



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GENISSANDRA RODRIGUES QUARIGUASI

RASTREAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA
PUERICULTURA: INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SOBRAL - CE

2022

GENISSANDRA RODRIGUES QUARIGUASI

RASTREAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA
PUERICULTURA: INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção de título de mestre.

Linha de Pesquisa: Educação na saúde

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

SOBRAL - CE

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Quariguasi, Genissandra Rodrigues

Rastreamento do transtorno do espectro autista na puericultura: intervenção na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Genissandra Rodrigues Quariguasi. -- Sobral, 2022.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 86 folhas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Dissertação (Enfermagem) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Transtorno do Espectro Autista;. 2. Educação permanente;. 3. Atenção primária à saúde.. I. Título.

GENISSANDRA RODRIGUES QUARIGUASI

RASTREAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA
PUERICULTURA: INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA
(Orientadora)

Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA
(Membro Titular)

Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)
(Membro Titular)

Prof.^a Dra. Maria Adelane Alves Monteiro
Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA
(Membro Suplente)

Aprovada em: 19 de dezembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu a graça da aprovação à conclusão deste mestrado, e a Nossa Senhora, por sempre interceder por nós.

Aos meus pais, Maurício Quariguasi e Neusa Quariguasi, pelo amor, incentivo e apoio; aos meus irmãos, pelo carinho e incentivo.

Ao meu esposo Erisson Moraes, aos meus filhos Maria Clarice e João Pedro que sempre estiveram ao meu lado com amor, paciência e apoio incondicional.

À minha querida orientadora Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, pelos ensinamentos, pela dedicação e amizade.

Às professoras da banca examinadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira e Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira, pelos ensinamentos de grande relevância para este trabalho.

Aos meus colegas da quarta turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF-UVA, pelo incentivo e pela amizade.

Aos pais das crianças e aos colegas de trabalho que participaram desta pesquisa.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por prejuízos na comunicação, interação social e comportamental e tem se tornado um problema de saúde pública. De maneira geral, a família e os cuidadores são os primeiros a identificar alterações comportamentais na criança, e a puericultura torna-se um momento de grande relevância para identificar sinais do TEA. Assim, a pesquisa objetivou analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA); descrever os resultados da aplicação do instrumento de rastreamento dos sinais de alerta para o TEA junto às crianças e famílias na consulta de puericultura; identificar as contribuições da aplicação de um instrumento para identificação precoce do TEA durante a consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família e elaborar a proposta de um curso para os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Pesquisa de intervenção, com abordagem qualitativa, no município de Frecheirinha, Ceará. Os participantes foram constituídos por 14 crianças atendidas nas consultas de puericultura nas Unidades de Saúde da sede I e II, e os familiares cuidadores; e dois profissionais médicos e dois enfermeiros da equipe de ESF da sede. A coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2022, por meio de entrevista no *Google forms* com os profissionais e da aplicação da Escala M-CHAT com 14 crianças e respectivas famílias. A análise dos dados foi procedida de forma descritiva, mediante a análise de conteúdo de Bardin. Os profissionais referiram conhecimento incipiente sobre TEA, outro destacou o acesso ao conteúdo, como etiologia e epidemiologia sobre o TEA. Quando questionados sobre os aspectos relacionados ao diagnóstico de TEA, um participante mencionou os principais sinais de alerta, como as manifestações comportamentais e o déficit de interação social, outros destacaram o diagnóstico clínico durante as consultas de puericultura. No que se refere à identificação dos principais sinais de alerta para o TEA e a fase do desenvolvimento da criança, alguns participantes mencionaram déficit de comunicação e atenção, atraso para andar e, outro profissional desconheceu. Quando se perguntou aos participantes a relação da consulta de puericultura com a detecção precoce dos sinais de alerta para o TEA, dois afirmaram que sim, outros referiram a importância da puericultura na detecção precoce do TEA, assim como o envolvimento da família no diagnóstico. A avaliação das crianças durante a puericultura, por intermédio da Escala M-chat, constatou que oito apresentaram baixo risco, duas com risco moderado e quatro com alto risco para autismo. As duas crianças com risco moderado eram do sexo masculino, uma menor de dois anos de idade, a outra entre dois e cinco anos. Durante as consultas de puericultura na ESF, avaliou-se o risco para autismo em crianças, mediante a aplicação do M-Chat. Ratifica-se o potencial da atenção básica no diagnóstico dos sinais de alerta para o TEA, assim como encaminhamento e acompanhamento desses indivíduos para especialistas. A identificação de sintomas de risco como parte da rotina de profissionais que trabalham com a população infantil, bem como a formação de equipes interdisciplinares especializadas para apoiar os profissionais na atenção primária à saúde, constituem aspectos relevantes para que o diagnóstico seja determinado de forma segura, mesmo em crianças de tenra idade. A pesquisa apresentou impacto sobre o processo de trabalho na ESF do município estudado, uma vez que se identificou a baixa adesão às consultas de puericultura, importante dispositivo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Com

o estudo, espera-se melhor organização e planejamento do cuidado à criança na atenção básica.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by impairments in communication, social and behavioral interaction and has become a public health problem. In general, the family and caregivers are the first to identify behavioral changes in children and childcare becomes a moment of great relevance to identify signs of ASD. Thus, the research aims to analyze the knowledge of Family Health Strategy professionals about Autistic Spectrum Disorder (ASD); to describe the results of the application of the instrument for tracking the warning signs for ASD with children and their families in the childcare consultation; to identify the contributions of the application of an instrument for the early identification of ASD during the childcare consultation in the Family Health Strategy and to elaborate a proposal for a course for professionals of the Family Health Strategy on Autistic Spectrum Disorder (ASD). Intervention research with a qualitative approach, in the municipality of Frecheirinha, Ceará. The participants consisted of: 14 children assisted in childcare consultations at the health units at headquarters I and II, and their family caregivers; and two medical professionals and two nurses from the ESF team at the headquarters. Data collection took place from July to October 2022, through an interview on Google forms with professionals and the application of the M-CHAT Scale with 14 children and their families. Analysis was carried out descriptively using Bardin's content analysis. Professionals mentioned incipient knowledge about ASD, another highlighted access to content such as etiology and epidemiology about ASD. When questioned about aspects related to the diagnosis of ASD, one participant mentioned the main warning signs such as behavioral manifestations and social interaction deficit, others highlighted the clinical diagnosis during childcare consultations. With regard to the identification of the main warning signs for ASD and the child's developmental stage, some participants mentioned communication and attention deficit, delay in walking, and another professional is unaware. When we asked the participants about the relationship between the Childcare consultation and the early detection of ASD warning signs, two only said yes, others mentioned the importance of childcare in the early detection of ASD, as well as the family's involvement in the diagnosis. The evaluation of the children during childcare using the M-chat scale showed that eight were at low risk, two at moderate risk and four at high risk for autism. The two children at moderate risk were male, one younger than two years old, the other between two and five years old. During the childcare consultations at the ESF, in which the risk of autism in children was assessed through the application of the M-Chat, the potential of primary care in diagnosing the warning signs for ASD was confirmed, as well as the referral and follow-up of these individuals to specialists. The identification of risk symptoms as part of the routine of professionals who work with the child population, as well as the formation of specialized interdisciplinary teams to support professionals in primary health care, so that the diagnosis can be determined safely, even in children of young age. The research had an impact on the

work process at the ESF in the municipality studied, since we even identified low adherence to childcare consultations, an important device for monitoring child growth and development. With the study, a better organization and planning of child care in primary care is expected.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder; Permanent Education; Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPSF	Mestrado Profissional Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Justificativa e relevância.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1	Aspectos relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista.....	19
3.2	Atenção à saúde da criança com TEA no contexto da APS.....	21
3.3	O impacto do autismo na família.....	22
3.4	Redes de atenção à saúde e autismo.....	25
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4.1	Portaria Nº 2.436, De 21 de Setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.....	26
4.2	Estatuto da Criança e do Adolescente- Lei Nº 8.069, De 13 de Julho de 1990.....	27
4.3	Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei Nº 13.146/2015.....	27
4.4	Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista- Lei Nº 12.764 De 27 de dezembro de 2012.....	29
5	METODOLOGIA.....	30
5.1	Tipo do estudo/abordagem.....	30
5.2	Local da pesquisa.....	30
5.3	Participantes do estudo.....	32
5.4	Instrumento de pesquisa.....	34
5.5	Período de coleta de dados.....	35
5.6	Considerações éticas.....	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
6.1	O Transtorno do Espectro Autista sob as lentes dos profissionais da APS.....	37
6.1.1	<i>Os profissionais da APS e o conhecimento sobre autismo.....</i>	37
6.1.2	<i>O Transtorno do Espectro Autista definido pelos profissionais.....</i>	38
6.1.3	<i>Conhecimento sobre etiologia e epidemiologia do TEA.....</i>	39
6.1.4	<i>Aspectos sobre o diagnóstico de TEA.....</i>	40
6.1.5	<i>Conhecimento sobre o nível de classificação do autismo.....</i>	41

6.1.6	<i>Identificando sinais de alerta para o TEA.....</i>	41
6.1.7	<i>Conhecimento sobre instrumentos para rastreamento de sinais de alerta para o TEA.....</i>	43
6.1.8	<i>Políticas públicas de proteção aos direitos da pessoa com TEA.....</i>	44
6.2	Acompanhamento às pessoas com TEA e respectivas famílias na APS....	45
6.2.1	<i>Atendimento à pessoa com TEA e família na APS.....</i>	45
6.2.2	<i>Puericultura... possível espaço para detecção precoce dos sinais de alerta para o TEA.....</i>	45
6.2.3	<i>Avaliação, encaminhamento e acompanhamento do TEA na APS.....</i>	46
6.2.4	<i>Serviços da Rede de Atenção à Saúde que atendem às pessoas com TEA</i>	47
6.2.5	<i>Instituições do Terceiro Setor que atendem às pessoas com TEA.....</i>	47
6.2.6	<i>Papel da família no cuidado à pessoa com autismo.....</i>	48
6.3	O processo de aplicação do M-chat pelos profissionais e principais impressões.....	49
6.3.1	<i>Caracterização das crianças a partir do M-chat.....</i>	50
6.3.2	<i>A experiência de aplicar a Escala M-Chat durante a consulta de puericultura.....</i>	54
6.3.3	<i>Dificuldades em realizar a entrevista com os pais/acompanhantes das crianças e aplicar M-Chat.....</i>	55
6.4	Capacitação em TEA na APS: uma proposta de educação permanente em saúde.....	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DA SAÚDE).....	66
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS/FAMILIARES).....	68
	APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	70
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE TEA.....	73

APÊNDICE E - PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O RASTREAMENTO DE CRIANÇAS COM SINAIS DE ALERTA PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	75
ANEXO A - M-CHAT - ENTREVISTA PARA OS PAIS OU CUIDADORES DA CRIANÇA.....	78
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	80

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), configura um campo de práticas e produção de modos de cuidado em saúde da criança, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade.

Em dezessete anos de graduação em enfermagem, com especialização em Saúde da Família, sempre me identifiquei com a Atenção Primária à Saúde, ressaltando a relevância na prevenção de doenças e promoção da saúde. De modo contínuo atuando na Atenção Básica, sendo dez anos como gestora da Atenção Primária e, atualmente, na Estratégia Saúde da Família, realizando o acompanhamento das crianças por meio da puericultura, destacando que um dos programas importantes da atenção básica é a saúde da criança e nele inclui-se a puericultura. Além das ações em saúde da criança na APS, atualmente participo do Grupo de Pesquisa e Estudos em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS), o que proporcionou maior aproximação da temática em estudo.

Para identificar as crianças com alteração de comportamento, como o transtorno do espectro autista, faz-se necessário que a equipe esteja atenta e treinada para identificar sinais de alerta para o TEA e conduzir os casos.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que abrange o transtorno autista (autismo), a Síndrome de Rett, o Transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Atualmente, 1% da população mundial é diagnosticada com TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Conforme a *American Psychiatric Association* (2013), são características de autismo: déficits na comunicação e interação social; dificuldade no estabelecimento de conversas normais, seja envolvendo aspectos verbais ou não verbais, e demonstração de interesse social, emoção e afeto; dificuldade no estabelecimento de relacionamentos, interesses e atividades; insistência nas mesmas coisas; movimentos estereotipados; adesão inflexível de uma rotina (o que abrange, no campo nutricional, a neofobia alimentar); e hiper ou hiporreação a estímulos sensoriais, abrangendo a seletividade alimentar. Atualmente, o diagnóstico tem sido realizado com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), atualizado em 2013, não

existindo até o presente momento exames laboratoriais específicos para identificar a doença.

Em 2013, foram lançados pelo Ministério da Saúde (MS) dois documentos que tinham por objetivo fornecer orientações para o tratamento das pessoas com TEA no SUS. Um deles foi o documento intitulado Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)", cuja abordagem remete o autismo ao campo das deficiências, direcionando a terapêutica pela via da reabilitação (BRASIL, 2014; 2015).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, apresenta o outro documento, a "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", concebe o TEA como transtorno mental, atrelando as ações de cuidado à rede de atenção psicossocial, com destaque para os CAPSi. Importa, por ora, destacar o lançamento pela instância federal do SUS de dois documentos oficiais, com orientações distintas, que, a rigor, deixam intacto o cenário de diferenças e dissensos sobre os modos de cuidar de pessoas com autismo no SUS (BRASIL, 2014; 2015).

No que refere à Reforma Psiquiátrica, o Governo Federal promulga a Lei Nº 10.216, em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Esse documento reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Por meio dessa lei, trocou-se o modelo hospitalocêntrico, até então predominante no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental com multiprofissionais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento sociopolítico que ocorre no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Segundo Goulart e Durães (2010), a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais passa pelo constante estudo crítico do processo de reforma

psiquiátrica, com êxitos e fracassos, pois a reforma psiquiátrica ainda é um processo em construção.

Historicamente, a construção das políticas públicas no Brasil mostra que as conquistas aconteceram com a participação dos diferentes segmentos sociais que, a partir de uma organização coletiva, têm buscado garantir os direitos. Desde os anos 2000, quando diversos programas e políticas começaram um processo de internalização dos direitos humanos na agenda do poder público, envolvendo as pessoas com deficiência, a partir de normas legais, como as leis da acessibilidade (Leis nº 10.048 e nº 10.098, de 2000) e, posteriormente, da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2006, trouxeram temas novos para a agenda de direitos (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Para Menezes *et al.* (2020), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como ideário a reestruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil e considera, dentro da organização do cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta preferencial de contato dos usuários, sendo reconhecida como o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No processo de construção do SUS, houve a ampliação do acesso aos serviços de saúde, emblematicamente representada pela emergência da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa ampliação requer, além do aumento da cobertura das ações e serviços, o enfrentamento aos desafios relacionados ao processo de trabalho e modos como os profissionais de saúde agem e desenvolvem as relações na produção do cuidado em saúde (MENEZES *et al.*, 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal política brasileira para estruturação de uma assistência focada na família. As ferramentas utilizadas para abordagem devem fundamentar-se na realidade local, construindo um cuidar sólido, que permita a construção de vínculo entre família-comunidade-equipe, que implique no benefício da qualidade de vida da população e dos indicadores de saúde.

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando seguir os princípios de integralidade, equidade e universalidade.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional da Atenção Básica que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

No tocante à saúde da criança, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com a Portaria nº 1.130, a qual sintetiza, de maneira clara e objetiva, os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. O documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar a implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

A PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde e dos eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo. Dentre os eixos estratégicos, destacam-se: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

A Atenção Básica se caracteriza como porta de entrada do SUS, cujos primeiros atendimentos à criança ocorrem nas UBS, sendo a importante, neste momento, a detecção precoce de agravos à saúde da criança. Muitos destes, se detectados precocemente, há mais chances de tratamento adequado e cura, como os transtornos globais de desenvolvimento da criança. Dentre esses transtornos, encontram-se diferentes distúrbios: o espectro do autismo, a Síndrome de Rett, a Síndrome de Kanner e as psicoses infantis. Estes transtornos trazem para a vida da criança uma série de dificuldades referentes à interação social.

Enfatiza-se que a família desempenha papel relevante no processo de inserção e adaptação da criança com TEA no contexto sociocultural. Faria (2017) destaca a importância de se atentar não somente para as crianças com TEA, como também para as famílias. Para a autora, o autismo dos filhos impacta a vida familiar e, neste sentido, há necessidade de suporte e acolhimento para crianças e famílias. Com base no exposto, o objeto deste estudo foi: a identificação precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Estratégia Saúde da Família.

Diante do universo de desafios evidenciados pelos profissionais da ESF na atenção às crianças para identificação de TEA, elaboraram-se algumas questões norteadoras para o desenvolvimento desta pesquisa:

- Qual o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que realizam a consulta de puericultura sobre o TEA?
- Quais as contribuições da aplicação de um instrumento para identificação precoce do Transtorno do Espectro Autista durante a primeira infância na Atenção Primária à Saúde?
- Quais os desafios dos profissionais em identificar as alterações no comportamento das crianças durante a puericultura?

1.1 Justificativa e relevância

De acordo com a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, no artigo 3º, são direitos da pessoa com transtorno do espectro autista: I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; b) o atendimento multiprofissional; c) a nutrição adequada e a terapia nutricional; d) os medicamentos; e) as informações que auxiliem no diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2012), assim observa-se a relevância em identificar precocemente crianças com TEA e encaminhar para tratamento adequado.

Assim, duas questões tornaram-se fundamentais: a importância da detecção precoce de alterações de desenvolvimento em bebês que podem estar futuramente

associados aos TEA e a necessidade do diagnóstico diferencial. A primeira se refere à necessidade de intervenção, o que aumenta a chance de maior eficácia no cuidado dispensado. A segunda questão se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados pela equipe multiprofissional responsável para o estabelecimento do diagnóstico e a identificação de comorbidades.

A pesquisa ocorreu no contexto da Estratégia Saúde da Família e apresenta relevância pelo potencial de contribuir para identificação precoce das crianças com TEA, durante a puericultura, e, assim, promover qualidade de vida a essas crianças e respectivas famílias.

2 OBJETIVOS

- Analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Descrever os resultados da aplicação do instrumento de rastreamento dos sinais de alerta para o TEA junto às crianças e famílias na consulta de puericultura;
- Identificar as contribuições da aplicação de um instrumento para identificação precoce do TEA, durante a consulta de puericultura, na Estratégia Saúde da Família;
- Elaborar a proposta de um curso para os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista

Conhecido, atualmente, como Transtorno do Espectro Autista (TEA), a etiologia ainda é desconhecida e, embora se admita a multicausalidade, há diversas conjecturas sobre o que favorece o surgimento. Com o aumento crescente de diagnósticos, as suspeitas se ampliaram e deram origem a diversas hipóteses não comprovadas (ALMEIDA; NEVES, 2020).

A definição encontrada no DSM-IV (2002) é que o Transtorno Autista consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo (COUTINHO *et al.*, 2013).

No decorrer da história, a definição de autismo se ampliou, sobretudo com a admissão do espectro, que o tornou, na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), “Transtorno do Espectro Autista” (TEA). A partir dessa nova nomenclatura, o autismo englobou o Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (ALMEIDA; NEVES, 2020).

Já a definição encontrada na CID-10 (2000) sobre o autismo infantil: transtorno global do desenvolvimento caracterizado por: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (autoagressividade).

Os critérios que subsidiaram o diagnóstico do autismo passaram por diversas mudanças ao longo dos anos e foram descritos nos manuais de categorização nosológica. Os mais conhecidos e utilizados são o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados à Saúde (CID), particularmente a partir da década de 1980. Estes manuais apresentam diferenças nas nomenclaturas, nas características e nos códigos utilizados para fins de diagnóstico, mas convergem nos pressupostos conceituais que embasaram a classificação nosológica, hegemônicos no período em que foram publicados. A principal mudança, contudo, foi a substituição da perspectiva psicanalítica da doença mental, cuja origem seria provocada por eventos traumáticos e fundamentada nos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica, pelo modelo biomédico com diagnóstico categórico (agrupamento de sintomas) e abordagem multiaxial, que considera, também, a dimensão orgânica e a influência dos fatores externos sobre o comportamento (DUNKER, 2014). O rastreamento precoce dos sinais do autismo é de extrema relevância para o diagnóstico também precoce, tornando possível uma intervenção efetiva que possibilite a melhora no desenvolvimento e na qualidade de vida do indivíduo com TEA.

A prevalência global de autismo aumentou, aproximadamente, trinta vezes. As estatísticas da doença tornaram-se mais acessíveis, pois, no ano 2000, o *Center of Diseases Control and Prevention* (CDC) criou o *Autism and Developmental Disabilities Monitoring* (ADDM), uma rede que se ocupa das estimativas e da prevalência de TEA nos Estados Unidos. A partir dessa criação, foram realizadas pesquisas periódicas, de dois em dois anos, que monitoram os dados epidemiológicos de autismo. Por meio de estudos, o ADDM permite acompanhar a evolução dos diagnósticos da doença a cada biênio. Na primeira investigação, realizada no ano 2000, havia um autista para cada 150 crianças examinadas (uma prevalência igual a 0,66%). Na segunda pesquisa, em 2002, o número se manteve. No entanto, a partir de 2004, os números se tornaram consideravelmente maiores, de forma que a última estimativa apontou um autista para cada 68 crianças, perfazendo a prevalência igual a 1,47% (ALMEIDA; NEVES, 2020).

A psicanálise introduz elementos importantes a partir de como entende a constituição do sujeito, a transferência e a direção do tratamento. A necessidade de refletir sobre um aspecto fundamental que se pode delimitar de uma experiência de atendimento psicanalítico em grupo com crianças: a presença de mais de um analista no *setting*. Cabe situar que a formação de grupos terapêuticos para crianças é uma prática recorrente em instituições voltadas para a saúde mental infantojuvenil, sem

que, necessariamente, todos os integrantes possuam o mesmo diagnóstico (LUCERO *et al.*, 2021).

3.2 Atenção à Saúde da criança com TEA no contexto da APS

Reconhecem-se os progressos alcançados a partir da introdução do PSF, como a redução da mortalidade infantil. No entanto, o que ainda prevalece nas consultas de saúde da criança é o atendimento individual, biologicista, pautado na queixa-conduta, incapaz, portanto, de atender integralmente às necessidades de saúde dessa população (DAMASCENO, 2016).

O acompanhamento da criança no contexto da APS, realizado pela equipe da ESF, em especial pelo médico e enfermeiro, está voltado, muitas vezes, no modelo biomédico. Constantemente, o profissional de saúde age como detentor do conhecimento, tratando o familiar/cuidador como mero receptor de informações, levando-o a não reconhecer a importância do acompanhamento periódico de crianças durante as consultas de puericultura.

A criança com autismo, também conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA), apresenta alteração comportamental que compromete o desenvolvimento motor e psiconeurológico, dificultando a cognição, a linguagem e a interação social da criança.

Em virtude da complexidade, conjunto de sintomas e variáveis, atualmente, o autismo está inserido no grupo de Transtornos de Espectro Autista (TEA), de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (2013). O TEA pode ser identificado antes mesmo dos três anos de idade, ao longo do desenvolvimento da criança em relação às interações sociais e à comunicação, por exemplo, o que tem influência na capacidade de adaptação às situações do dia a dia (MELLO, 2018).

Para Merletti (2018), a experiência de longos anos no atendimento psicanalítico institucional de crianças que recebem, atualmente, o diagnóstico médico de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) trouxe alguns ensinamentos, ao mesmo tempo acompanhados de outro tanto de dúvidas e impasses teóricos e interventivos. O primeiro dos ensinamentos foi que a própria clínica psicanalítica, tendo avançado sobremaneira com os estudos da psicose, teria ainda muito que percorrer na clínica com os sujeitos em estados autísticos precoces, especialmente na primeira infância,

confrontando continuamente com a ética, a técnica da psicanálise e as necessárias invenções táticas para acolher e tratar a condição de sofrimento dos seres humanos em um dado contexto e época.

3.3 O impacto do autismo na família

Compreende-se que a revelação diagnóstica do autismo se torna um momento complexo, delicado e desafiador para a família, assim como para os profissionais de saúde responsáveis por esse trabalho. O ambiente físico, associado às demais circunstâncias relacionadas à notícia, poderão interferir positivamente ou não para minimização do sofrimento familiar.

Em algumas etapas iniciais de teorização, mães ou cuidadores foram culpabilizados pelo autismo da criança. Desde a década de 1940, quando o psiquiatra Leo Kanner formalizou a categoria nosológica do autismo, o papel da relação mãe-bebê na gênese de tal condição tem sido tema de reflexões, pesquisas e reformulações. A conhecida hipótese da 'mãe-geladeira' é emblemática nesse sentido e, embora refutada, há olhar crítico e postura ética nos estudos das crianças com TEA e respectivas famílias (MORAES *et al.*, 2021).

Para Moraes *et al.* (2021), a relação que se estabelece entre a criança e os pais, considerando que a condição do filho ou filha pode produzir efeitos sobre os eles, com potencial de influência, em retroalimentação, sobre o isolamento autístico da criança. Colocando de maneira simples, é como se falasse de uma relação em via de mão dupla, na qual a criança tem dificuldades no estabelecimento de laços sociais; por consequência, os pais sofrem com tais dificuldades, com impactos sobre o investimento afetivo parental, o que pode vir a agravar o quadro da criança com TEA.

Quando se reflete sobre o sofrimento da família (pais, irmãos) da criança com TEA e o impacto do autismo na família, com enfoque na forma de cuidado nessa clínica. Não se trata de pensar sobre agentes causadores do autismo, mas de considerar quem está no dia a dia da criança com TEA e que pode potencializar as intervenções e formas de cuidado propostas. Deve-se destacar a relevância em colocar em prática a escuta e o acolhimento de pais e irmãos de crianças com TEA. Não se esquecendo de refletir acerca das famílias dessas crianças, na busca de um olhar ético para o sofrimento delas.

Merletti (2018, p.149) aponta para a importância, na clínica do autismo, de acolher e restituir narcisicamente os pais das crianças com TEA, em geral, tão carregados por sentimentos de angústia, desamparo e sofridos em função do impacto do diagnóstico e dos desafios cotidianos por eles enfrentados. A autora destaca a relevância de uma posição de escuta e ética que tem como objetivo acolher a criança e a família a partir do sofrimento delas. Trata-se de perspectiva de “[...] corresponsabilização social da família na construção dos cuidados, na transmissão simbólica e na sustentação de uma posição crítica sobre os possíveis lugares e destinos da criança”.

Geralmente, quando do recebimento do diagnóstico, os familiares se sentem pouco esclarecidos sobre o que o autismo representa, as formas de tratamento possíveis e as possibilidades de prognóstico, o que intensifica esses sentimentos. Além disso, a dinâmica familiar e as contingências individuais irão determinar a maneira e o tempo de elaboração desse luto, além das reações necessárias frente a isso, como redefinição de papéis, acolhida do diagnóstico e constituição da dinâmica familiar (ANJOS; MORAIS, 2021).

O vínculo entre a família, a criança e os profissionais de saúde que acompanham o processo diagnóstico é importante nesse momento, pois reflete positivamente na forma com que os familiares lidam e enfrentam o problema.

A pouca disponibilidade de tempo, a inabilidade em comunicação e o apoio emocional do profissional de saúde ainda constituem importantes barreiras para esta atividade que legalmente compete ao médico. Entretanto, deve-se considerar a importância da presença da equipe multiprofissional nesse processo, a fim de compartilhar os questionamentos, as angústias e as necessidades dos familiares que se estabelecem no momento do diagnóstico. Nesse contexto, é fundamental planejar (PINTO, 2016).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), cerca de 7,53% (3.459.401) de crianças brasileiras entre zero e 14 anos possuíam algum tipo de deficiência, e vendo a crescente inclusão dessas crianças na sociedade, os profissionais da área da saúde precisam estar atentos quanto à observação de sinais de deficiência. O autismo, ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um distúrbio neurológico caracterizado por prejuízos em duas esferas: comunicação

social, quantitativa e qualitativa, e comportamento, que apresenta padrões repetitivos e restritos.

A equipe multiprofissional deve estar capacitada para identificar possíveis alterações no comportamento das crianças para avaliar e encaminhar a profissionais especializados para diagnóstico e acompanhamento corretos, evitando tratamento tardio.

Estudo realizado com 56 profissionais da área da saúde que participam da equipe multidisciplinar, dos quais, apenas 15 profissionais sabiam identificar e sanar as dúvidas dos pais com relação ao TEA, e 21 profissionais alegaram não ter tido aula ou estágio sobre o assunto. Os profissionais que sabiam identificar com clareza os sinais do TEA, eram profissionais com especialização na área ou familiares com o diagnóstico, o que facilitava para eles tratar de pessoas com essa deficiência, porém, foi unanimidade o fato de todos os entrevistados concordarem que precisa de mais palestra e aulas sobre o assunto, tendo em vista que é muito falado na sociedade hoje em dia e muito se tem lutado pelos direitos dessa população. Apesar do desfalque de conhecimento que os profissionais tinham a respeito do autismo, muitos sabiam do que se tratava e o que o afetava, no caso o neurodesenvolvimento da criança, e concordaram que a equipe precisa saber atuar com as crianças, para que o atendimento possa ser feito de forma integral e humanizada (CANDIDO; LEITE, 2020)

Logo, profissionais de saúde necessitam de papel mais proativo para perceber as necessidades da família, envolver pais, cuidadores e reconhecer forças, limitações e preocupações e facilitar o cuidado contínuo. Portanto, não é possível trabalhar com a criança autista isoladamente da família, urge fornecer apoio e cuidado a todos.

Balestro e Fernandes (2019) apontam que o nível de comunicação das crianças está diretamente relacionado com a percepção que os pais apresentam sobre o desenvolvimento e as habilidades dos filhos. Com intervenções fonoaudiológicas que melhoram os aspectos comunicacionais, observa-se, em paralelo, relevante aumento da interação entre pais e filhos e da sincronicidade na linguagem. Pois, a melhor comunicação com a família contribui para reduzir o estresse associado à ausência de expressão comunicativa, verbal ou não verbal, em que os pais possam interagir melhor com os filhos e sentir-se conectados com eles.

Destaca-se a contribuição de Fernandes *et al.* (2020), ao apontarem o possível impacto de eventos inesperados, como a pandemia da Covid-19, na rotina e saúde

mental de crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo e respectivas famílias, e o quanto o apoio e a orientação de profissionais da área da saúde e educação, do coletivo e da comunidade podem ser essenciais para redução do estresse e enfrentamento dos desafios.

3.4 Redes de Atenção à Saúde e autismo

A Atenção Primária à Saúde (APS), na concepção mais abrangente e contemporânea, pode ser compreendida como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. A partir deste entendimento, a APS desempenha papel singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para satisfazer as demandas da população, condição que implica considerá-la como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

No tocante à saúde da criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança se organiza a partir das redes de atenção à saúde e dos eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo. Dentre os eixos estratégicos, destacam-se: atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade.

Historicamente, tem-se uma lógica de rede que se mostra fragilizada. Um dos vários fatores dessa fragilização circula em torno de uma visão fragmentada e segmentada das ações e dos serviços, cujo resultado é uma segregação e alguma exclusão da dimensão subjetiva, não somente da população com TEA, mas dos demais sujeitos em sofrimento psíquico (SILVA; FURTADO, 2019).

A importância em fortalecer as redes de atenção à saúde ocorre desde a atenção primária aos serviços especializados. Elas constituem conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns interdependentes que, assim, ofertam atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada de forma humanizada a todos.

O Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, entre outros, com objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência (BRASIL, 2015).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, para tratar da temática, apoiou-se nas políticas públicas de saúde brasileiras que versam sobre atenção à saúde das pessoas com necessidades/deficiência; e, especificamente, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), foco desta pesquisa. A seguir, apresenta-se recorte de documentos que destacam o direito das pessoas com autismo e as respectivas famílias, no que se refere à atenção de suas necessidades, por meio do acesso às políticas públicas, que vão desde a Constituição de 1988 e institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante “Saúde a Todos” como direito do cidadão e dever do Estado.

De acordo com a Constituição brasileira de 1988, o art. 196 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016).

A saúde é um direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988, isto é, todos têm direito a tratamentos adequados, fornecidos pelo poder público. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrange procedimentos simples e complexos, é referência mundial em cuidados na atenção básica, no tratamento para hepatite C, assim como para HIV/Aids, além de ser referência do sistema público de imunização e transplantes.

4.1 Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica

A Portaria nº 2.436 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando no art. 2º que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

As ações da atenção básica que envolvem prevenção de doenças, promoção da saúde a redução de danos, relevantes para que a equipe multiprofissional interdisciplinar restabeleça qualidade de vida às pessoas adscritas no território de abrangência, no cuidado individual e coletivo, na perspectiva da saúde como direito universal.

4.2. Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

O conjunto de leis que formam o Estatuto embasou a construção de políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes, que contribuíram para diversos avanços, entre eles, ampliação do acesso à educação, reforço no combate ao trabalho infantil, mais cuidados com a primeira infância e criação de novos instrumentos para atender às vítimas de violência. No entanto, o Brasil ainda tem muitos desafios, como garantir a plena efetivação do ECA, permitindo que crianças e adolescentes tenham direitos respeitados, protegidos e assegurados. Mas, nenhum desafio será realmente superado até que o Brasil promova, de fato, a mudança cultural idealizada pelo ECA, ou seja, que a sociedade, de modo geral, proteja crianças e adolescentes como pessoas vulneráveis e em desenvolvimento (BRASIL, 1990).

A Lei da Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016) implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando garantir o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

De acordo com art. 2º, para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança (BRASIL, 1990).

4.3 Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência - teve como base a Convenção sobre os direitos da Pessoa com Deficiência e o Protocolo Facultativo, instituído em 06 de julho de 2015, considera pessoas com deficiência (e não portadoras de deficiência), as que possuem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a

participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas e tem por objetivo a promoção, em condições de igualdade, do exercício dos direitos e liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, por meio, principalmente, da inclusão social.

O art. 12 da Convenção estabelece que as pessoas com deficiência possuem o direito de gozar da capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. Deste modo, essa capacidade legal é mais ampla do que a capacidade civil em geral (BRASIL, 2015).

De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, no Capítulo III – Do Direito à Saúde, determina:

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia

§ 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.

§ 4º As ações e os serviços de saúde pública destinada à pessoa com deficiência devem assegurar:

I – diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;

II – serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;

III – atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; IV – campanhas de vacinação;

V – atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais; VI – respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência;

VII – atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida;

VIII – informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

IX – Serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais;

X – promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais;

XI – oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção.

4.4 Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - Lei Nº 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 nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Essa lei Ordinária Federal nº 12.764 estabelece diversas diretrizes para sua consecução.

No art. 3º da referida lei, determinam-se os direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- IV - o acesso:
 - a) à educação e ao ensino profissionalizante;
 - b) à moradia, inclusive à residência protegida;
 - c) ao mercado de trabalho;
 - d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 3º-A. É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020).

A Lei 13.977 de 08 de janeiro de 2020 altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências.

Art. 1º - Esta Lei, denominada "Lei Romeo Mion", altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania), para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo/abordagem

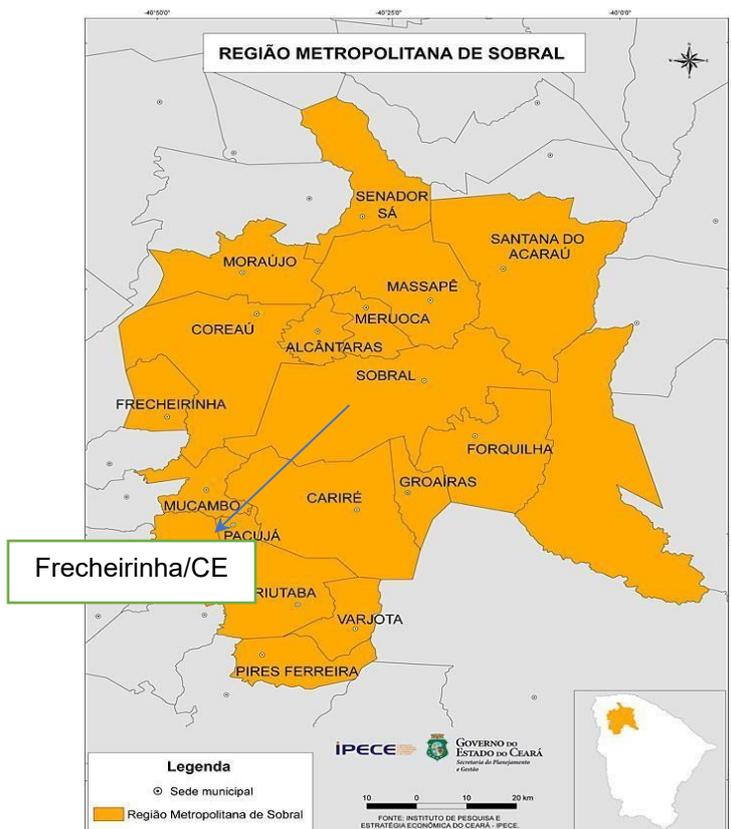
Trata-se de pesquisa de intervenção, com abordagem qualitativa. A formulação da pesquisa-intervenção dialoga diretamente com metodologias de pesquisas participativas, com viés de transformação da realidade sociopolítica, tendo em vista que ela propõe um novo significado relacionado à micropolítica da experiência social. O que se coloca em questão é compreender o senso comum, as linguagens, os entendimentos sobre experiências e vivências, considerando as singularidades a serem encontradas, para assim superar e realocar as adversidades e dificuldades em algo que seja significativo para a criticidade dos sujeitos (MINAYO, 2012).

Minayo (2010) afirma que a pesquisa qualitativa consiste em estudo para compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos.

5.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Frecheirinha-CE, localizado na Mesorregião do Noroeste Cearense, no contexto da Atenção Básica à Saúde. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) de 0,604, este considerado como médio desenvolvimento ao avaliar a longevidade, educação e renda da população municipal.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Sobral no Ceará, 2021



Fonte: IPECE, 2018.

De acordo com o último Censo realizado pelo IBGE, em 2010, Frecheirinha teria população de 12.991 habitantes, com densidade demográfica de 71,68 hab/km². A população estimada, em 2019, era de 14.072 habitantes. É considerado, atualmente, como o maior polo de produção de moda íntima do Ceará e um dos maiores do Brasil.

O município possui sete equipes de Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% da população assistida, um hospital de pequeno porte e o CRAS. Conta com equipe multiprofissional com fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social, psicólogo, psiquiatra, ginecologista e pediatra. A atenção primária à saúde é considerada principal porta de entrada e tem como referência o município de Sobral para atendimentos terciários do município.

No município de Frecheirinha, há, em média, 387 crianças de zero a 24 meses, segundo o Ministério da Saúde brasileiro, por meio de relatório consolidado da situação do território. As consultas de puericultura são realizadas semanalmente pela equipe da ESF, especialmente médico e enfermeiro, mediante agendamento e

demanda espontânea, se ainda houver vagas para atendimento no dia, sempre evitando que o paciente deixe a Unidade de Saúde sem a assistência prestada. Após a consulta, caso haja necessidade, realiza-se encaminhamento para outros profissionais.

Durante a visita domiciliar à puérpera e ao bebê, realizada preferencialmente até sete dias do pós-parto pela enfermeira, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e odontóloga da equipe encaminham para iniciar o acompanhamento da criança a partir do primeiro mês de vida na Unidade de Saúde, sendo consultas alternadas entre médico e enfermeiro. Reconhece-se, assim a relevância do acompanhamento infantil para identificação precoce de alterações no desenvolvimento, sendo urgente a busca ativa juntamente com os ACS às crianças faltosas.

A equipe da sede, onde foi realizada a coleta de dados desta pesquisa, atende semanalmente, em média, 25 crianças, na faixa etária de zero a dois anos. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza que a criança seja acompanhada na Atenção Básica nas UBS tradicionais ou ESF pela equipe com retornos, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, com consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

5.3 Participantes do estudo

Na pesquisa, participaram: (1) crianças atendidas nas consultas de puericultura nas Unidades de Saúde da sede I e II, juntamente com familiares cuidadores maiores de 18 anos; (2) profissionais de nível superior da Equipe da Estratégia Saúde da Família da sede do município de Frecheirinha, Ceará, dois enfermeiros e dois médicos atuantes nestas equipes, realizando puericultura semanalmente. Ao final, participaram 14 crianças e quatro profissionais.

A anuência para participação na pesquisa ocorreu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um critério de inclusão do estudo.

5.4 Instrumentos de pesquisa

A coleta de dados ocorreu da seguinte forma: (1) a aplicação da Escala M-CHAT para as crianças e famílias que visa identificar sinais de alerta para o autismo

em crianças entre 18 e 24 meses e (2) entrevista estruturada junto aos profissionais da ESF do referido município.

A Escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) é um instrumento de rastreamento precoce de autismo, que visa identificar indícios desse transtorno em crianças entre 18 e 24 meses. Consiste em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser autopreenchida por pais de crianças. O autismo, como grave desordem de desenvolvimento, é difícil de detectar em crianças muito pequenas. No entanto, as crianças que receberam intervenção precoce melhoraram os prognósticos a longo prazo.

Para Robins (2001), M-CHAT é uma escala de rastreamento que pode ser utilizada em todas as crianças durante visitas pediátricas, com objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce. É extremamente simples e não precisa ser administrada por médicos. A resposta aos itens da escala considera as observações dos pais com relação ao comportamento da criança, necessita de apenas alguns minutos para ser preenchida, não depende de agendamento prévio, é de baixo custo e não causa desconforto aos pacientes. Essa escala é uma extensão da CHAT, consiste em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser autopreenchida por pais de crianças de 18 a 24 meses de idade, que sejam ao menos alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta pediátrica.

O formato e os primeiros nove itens do M-CHAT foram mantidos. As outras 14 questões foram desenvolvidas com base em lista de sintomas frequentemente presentes em crianças com autismo. Os autores do M-CHAT realizaram estudo de validação da escala nos EUA, com amostra de 1.122 crianças de 18 meses de idade que faziam consultas pediátricas de rotina e com outra amostra de 171 crianças que participavam de rastreamento precoce em serviços especializados. Neste estudo, utilizaram-se de dois critérios para determinar a sensibilidade e especificidade do M-CHAT. A referida escala foi traduzida para os seguintes idiomas: islandês, japonês, arábico, chinês, cingalês, holandês, francês, espanhol (de Porto Rico e da Espanha), alemão, hindi, tâmil e turco, e está sendo traduzido para o tailandês (ROBINS, 2001).

Após a coleta de dados, descreveram-se os resultados da aplicação do instrumento de rastreamento dos sinais de alerta para o TEA junto às crianças e respectivas famílias na consulta de puericultura. Ao final do questionário, o profissional

tem resultado que indica baixo risco, risco moderado ou alto risco, conforme descrito a seguir:

Baixo risco: pontuação total é de 0-2; se a criança for menor que 24 meses, repetir o M-CHAT em 24 meses. Não é necessária qualquer outra medida, a não ser que a vigilância indique risco de TEA.

Risco moderado: pontuação total é de 3-7; administrar a entrevista de seguimento para obter informação adicional sobre as respostas de risco. Se a pontuação do M-CHAT-R/F continuar igual ou superior a 2, a criança pontua positivo para TEA na triagem, se for pontuação 0-1 pontua como negativo para triagem do autismo. Não é necessária qualquer outra medida, a não ser que a vigilância indique risco de TEA, a criança deverá fazer triagem novamente em futuras consultas de rotina.

Alto risco: pontuação total é de 8-20; pode-se prescindir da necessidade da entrevista de seguimento e deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de necessidade de intervenção.

Ao identificar sinais de alerta para risco moderado ou alto para autismo em crianças, inclui-se, também, o cuidado com as famílias que estão no cuidado diário e direto, pela disponibilidade do atendimento e acompanhamento multiprofissional.

As respostas pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23. As respostas pontuadas com “sim” são: 11, 18, 20, 22. Se a criança obtiver mais de três pontos oriundos de quaisquer dos itens, é considerada em risco para autismo. Se obtiver dois pontos derivados de itens críticos (que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada em risco para autismo.

Ao realizar entrevista estruturada com os profissionais da saúde com formação universitária que atuam na Estratégia Saúde da Família para conhecer identificar as dificuldades na aplicação da escala e os sinais de alerta para o TEA, conseqüente à coleta de dados com as famílias, analisaram-se as contribuições da aplicação de um instrumento para identificação precoce do TEA durante a consulta de puericultura.

Os resultados da aplicação da Escala foram apresentados considerando a estatística descritiva, a partir do cálculo de valores absolutos e relativos e demonstrados em formato de tabelas. As informações obtidas por meio das entrevistas com os profissionais foram sistematizadas e agrupadas, considerando o

método da análise de conteúdo de Bardin (2016) e a técnica de análise categorial, com vistas a garantir a fidedignidade das informações.

Com os resultados desta pesquisa, intentou-se elaborar uma proposta de um curso de capacitação intitulado “**Cuidado à pessoa com transtorno do espectro autista e sua família na Atenção Primária à Saúde**”, considerando as necessidades de aprendizagem destes para melhor manejo das crianças com hipótese diagnóstica para TEA e, por conseguinte, orientar a família para o cuidado adequado a crianças com autismo.

5.5. Período de coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados de julho a outubro de 2022.

5.6 Considerações éticas

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, consideraram-se os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Para atender a esses pressupostos, esta pesquisa foi submetida à apreciação do CEP, após autorização da Secretária de Saúde do município, mediante carta de anuência.

A Resolução esclarece também que a pesquisa em qualquer área do conhecimento que envolve seres humanos deve observar as seguintes exigências: a) contar com o consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal; b) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram um TCLE, a fim de garantir o cumprimento das questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos. Estas foram esclarecidas quanto à liberdade para se recusarem a participar

do estudo, ou retirar o consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma e prejuízo ao cuidado, assim como a garantia do anonimato.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa e, após a aprovação, conforme parecer n. 5.536.915, os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados em três seções, na primeira, apresenta-se breve caracterização dos profissionais e, por conseguinte, expõem-se as categorias abstraídas a partir de entrevistas realizadas junto aos participantes; na segunda, descrevem-se os resultados do M-chat, aplicado a 14 crianças que buscaram a Unidade de Saúde para a consulta de puericultura e, em seguida, relatam-se as opiniões dos profissionais em relação à aplicação do instrumento; e na terceira, expressa-se proposta de capacitação em TEA na APS, com objetivo de apoiar os profissionais no rastreamento de sinais de alerta para o autismo, bem como no processo de acompanhamento e monitoramento das pessoas com TEA.

6.1 O Transtorno do Espectro Autista sob as lentes dos profissionais da APS

Neste espaço, realiza-se breve caracterização dos profissionais e, por conseguinte, as categorias abstraídas a partir de entrevistas realizadas junto aos participantes, as quais revelam, no tocante ao autismo que estes apresentaram conhecimento incipiente sobre etiologia, epidemiologia e instrumentos para identificar sinais de alerta para o TEA. No que tange à avaliação, ao encaminhamento, acompanhamento e às políticas públicas de proteção dos direitos da pessoa com TEA, observou-se em alguns profissionais conhecimento incipiente.

6.1.1 Os profissionais da APS e o conhecimento sobre autismo

A pesquisa foi realizada com quatro profissionais, dois médicos e dois enfermeiros, com tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde que variou de 18 anos a sete meses. Dentre as especializações realizadas, citaram-se a Residência Medicina de Família e Comunidade; Saúde da Família; Docência em saúde; e UTI. Em duas categorias profissionais avaliadas, percebe-se a diferença no tempo de atuação na APS, assim como as especializações em Saúde da Família.

No processo de caracterização dos participantes da pesquisa, buscou identificar quais conteúdos sobre Transtorno do Espectro Autista foram estudados durante a graduação. Essas informações estão registradas nos relatos a seguir:

Há 18 anos, talvez, não fosse um transtorno muito conhecido como é hoje e isso fez com que não fosse muito apresentado no período da graduação. (E1)

Conteúdos relacionados à definição, etiologia, epidemiologia e tratamento de uma forma geral. (E2)

Durante a graduação, foi conhecimento insuficiente, acredito que nem tenha estudado a temática. (E3)

Os profissionais referiram conhecimento insuficiente ou inexistente, outro destacou o acesso ao conteúdo como etiologia e epidemiologia sobre o TEA. Seguiu-se com a descrição e análise do conhecimento dos participantes acerca do autismo.

6.1.2 O Transtorno do Espectro Autista definido pelos profissionais

Os profissionais trouxeram definições complementares sobre o Transtorno do Espectro Autista, como distúrbio do neurodesenvolvimento, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e interação social, padrões de comportamentos repetitivos.

Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar repertório restrito de interesses. (E1)

Distúrbio do neurodesenvolvimento, caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos. (E2)

Transtorno de desenvolvimento neurológico, em que o paciente apresenta dificuldade de comunicação e interação social. (E3)

Distúrbio do neurodesenvolvimento. (E4)

Para Silva e Mulik (2009), os profissionais da saúde, educação e áreas afins, que tenham a infância como especialidade, devem estar cada vez mais preparados para se depararem com casos de autismo no decurso das práticas. Entretanto, ainda hoje existe grande lacuna em termos de conhecimento e capacitação profissional em relação às práticas diagnósticas e à implementação de programas de intervenção. Apesar de ter havido enormes avanços nessas últimas décadas em relação à identificação precoce e ao diagnóstico de autismo, muitas crianças, especialmente no Brasil, ainda continuam por muitos anos sem diagnóstico ou com diagnósticos inadequados.

Os profissionais de saúde devem estar constantemente participando de capacitações que auxiliam no rastreamento dos sinais de autismo durante as consultas.

6.1.3 Conhecimento sobre etiologia e epidemiologia do TEA

No que se refere à etiologia e epidemiologia do TEA, alguns relacionaram interação de fatores genéticos e ambientais, outro referiu etiologia desconhecida, conforme se observam observar nas falas a seguir:

Evidências científicas apontam que não há uma causa única, mas sim a interação de fatores genéticos e ambientais. (E1)

Acredito que tenha interação genética e ambiental, porém pelo que já li, ainda não há uma causa definida. (E2)

Aumentei meus conhecimentos com estudo dessa pesquisa de mestrado, mas avalio a relevância em expandir meus conhecimentos. (E3)

Ainda de etiologia desconhecida. (E4)

Nos últimos 20 anos, assistiu-se à expansão dos inquéritos epidemiológicos às populações infantis em todo o mundo. Em muitos países, a falta de conscientização e experiência em diagnóstico e intervenção persiste com a estigmatização social negativa. No entanto, com o desenvolvimento da internet e das mídias sociais, e das organizações de defesa, tornou-se mais difícil para os governos ignorarem os problemas individuais, familiares e sociais associados ao autismo e aos distúrbios do neurodesenvolvimento em geral. Os inquéritos epidemiológicos configuram ponto de partida natural para o desenvolvimento de conhecimentos especializados em investigação sobre estas condições; os governos e as agências de tomada de decisão precisam de dados quantitativos locais para orientar as decisões de planejamento de serviços (FOMBONNE, 2019).

A questão colocada sobre possível epidemia de autismo parece ser facilmente respondida pelos dados epidemiológicos. Há que se reconhecer o crescimento diagnóstico vertiginoso dos últimos anos: de sintoma da esquizofrenia infantil, o autismo galgou patamares até atingir nomenclatura própria, englobando diversas outras manifestações sintomáticas da infância descrita nos manuais psiquiátricos anteriores, como a Síndrome de Asperger e o Transtorno Desintegrativo da Infância.

6.1.4 Aspectos sobre o diagnóstico de TEA

Quando questionados sobre os aspectos relacionados ao diagnóstico de TEA, um participante mencionou os principais sinais de alerta, como as manifestações comportamentais e o déficit de interação social, outros destacaram o diagnóstico clínico durante as consultas de puericultura.

Manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos. (E1)

Diagnóstico clínico, de acordo com o que é observado durante as consultas e os relatos dos pais. (E2)

Durante a puericultura, na Atenção Primária à Saúde que é realizada por médico e enfermeiro, podemos identificar sinais de autismo e encaminhar para atendimento especialista, como o neurologista. (E3)

Clínico. (E4)

As últimas alterações nos manuais de diagnóstico de TEA, tanto no DSM quanto na CID, foram significativas e têm gerado discussões quanto à sensibilidade e especificidade destes manuais, bem como alterações na prevalência do autismo. Alteração importante na segunda revisão da CID-10 foi a diferenciação com o transtorno de linguagem (F80.2), o qual pode ser observado posteriormente no DSM-5 e na CID-11. A linguagem funcional passa a ser central no diagnóstico em detrimento da linguagem estruturada. Ao deslocar o transtorno de linguagem da CID-10 de F84 para F80, a linguagem pragmática da comunicação passa a ser o foco para o diagnóstico (FERNANDES; TOMAZELLI E; GIRIANELLI, 2022).

Os domínios de interação social, comunicação e padrão restrito e repetitivo de comportamento foram mantidos nos diferentes manuais diagnósticos abordados, porém os subdomínios de interação social e comunicação foram reduzidos, enquanto, no padrão restritivo e repetitivo de comportamento, houve consolidação no DSM-5 (PETERS; MATSON, 2019).

6.1.5 Conhecimento sobre o nível de classificação do autismo

Quando se questionaram os participantes sobre o nível de classificação do autismo, três mencionaram leve, moderado e grave como a classificação para autismo e um referiu níveis 1, 2 e 3.

Pode ser classificado conforme o grau de dependência e/ou necessidade de suporte, podendo ser considerado: autismo leve, moderado ou severo. (E1)

De acordo com seu comportamento e grau de acometimento no desenvolvimento do paciente. (E2)

Leve, moderado e severo. (E3)

Em nível 1, nível 2 e nível 3. Níveis esses que classificam o paciente de acordo com o grau de comprometimento no neurodesenvolvimento. (E4)

Fernandes, Tomazelli e Girianelli (2022) referem que o DSM-5 apresenta níveis diferentes relacionados à gravidade do caso, sendo classificados em: a) Nível I - na ausência de apoio, há prejuízo social notável, dificuldades para iniciar interações, por vezes parecem apresentar um interesse reduzido por estas, há tentativas malsucedidas no contato social, além da dificuldade de organização, planejamento e certa inflexibilidade de comportamentos; b) Nível II - exige apoio substancial havendo prejuízos sociais aparentes, limitações para iniciar e manter interações, inflexibilidade de comportamento e dificuldade para lidar com mudanças; c) Nível III - exige muito apoio substancial, havendo déficits graves nas habilidades de comunicação social, inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade com mudanças. Assim, quanto menor o grau de comprometimento do nível, melhor o prognóstico do paciente. Já o CID-11 considera, de forma mais clara, a deficiência intelectual e a linguagem funcional, e os diferentes diagnósticos são enquadrados em função do nível de prejuízos nestas habilidades cognitivas.

6.1.6 Identificando sinais de alerta para o TEA

No que se refere à identificação dos principais sinais de alerta para o TEA e a fase do desenvolvimento da criança, alguns participantes mencionaram déficit de comunicação e atenção, atraso para andar e, outro profissional desconhecia. Estes aspectos estão presentes nos seguintes discursos:

Déficit de comunicação e atenção e é possível observar a partir de um ano e seis meses. (E1)

Movimentos estereotipados, ausência de contato visual, dificuldade de interação social no primeiro ano de vida já é possível observar. (E2)

Atraso de linguagem, atraso para andar, sensibilidade ao toque, dificuldade para fixar o olhar até mesmo durante amamentação quando ainda é bebê, dificuldade de socialização na escola, brincar colocando os brinquedos em filas. (E3)

Aos dois anos. (E4)

Os mais variados instrumentos podem apresentar itens que remetem a identificação de sinais de autismo que podem, portanto, ser considerados insistentes, ou seja, sinais com valor para identificação de casos de risco. São eles: receptividade da criança ao “manhês”, resposta quando chamada pelo nome, troca de olhares entre criança e mãe, interesse da criança por outras crianças e brincadeira de “faz de conta”. A percepção dos pais sobre os sinais iniciais de autismo pode trazer informações importantes sobre a forma como o clínico pode acessar esses sinais (MACHADO *et al.*, 2016).

Os autores acrescentam ainda que, apesar da ausência de contato visual ser um dos mais conhecidos sinais clássicos de TEA, a pergunta do M-Chat sobre esse tópico não se mostrou tão significativa na análise realizada, assim como a pergunta do mesmo instrumento sobre a resposta da criança, quando chamada pelo próprio nome. Os dados merecem atenção por diferirem da literatura, que descreve esses sinais como principais preocupações relatadas pelas famílias e observadas pelos clínicos. Por outro lado, a pergunta do IRDI-questionário sobre o mesmo tema – troca de olhares – mostrou-se relevante na análise realizada, indicando bom índice de predição.

Quando se avaliaram crianças, nem todas as perguntas que abordaram os sinais típicos de autismo mostraram-se bons preditores de importância, ainda que o resultado da aplicação dos instrumentos tenha sido o de rastrear possíveis casos de TEA. Em alguns casos, as respostas dos pais para perguntas específicas não revelaram o mesmo dado. Há necessidade de analisar o conjunto de sinais e não apenas sinais isolados, quando se está diante de uma criança com suspeita de TEA (MACHADO *et al.*, 2016).

6.1.7 Conhecimento sobre instrumentos para rastreamento de sinais de alerta para o TEA

Sobre o reconhecimento de instrumentos para rastreamento dos sinais de alerta para o TEA, dois citaram o M-CHAT e outros desconheciam instrumentos.

M-CHAT. (E1)

Não conheço. (E2)

Ambos os instrumentos podem ser utilizados para ajudar na avaliação e no diagnóstico de um dos Transtornos do Espectro do Autismo. (E4)

Instrumentos que avaliam risco para TEA na população geral podem ser considerados parte desta categoria, e as ferramentas não têm por objetivo discriminar os transtornos entre si, mas encaminhar para intervenções, a fim de oferecer tratamento o mais rapidamente possível (JOHNSON *et al.*, 2007).

Ressalta-se a necessidade da utilização de instrumentos com adequadas evidências de validade. Porém, há pouca disponibilidade de testes que intentem a identificação de sinais de alerta e o diagnóstico de TEA adaptados para a população brasileira e que possuam estudos que investiguem evidências de validade no contexto nacional (STEIGLEDER; BOSA; SBICIGO, 2021).

Tendo em vista que o objetivo do M-CHAT é o rastreio de primeiro nível, os itens parecem mais específicos para identificar atrasos e déficits mais amplamente relatados como sinais de alerta. Já o PROTEA-R-NV, como rastreio de segundo nível, pode caracterizar-se pelo aumento na gama de comportamentos avaliados, bem como pelo detalhamento. Porém, a análise dos itens sempre deve considerar a relação com os demais resultados do protocolo, especialmente nesses itens (BOSA; SALLES, 2018)

O instrumento brasileiro - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) - foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros e validado para uso de profissionais da saúde, para observação dos comportamentos da díade mãe-bebê, no período de zero a 18 meses de idade. O IRDI visa detectar risco para o desenvolvimento infantil, embora não seja instrumento específico para TEA.

O IRDI-questionário foi adaptado por pesquisadores brasileiros, para fins de rastreamento de casos de TEA. É um questionário para os pais, de caráter retrospectivo, indicado para ser aplicado em crianças de 18 meses a sete anos.

O último documento do Ministério da Saúde do Brasil, 2014, indica a utilização de dois instrumentos para rastreamento de TEA. Esses instrumentos, validados para uso no Brasil, são o IRDI e o M-Chat.

6.1.8 Políticas públicas de proteção aos direitos da pessoa com TEA

No que se refere ao conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas de proteção aos direitos da pessoa com TEA, os participantes referiram o atendimento educacional especializado, assim como direitos dos autistas, e outro citou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Estatuto da pessoa com deficiência. No entanto, um participante desconhecia as políticas de proteção à pessoa com TEA.

Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Estatuto da pessoa com deficiência. (E1)

Atendimento educacional especializado; vagas de carros reservadas para veículos que transportem pessoa com TEA (E2)

Atendimento Educacional Especializado; direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamento pelo Sistema Único de Saúde; Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. (E3)

Não. (E4)

Devido às especificidades do desenvolvimento, desde 2012, com a Lei n.12.764/12, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, no Brasil, a pessoa autista é considerada pessoa com deficiência, para que tenha acesso às diretrizes que versam sobre as ações e políticas de atendimentos, participação na comunidade, atenção integral às necessidades de saúde, inserção no mercado de trabalho e outros direitos, como a inclusão no sistema regular de ensino. Entretanto, olhares controversos estimulam a pensar novas possibilidades para compreensão da pessoa autista para além do diagnóstico embasado em características nosográficas.

6.2 Acompanhamento às pessoas com TEA e respectivas famílias na APS

6.2.1 Atendimento à pessoa com TEA e família na APS

Quando se questionaram os participantes sobre o tipo de atendimento à pessoa com TEA na Unidade de Saúde, alguns afirmaram que acontecia pela demanda espontânea, outro referiu que não havia procura da atenção básica e o outro profissional citou a consulta com o pediatra e o neurologista como tipo de atendimento à pessoa com autismo.

Demanda espontânea, já que ele precisa de acompanhamento geral, tratar de alguma doença. (E1)

Não procura. Geralmente quem procura, quando procura, são os genitores, devido à estranheza no comportamento do paciente. (E2)

Atenção básica recebe esses pacientes para atendimento ambulatorial de puericultura, imunização e consultas em geral, assim como coordena a rede de cuidados multidisciplinar, de acordo com a necessidade individual de cada caso. Referência para a rede secundária de atendimento especializado e fica fazendo o acompanhamento através de contrarreferência. (E3)

Pediatra e neurologista. (E4)

A atenção à pessoa com TEA, assim como para todos os outros usuários do SUS, tem na Atenção Básica (AB), a porta principal de entrada. Na AB, ocorrem as ações de acolhimento e acompanhamento, do pré-natal ao desenvolvimento infantil. Esse ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é importante na identificação precoce dos sinais do TEA e no encaminhamento aos serviços especializados, como o diagnóstico, a prevenção de agravos e serviços de reabilitação, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são componentes da AB (ARAÚJO; VERAS; VARELLA, 2019).

6.2.2 Puericultura... possível espaço para detecção precoce dos sinais de alerta para o TEA

No momento em que se perguntou aos participantes sobre a relação da consulta de puericultura com a detecção precoce dos sinais de alerta para o TEA, dois afirmaram apenas que sim, outros referiram a importância da puericultura na detecção precoce do TEA, assim como o envolvimento da família no diagnóstico. Essa realidade está expressa nas seguintes falas:

Na puericultura, fazemos um acompanhamento a crianças desde o nascimento e, assim, conseguimos detectar precocemente os sinais de alerta do TEA com ajuda da família e responsáveis pelas crianças. (E1)

Com certeza, durante as consultas de puericultura, o profissional deve estar atento aos marcos de desenvolvimento da criança, assim como comportamento atípico, e interrogar os pais sobre o seu desenvolvimento no âmbito familiar. (E3)

A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (CAMPOS *et al.*, 2011). Por meio do acompanhamento da puericultura pela equipe de ESF, identificam-se precocemente sinais de autismo e encaminha-se para atendimento especializado.

6.2.3 Avaliação, encaminhamento e acompanhamento do TEA na APS

Acerca da avaliação, do encaminhamento e acompanhamento das crianças com sinais e sintomas do TEA, um participante referiu utilizar o M-CHAT e encaminhar para atendimento médico, outro mencionou a inexistência de queixas por parte da família ou cuidador da criança, outro desconhecia como conduzir, conforme discursos a seguir:

Atualmente, utilizo o M-CHAT e encaminhamento para avaliação médica. (E1)

Geralmente, não há queixas durante as consultas de puericultura relacionadas ao comportamento e sinais do TEA. (E2)

Neurologista. (E4)

De acordo com a *American Academy of Pediatrics*, o rastreamento dos sinais do autismo deve ser realizado entre os 18-24 meses de idade, por meio de instrumentos padronizados para essa finalidade. Caso a criança seja identificada com sinais de risco de autismo, ela deverá ser encaminhada para avaliação mais abrangente, de modo a confirmar o diagnóstico. Essa confirmação é possível já no final do segundo ano de vida da criança, embora a idade média de diagnóstico seja de 5,7 anos (SHATTUCK *et al.*, 2009).

A avaliação da criança durante a puericultura pode revelar sinais de autismo. O diagnóstico de TEA é clínico, por meio da coleta da história clínica do paciente, dados de anamnese com os pais ou responsáveis legais e cuidadores, marcadores de desenvolvimento, assim, a Atenção Básica encaminha a criança com alterações para atendimento especializado, onde será realizado o acompanhamento junto à equipe da APS e família.

6.2.4 Serviços da Rede de Atenção à Saúde que atendem às pessoas com TEA

Sobre os serviços da Rede de Atenção à Saúde de Frecheirinha-CE que atendem às pessoas com TEA, alguns mencionaram serviços especializados, como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Médicas (CEM) de Sobral-CE, e outro profissional destacou a fragilidade da rede.

NASF e CEM. (E1)

Serviço de psicologia e fonoaudiologia. (E2)

De forma fragilizada, pois a rede não é preparada para ofertar terapias que o TEA necessita para um melhor desenvolvimento do pcte. (E3)

Psicóloga, Neuro, Pedagoga, Pediatra. (E4)

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção especializada deve ocorrer nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras instituições especializadas (BRASIL, 2014). Um dos principais desafios da atenção especializada é o de prover assistência para habilitação/reabilitação da pessoa com TEA, em razão dos comprometimentos no desenvolvimento impostos pelo transtorno.

6.2.5 Instituições do Terceiro Setor que atendem às pessoas com TEA

Nas discussões sobre as instituições do Terceiro Setor que atendem às pessoas com TEA, apenas um participante referiu a APAE e os demais desconheciam ou não responderam, conforme podemos observar:

APAE. (E1)

Não tenho conhecimento. (E2)

Considerando especialmente o princípio da integralidade, no âmbito do SUS, foi assegurado ao indivíduo diagnosticado com TEA o atendimento às demandas em totalidade, tanto nos aspectos biológicos quanto psicológicos e socioculturais. A pessoa com TEA, portanto, deve ser assistida no que tange aos comprometimentos diretamente relacionados aos sinais de autismo (e.g., dificuldades de comunicação e socialização, presença de comportamentos ritualísticos etc.), às eventuais comorbidades (e.g., dificuldades no desenvolvimento de habilidades de autonomia, distúrbios do sono, distúrbios alimentares, e também, sempre que necessário, por questões de saúde não relacionadas ao TEA especificamente (como tratamento de infecções, problemas respiratórios etc.) ARAÚJO; VERA; VARELA, 2019).

6.2.6 Papel da família no cuidado à pessoa com autismo

A respeito do papel da família no cuidado à pessoa com autismo, alguns mencionaram a importância da família no desenvolvimento da criança, bem como destacaram a necessidade de cuidado à família.

Extremamente relevante, visto que a família é quem dá todo suporte à pessoa com autismo, lembrando que a família também deve ser cuidada. (E1)

Papel imprescindível e importante, devido o maior ser no contexto familiar. (E2)

A inclusão começa em casa, a família tem um papel crucial no desenvolvimento do TEA, o que observamos na prática é que a família, muitas vezes, não quer aceitar a condição, o que posterga o diagnóstico e interfere no desenvolvimento da criança. (E4)

Muito amor e cuidado. (E5)

Anjos e Morais (2021) referem que, geralmente, quando do recebimento do diagnóstico, os familiares se sentem pouco esclarecidos sobre o que o autismo representa, as formas de tratamento possíveis e as possibilidades de prognóstico, o que intensifica estes sentimentos. Além disso, a dinâmica familiar e as contingências individuais irão determinar a maneira e o tempo de elaboração desse luto, além das reações necessárias frente a isso, como redefinição de papéis, acolhida do diagnóstico e constituição da dinâmica familiar.

Os resultados das pesquisas apontam que a família necessita de maior suporte com relação ao casal e aos outros filhos para superação das dificuldades. Desta forma, é imprescindível tomar a família como campo de intervenção para fortalecer os

vínculos familiares, ampliar a rede de apoio e facilitar os processos terapêuticos em torno da pessoa com autismo (ANJOS; MORAIS, 2021).

Estudos que abordam diferentes aspectos da interação família e criança autista apresentam que os níveis de ansiedade e estresse nessas famílias, principalmente nos cuidadores, podem ser mais elevados em decorrência do diagnóstico (muitas vezes, dado de forma inconsistente e pouco clara), do desenvolvimento atípico dessas crianças, da falta de comunicação, de comportamentos de difícil manejo, de pouco suporte social e familiar (SAMADI; MCCONKEY; BUNTING, 2014).

Há crescente reconhecimento sobre a importância do tratamento do autismo para envolver tanto as necessidades da criança como as da família. No entanto, há controvérsias sobre qual intervenção seria a mais apropriada. Não há abordagem única que seja totalmente eficaz para todas as crianças durante todo o tempo. Ao contrário, argumenta-se que as famílias modificam expectativas e valores com relação ao tratamento dos filhos, de acordo com a fase de desenvolvimento da criança e do contexto familiar. Em outras palavras, um tipo específico de intervenção pode funcionar bem por certo período (e.g., nos anos anteriores à escolarização) e não funcionar tão bem nos anos subsequentes (e.g., adolescência). Finalmente, enfatiza-se a importância do diagnóstico e tratamento precoces do autismo (BOSA, 2006).

6.3 O processo de aplicação do M-chat pelos profissionais e principais impressões

A proposta do estudo envolve a aplicação do M-chat por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família da sede de Frecheirinha, Ceará, que realizavam a consulta de puericultura. Para tanto, realizou-se reunião com os participantes para apresentar os objetivos da pesquisa e os procedimentos para execução do estudo, conforme Figura 2.

Figura 2 - Encontro para apresentação da proposta de pesquisa aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Frecheirinha-CE, 2022



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

No encontro, os profissionais foram receptivos em relação à realização da pesquisa. Apresentou o M-chat, instrumento que seria aplicado pelos participantes durante as consultas de puericultura, e pactuou-se que, após aplicação, socializar-se-ão os resultados e discutiria sobre a experiência.

Assim, resgataram-se os resultados do M-chat, aplicado a 14 crianças que buscaram a Unidade de Saúde para a consulta de puericultura e, por conseguinte, descreveram-se as opiniões dos profissionais em relação à aplicação do instrumento.

6.3.1 Caracterização das crianças a partir do M-chat

As crianças avaliadas pela equipe da ESF sede de Frecheirinha-CE, por meio do M-CHAT, foram caracterizadas segundo sexo, idade, avaliação de risco e responsável, conforme Quadro 1 e Figura 3.

Realizaram-se 14 entrevistas com pais/responsáveis, por meio do M-chat, durante as puericulturas na Unidade Básica de Saúde, sendo oito indivíduos do sexo feminino e seis do masculino, prevalecendo o sexo feminino. Os indivíduos foram incluídos no estudo de forma consecutiva e aleatória, seguindo os critérios de inclusão: autorização dos pais, por meio do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido e apresentação da idade maior de um ano de idade, durante o período de julho a outubro de 2022.

A avaliação das crianças durante a puericultura, por meio da escala M-chat, constatou que oito apresentaram baixo risco, duas com risco moderado e quatro com alto risco para autismo. As duas crianças com risco moderado eram do sexo masculino, uma menor de dois anos de idade, a outra entre dois e cinco anos.

Quadro 1 - Caracterização das crianças, segundo responsável pela consulta, idade, sexo, avaliação de risco para TEA, avaliadas na ESF sede Frecheirinha, julho a outubro de 2022

Criança	Responsável pela consulta	Idade	Sexo	Avaliação de risco
C1	Mae/pai	2 anos	F	Alto risco
C2	Mãe	6 anos	F	Alto risco
C3	Mãe	5 anos	F	Alto risco
C4	Mãe	1 ano 10 meses	M	Baixo risco
C5	Mãe	3 anos	M	Risco moderado
C6	Mãe	1 ano 7 meses	F	Baixo risco
C7	Mãe	1ano 10 meses	F	Baixo risco
C8	Mãe	1 ano 2 meses	F	Baixo risco
C9	Mãe	1 ano	M	Baixo risco
C10	Mãe	1 ano	F	Baixo risco
C11	Mãe	2anos	F	Baixo risco
C12	Mãe	2anos	M	Risco moderado
C13	Avó	2anos	M	Baixo risco
C14	Mãe /pai	2anos	M	Alto risco

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para Seize e Borsa (2017), quanto mais crianças forem rastreadas com sinais de risco na população geral e encaminhadas para avaliação diagnóstica, mais chances haverá de receber um diagnóstico precocemente.

A faixa etária dos indivíduos varia de um a 12 anos, sendo a idade mais prevalente entre dois e cinco anos de idade com sete crianças.

De acordo com a *American Academy of Pediatrics* (1999), o rastreamento dos sinais do autismo deve ser realizado entre os 18-24 meses de idade, por meio de instrumentos padronizados para essa finalidade, como o M-CHAT.

A identificação de sinais precoces de risco de autismo tem sido amplamente estudada, uma vez que, atualmente, não existe biomarcador para o diagnóstico de

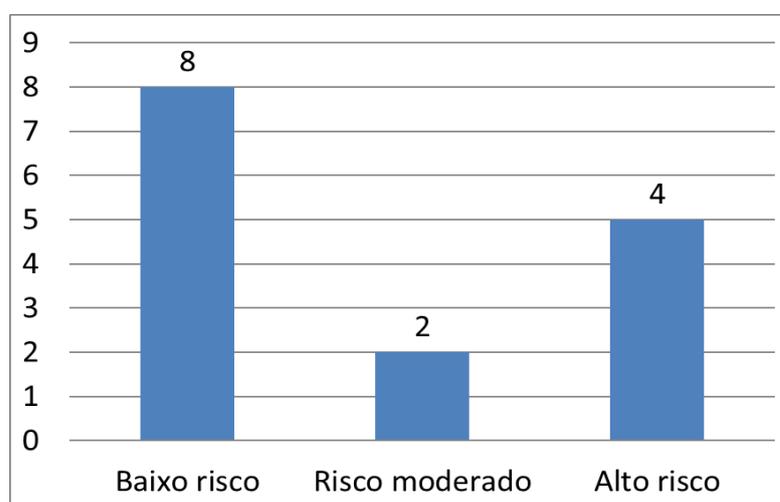
autismo. O diagnóstico, ainda, é feito tardiamente, por volta dos três anos de idade, embora os sintomas estejam presentes nos primeiros anos de vida (DINIZ *et al.*, 2022).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (2014), em que insere o M-CHAT como instrumento de rastreamento adaptado e validado para uso livre no país (SEIZE; BORSA, 2017).

Para Diniz (2022), com número crescente de estudos sobre os primeiros sinais de risco de autismo, ferramentas de rastreio como o M-CHAT R foram criadas e testadas em idades mais jovens. No Brasil, a Lei 13.438 recomenda que a avaliação formal do desenvolvimento infantil seja realizada em todos os lactentes, por meio da Caderneta da Criança que contém dados que possam orientar a triagem do TEA. No entanto, mesmo com o aumento da pesquisa, as ferramentas de diagnóstico para crianças, como CARS, ADI-R e ADOS, concentram-se, principalmente, em torno dos dois anos de idade. Existem, também, ferramentas que avaliam crianças no primeiro ano, mas poucas antes do primeiro ano de vida.

De acordo com a avaliação de risco como baixo risco, risco moderado ou alto risco, oito indivíduos apresentaram baixo risco, dois risco moderado e quatro alto risco para autismo.

Figura 3 - Resultado da avaliação do risco para o TEA em crianças acompanhadas na consulta de puericultura por profissionais da Estratégia Saúde da Família de Frecheirinha-CE, 2022



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Durante as consultas de puericultura na ESF, nas quais avaliou-se o risco para autismo em crianças, por meio da aplicação do M-Chat, ratifica-se o potencial da atenção básica no diagnóstico dos sinais de alerta para o TEA, assim como encaminhamento e acompanhamento desses indivíduos para especialistas.

A identificação de sintomas de risco como parte da rotina de profissionais que trabalham com a população infantil, bem como a formação de equipes interdisciplinares especializadas em diagnóstico de autismo, por exemplo, têm permitido que o diagnóstico seja determinado de forma segura, mesmo em crianças de tenra idade. Isso constitui avanço de importância primordial, visto que a idade na qual a criança começa a receber intervenções apropriadas representa um dos elementos essenciais para melhor prognóstico em termos de desenvolvimentos e atuação (CHARMAN; BAIRD, 2002).

Uma vez que o diagnóstico de autismo tenha sido confirmado ou não, os profissionais precisam, então, determinar se algum encaminhamento ainda se faz necessário. Isso inclui encaminhamentos para terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, neurologistas, geneticistas e/ou para profissionais que lidam com problemas alimentares e/ou de sono. É essencial, também, que a criança e a família sejam encaminhadas para programas educacionais específicos, como os de intervenção comportamental intensiva e de treinamento de pais voltados para eliminação de problemas de comportamento da criança (SILVA; MULICK, 2009).

Os autores acrescentam ainda que o contato com profissionais que trabalham na área prática em vários estados brasileiros nos faz acreditar que as práticas diagnósticas de autismo, atualmente implementadas em muitas partes do país, ainda carecem de melhores diretrizes e organização geral para se tornarem mais eficazes.

Recentes estudos americanos sugerem que a incidência do autismo infantil tem aumentado, chegando a acometer 1 a cada 68 crianças, o que equivale a 1,5% da população (CDC, 2014). Considerando a saúde pública no Brasil e o aumento da incidência dos TEA, a lei determina que a detecção precoce para o risco do transtorno é um dever do Estado, pois, em consonância com os princípios da Atenção Básica, contempla a prevenção de agravos, a promoção e a proteção à saúde, propiciando a atenção integral (BRASIL, 2015).

Esses resultados foram socializados com os profissionais, por meio de apresentação, utilizando-se dos recursos de Datashow e notebook, conforme Figura 4, e, depois, discutiu-se sobre a oportunidade de aplicação do instrumento.

Figura 4 - Apresentação dos resultados da aplicação do M-chat às crianças e famílias participantes da pesquisa. Frecheirinha-Ceará, 2022



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A opinião dos participantes está registrada nas categorias: a experiência de aplicar a Escala M-Chat durante a consulta de puericultura; e dificuldades em realizar a entrevista com os pais/acompanhantes das crianças e aplicar M-Chat.

6.3.2 A experiência de aplicar a Escala M-Chat durante a consulta de puericultura

A experiência na aplicação do instrumento foi reconhecida pelos participantes como relevante para avaliação do desenvolvimento infantil.

Muito interessante e útil para o primeiro atendimento na UBS, por ser um teste dirigido às perguntas para os pais. (E1)

Experiência enriquecedora, mesmo com escala de simples e fácil aplicação, possibilitando, ainda, avaliar a atenção dos pais ao desenvolvimento da criança. (E2)

Não conhecia o M-Chat. (E3)

Nunca havia realizado, foi uma experiência relevante para avaliação da saúde da criança. (E4)

No que refere à aplicação do M-CHAT, durante a consulta de puericultura pelos profissionais, alguns referiram falta conhecimento e aplicação do mesmo na APS, outros expressaram que se tratava de um instrumento importante que possibilita a avaliação dos pais no desenvolvimento das crianças.

6.3.3 Dificuldades em realizar a entrevista com os pais/acompanhantes das crianças e aplicar M-Chat

As dificuldades apontadas durante a entrevista com as famílias e aplicação do M-chat envolveram aspectos como a baixa adesão das famílias à puericultura e o tempo demandado pelo instrumento de rastreamento durante a consulta.

Sem dúvida tive dificuldades. Cada processo normal para cada idade, que muitos confundem com Espectro Autista, por não ser igual as demais crianças. (E1)

Dificuldade em relação ao tempo que o questionário demanda em cada atendimento. (E2)

Não foi possível aplicar o instrumento, temos baixa adesão de puericultura de crianças maiores (após dois anos), visualiza-se maior adesão até o segundo ano de vida. (E3)

Sim, como rotina, realizamos puericultura até dois anos, mas, os pais levam para consulta até no máximo um ano de idade. Idade menor recomendada para aplicação do M-Chat. (E4)

Dentro da realidade de trabalho da equipe de ESF, localizada na sede do município, os profissionais relataram a necessidade de mais tempo para aplicação do instrumento durante a puericultura, a dificuldade relacionada ao déficit de conhecimento do autismo de forma geral e dos pais ou responsáveis em levar as crianças para consulta de rotina.

6.4 Capacitação em TEA na APS: uma proposta de educação permanente em saúde

A realização da pesquisa permitiu conhecer e reconhecer as necessidades de aprendizagem dos profissionais da equipe de Saúde da Família com formação universitária sobre o autismo. Diante disso, elaborou-se proposta de capacitação em TEA para APS, com objetivo de minimizar os efeitos do diagnóstico tardio de crianças.

A partir das necessidades de aprendizagem dos profissionais que refletem o cuidado da população, o desenvolvimento de EP na Atenção primária à saúde traz o fortalecimento das equipes de trabalho e gera a construção de estratégias e processos que qualifiquem o cuidado e a atenção à saúde da população, observando, assim, as demandas específicas dentro da realidade de cada equipe.

A formação de profissionais da atenção primária à saúde em serviço, voltada ao desenvolvimento infantil e autismo, enfatizando atuação interprofissional para o atendimento e garantia de direitos, tem desafiado a gestão pública e as instituições de ensino e formação a construir novas lógicas de aprendizagem e reflexão.

Portanto, a proposta do curso “Cuidado à pessoa com transtorno do espectro autista e família na Atenção Primária à Saúde” tem caráter formativo, apresentando como objetivo capacitar profissionais de saúde a conhecerem, desenvolverem e disseminarem informações e estratégias voltadas ao rastreamento precoce do TEA, assim como a inclusão de pessoas com autismo.

A capacitação será ofertada na modalidade presencial, por meio das ferramentas pedagógicas (como as formações presenciais e uso de tecnologias educacionais), buscando a efetividade das discussões e estudos promovidos.

A responsabilidade pela execução da capacitação ficará a cargo de docentes especialistas na área. O curso apresenta como público-alvo os trabalhadores atuantes na Atenção Primária à Saúde, com equipe multiprofissional, apresentando ou não formação universitária.

O curso apresenta carga horária de 40h, sendo 24h de carga horária teórica e 16h práticas. Os temas serão trabalhados durante um mês, sendo 8h/semanais.

O quadro a seguir traz demonstração dos módulos e distribuição de carga horária e execução.

Quadro 2 – Distribuição dos módulos do curso e a respectiva carga horária

Módulos	Carga horária
1 - Desenvolvimento Infantil e Responsabilidade Social	08 horas
2 - Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo	08 horas
3 - Direitos da pessoa com TEA e família no campo da inclusão. Políticas no campo da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista	12 horas (4h teóricas e 8h práticas em serviço)
4 – Cuidado integral à pessoa com TEA e família. Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado a pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde	12 horas (4h teóricas e 8h práticas em serviço)

Fonte: Elaborado pela autora.

ESTRUTURA CURRICULAR

EMENTA DO CURSO

Desenvolvimento infantil e responsabilidade social. Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo. Direitos da pessoa com TEA e respectiva família no campo da inclusão. Políticas no campo da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Cuidado integral à pessoa com TEA e respectiva família. Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado à pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde.

TEMÁTICAS E DETALHAMENTO DOS MÓDULOS

Módulo 1 (08h): Desenvolvimento Infantil e Responsabilidade Social

Conceito de desenvolvimento infantil. Características do desenvolvimento infantil. Instrumentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil. A importância da estimulação precoce. Identificação de marcos do desenvolvimento típico. Sinais preditivos de desvios do desenvolvimento típico. Aplicação do M-CHAT durante a puericultura.

Módulo 2 (08h): Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo

Transtorno do Espectro do Autismo: construção histórica do conceito, definição e nomenclatura. Causas do Autismo. Critérios oficiais de diagnóstico do TEA e características clínicas. A pessoa com TEA no contexto familiar, social e na escola. Redes e articulações intersetoriais.

Módulo 3 (12h): Direitos da pessoa com TEA e família no campo da inclusão

A evolução do tema na constituição. A garantia de direitos no período de 2001 a 2020. Os principais desafios e perspectivas para a gestão pública e a garantia de direitos. Políticas no campo da saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Contextualização histórica do atendimento em saúde da pessoa com autismo. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.

Módulo 4 (12h): Cuidado integral à pessoa com TEA e respectiva família

Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado à pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde. Matriciamento e capacitação em Rede para o TEA. Estratégias e orientações terapêuticas aos pais ou responsáveis para manejo de pessoas com TEA.

A avaliação será realizada pelos envolvidos no processo de planejamento e participação no curso. A pretensão é adotar a avaliação com registros escritos ao final de cada Módulo do Curso, para analisar tanto as expectativas dos participantes como os resultados, para que, posteriormente, tracem-se metas para melhoria do processo de formação continuada dos trabalhadores da APS. O sistema de acompanhamento e avaliação envolve o desempenho acadêmico dos cursistas, o desenvolvimento dos módulos e as condições de infraestrutura.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce do autismo possibilita intervenções mais cedo, favorecendo o desenvolvimento das habilidades comprometidas e proporcionando adaptação melhor para o indivíduo e respectiva família e a puericultura realizada na atenção básica contribui para identificação precoce dos sinais de alerta para o TEA.

Corroborando a literatura, a aplicação do M-CHAT, durante as puericulturas, foi eficaz para rastreamento precoce de sinais de autismo nas crianças, em que se identificaram casos de risco moderados e grave que poderiam passar despercebidos sem a aplicação desse instrumento, auxiliando na identificação de sinais de autismo.

No que tange aos profissionais de saúde da APS, verificou-se que apresentaram déficit ou inexistência de conhecimento sobre autismo, tornando-se indispensáveis ações de educação permanente sobre etiologia, epidemiologia, assim como sinais de alerta e orientação sobre instrumentos a serem aplicados, como o M-CHAT.

É relevante que profissionais de saúde, especialmente da ESF, valorizem a caderneta de saúde da criança como instrumento de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, no qual está inserido o M-CHAT.

Ademais, a Rede de Atenção à Saúde precisa ser fortalecida, para que a família e as crianças identificadas com sinais de alerta sejam encaminhadas e acompanhadas por equipe multiprofissional, evitando que a ação na atenção primária seja desperdiçada e os cuidados essenciais às crianças não sejam executados integralmente por especialistas.

Como limitações da pesquisa, cita-se a elevada demanda de atendimento na Unidade Básica de Saúde, considerando a localização, na sede do município, que dificultou o tempo para aplicar o M-CHAT, nas consultas de puericultura, assim como obstáculo para reunir-se com os profissionais que participaram da pesquisa e a falha dos responsáveis pelas crianças em levar para consulta de rotina infantil somente até um ano de idade.

Com os resultados da pesquisa, espera-se seguir a rotina da aplicação do M-CHAT, durante as consultas infantis e, após treinar as equipes sobre TEA, que estas também adotem o instrumento, para que as crianças com autismo sejam diagnosticadas precocemente e, conseqüentemente, melhorem a qualidade de vida.

Ademais, a pesquisa apresentou impacto sobre o processo de trabalho, no que se refere às crianças que realizaram puericultura sem a aplicação do instrumento, com deficiência na identificação de possíveis sinais de alerta para autismo, podendo acarretar prejuízos futuros. Com o estudo, espera-se melhor organização do cuidado à criança na Atenção Básica, a fim de melhor planejar as ações de cuidado frente à criança na Atenção Básica à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. **Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo**, v.40, e1808962020, 2020.

AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 01, e310106, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-5**. Washington (USA): American Psychiatric Association; 2013.

ANJOS, B. B.; MORAIS, N. A. As experiências de famílias com filhos autistas: uma revisão integrativa da literatura. **Ciências Psicológicas**, [S.l.], v.15, n.1, p.e-23472021, 2021.

ARAUJO, J. A. M. R.; VERAS, A. B.; VARELLA, A. A. B.. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Rev Psicol Saúde**, Campo Grande, v.11, n.1, p.89-98, 2019.

BALESTRO, J. I.; FERNANDES, F. D. M. Percepção de cuidadores de crianças com transtorno do espectro do autismo quanto ao perfil comunicativo de seus filhos após um programa de orientação fonoaudiológica. **CoDAS**, [S.l.], v.31, n.1, e20170222, 2019.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 1, p.21-28, 2008.

BRASIL. **Lei Nº 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 no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2015; 5 ago. 2015b.

BRASIL. **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: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 7 jul. 2015.

BRASIL. [**Constituição (1988)**] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**; 2017.

BRASIL. **Lei n. 13.977**, de 8 de janeiro de 2020, Lei, denominada “Lei Romeo Mion”, altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania), para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita. Brasília, DF, 9 jan. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13977.htm. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção a Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo**. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 28, suppl 1, p. s47-s53, 2006.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

CANDIDO, M. O. S.; LEITE, E. D. A Percepção da equipe multiprofissional em saúde na assistência a crianças portadoras de TEA – Transtorno do Espectro Autista. **Revista Científica UMC**, Moge das Cruzes, v.5, n.3, 2020. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/1409/862>. Acesso em: 20 jul. 2021.

COUTINHO, A. A. *et al.* Do **DSM-I AO DSM-5**: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças. 2013. Disponível em: <http://psicanaliseautismosaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CHARMAN, T.; BAIRD, G. Revisão do Praticante: Diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo em crianças de 2 e 3 anos de idade. **Jornal de Psicologia Infantil e Psiquiatria**, São Paulo, v.43, p.289-305, 2002.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p.2961-2973, 2016.

DINIZ, N. L. F. *et al.* Autism and Down syndrome: early identification and diagnosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.l.], v.80, n.6, p.620-630, 2022.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, v.47, n.87, p.79-107, 2014.

FARIA, M. R. Prefácio. *In*: BIALER, M. **Autobiografias no autismo**. São Paulo, SP: Toro, 2017. p.13-21.

FERNADES, A. D. S. A. *et al.* Desafios cotidianos e possibilidades de cuidado às crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA) frente à COVID-19. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 29, n. 29, 2021.

FOMBONNE, É. Current issues in epidemiological studies of autism. **Psicol teor Prat.**, São Paulo, v.21, n.3, p.405-417, 2019.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

GRIESI, O. K.; SERTIÉ, A.L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einstein, São Paulo**, v.15, n.2, p.233-238, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MACHADO, F. P. *et al.* Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de rastreamento. **Audiology - Communication Research**, [S.l.], v. 21, n. 0, e1659, 2016.

MELLO, A.M.S. **Autismo: guia prático**. 8. ed. São Paulo: AMA/Brasília: CORDE, 2016.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENEZES, E. L. C. *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso - análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 5, p. 1751-1763, 2020.

MERLLETI, C. Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. **Psicologia USP**, São Paulo, v.29, n.1, p.146-151, 2018.

MONTEIRO, M. A. *et al.* Autism spectrum disorder: a systematic review about nutritional interventions. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, e2018262, 2020.

MORAES, A. V. P. M.; BIALER, M. M.; LERNER, R. Clínica e pesquisa do autismo: olhar ético para o sofrimento da família. **Psicologia em Estudo**, São Paulo, v. 26, e48763, 2021.

OLIVEIRA, B. D. C. *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação¹. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.707-726, 2017.

PETERS, W. J.; MATSON, J. L. Comparing rates of diagnosis using DSM-IV-TR versus DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Estados Unidos, n.50, 1898-1906, 2019.

PINTO, R.N.M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v.37, n.3, e61572, 2016.

ROBINS DL, F. D.; BARTON, M.L.; GREEN, J.A. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **J Autism Dev Disord.**, Estados Unidos, v.31, n.2, p.131-144, 2001.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, São Paulo, v.22, n.1, p.161-176, 2017.

SILVA, L. S.; FURTADO, L. A. R. O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v.31, n.2, p.119-129, 2019.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicol Cienc Prof.**, Brasília, v.29, n.1, p. 116-131, 2009.

STEIGLEDER, B. G.; BOSA, C. A.; SBICIGO, J. B. Sinais de Alerta para Transtorno do Espectro Autista: Evidências de Validade do PROTEA-R-NV. **Aval psicol.**, Campinas, v.20, n.3, p.331-340, 2021.

TEIXEIRA, A. N. A. *et al.* National public policies to support disabled people and their family: An integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e36310515029, 2021.

WEISSHEIMER, G. *et al.* Information demands from families of children with Autism Spectrum Disorder. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.74, n.5, e20200642, 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1) Registro dos esclarecimentos do pesquisador aos participantes da pesquisa

Eu, Genissandra Rodrigues Quariguasi, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú orientada pela Profa. Dra Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas, convido você, profissional do nível superior da equipe da ESF da sede a participar de uma pesquisa com o título “intervenção em educação permanente após diagnóstico do transtorno do espectro autista na atenção primária à saúde”.

a) Os objetivos desta pesquisa são: Identificar TEA através de um instrumento de rastreamento na consulta de Puericultura na Atenção Primária à Saúde e descrever como a família de crianças identifica indícios desse transtorno do espectro do autismo.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista semiestruturada individual. Na entrevista serão realizadas perguntas sobre a realidade da atenção às crianças que realizam puericultura e suas famílias com identificação do transtorno do espectro do autismo através do comportamento da criança.

c) Será assegurado cuidado de enfermagem ao participante que tiver algum desconforto com a abordagem, ou mesmo que precise de acolhimento ou orientação durante ou após a entrevista.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: subsidiar a prática dos profissionais de saúde por meio do conhecimento da percepção sobre deficiência como direito humano e social. Dessa forma, haverá benefícios para os profissionais participantes dessa pesquisa, pois os resultados conduzirão e propiciarão o fortalecimento da prática profissional voltada para as necessidades de atenção a criança com TEA e sua família. A entrevista pode propiciar também uma reflexão para o participante de como o profissional lida com a situação da deficiência e mesmo repensar neste modo de atender a criança.

e) A pesquisadora Genissandra Rodrigues Quariguasi responsável por esta pesquisa poderá ser contatada à rua Tarcísio Mota, 127 – Cidade Pedro Mendes Carneiro. Sobral - CE, 62032-180, pelo e-mail: genissandra.rodrigues@gmail.com e fone: (88) 9 9257 4666 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado a pesquisa. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

f) A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

g) As informações relacionadas a pesquisa só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em

relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas da sua entrevista serão gravadas e anotadas pelo pesquisador e utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato.

h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

2) Termo de Consentimento Pós-informado

Eu _____ estou de acordo com a participação na pesquisa descrita acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa. O pesquisador me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar e ainda o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação nesta pesquisa não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos me foram dados pelo pesquisador.

Sobral, ____ de _____ 20__

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Genissandra Rodrigues Quariguasi- Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS RESPONSÁVEIS/FAMILIARES DAS CRIANÇAS

1) Registro dos esclarecimentos do pesquisador aos participantes da pesquisa

Eu, Genissandra Rodrigues Quariguasi, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú orientada pela Profa. Dra Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas, convido você, profissional do nível superior da equipe da ESF da sede a participar de uma pesquisa com o título “intervenção em educação permanente após diagnóstico do transtorno do espectro autista na atenção primária à saúde”.

a) Os objetivos desta pesquisa são: Identificar TEA através de um instrumento de rastreamento na consulta de Puericultura na Atenção Primária à Saúde e Descrever como a família de crianças identifica indícios desse transtorno do espectro do autismo.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a umas perguntas realizadas pelos profissionais da equipe da ESF, através da escala M-CHAT durante a puericultura. A escala contém perguntas a respeito do comportamento das crianças que auxiliarão na identificação do transtorno do espectro do autismo.

c) Será assegurado cuidado de enfermagem ao participante que tiver algum desconforto com a abordagem, ou mesmo que precise de acolhimento ou orientação durante ou após a entrevista.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificação precoce dos sinais do transtorno do espectro autista na infância com intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças e seus familiares.

e) A pesquisadora Genissandra Rodrigues Quariguasi responsável por esta pesquisa poderá ser contatada à rua Tarcísio Mota, 127 – Cidade Pedro Mendes Carneiro. Sobral - CE, 62580-000, pelo e-mail: genissandra.rodrigues@gmail.com e fone: (88) 9 9257 4666 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado a pesquisa. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

f) A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

g) As informações relacionadas a pesquisa só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas da sua entrevista serão

gravadas e anotadas pelo pesquisador e utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato.

h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

2) Termo de Consentimento Pós-informado

Eu _____ estou de acordo com a participação na pesquisa descrita acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa. O pesquisador me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar e ainda o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação nesta pesquisa não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos me foram dados pelo pesquisador.

Sobral, ____ de _____ 20__

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Genissandra Rodrigues Quariguasi- Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para crianças e adolescentes (maiores que seis anos e menores de 18 anos) e para legalmente incapaz

Eu, Genissandra Rodrigues Quariguasi, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú orientada pela Profa. Dra Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas, convido você, profissional do nível superior da equipe da ESF da sede a participar de uma pesquisa com o título “intervenção em educação permanente após diagnóstico do transtorno do espectro autista na atenção primária à saúde”. Informamos que seu pai/mãe ou responsável legal permitiu a sua participação.

Os objetivos desta pesquisa são: Identificar TEA através de um instrumento de rastreamento na consulta de Puericultura na Atenção Primária à Saúde e Descrever como a família de crianças identifica indícios desse transtorno do espectro do autismo. Gostaríamos muito de contar com você, mas você não é obrigado a participar e não tem problema se desistir. Outras crianças e/ou adolescentes participantes desta pesquisa em qualquer faixa etária.

A pesquisa será feita Centro de saúde da sede de Frcceirinha, onde será necessário que os participantes (crianças/adolescente) respondam a umas perguntas realizadas pelos profissionais da equipe da ESF, médicos e enfermeiros, através da escala M-CHAT durante a consulta. A escala contém perguntas a respeito do comportamento das crianças que auxiliarão na identificação do transtorno do espectro do autismo, ela é considerada segura, mas é possível ocorrer (riscos mínimos/previsíveis).

Caso aconteça algo errado, você, seus pais ou responsáveis poderão nos procurar pelos contatos que estão no final do texto. A sua participação é importante pois tem como benefícios esperados com essa pesquisa a identificação precoce dos sinais do transtorno do espectro autista na infância com intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças e seus familiares.

As suas informações ficarão sob sigilo, ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. As informações relacionadas à pesquisa só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores.

No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas da sua entrevista serão gravadas e anotadas pelo pesquisador e utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa Rastreamento do TEA durante a consulta de Puericultura na Atenção Primária à Saúde”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e

desistir e que ninguém vai ficar com raiva/chateado comigo. Os pesquisadores esclareceram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais/responsável legal. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e quero/concordo em participar da pesquisa/estudo. _____, _____ de _____ de 202__.

_____ Assinatura do menor

_____ Assinatura do pesquisador responsável

A pesquisadora Genissandra Rodrigues Quariguasi responsável por esta pesquisa poderá ser contatada à rua Tarcísio Mota, 127 – Cidade Pedro Mendes Carneiro. Sobral - CE, 62580-000, pelo e-mail: genissandra.rodrigues@gmail.com e fone: (88) 9 9257 4666 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado a pesquisa. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Obs.: O participante da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TALE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (esclarecimentos para os pesquisadores)

- A Resolução CNS466/2012, item II-23 e 24 dos Termos e Definições esclarece: criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;
- II.24 - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE – documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais;
- O Termo de Assentimento deverá ser um novo documento e deve ser confeccionado separadamente do TCLE, de modo a apresentar o Estudo para os menores de idade, com informações em linguagem acessível e de acordo com as faixas etárias destas crianças/adolescentes.
- Os pais/responsáveis assinarão o TCLE, consentindo pelos menores de idade. Os menores de idade assinarão o Termo de Assentimento, garantindo que também estão cientes que participarão de um estudo e que receberam todas as informações necessárias, de acordo com a compreensão da faixa etária.
- Não existe um modelo-padrão de Termo de Assentimento, sugerido pela CONEP. O(A) pesquisador(a), a partir das faixas etárias dos participantes de seu estudo, decidirá quantos Termos de Assentimento são necessários, por exemplo: um Assentimento para crianças de 6-8 anos, 9-11 anos, outro para crianças de 12-14 anos e outro para 15-17 anos. É decisão do pesquisador o número de Termos de Assentimento para o Estudo. Lembrando que desenhos e figuras podem ser apresentados no Termo de Assentimento, para facilitar a compreensão das informações para os menores de idade. Podem ser até em forma de quadrinhos. Referências, Orientações para elaboração dos Termos de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e dispensa de TCLE.

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE TEA

Aplicado através do *Google forms*

- 1 - Qual a sua profissão?
- 2 - Quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?
- 3 - Qual(is) especialização você tem?
- 4 - Como você define o Transtorno do Espectro Autista (TEA)?
- 5 - Como você entende que se dá o diagnóstico de TEA?
- 6 - O que você conhece sobre etiologia e epidemiologia do TEA?
- 7 - Uma vez diagnosticado o TEA, como é feita a classificação do nível na pessoa que tem essa condição?
- 8 - Você poderia afirmar quais os principais sinais de alerta para o TEA e em que fase do desenvolvimento da criança é possível observar?
- 9 - Quais os instrumentos de identificação dos sinais de alerta para o TEA que você conhece?
- 10 - A pessoa com TEA procura a unidade de saúde? Para qual tipo de atendimento?
- 11 - Como é o atendimento da pessoa com TEA na Estratégia Saúde da Família?
- 12 - Você vê a relação da consulta de Puericultura com a detecção precoce dos sinais de alerta para o TEA?
- 13 - Durante as consultas de Puericultura, os responsáveis das crianças apresentam queixas ou fazem indagações trazendo os sinais e sintomas do TEA?
- 14 - Se sim, qual conduta é tomada? Como efeito a avaliação, encaminhamento e acompanhamento?
- 15 - Na sua visão, quais os serviços da Rede de Atenção à Saúde de Frecheirinha-CE atendem as pessoas com TEA?
- 16 - E quais as instituições do Terceiro Setor que você conhece ou ouviu falar que atendem as pessoas com TEA?
- 17 - Que conteúdos sobre Transtorno do Espectro Autista você estudou durante a graduação?
- 18 - Quais processos de Educação Permanente têm sido desenvolvidos pela Coordenação da Atenção Primária sobre TEA?

19 - Quais políticas públicas de proteção aos direitos da Pessoa com TEA você conhece ou já ouviu falar?

20 - Em Frecheirinha, conhece alguma iniciativa de atenção das secretarias municipais voltadas às pessoas com TEA?

21 - Se sim, quais?

22- Você sabia que a nova Caderneta da Criança lançada pelo Ministério da Saúde em 2022 apresenta um instrumento de rastreamento para os sinais de alerta do Autismo?

23 - Como você vê o papel da família no cuidado à pessoa com autismo?

APÊNDICE E - PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO NA ESF

Curso “CUIDADO A PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUSTISTA E SUA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” tem caráter formativo, apresentando como objetivo capacitar profissionais de saúde a conhecerem, desenvolverem e disseminarem informações e estratégias voltadas ao rastreamento precoce do TEA assim como a inclusão de pessoas com autismo.

A capacitação será ofertada na modalidade presencial, por meio das ferramentas pedagógicas (como as formações presenciais e uso de tecnologias educacionais), buscando a efetividade das discussões e estudos promovidos.

A responsabilidade pela execução da capacitação ficará a cargo de docentes especialistas na área. O curso apresenta como público-alvo todos os trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde e que apresentam a equipe multiprofissional, apresentando ou não formação universitária.

O Curso apresenta uma carga horária de 40h, sendo 24h de carga horária teórica e 16h práticas. Os temas serão trabalhados durante um mês, sendo 8h/semanais.

O quadro a seguir traz uma demonstração dos módulos e sua distribuição de carga horária e execução:

QUADRO 2 – Distribuição dos módulos do Curso e suas respectivas carga horária.

MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
MODULO 1 - Desenvolvimento Infantil e Responsabilidade Social.	08 HORAS
MODULO 2 - Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo.	08 HORAS
MODULO 3 - Direitos da pessoa com TEA e sua família no campo da Inclusão. Políticas no campo da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista	12 HORAS (4h teóricas e 8h práticas em serviço)
MODULO 4 – Cuidado integral a pessoa com TEA e a sua família. Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado a pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde.	12 HORAS (4h teóricas e 8h práticas em serviço)

ESTRUTURA CURRICULAR

EMENTA DO CURSO

Desenvolvimento Infantil e Responsabilidade Social. Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo. Direitos da pessoa com TEA e sua família no campo da Inclusão. Políticas no campo da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Cuidado integral à pessoa com TEA e a sua família. Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado à pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde.

TEMÁTICAS E DETALHAMENTO DOS MÓDULOS

Módulo 1 (08h): Desenvolvimento Infantil e Responsabilidade Social.

Conceito de desenvolvimento infantil. Características do Desenvolvimento infantil. Instrumentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil. A importância da estimulação precoce. Identificação de marcos do desenvolvimento típico. Sinais preditivos de desvios do desenvolvimento típico. Aplicação do M-CHAT durante a puericultura.

Módulo 2 (08h): Introdução ao Transtorno do Espectro do Autismo.

Transtorno do Espectro do Autismo: Construção histórica do Conceito, Definição e nomenclatura. Causas do Autismo. Critérios oficiais de diagnóstico do TEA e características clínicas. A pessoa com TEA no contexto familiar, social e na escola. Redes e articulações intersetoriais.

Módulo 3 (12h): Direitos da pessoa com TEA e sua família no campo da Inclusão.

A evolução do tema na constituição. A garantia de direitos no período de 2001 a 2020. Os principais desafios e perspectivas para a gestão pública e a garantia de direitos. Políticas no campo da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Contextualização histórica do atendimento em saúde da pessoa com autismo. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. 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.

Módulo 4 (12h): Cuidado integral à pessoa com TEA e a sua família.

Atuação da Equipe Multiprofissional no cuidado a pessoa com TEA na Atenção Primária à Saúde. Matriciamento e capacitação em Rede para o TEA. Estratégias e orientações terapêuticas aos pais ou responsáveis para manejo de pessoas com TEA.

A avaliação será realizada por todos os envolvidos no processo de planejamento e participação no curso. A pretensão é adotar a avaliação com registros escritos ao final de cada Módulo do Curso, para analisar tanto as expectativas dos participantes como os seus resultados para que posteriormente, possamos traçar metas para a melhoria do processo de formação continuada dos trabalhadores da APS. O sistema de acompanhamento e avaliação envolve o desempenho acadêmico dos cursistas, o desenvolvimento dos módulos e as condições de infraestrutura.

ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA (M-CHAT)

Nome: _____ Preenchido _____ por: _____
 _____ Data de Nascimento: _____ Parentesco do informador: _____
 _____ Data: _____

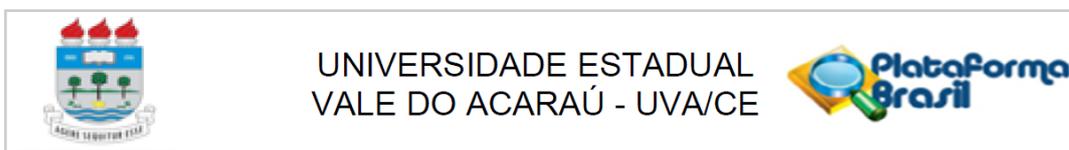
Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não"

ITENS		ESCALA	
01	Seu filho gosta de se balançar, de saltar no seu joelho, etc.?	Sim	Não
02	Seu filho se interessa por outras crianças?	Sim	Não
03	Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas?	Sim	Não
04	Seu filho gosta de brincar de esconder o rosto e depois mostrar/ esconde-esconde?	Sim	Não
05	Seu filho já brincou de faz-de-contas, como por exemplo, fazer de contas que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-contas?	Sim	Não
06	Seu filho já usou o seu dedo indicador para apontar algo, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
07	Seu filho já usou o seu dedo indicador para apontar algo, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
08	Seu filho consegue brincar corretamente com pequenos brinquedos (ex. carros ou tijolos) sem simplesmente ficar murmurando sozinho, mexendo no brinquedo ou jogando-o para o alto e soltando?	Sim	Não
09	O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar alguma coisa?	Sim	Não
10	O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11	O seu filho já se mostrou hipersensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12	O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13	O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?).	Sim	Não
14	O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	Sim	Não
16	Seu filho (já) anda?	Sim	Não
17	O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18	O seu filho faz movimentos incomuns com os dedos perto da face dele?	Sim	Não
19	O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20	Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não

21	O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22	O seu filho às vezes fica encarando o nada ou vagando sem direção?	Sim	Não
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	Sim	Não

Traduzido pela Unidade de Autismo Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra Autorização Diana Robins

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DO TRASTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60820422.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

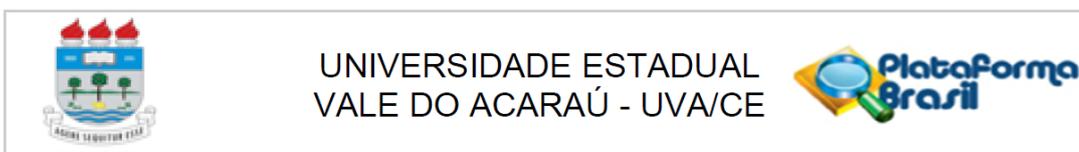
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.536.915

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de intervenção com abordagem qualitativa, no município de Frecheirinha, Ceará. Os participantes se constituirão da seguinte forma: (1) crianças atendidas nas consultas de puericultura nas unidades de saúde da sede I e II, e seus familiares cuidadores; e (2) profissionais médicos e enfermeiros da equipe de ESF da sede. A coleta de dados se dará por meio da aplicação da Escala M-CHAT para as crianças e suas famílias que visa identificar sinais de alerta para o autismo em crianças entre 18 e 24 meses e uma entrevista semi-estruturada junto aos profissionais da ESF do referido município. A análise dos dados será procedida de forma descritiva e, por conseguinte, elaboraremos o Plano de Educação Permanente sobre Transtorno do Espectro Autista voltado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Para atender a esses pressupostos essa pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa após autorização da Secretária de Saúde do município. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, serão considerados os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa se dá no contexto da Estratégia Saúde da Família e apresenta relevância pelo seu potencial de contribuir para a qualificação da atenção as crianças com deficiência e sua família bem como a identificação precoce do TEA na atenção primária à saúde.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.915

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos: aplicar um instrumento para a identificação precoce do Transtorno do Espectro Autista durante a consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família; descrever os resultados da aplicação do instrumento de rastreamento dos sinais de alerta para o TEA junto às crianças e suas famílias na consulta de puericultura; analisar as contribuições da aplicação de um instrumento para a identificação precoce do TEA durante a consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família e elaborar um Plano de Educação Permanente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o rastreamento de crianças com sinais de alerta para o autismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Medo de não saber responder às perguntas propostas nos instrumentos de coleta de dados;
- Estresse, cansaço ou aborrecimento no decorrer da coleta de dados;
- Os profissionais podem se sentir constrangido ao responder os instrumentos no momento da coleta de dados;
- Quebra de sigilo e identificação do participante.

Benefícios:

Os benefícios incluem conhecimento e melhorias na atenção a pessoa com autismo e de suas famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para as discussões relacionadas ao atendimento da pessoa com autismo e seus familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Recomendamos a APROVAÇÃO do projeto de pesquisa.

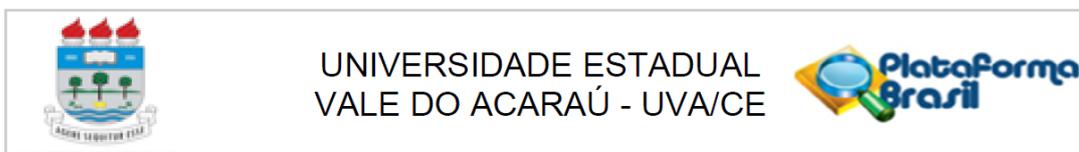
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.915

obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1985150.pdf	20/07/2022 16:19:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPuericulturaesinaisdealerta.docx	17/07/2022 22:33:11	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia2.pdf	17/07/2022 22:30:48	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito
Outros	Instrumentoscoletadedadosrastreamentoautismo.docx	17/07/2022 22:29:33	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	taleprojetodissertacaorastreamentoautismo.docx	17/07/2022 22:27:40	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprojetodissertacaorastreamentoautismo.docx	17/07/2022 22:27:04	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinado.pdf	16/07/2022 17:47:55	CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 20 de Julho de 2022

Assinado por:
Eroteide Leite de Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br