precoce, minimizar

o sofrimento da família e tornar os profissionais de saúde e educação mais vigilantes para os possíveis sinais de risco de autismo (Lampreia, 2009). Para tal, é necessário que qualificar os profissionais nas áreas de saúde e educação a ficarem atentos às características do autismo e precisamos reduzir o estigma do diagnóstico, de modo que as pessoas iniciem cedo a intervenção (MELLO, 2013).

As Tabelas 2 e 3, apresentam os indicadores de desenvolvimento e sinais de alerta nos períodos de 0 (zero) a 12 (doze) meses, 12 (doze) a 24 (vinte e quatro) meses respectivamente, como constam no Manual de Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL, 2014).

Tabela 2 Indicadores do Desenvolvimento e Sinais de Alerta para Autismo - 0 a 12 meses.

| Área | Indicadores do desenvolvimento infantil | Sinais de alerta para TEA |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interação social | <ul style="list-style-type: none"> – Por volta dos 3 meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador. – Por volta dos 6 meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção a pessoas do que a objetos ou brinquedos. – As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo). | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode não fazer isso ou fazer com frequência menor. – A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos. – Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos. |
| Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> – Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor. – Desde o começo, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala. – A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios. |

| Área | Indicadores do desenvolvimento infantil | Sinais de alerta para TEA |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> – No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto. – Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios. – Balbucio se diferenciando. Risadas e sorrisos. – Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais). – A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome. – A criança começa a repetir gestos de acenos e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc. | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa. – Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades. – Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado. – Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem. – Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque. – A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente. – Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA. – A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras. |
| Brincadeiras | <ul style="list-style-type: none"> – A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.) – Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde). A criança passa a procurar o contato visual para a manutenção da interação. | |
| Alimentação | <ul style="list-style-type: none"> – A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às expressões faciais e à fala de seu cuidador. – Período importante, porque serão introduzidos texturas e sabores diferentes (sucos e papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado o desmame. | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode apresentar dificuldades nesses aspectos. – A criança com TEA pode ter resistência a mudanças e novidades na alimentação. |

Fonte: Fonte: adaptado de Brasil (2014, p. 13-17).

Tabela 3

Indicadores do Desenvolvimento e Sinais de Alerta para Autismo - 12

a 24 meses.

| Área | Indicadores do desenvolvimento infantil | Sinais de alerta para TEA |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interação social | <ul style="list-style-type: none"> – Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos). – Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. A criança olha para o objeto e para quem o oferece. – A criança já segue o apontar ou o olhar do outro em várias situações. – A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse ao seu cuidador. | <ul style="list-style-type: none"> – A ausência ou raridade desse gesto de atenção de compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA. – A criança com TEA pode não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência. – A criança com TEA pode não seguir o apontar ou o olhar dos outros. Pode não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado. – Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso se reverter em satisfação de alguma necessidade sua imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo pelo qual ela tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro). |
| Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> – Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras pessoas). – A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade. – A criança com TEA pode não apresentar esse descolamento. Sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia. |

| Área | Indicadores do desenvolvimento infantil | Sinais de alerta para TEA |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>para um movimento mais livre na fala.</p> <ul style="list-style-type: none"> – A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos. – A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, “vergonha”). – Por volta dos 24 meses, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso aparecem os “erros”). – Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação. | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA mostra dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas. – A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração. – A criança com TEA tende à ecolalia. |
| Brincadeiras | <ul style="list-style-type: none"> – Aos 12 meses, a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro etc.) e as funções dos objetos (sons, luzes, movimentos etc.). – O jogo de “faz de conta” emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade. – Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descobrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem o animalzinho “andar” e produzir sons). – As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e os 24 meses. – A criança com TEA tende a explorar menos os objetos e, muitas vezes, fixa- se em algumas de suas partes sem explorar suas funções (por exemplo: passa mais tempo girando a roda de um carrinho do que o empurrando). – Em geral, isso não ocorre no TEA. – A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual ela passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa. – Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara. |

| Área | Indicadores do desenvolvimento infantil | Sinais de alerta para TEA |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimentação | <p>variada.</p> <ul style="list-style-type: none"> – A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início. – Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/semissólidos, frios/quentes/mornos, doces/salgados/amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/social. | <ul style="list-style-type: none"> – A criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta. – A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar. |

Fonte: adaptado de Brasil (2014, p. 17-23).

Finalmente, monitorar o desenvolvimento da criança também favorece duas importantes ações: a adoção de estratégias para prevenir possíveis problemas no desenvolvimento e a tomada de ações terapêuticas que tenham por objetivo intervir nas irregularidades observadas. Cabe destacar que, especialmente em casos de autismo, o diagnóstico não representa um requisito ou uma necessidade para se iniciar intervenções precoces. As intervenções devem ser iniciadas quando são identificados importantes déficits no desenvolvimento da criança.

4.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2015). Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmado a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SORATTO, 2015).

O programa é desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (ESCOREL et. al, 2007).

Nos relatórios da Conferência Nacional de Recursos Humanos de 1986 a 1993 e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) para o Sistema Único de Saúde (SUS) foram citadas preocupações a respeito de um perfil profissional não apropriado suficientemente para atuação em atenção integral à saúde e de práticas que visem à promoção, proteção, prevenção e reabilitação de doenças. Em decorrência disto, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), criou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, cujo objetivo fora a integração ensino-serviço em torno de necessidades de capacitação dos profissionais de saúde da família.

Adicionalmente, no ano 2000, o Ministério da Saúde convocou e repassou incentivos financeiros às universidades e escolas de saúde pública de todo o Brasil, com o objetivo das mesmas ofertarem cursos de graduação *lato sensu*, em especialização e residência multiprofissional em saúde da família. Estas medidas visaram então remodelar o perfil dos profissionais em saúde da família. (FERREIRA, 2010)

A respeito da multidisciplinaridade, Luz (2009) afirma que esse é o modelo dominante nas grandes organizações de saúde, como as estratégias de saúde da família. Destaca-se a importância de uma atuação interdisciplinar dos profissionais envolvidos no trabalho com pessoas autistas, uma vez que ela envolve não apenas justaposição de saberes, mas a troca de conhecimento entre os profissionais.

A avaliação do desenvolvimento infantil deveria ser uma atividade rotineira nos Programas de Saúde da Família e realizada por diferentes profissionais da saúde. Os profissionais que atuam nessa atenção primária devem considerar o desenvolvimento infantil oportunizando para especialidades, de tal maneira que haja um acompanhamento rigoroso o mais precoce possível dessa criança, ou seja, praticar um

ato de vigilância no decorrer de sua formação comportamental para que se obtenha intervenções adequadas o quanto antes (SIGOLO & AIELLO, 2010).

Cardoso (2011) descreve que refletir e discutir sobre produção de saúde, a partir das necessidades de saúde, não é inerente ao cotidiano e tampouco fundamenta o processo de trabalho no dia a dia dos trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família, em decorrência do modo fragmentado como este se organiza. Entretanto, uma prática orientada pelas necessidades de saúde poderia subsidiar ações que melhor correspondessem às necessidades de saúde da população pela qual esta UBS é responsável. Ela observou, através de seu estudo, que a “doença” vem em primeiro lugar, o que nos deixa frustrado, onde a “prevenção” (que deveria ser o foco), muitas das vezes se perde por falta de buscar ações que considerem a amplitude da família, através das visitas domiciliares, que deve ser enxergada dessa forma.

Contudo, a estratégia da saúde da família, como proposta de organização da atenção primária, apresenta-se como um caminho para a universalização da saúde, enquanto garantia de mudança do paradigma de atenção à saúde e para a construção de um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo. Ou seja, o PSF, como estratégia estruturante da Atenção Primária de Saúde, visa à prevenção da doença, à promoção da saúde e à participação comunitária e social, que potencializam o desenvolvimento do SUS, através do impacto nos indicadores de saúde da população, além da mudança positiva nos hábitos que condicionam o estilo e modo de vida da comunidade (BRASIL, 2013). Mas, ainda hoje é possível identificar profissionais de enfermagem e de áreas a fins despreparados para identificar e realizar o diagnóstico de uma criança com autismo. Um aspecto que contribui para esta realidade é que no Brasil não há ainda, políticas sérias e consistentes voltadas para a síndrome do autismo, e deste

modo não há como orientar e iniciar o tratamento precoce e necessário que a criança precisa. (SANINI, et al, 2010).

A identificação precoce é de responsabilidade ainda maior, de todos os médicos de cuidados primários que realizam consultas de saúde infantil bem como das equipes de saúde, englobando outras categorias. Para tanto, é necessário que conheçam e mantenham-se informados sobre o neurodesenvolvimento, fatores de risco, teste de rastreio, recursos da comunidade, de forma a intervir e ter possibilidades de encaminhamento especializado (Oliveira, 2009). Assim, um programa de intervenção além de ter sua atenção focalizada no desenvolvimento da criança que apresenta dificuldades em meio a sua família.

“ (. . .) deve envolver o maior número possível de membros familiares, principalmente porque seus benefícios são extensivos ao modo de organização e funcionamento familiar, especialmente no que se refere aos recursos psicológicos e à qualidade das interações entre eles (. . .) ”. (Dessen & Silva, 2004, p.179 citado por Sigolo & Aiello, 2010).

No Brasil a identificação precoce dos fatores de risco no desenvolvimento pode estar sendo contemplada no Programa de Saúde da Família. Este programa é uma iniciativa do Governo Federal nos municípios e é formada por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias de uma área geográfica delimitada. A função dessas equipes é realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde desta comunidade (Brasil, 20 De acordo com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012), o portador de sofrimento psíquico, doença mental e síndromes que afetam o desenvolvimento neuro-clínico-psíquico, deve receber assistência integrada regrada de igualdade, sem preconceitos e privilégios, com apoio multidisciplinar através da articulação e participação da população, buscando a

qualidade de vida em todos os níveis de atenção à sua saúde. Assim, pontuamos nesse estudo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como atendimento primário que permite o profissional identificar através de um rastreio precoce, características que evidenciem o transtorno do espectro do autismo, visto que estão diretamente conectados à comunidade e isso possibilita um vínculo mais firmado para a detecção. Apesar de estudos como o de Amarante (2011) considerar através de suas buscas uma deficiência no que tange em linhas de cuidados, conhecimento e importância a transtornos mentais e psíquicos na ESF, acredita-se que é viável uma ampliação dessa temática em buscar um rastreio mais minucioso que vá em busca constante de um diagnóstico precoce do autismo, considerando sua complexidade e otimizando um tratamento eficaz e melhor prognóstico possível consequente.

Além dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, é importante destacar o trabalho que os agentes comunitários realizam diretamente com as famílias nas ESF, sendo este um caminho a se pensar para a prevenção de problemas de desenvolvimento infantil com a capacitação desses profissionais para a detecção de sinais de risco.

O uso de inventários e *checklists* têm sido considerados uma possibilidade razoável para identificação de sinais indicativos do TEA (HYMAN & JOHSON, 2012). Contudo, antes que um instrumento possa ser aplicado, o profissional deve estar apto a identificar comportamentos que possam produzir dificuldades nas interações da criança com seu ambiente físico e social, gerando, possivelmente, déficit de desenvolvimento. Identificação precoce do TEA exige, portanto, investimentos na capacitação dos profissionais da saúde e em políticas públicas correlatas.

A alternativa de capacitar a equipe de saúde da família seria fundamental para incluir a avaliação do desenvolvimento infantil na rotina de consultas médicas, pois o médico teria acesso à avaliação da criança e caberia a ele optar pelo melhor

procedimento em função do resultado da avaliação. Alguns estudos demonstram que programas de capacitação de equipes de UBSFs são possíveis. Por exemplo, um estudo realizado por Façanha (2009) através de uma intervenção realizada na área de abrangência de um centro de saúde de Fortaleza, Ceará, com cinco equipes do PSF, responsáveis por cerca de 25.000 pessoas, objetivou treinar todas as equipes de saúde do centro de saúde para implantar a busca ativa domiciliar. Houve um aumento significativo no número de casos detectados na área do estudo em comparação com aquele no município como um todo.

Com o diagnóstico precoce, as crianças que apresentam algum sinal de autismo podem ser encaminhamento para neuropediatras, psiquiatra ou neurologistas. O começo de um tratamento deve acontecer o mais rápido possível, sendo importante disseminar, junto a diversos profissionais as informações sobre a 7 detecção precoce, cooperando, por tanto, para o desenvolvimento da competência nos atendimentos especializados (VISANI, 2012).

Vasconcelos (2012) afirma que por não conhecer a doença, a família muitas vezes, precisa de apoio e orientação, que a ajude a entender melhor a síndrome e diminuir o impacto negativo sobre a família. E desta forma, os profissionais de saúde se constituem numa importante fonte informação.

Reconhecer a particularidade de cada criança, suas habilidades e limitações, é vital para traçarmos um planejamento de intervenção mais eficaz à realidade de cada caso. Por esta razão, é indispensável o diálogo entre os profissionais que o atendem. A prática interdisciplinar no tratamento resulta na melhora clínica e no desempenho escolar, proporcionando a criança mais adaptação e integração ao meio em que vive. Os pais e as escolas também aprendem a lidar com as dificuldades a partir das orientações

da equipe. Assim, cada progresso no desenvolvimento do autista é uma conquista de todos nós.

É essencial que profissionais de saúde auxiliem sempre essas famílias com apoio e orientação para a convivência diária com a criança diagnosticada com TEA e intervenham sempre que necessário (até com oferta de práticas complementares e opcionais), uma vez que os extensos e/ou permanentes períodos de dedicação exigidos da família para com essas crianças, em muitos casos, resultam na diminuição das atividades de trabalho, de lazer e até de negligência nos cuidados da saúde dos demais membros da família. Onze foram observados na literatura que a atuação integrada de profissionais como psicólogos, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos e professores na dinâmica familiar proporciona uma melhoria na qualidade de vida e na capacidade dos cuidadores de lidarem com os sintomas do portador de TEA. Nesse sentido, a articulação em rede, a integralidade e a continuidade dos serviços de saúde podem compor um conjunto de referências capazes de acolher essas crianças e suas famílias. (GOMES, 2015).

Nessa linha conceitual, estudos gerais finalizam refletindo a necessidade de capacitar as equipes de saúde no lidar com o autismo de uma forma mais significativa, visto que seus resultados deparam-se em profissionais que desconhecem a patologia, suas implicações e saberes na prática clínica embasadas nos documentos legais, tais como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009), vindo a contribuir para a inclusão escolar e social desses indivíduos. Portanto, é imprensescindível que pesquisas como essas se multipliquem para esse foco de treinamento, objetivando a reeducação dos profissionais ao autismo, de modo a atentá-los que são eles próprios que podem gerar frutos de prevenção relacionados ao transtorno, melhorando a qualidade de vida das crianças que tendem ao

desenvolvimento da doença e que podem ser inseridos e aceitos de uma forma mais humana e surpreendente na sociedade.

5.0 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO E VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Trata-se de um estudo de delineamento pré-experimental com medidas de pré e pós-teste. A variável independente (VI) consiste no programa piloto, em forma de palestra, enquanto que a variável dependente (VD) é o comportamento de identificar corretamente sinais precoces de TEA.

5.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 32 profissionais (22 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), de nível médio e superior, lotados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no município de Campo Grande – MS. Os critérios de seleção para participação no estudo eram (1) atuar na UBSF e (2) realizar visitas domiciliares na comunidade; enquanto que profissionais que declaravam experiência com TEA não foram incluídos (em razão de um possível conhecimento sobre os sinais precoces de TEA). A amostra foi recrutada por método não probabilístico (por conveniência) e contou com 19 agentes comunitários de saúde, 5 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 assistente social, 2 médicos, 2 odontólogos e 1 gerente da unidade (assistente social). Todos os profissionais, em algum momento de sua carreira, já tiveram contato com crianças; contudo, nenhum dos participantes relatou ter recebido alguma capacitação específica sobre TEA. A participação dos mesmos foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 53275316.3.0000.5162).

5.3 SITUAÇÃO E MATERIAIS

A coleta de dados foi realizada na própria UBSF, em um local disponibilizado para tal, o qual consistia de um espaço ao ar livre, com exposição mínima de sol, no formato retangular, dotado de retroprojetor e cadeiras, e ficava disposto ao lado da recepção central da unidade, onde havia trânsito de clientes de forma intermitente, mas que por se tratar do treinamento ter sido realizado numa sexta feira, poucas pessoas se apresentaram na unidade para serem atendidas, pois todas as sextas feiras são disponíveis para fazer a reunião entre os profissionais de saúde do posto. A aplicação do programa piloto ocorreu em um único dia, com tempo de duração total de aproximadamente 1h30.

Os materiais utilizados foram: projetor de vídeo (para exibição do vídeo-teste de sinais de TEA e para a apresentações em *PowerPoint*), notebook, caixa de som, protocolos de registro de sinais de TEA, questionário sociodemográfico e caneta. As medidas de pré e pós-teste foram tomadas por meio de registros de protocolos de observação de vídeos curtos exibiram diversos tipos de sinais de autismo em crianças, considerando que esses instrumentos (aula em formato de *Power Point*, edição dos vídeos bem como protocolos) foram por mim elaborados.

5.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Um vídeo-teste, elaborado especialmente para esse estudo, foi utilizado como ferramenta para avaliação do comportamento de identificação de sinais precoces. Ele consistia em uma sequência de 11 (onze) vídeos curtos, de 20 a 30 segundos de duração, que exibiam crianças em contextos de interação com adultos e crianças. Os vídeos foram extraídos do Canal aberto *Youtube*. A tarefa dos participantes consistia em registrar em um protocolo, por meio de escrita, se algum sinal de TEA foi observado

nas crianças exibidas nos vídeos. Os vídeos eram apresentados em sequência, porém eram separados por intervalos de 5 segundos de tela escura, utilizados para que a pesquisadora pudesse pausar o vídeo e permitir o registro. Dos 11 vídeos que compunham o vídeo-teste, quatro deles (3º, 5º, 9º e 11º) apresentavam crianças com sinais de TEA (ver Tabela 4). O vídeo-teste era apresentado uma única vez.

Tabela 4 - Sequência dos Vídeos no Vídeo-Teste

| Vídeos | Sinais de TEA apresentados |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 2º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 3º vídeo | – Dificuldade em responder quando chamado pelo nome – Foco em objetos |
| 4º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 5º vídeo | – Falha em responder à atenção conjunta |
| 6º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 7º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 8º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 9º vídeo | – Atraso no desenvolvimento da linguagem – Dificuldade em responder quando chamado pelo nome – Foco em objetos |
| 10º vídeo | – Sem sinal de TEA |
| 11º vídeo | – Dificuldade de interação social (brinca sozinho) |

Antes de iniciar o pré-teste, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico (Apêndice I) para levantamento de características da amostra, contendo dados como: sexo, idade, profissão, área de atuação, tempo de profissão, atuação profissional com crianças, contato prévio com crianças com TEA (profissional, pessoal ou familiar) e se o profissional já recebeu alguma capacitação para identificação de sinais precoces de autismo.

5.5 PROCEDIMENTO

4.5.1. Pré-teste de identificação de sinais precoces de TEA e preenchimento de questionário sociodemográfico. O vídeo-teste foi apresentado antes do programa piloto para avaliar se os participantes conseguiam identificar os sinais precoces de TEA exibidos nos vídeos. Após a exibição de cada vídeo, os participantes eram solicitados a registrar em um protocolo desenvolvido para esta finalidade se algum sinal precoce de TEA fosse observado. O pré-teste teve duração de aproximadamente 30 minutos e era apresentado em um retroprojetor (imagem e áudio), para os 32 participantes, simultaneamente.

4.5.2. Programa piloto de capacitação de identificação de sinais precoces. Os participantes foram submetidos ao programa piloto logo após o pré-teste. O programa piloto consistiu em uma palestra com apresentação de slides, vídeos e imagens que apresentavam informações detalhadas sobre os marcos do desenvolvimento típico infantil e os sinais precoces de TEA mais comuns no primeiro e no segundo ano de vida. A palestra era dada em formato de aula expositiva, simultaneamente para todos os participantes, com aproximadamente 40 minutos de duração.

4.5.3. Pós-teste de identificação de sinais precoces de TEA. O pós-teste consistiu na reapresentação do vídeo-teste para avaliar possíveis efeitos do programa piloto sobre o comportamento de identificar sinais precoces de autismo. O pós-teste teve duração de 30 minutos e o procedimento de testagem foi exatamente o mesmo do pré-teste. Após a aplicação do pós-teste, a pesquisadora reservou um tempo para conversar com os participantes sobre possíveis dúvidas e outras questões relacionadas ao TEA. Houve questionamentos sobre os vídeos, suas particularidades bem como sobre o transtorno, onde os profissionais acabaram se desprendendo e trouxeram relatos relacionados com o autismo e a percepção deles em relação a essa importância.

5.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados analisados se referem aos registros dos vídeos 3º, 5º, 9º e 11º do vídeo-teste (vide Tabela 4), por serem aqueles que exibiam crianças que apresentavam algum sinal precoce de TEA. Os registros escritos de sinais nos protocolos de pré-teste e no pós-teste foram analisados e tabulados. Os dados do pré-teste e pós-teste foram tratados estatisticamente pelo *Microsoft Excel®* (teste t para amostras pareadas), de forma a comparar as diferenças entre (1) as médias de frequência de sinais corretamente identificados, (2) as médias de participantes que conseguiram identificar pelo menos um sinal de autismo, (3) as médias de porcentagem de sinais identificados e (4) diferenças na porcentagem média de sinais corretamente identificados em profissionais de nível médio x nível superior.

6.0 RESULTADOS

Trinta e dois profissionais de uma UBSF foram submetidos ao programa piloto e às avaliações pelo vídeo-teste antes e depois. De um modo geral, os resultados obtidos demonstram um efeito positivo do programa piloto sobre o comportamento dos profissionais de identificar sinais precoces de TEA. O Gráfico 1 apresenta a média de sinais de TEA corretamente identificados para cada um dos vídeos e a média geral. Essa análise é importante, pois verifica possíveis efeitos do programa sobre número de vezes em que sinais de TEA foram corretamente identificados, em média, antes e depois de sua aplicação. A coluna da esquerda, referente ao vídeo 3, mostra uma média no pré-teste de ocorrência de 7 sinais identificados corretamente e um aumento posterior à aplicação do programa para 29 ocorrências de sinais identificados corretamente. Nos vídeos 5º, 9º e 11º, as médias de ocorrência de sinais corretamente identificados foram de 6, 24 e 11 no pré-teste, para 15, 37 e 20 no pós-teste, respectivamente. Considerando todos os vídeos, houve um aumento da média de ocorrência de sinais identificados de 12 para 25,25 (valor de $t = 0,01$, com intervalo de confiança de 95%).

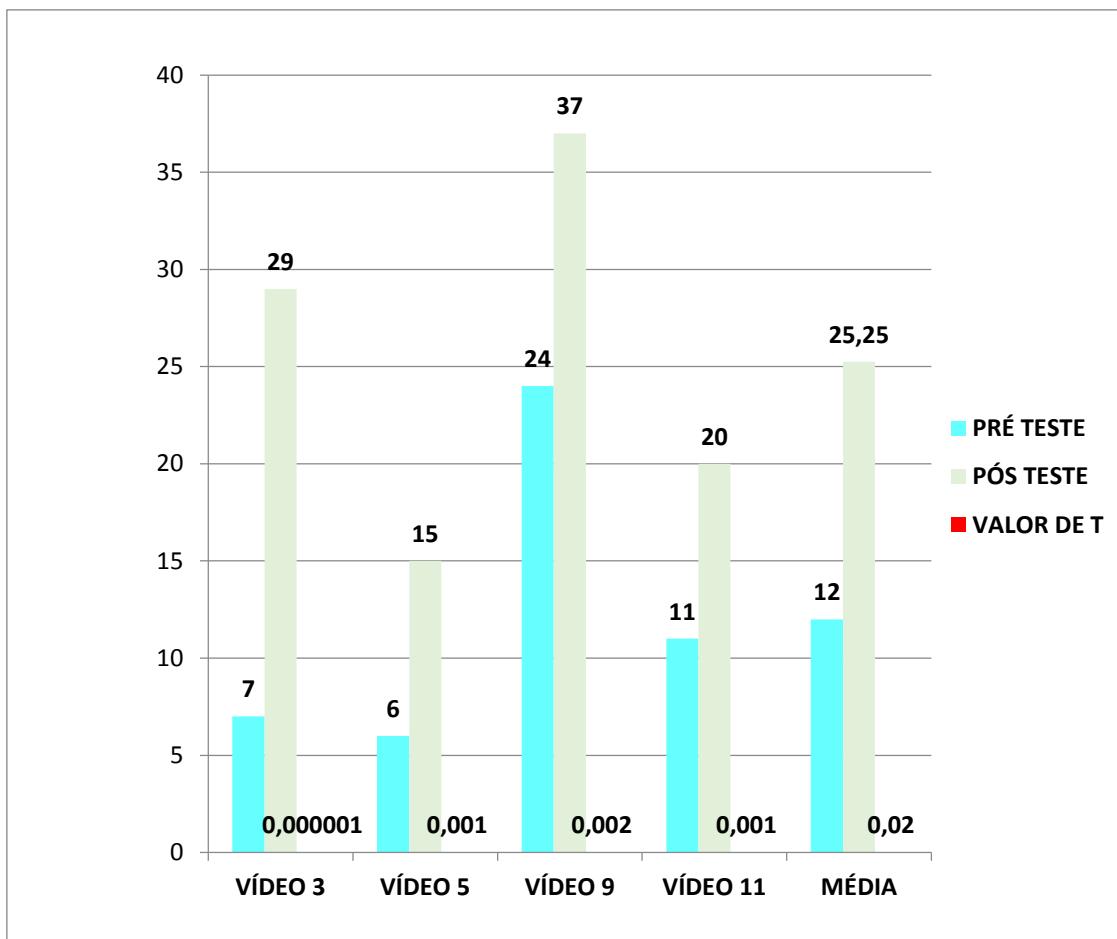


Gráfico 1: Média de sinais corretamente identificados antes e depois do programa piloto.

Fonte: elaboração própria

O Gráfico 2 apresenta uma análise das médias de participantes que conseguiram identificar pelo menos um sinal de autismo. Tal análise é relevante para mostrar se o programa piloto permite que participantes que não haviam identificado nenhum sinal de TEA aprendessem a identificar algum sinal (ou seja, o programa poderia não apenas melhorar as habilidades pré-existentes, mas ensinar aos profissionais um comportamento totalmente novo). Os dados do pré-teste mostraram que uma média de 10,25 participantes identificou corretamente pelo menos um sinal de TEA. Depois do programa piloto, a média de participantes aumentou para 21,25 (valor de $t=0,01$, com intervalo de confiança de 95%).

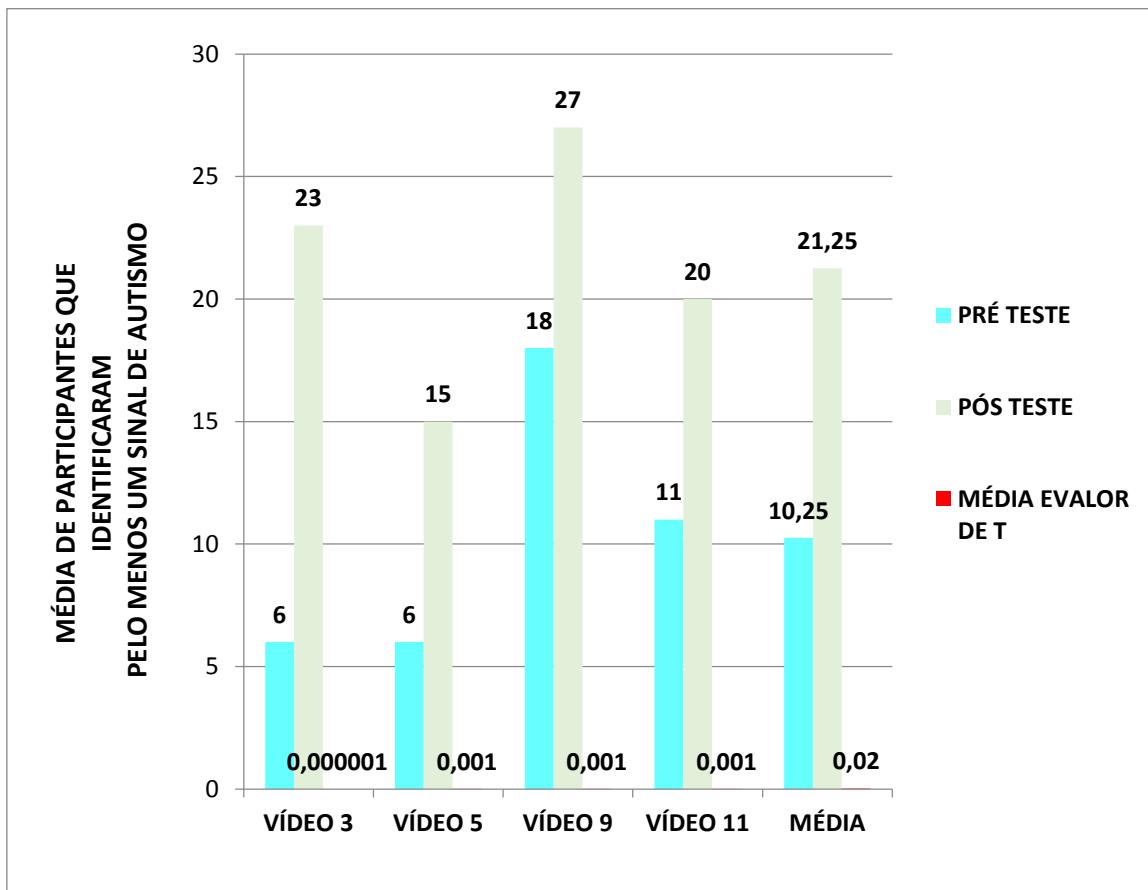


Gráfico 2. Média de participantes que identificaram pelo menos um sinal precoce de autismo.

Fonte: Elaboração própria

A análise das diferenças entre a média de porcentagens de sinais identificados corretamente também apontou diferenças significativas depois do programa piloto, conforme ilustra o Gráfico 3. Essa análise foi feita para saber quantos sinais dentro do total possível foram identificados em média antes e depois do programa piloto. O gráfico 3 apresenta a média de porcentagens de sinais corretamente identificados. A coluna da esquerda, referente ao vídeo 3, mostra que 10% dos participantes identificaram corretamente o sinal de TEA antes do programa piloto; após a aplicação do programa esse número passou para 48% de participantes. Nos vídeos 5^o, 9^o e 11^o, a

média de porcentagem de participantes que identificaram corretamente algum sinal foram 15%, 24% e 34% no pré-teste e 50%, 38% e 62% no pós-teste (respectivamente).

Considerando todos os vídeos, houve uma média de porcentagem de 21% dos participantes que identificaram corretamente algum sinal de TEA antes do programa e após sua aplicação a média foi de 50% (valor de $t=0,01$, com intervalo de confiança de 95%).

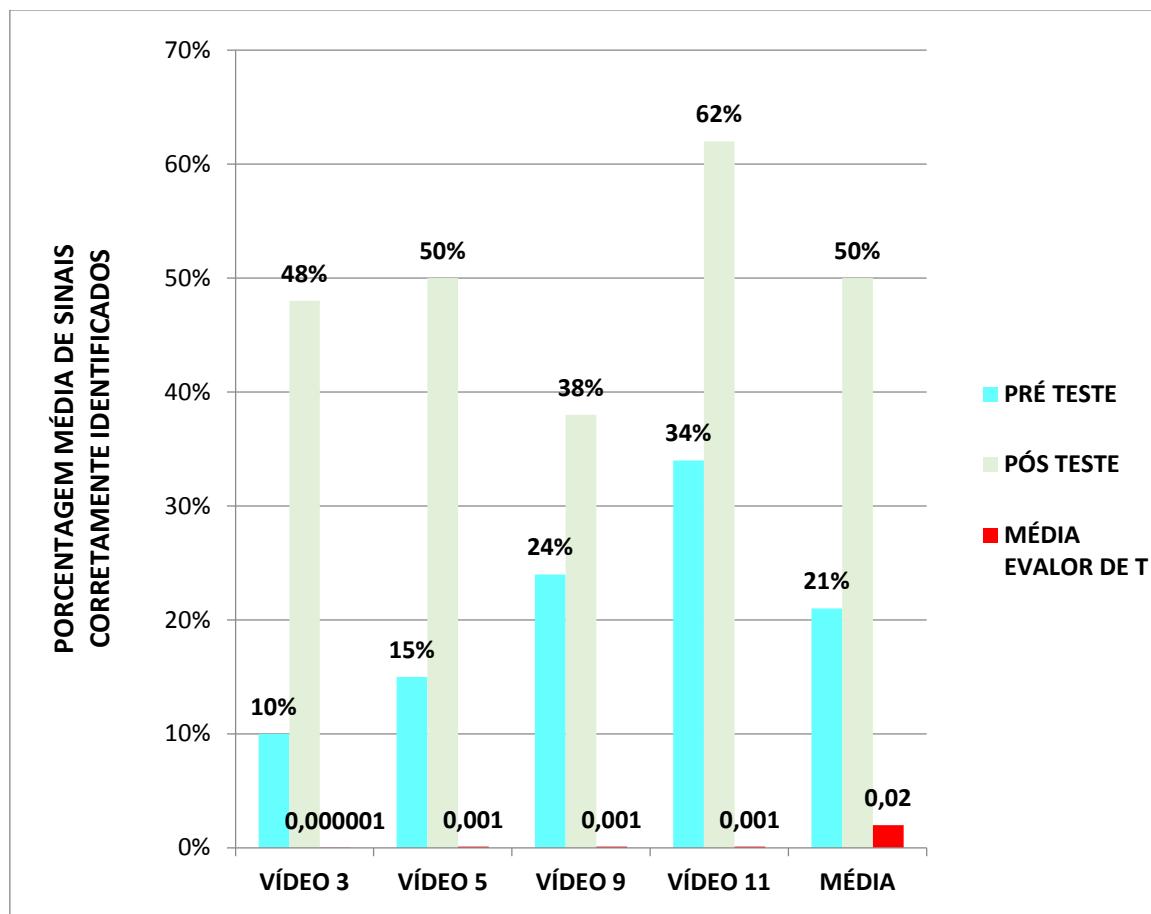


Gráfico 3: Porcentagem média de sinais corretamente identificados

Fonte: Elaboração própria.

A análise das diferenças entre a média de porcentagens de sinais corretamente identificados de acordo com os participantes de nível médio e superior também apontou

diferenças significativas depois do programa piloto, conforme ilustra o Gráfico 4. Essa análise foi feita para saber se o programa piloto produz efeitos sobre o comportamento de profissionais de diferentes níveis de instrução. O gráfico 4 apresenta a média de porcentagens de sinais corretamente identificados: a coluna da esquerda se refere à porcentagem média de sinais no pré e pós-teste para os profissionais de nível médio. Os resultados mostraram que houve um aumento na porcentagem média de sinais identificados de 17% para 45% (valor de $t=0,00001$, intervalo de confiança de 95%). Com relação aos profissionais de nível superior, efeitos positivos na porcentagem média também foram obtidos. A segunda coluna da Gráfico 4 apresenta um aumento da porcentagem média de 36% para 65% (valor de $t=0,0002$, intervalo de confiança de 95%).

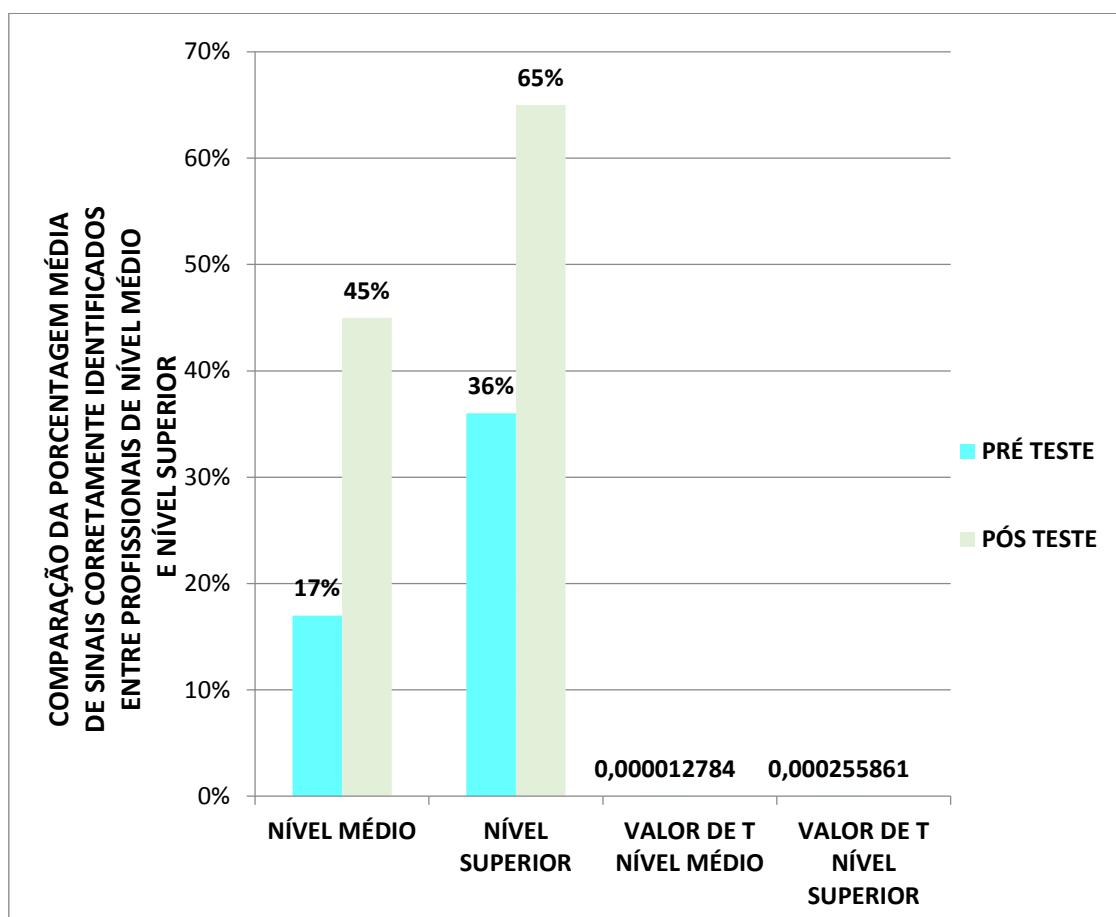


Gráfico 4: Comparaçao da porcentagem média de sinais corretamente identificados entre profissionais de nível médio e superior.

Fonte: Elaboração própria

7.0 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicaram importantes efeitos do programa piloto no comportamento dos profissionais de identificar sinais precoces de autismo. Todas as quatro análises sugeriram efeitos positivos do programa piloto, tanto em profissionais de ensino médio quanto de ensino superior. Considerando os sinais possíveis de serem identificados no vídeo-teste, a porcentagem média de sinais corretamente identificados antes do programa piloto foi de 21%, enquanto que depois da aplicação observou-se um aumento significativo da porcentagem média para 50%. Dessa forma, o programa de capacitação em forma de palestra foi eficaz na melhora do comportamento de identificação de sinais de TEA em profissionais de unidades básicas de saúde da família.

Esses resultados confirmam outros estudos que indicam efeitos de programas de capacitação em contextos de Unidades Básicas de Saúde. Por exemplo, uma pesquisa realizada em Catanduva (MENEGOLLI et. al, 2007), interior do Estado de São Paulo, procurou identificar se a capacitação da equipe dos agentes de saúde, por meio de uma aula expositiva-dialogada, é um método eficaz para a aquisição de conhecimento sobre autismo. Em seus resultados, foi apontado os agentes participantes possuíam alguma informação e conhecimento sobre autismo, porém, precisavam reformular suas considerações e, ainda, foi concluído que necessitavam de intervenção quanto à capacitação de detecção de sinais precoces de autismo. Assim, o presente estudo confirma que programas de capacitação dessa natureza podem favorecer a qualificação de profissionais (e.g., FAÇANHA, 2009; CALDEIRA et. al, 2008).

Apesar dos resultados positivos obtidos com o programa piloto, algumas considerações importantes devem ser feitas com relação à qualidade ou tamanho desse

efeito. Um bom programa de capacitação deveria ensinar comportamentos de identificação de sinais precoces com alto nível de precisão. Portanto, apesar da melhora observada, um programa de capacitação eficaz deveria produzir comportamentos com acurácia próxima a 100%. Entretanto, algumas variáveis presentes no contexto da aplicação do programa podem ter exercido alguma influência sobre o efeito final. Por exemplo, a palestra foi estruturada para ser de curta duração (aprox. X minutos), em razão de acontecer no horário de trabalho dos profissionais. Programas de capacitação com maior tempo de duração poderiam ter melhores efeitos sobre o comportamento de identificar sinais precoces.

Outros fatores também podem ter interferido nos resultados. Por exemplo, tomando como exemplo a ambientes, onde a estrutura física da unidade não dispunha de uma sala de reunião e, portanto, o treinamento foi realizado em área um pouco inapropriada, onde a demanda da população obtinha acesso e esses fatores podem ter dispersado, de certa forma, os participantes, em suas descrições. Além disso, existe o fato de que o treinamento foi realizado em grupo. É possível que se o programa tivesse sido aplicado individualmente, este poderia apresentar resultados diferentes. Ainda, durante a coleta de dados, foi observada uma desatenção por parte de alguns profissionais, abrindo um leque para que novos estudos tentem diminuir o grau de desatenção dos profissionais.

O estudo tem algumas limitações que merecem esclarecimentos. Do ponto de vista metodológico, estudo foi desenvolvido em um delineamento pré-experimental com pré-teste e pós-teste (não há grupo controle). Ou seja, o delineamento não controlou possíveis variáveis externas, uma vez que os efeitos do programa piloto não foram comparados com profissionais que não passaram pela capacitação. Apesar de o delineamento não dispor de comparação com um grupo controle, a aplicação do pós-

teste imediatamente após o programa piloto pode ter reduzido a possibilidade de que os participantes aprendessem a identificar sinais precoces de TEA que não por meio do programa piloto.

Uma outra limitação do estudo se refere à natureza da capacitação oferecida. Por exemplo, Andrade (2002) apresenta cinco aspectos que devem ser avaliados e um programa de treinamento de pessoas. O primeiro nível se refere à Reação, que levanta atitudes e opiniões dos treinados sobre os diversos aspectos do treinamento, ou sua satisfação com o mesmo. O segundo nível refere-se à aprendizagem, que verifica se ocorreram diferenças entre o que os treinados sabiam antes e depois do treinamento, ou se os seus objetivos instrucionais foram alcançados. As outras etapas de avaliação de treinamento (organização, comportamento no cargo e valor final) não foram medidas, pois dependem diretamente de uma implantação desse treinamento a longo prazo para que se possa acompanhar se há efeitos impactantes após o treino na prática junto às visitas familiares na Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista custos, benefícios e aporte preventivo efetivo. Para Pillat e Abadd (2005) um dos grandes interesses das organizações é verificar o efeito do treinamento em longo prazo nos níveis de desempenho dos indivíduos bem como identificar as atitudes e as condições necessárias para que tais níveis melhorem e permaneçam em suas atividades diárias.

Um achado interessante se refere ao reconhecimento dos membros das equipes, quando consultados por ocasião da pesquisa, sobre a contribuição dos processos educativos para mudanças na prática. Porém, apontam que a existência de problemas referentes às condições de trabalho e a infra-estrutura dos serviços têm dificultado a implementação dessas mudanças. Apesar disso, afirmam que essas capacitações proporcionam a atualização dos conhecimentos, ampliam a visão sobre as políticas de saúde como um todo, ajudam a reflexão sobre a práxis, além de propiciarem maior

segurança na atenção básica. Partindo dessa afirmação, nos deparamos à profissionais que relataram a carência de capacitações *in locu* relacionadas ao tema e enfatizaram a alta demanda retraída que existe em meio à população. Compartilharam, ainda, suas dúvidas quanto ao TEA e a vontade de saber abordar a família com vistas a auxiliá-las na observação dos sinais precoces de autismo. Válido ressaltar que há uma parceria das unidades básicas de saúde quanto ao estudo, uma vez que se mostraram receptivos desde o primeiro contato até a finalização do treinamento, sempre com o intuito de otimizar o treinamento e qualificar os profissionais.

Apesar das limitações consideradas, cabe reforçar que o programa de capacitação alcançou um resultado positivo com uma metodologia de baixo custo. Programas de capacitação nesse formato podem servir de modelo para outras pesquisas e intervenções e assim poder contribuir para a detecção precoce da doença em nível populacional. Tratando-se de um país onde taxas epidemiológicas do transtorno, é preciso estabelecer um planejamento de políticas educacionais, sociais e de saúde. A presença concomitante de metodologias expositivas e participativas nas capacitações revela que há possibilidade de mudança no modelo predominante dessas iniciativas. Eles consideram que a presença de ambas metodologias garante a maior eficiência da capacitação por permitir maior interação do público alvo. (SILVA, 2007)

Pesquisas futuras podem se ocupar em aprimorar o programa de capacitação ou desenvolver novos programas com amostras de vídeos, considerando as dificuldades encontradas neste durante a coleta de dados, já descritas anteriormente (ambiente/estrutura física, desatenção dos participantes e treinamento em grupo), além de outros fatores que venham a contribuir e enriquecer a dinâmica de treinamento das equipes. Mesmo o presente estudo apresentando um programa piloto, os resultados são encorajadores pois apontam possibilidades de treinamento de equipes em UBSFs para

favorecer o diagnóstico precoce de TEA com base na identificação de casos de risco (com sinais precoces).

8.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Transtorno do Espectro Autista é muito prevalente na população geral, começam na infância e é fruto de alterações do desenvolvimento cerebral, podendo se tornar crônico e levar à incapacitação na vida adulta. Uma das formas de mudar este cenário é capacitar profissionais do programa Saúde da Família para identificar precocemente aqueles que precisam de ajuda, prestar serviço e tratar os casos mais simples e encaminhar adequadamente os casos mais complexos. (CARDOSO, 2012). Assim, é importante ressaltar que os participantes não foram treinados a realizar diagnóstico de TEA.

O estudo revelou a necessidade em levar conhecimento ao profissional da unidade básica de saúde sobre o transtorno do espectro autista e a importância de serem treinados para conhecerem e conseguirem identificar os sinais precoces mais evidentes durante o desenvolvimento da criança na faixa etária de 0 a 2 anos. O profissional precisa ser treinado quanto a identificação de sinais precoces de autismo para que seja um determinante na busca desses sinais.

Promover ações educativas com oferta de treinamentos permitirá aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família, capacitarem-se para o exercício de atividades assistenciais primárias, enquanto propagadores de melhor qualidade de vida às crianças e/ou pessoas com autismo durante o decorrer de seu desenvolvimento, sempre, a partir de ações preventivas que contemplem a saúde mental da criança. Mesmo profissionais que apresentam um grau baixo de conhecimento na identificação de sinais precoces do TEA, quando são submetidos a um programa de treinamento, é notório o aprendizado para tal.

No que se refere a formação profissional, é necessário que currículos universitários sejam adequados a este novo modelo, e cursos de capacitação e reciclagem sejam realizados pelo Ministério da Saúde, estado e municípios através dos Polos de Capacitação e Educação Permanente para ampliar a visão destes profissionais e desenvolver habilidades que respondam às necessidades da comunidade da área adstrita e venha a adequar o perfil dos mesmos, para que esta estratégia em saúde seja consolidada.

É relevante descrever a minha avaliação relacionada ao programa piloto, que se institui como um importante marcador a ser implementado, através de outras pesquisas, mas que, consideravelmente, apresentou resultados animadores, possibilitando entender o quanto é sensível na busca de melhorar a capacidade das pessoas aumentarem seu olhar em torno de uma temática após um treinamento que teve por objetivo o aprimoramento nas competências na identificação de sinais precoces de TEA.

O ato de treinar uma equipe torna-se imprescindível no âmbito da saúde. Requer do profissional afinco e predisposição para o aprendizado, com o intuito sempre de difundir ideias e buscar ser multiplicador para que surjam efeitos positivos relacionados ao objetivo. A pró atividade é mais que um dever, é uma constante no processo saúde-doença. Com base nessa relevância, o fato de ter treinado os profissionais quanto à identificação de sinais precoces do autismo, através de um estudo piloto, mostrou a necessidade dessa atenção e a validade de levar essa dinâmica mais para perto da atenção primária, que é o caminho para conseguir melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com risco para desenvolvimento de TEA.

A atenção básica é alicerce na detecção de problemas relacionados à saúde em geral da criança, pois é nela que se realiza todo o acompanhamento do bebê desde o ventre da mãe. Decorrentes disso, diversos estudos brasileiros e internacionais, como

aponta Zaqueu (2015) chegaram a um resultado que a prematuridade é sugestiva de propensão ao atraso no desenvolvimento e riscos para TEA. Dessa forma, a relevância de capacitar as equipes das unidades de saúde primária, como as Estratégias de Saúde da Família, nesse contexto, é aprimorar esse olhar clínico considerando a história pregressa de cada criança de forma a assimilar as mais suscetíveis ao transtorno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 2, 202-210, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/10.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BARBARO, J.; DISSANAYAKE, C. Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: A review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, Baltimore, MD, v. 30, n. 5, p. 447-459, 2009.

BARUFFI, H. *Metodologia científica*: manual para elaboração de monografias, dissertações, projetos e relatórios de pesquisas. Dourados: HBedit, 1998.

BIJOU, S. W. *Behavior analysis of child development*. Reno, NV: Context Press, 1995.

BORGES-ANDRADE, J. E. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 7, p. 31-43, 2002. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a05v7esp.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2012b. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/lei/l12764.htm>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 11 mar. 2017.

CALDEIRA, A. P. et. Al. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para Promoção da amamentação. *Revista Saúde Pública*, v.42(6):1027-33, 2008.
<<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/6980.pdf>>
Acesso em: 15 de mar. 2017.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 65-74, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/08.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

CARDOSO, T. Z. et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1.087-1.093, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a15.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

CARNIEL, E. L.; SALDANHA, L. B.; FENSTERSEIFER, L. M. A atuação do enfermeiro frente à criança autista. *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 255-260, 2011.

CEZAR, P. K.; SMEHA, L. N. Repercussões do autismo no subsistema fraterno na perspectiva de irmãos adultos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 33, n. 1, p. 51-60, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n1/0103-166X-estpsi-33-01-00051.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

COSTA, R. C. S.; VOLPATO, S. R. P. Relação entre enfermeiro e paciente autista. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 9., 2010, Ourinhos. *Anais...* São Paulo: Ed. Faculdades Integrativas de Ourinhos, 2010. p. 1-8.

COZBY, P.; BATES, S. *Methods in behavioral research*. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2011.

DIAS, I. S.; CORREIA, S.; MARCELINO, P. Desenvolvimento na primeira infância: características valorizadas pelos futuros educadores de infância. *Revista Eletrônica de Educação*, São Carlos, v. 7, n. 3, p. 9-24, 2013. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/download/483/288>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

ESCOREL, S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpssp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

FAÇANHA, M. C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, DF, v. 35, n. 5 p. 449-454, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/v35n5a10.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.611-2.620, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. *Ágora (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 141-157, 2013. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/10.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

GERBER, R. J.; WILKS, T.; ERDIE-LALENA, C. Developmental milestones: Motor development. *Pediatrics in Review*, Elk Grove Village, IL, v. 31, n. 7, p. 267-277, 2010. Disponível em: <<http://pedsinreview.aappublications.org/content/31/7/267.full-text.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GOMES, P. T. M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt_0021-7557-jped-91-02-00111.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GOUVEIA, A. O. et al. Interdisciplinary care for children with autism. *Journal of Nursing UFPE On Line*, Recife, v. 6, n. 5, p. 1.180-1.186, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2461/pdf_1108>. Acesso em: 28 fev. 2017.

GUINCHAT, V. et al. Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam, v. 6, n. 2, p. 589-601, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175094671100170X>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

LAMPREIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 160-171, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a13.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

MARQUES, D. F.; BOSA, C. A. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade de critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 31 n. 1, p. 43-51, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0043.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. *Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v. 1, n. 1, 2008. Não paginado. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta_martins_junior_garcia_e_ana_passos.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MECCA, T. P. et al. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 116-120, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/v33n2a09.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MELLO, A. M. S. R. et al. *Retratos do autismo no Brasil*. São Paulo: Associação de Amigos do Autista, 2013. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/images/home/Downloads/RetratoDoAutismo.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

MUNDY, P.; NEWELL, L. Attention, joint attention, and social cognition. *Current Directions in Psychological Science*, New York, NY, v. 16, n. 5, p. 269-274, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663908/pdf/nihms95026.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MENEGOLI, E. B. et. Al. Capacitação de agentes comunitários de saúde sobre o espectro autista. Cuidarte Enfermagem. Catanduva. SP, v. 4, n. 1, p. 1-52, 2007. <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%201%20jan.jun.%202010.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

OLIVEIRA, G. Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I – Vigilância rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Lisboa, v. 40, n. 6, p. 278-287, 2009. Disponível em: <<http://actapediatrica.spp.pt/article/download/4531/3371>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

OZONOFF, S.; ROGERS, S.; HENDREN, R. L. *Perturbações do espectro do autismo: perspectivas da investigação actual*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

PILATI, R.; ABBAD, G. S. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 43-51, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a07v21n1.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

SANINI, C.; BRUM, E. H. M.; BOSA, C. A. Depressão materna e implicações sobre o desenvolvimento infantil do autista. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 809-815, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19989/22075>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Há identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil nos programas de saúde da família. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 5, n. 2, 2010. Não paginado. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/download/3481/3252>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VASCONCELOS, R. M. A. R. *Autismo infantil*: a importância do tratamento precoce. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2009, Maceió. Anais... Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2009. Não paginado. Mesa Redonda: Infância e Psicanálise. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/76.%20autismo%20infantil%20-%20a%20import%C2ncia%20do%20tratamento%20precoce.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple

outcomes. *Clinical Psychology Review*, New York, v. 30, n. 4, p. 387-399, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0029460/>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 78-90, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n2/06.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

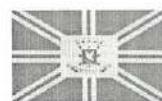
ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/04.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

ZAQUEU, L. C. C. et al. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n3/1806-3446-ptp-31-03-00293.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

ZERBINI, T.; ABBAD, G. Aprendizagem induzida pela instrução em contexto de organizações e trabalho: uma análise crítica da literatura. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 177-193, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/download/25724/27457>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

ANEXOS

ANEXOS I. AUTORIZAÇÃO I SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESAU) – Campo Grande/MS.



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde

Autorização Para Submeter ao Comitê de Ética

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora RAQUEL DO NASCIMENTO AMARAL está autorizada a realizar a pesquisa intitulada "CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS PRECOCES DO AUTISMO".

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética, conforme Resolução 465/12, entrega e ciência desta Secretaria da aprovação, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 15 de abril de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "RLF".

Regina L. Portioli Furlanetti
Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO III COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615 **Fax:** (67)3312-3723 **E-mail:** cep@uccd.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.532.596

Espectro do Autismo) até o 24º mês de idade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente projeto não envolve maiores riscos para os participantes do estudo. O projeto prevê a capacitação na identificação de sinais precoces de autismo. Os profissionais participantes serão beneficiados em termos de aquisição de novas competências, o que poderá contribuir para melhorar a qualidade de seu exercício profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O assunto abordado apresenta grande relevância para sociedade, intervindo precocemente e melhorando a qualidade de vida das crianças e respectivas famílias e também contribuição para os trabalhadores da área de saúde, que atuam em unidades básicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Realizar correção do endereço eletrônico do Comitê de ética em pesquisa no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações anteriores foram atendidas parcialmente. Faltou apenas realizar correção do endereço eletrônico do Comitê de ética em pesquisa no TCLE (consta o endereço eletrônico do programa de Pós Graduação em Psicologia).

Considerações Finais a critério do CEP:

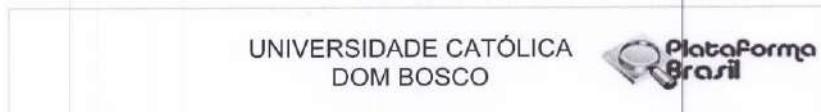
O Colegiado acompanha o voto do relator.

O Colegiado recomenda alterar o TCLE, COLOCANDO o endereço do CEP DA UCDB, que é o mesmo endereço da Universidade e o e-mail do CEP: cep@ucdb.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_632694.pdf | 19/04/2016 17:10:15 | | Aceito |
| Outros | Aut.png | 19/04/2016 16:49:24 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |
| Outros | Res.png | 19/04/2016 16:47:59 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |
| Outros | Par.png | 19/04/2016 16:46:25 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário CEP: 79.117-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615 Fax: (67)3312-3723 E-mail: cep@ucdb.br



Continuação do Parecer: 1.532.596

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Outros | Esc1.png | 19/04/2016 16:42:38 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PRO.doc | 18/04/2016 20:20:39 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 18/04/2016 20:19:21 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |
| Folha de Rosto | doc01116720160204132108.pdf | 08/02/2016 12:06:40 | Raquel do Nascimento Amaral | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 05 de Maio de 2016

Assinado por:
Márcio Luis Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário CEP: 79.117-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615 Fax: (67)3312-3723 E-mail: cep@ucdb.br

Página 03 de 03

APÊNDICES

APÊNDICE I - Dados Sociodemográfico da Amostra

| VARIÁVEIS DE CONTROLE | NÍVEIS |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEXO | FEMININO (<input type="checkbox"/>) MASCULINO (<input type="checkbox"/>) |
| IDADE | 15 À 25 (<input type="checkbox"/>) 25 À 35 (<input type="checkbox"/>) 35 À 45 (<input type="checkbox"/>) 45 À 55 (<input type="checkbox"/>) ACIMA DE 55 (<input type="checkbox"/>) |
| PROFISSÃO | ENFERMEIRO (<input type="checkbox"/>) AGENTE COMUNITÁRIO (<input type="checkbox"/>) ASSISTENTE SOCIAL (<input type="checkbox"/>) TÉCNICO DE ENFERMAGEM (<input type="checkbox"/>) MÉDICO (<input type="checkbox"/>) |
| ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM CRIANÇAS | SIM (<input type="checkbox"/>) TEMPO/DURAÇÃO: _____ NÃO (<input type="checkbox"/>) |
| CONTATO PRÉVIO COM CRIANÇAS COM TEA PROFISSIONALMENTE: | SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) |
| CONTATO PRÉVIO COM CRIANÇAS COM TEA, FAMILIAR E/OU PESSOAL | SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) |
| JÁ RECEBEU CURSO DE CAPACITAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE TEA | SIM (<input type="checkbox"/>) DURAÇÃO/HORAS: _____ NÃO (<input type="checkbox"/>) |

APÊNDICE II. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você _____ está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Capacitação das Equipes das Estratégias de Saúde da Família na Identificação de Sinais Precoces do Autismo”. Este projeto de pesquisa será conduzido pela aluna de pós-graduação (mestrado) Raquel do Nascimento Amaral, sob orientação do prof. Dr. André Varella (UCDB). A realização deste estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB. A sua escolha para participar da pesquisa é em razão de você trabalhar em uma ESF. Sua participação é muito importante, mas você não é obrigado a participar. Mesmo depois de começar a pesquisa, você ainda poderá desistir a qualquer momento, sem que isso traga algum tipo de problema para você.

Esta pesquisa tem como objetivo capacitar as equipes das Estratégias de Saúde da Família para identificar sinais de autismo em crianças de até 2 (dois) anos. Para que possamos atingir esse objetivo, a pesquisa passará por algumas etapas. Inicialmente vamos expor vídeos de crianças para saber se você consegue identificar alguns sinais de autismo. Em seguida, vamos aplicar um programa de capacitação através de palestras, ensinando a identificar alguns sinais comuns com base no comportamento da criança. E por fim, realizaremos novamente a exposição de vídeos de crianças com e sem autismo, com o intuito de compreender se nosso programa de capacitação foi eficaz. Os horários em que a pesquisa vai acontecer serão combinados antes com você, de forma com que não atrapalhe suas atividades de trabalho.

O risco que a participação neste estudo pode apresentar é atrapalhar sua rotina de trabalho, porém, como foi dito, iremos nos adaptar em seus melhores horários para a capacitação bem como em horário fora do expediente. Os benefícios de sua participação estão nos exercícios que isso gera sua capacidade de identificar

precocemente sinais de autismo em crianças na comunidade, próximas a você. Uma vez fazendo isso, você pode encaminhar essa criança para atendimento especializado e aumentar suas chances de melhora. Algumas dessas atividades poderão ser filmadas, mas todo o material da pesquisa, assim como sua identidade será mantido em segredo. Esse material será guardado pelo pesquisador. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, você nunca será identificado por seu nome verdadeiro, mantendo sua identidade em sigilo. Você receberá uma cópia desse termo, que consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá entrar em contato quando quiser para perguntar qualquer coisa a respeito da pesquisa e sobre a sua participação.

Raquel do Nascimento Amaral
 Rua Sacramento, 320.
 Condomínio Rio da Prata – Apto 602 – Torre C
 Campo Grande –MS.
 Tel. (67) 9901-8889
 E-mail: raquelnamaral@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UCDB que funciona na Pró-Reitoria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, localizada na Avenida Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário- CEP 79117-900 Campo Grande - MS – Brasil. Fone (67) 3312-3300.
 Endereço eletrônico: **mestradopsic@ucdb.br**

Campo grande, ____/____/____

Participante

APÊNDICE III

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO – PALESTRA EM RECURSO DE
POWER POINT PROJETADA EM DATA SHOW PARA O APRENDIZADO NA
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS PRECOCES DO AUTISMO**



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

- Busca o fortalecimento da atenção por meio da ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde no modelo da PROMOÇÃO DA SAÚDE.
- Pró-atividade perante indivíduos, famílias e comunidade;
- Foco na família – produção social do processo saúde-doença;
- Humanização, acolhimento, vínculo e Cuidado ao longo do tempo – ações de prevenção, promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde;
- O papel da UBSF na identificação de sinais precoces de autismo

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

- O diagnóstico do TEA é feito com base na avaliação clínica da criança.
- O TEA afeta duas áreas principais:

COMUNICAÇÃO SOCIAL

COMPORTAMENTOS REPETITIVOS E RESTRITOS

Reciprocidade social-emocional

Comunicação não-verbal
contato visual, gestos,
expressões faciais

COMUNICAÇÃO SOCIAL

Desenvolvimento e manutenção de relações sociais



O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) se caracteriza por um distúrbio no desenvolvimento que ocorre ainda na primeira infância.



SINAIS PRECOCES

- O desenvolvimento do bebê passa por algumas fases em diversas áreas (motora, linguagem, social, etc).
 - Fases servem como referência
- Os sinais precoces são observados quando uma fase do desenvolvimento de alguma área ainda não foi alcançada



SINAIS PRECOCES

- Estudos mostram que muitas crianças diagnosticadas com autismo já apresentavam sinais de autismo nos **primeiros meses de vida**
- Estes sinais podem indicar que o desenvolvimento da criança não está acontecendo conforme o esperado
- Sinais precoces: **importante alerta!**



MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



**Aos quatro
meses**

- Demonstra sinais de prazer (sorrir) e desconforto (chorar e resmungar).
 - Responde ao sorriso,
 - Gosta de ficar em várias posições e olha para objetos coloridos.
 - Olha para quem os observa e acompanha com o olhar.
 - Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros.
-

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



**Aos nove
meses**

- Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.
 - Rola, senta com apoio e leva os pés à boca.
 - Gosta de brincar com a mãe e familiares.
 - Fica sentado sem apoio.
-

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

**Aos doze
meses**



- Gosta de imitar os pais
- Fala de duas a três palavras
- Aponta para as coisas chamando a atenção do adulto

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Aos 2 anos



- Quer comer sozinho e já se reconhece no espelho.
- Fala frases com 2 a 3 palavras (vocabulário de aprox. 200 palavras)
- Anda com segurança, corre e/ou sobe degraus baixos.
- Brinca com vários brinquedos e aceita a companhia de outras crianças, mas também brinca sozinho.

| DESENVOLVIMENTO TÍPICO ATÉ 2 ANOS | RISCO DE TEA 0 À 24 MESES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bate palmas, acena e aponta com frequência • Responde facilmente quando o chama pelo nome • Fala frases com duas ou três palavras • Compartilha atenção com o outro • Fica atento ao olhar e gestos dos adultos • Imita as pessoas • Tem expressões faciais de afeto • Demonstra interesse por outras crianças | <ul style="list-style-type: none"> • Acena, bater palmas e apontar ocorre raramente • Dificuldade em responder quando é chamado pelo nome • Diz poucas ou nenhuma palavra • Não compartilha atenção com o outro • Atenção focada mais em objetos que pessoas • Dificuldade em imitar pessoas • Poucas expressões faciais de afeto • Prefere brincar sozinho, interagindo pouco com crianças |

SINAIS PRECOCES



Isolamento Social
Brinca sozinho



Atenção
compartilhada



Atenção
compartilhada



SINAIS PRECOCES



Imitando o adulto



Atraso na fala



Atenção
compartilhada

SINAIS PRECOCES



Isolamento Social



Enfileira os
objetos brincando



Tendem a brincar
sozinho mais que
com outras
crianças

OBRIGADA



RAQUEL AMARAL
Email: raquelnamaral@gmail.com



APÊNDICE IV.

PROGRAMA DE COLETA DE DADOS

AMOSTRA DE VÍDEOS - PROTOCOLO DE REGISTRO DE SINAIS DE AUTISMO

De acordo com o treinamento, informo que este termo é específico para que você (participante) descreva de forma objetiva sua capacidade de identificação de sinais precoces do autismo mediante a exposição dos vídeos apresentados de sinal típico e atípico de desenvolvimento do transtorno, conforme programa construído no *Windows Movie Maker*.

Informo que após cada vídeo apresentado, o mesmo será pausado e você terá um tempo para descrever, de forma simples, se há, em sua avaliação, sinal de autismo ou não.

1º VÍDEO:

2º VÍDEO:

3º VÍDEO:

4º VÍDEO:

5º VÍDEO:

6º VÍDEO:

7º VÍDEO:

8º VÍDEO:

9º VÍDEO:

10º VÍDEO:

11º VÍDEO:

**Raquel do Nascimento Amaral
Rua Sacramento, 320 - Condomínio Rio da Prata – Apto 602 – Torre C
Campo Grande-MS.
Tel. (67) 99901-8889
E-mail: raquelnamaral@gmail.com**