



UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento



MARIA FERNANDA DA COSTA E SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL DO PROTOCOLO PROTEA-R PARA IDENTIFICAÇÃO
PRECOCE DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA**

São Paulo
2017

MARIA FERNANDA DA COSTA E SILVA

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO PROTOCOLO PROTEA-R PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada a Universidade Presbiteriana Mackenzie, para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientador: Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula

Co- Orientador: Profa. Dra. Maria Cristina T. V. Teixeira

Linha de Pesquisa: Estudos do desenvolvimento e seus transtornos nas áreas clínica, cognitiva, comportamental e epidemiológica.

São Paulo
2017

S586a Silva, Maria Fernanda da Costa e.

Avaliação da implementação em um serviço de saúde mental do protocolo PROTEA-R para identificação precoce dos transtornos do espectro autista / Maria Fernanda da Costa e Silva – São Paulo, 2017.

56 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2017.

Referência bibliográfica: p. 47-51.

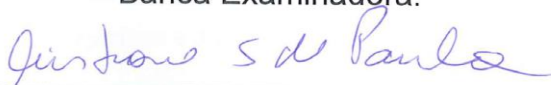
MARIA FERNANDA DA COSTA E SILVA

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL DO PROTOCOLO PROTEA-R PARA IDENTIFICAÇÃO
PRECOCE DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em 21/02/2017


Banca Examinadora:




Profª Dra. Cristiane Silvestre de Paula
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Profª Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Profª Drª. Cleonice Alves Bosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Prof Dr Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Agradecimento

À Professora Dra. Cristiane Silvestre de Paula, minha orientadora, pela paciência e o incentivo em todos os processos deste trabalho. Foi um verdadeiro privilégio trabalhar com você.

À minha coorientadora Professora Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, pelo incentivo e pela parceria fundamental à conclusão deste trabalho.

À Dra. Rosane Lowenthal, pela abertura e apoio ao trabalho realizado no CAISM. E pelas sugestões apresentadas no momento da banca.

Ao Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, por fazer parte da banca avaliadora e contribuir para o trabalho.

À Professora Dra Cleonice Alves Bosa, autora do PROTEA-R, pela utilização do protocolo e por suas sugestões e auxílio ao longo deste estudo.

Às amigas que fiz ao longo do mestrado. Elas tornaram essa caminhada mais tranquila.

À minha filha Marina e toda minha família, pela compreensão nos meus momentos de ausência em dedicação a este trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
2.1. Sistema Único de Saúde.....	9
2.2. Transtorno do Espectro Autista.....	11
2.3. Teoria Sociopragmática.....	19
2.4. Nível de Conhecimento de TEA por Profissionais da Saúde.....	24
3. MÉTODO.....	28
3.1. Desenho do estudo:	28
3.2. Participantes.....	28
3.3. Local.....	29
3.4. Instrumento.....	29
3.5. Procedimentos de Coleta de Dados.....	34
3.6. Análises de Dados.....	36
4.RESULTADOS e DISCUSSÕES.....	37
4.1. Avaliação do Modelo Utilização nas fases pré e pós-capacitação.....	37
4.2. Dados das fases pré e pós-capacitação.....	38
4.3. Limitações do Estudo.....	45
5. Considerações Finais.....	45
6. Referências Bibliográficas.....	47
7. Anexo.....	52

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) refere-se a uma condição neurodesenvolvimental, com um quadro clínico caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, pela presença de padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses e/ou atividades. Esses sinais estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. Este estudo tem como objetivo avaliar e implementar uma capacitação de profissionais da saúde segundo o Protocolo de Avaliação para Crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista, PROTEA-R. Participaram do estudo 24 profissionais da equipe multidisciplinar pertencente a Unidade de Referência em Transtorno do Espectro Autista do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM). O estudo foi dividido em quatro fases: **1ª fase (Pré)**: Neste momento, foi avaliado o nível de habilidades e competências que os profissionais do CAISM tinham em relação às áreas de comprometimento do TEA, que são avaliadas no protocolo PROTEA-R; **2ª fase (Capacitação do PROTEA-R)**: Capacitação dos profissionais que participaram do pré-teste para a utilização do PROTEA-R com 8 horas de duração; **3ª fase (Pós)**: Nesta fase foi reavaliado o nível de habilidades e competências que os profissionais do CAISM tinham em relação às áreas de comprometimento do TEA, que são avaliadas no protocolo PROTEA-R; **4ª fase de follow-up**: Esta fase foi realizada um ano após a capacitação e foi realizada para testar a estabilidade do conhecimento adquirido na fase pós-capacitação. Na presente pesquisa, 99% dos profissionais avaliaram o protocolo PROTEA-R como um instrumento muito relevante para avaliação diagnóstica de TEA e 90% avaliaram o protocolo como um excelente instrumento. De forma geral, não houve diferenças estatisticamente significativas nas fases pré e pós-capacitação e follow-up. Apesar de não ter alcançado o resultado esperado com melhora no desempenho dos profissionais treinados, acredita-se que, se houvesse mais tempo para os profissionais pontuarem nas três fases do estudo e se o protocolo fosse aplicado como é feito na prática, os profissionais teriam pontuado com um olhar multidisciplinar, e os resultados poderiam ser satisfatórios.

Palavras chave: Capacitação, Profissionais da Saúde, Transtorno do Espectro Autista.

Abstract

The Autism Spectrum Disorder (ASD) refer to a condition neurodevelopmental with a clinical aspects characterised by persistents communication and social interation deficits, with repetitive and limited behaviour, interests and activities pattern. These symptoms are presented since the childhood beginning and limite and prejudice the daily workings. The objective of this research is to enable health professionals according to the Behavioral Assessment Protocol for Children referred for a possible Autism Spectrum Disorder (PROTEA-R) and testing of this capacity. Twenty four professionals of the multidisciplinary team of CAISM attended this research. This research was divided in four stages. Stage 1 (Pre): PROTEA-R protocal application scoring in ASD suspect children. In this stage the level of abilities and capacities that CAISM professionals had, related to the compromised areas of ASD contained in the PROTEA-R, were valuated. Stage 2 (PROTEA-R training) The training of the professionals that attended to the pre-test of the PROTEA-R use. It was accomplish

an eight hours training. Stage 3 (Post) Scoring of PROTEA-R protocol application in children with ASD suspicion. In this stage the CAISM professionals abilities and capacities level, was reevaluated, related to the compromised areas of ASD contained in the PROTEA-R. Stage 4 (Follow-up) After one year of the training the stage 4 was accomplish to test the knowledge stability obtained in the stage post training. In the present research 99% of the professionals considered the PROTEA-R protocol as a very relevant tool for ASD diagnoses and 90% considered the Protocol as an excellent tool. In general the training was well accepted and well evaluated by the CAISM professionals, with over 90% considered the training excellent. In general didn't happened expressive statistic differences in the stages Pre, Post training and Follow-up. Despite the expected result hadn't been achieved with the improvement of the trained professionals performance, we believe that if the professionals have had more time for scoring in the three stages of the research and if the protocol was applied as done in practice, the professionals have had scored with a multidisciplinary eye, and the results would be satisfactory.

Key words: Training; Health Professional; Autism Spectrum Disorder.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) refere-se a um quadro clínico caracterizado por sinais e sintomas relacionados com: a) déficits persistentes na interação e comunicação social em múltiplos contextos como, por exemplo, déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interações sociais, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos; b) presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades com prejuízos no funcionamento adaptativo. Por exemplo: movimentos motores, uso de objetos ou da fala estereotipada ou repetitiva, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas, respostas ritualísticas, interesses restritos e fixos, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais; c) Os sinais devem estar precocemente presentes no período de desenvolvimento, com possibilidade de diagnóstico antes dos 2 anos de vida; d) prejuízo clinicamente significativo causado pelos sinais no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes da vida da pessoa; e) tais perturbações não são mais bem explicadas por DI ou por atraso global do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A condição espectral do TEA implica diversos níveis de comprometimento nas áreas de interação e comunicação social, sendo que tais problemas de comportamento podem oscilar entre leves, moderados e graves. Mesmo em países em desenvolvimento, a realidade de muitas famílias de crianças com TEA mostra que há dificuldades para os pais no acesso a serviços de saúde mental na atenção primária.

No Brasil, estudos anteriores têm verificado que, tanto na atenção básica, como em serviços especializados, falta preparo aos profissionais da saúde para realizar avaliações clínicas frente a casos suspeitos de TEA (FATORI et al., 2012; LOWENTHAL, 2012). O presente trabalho teve como alvo a capacitação de profissionais para um serviço especializado no atendimento de TEA na utilização de um protocolo estruturado que sistematize a observação lúdica dos sinais do transtorno em crianças não verbais, especialmente sinais relativos a alterações de interação social, comunicação e qualidade da brincadeira. O projeto alinha-se a pesquisas anteriores, realizadas no Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, que se voltam para estudos de avaliação e diagnóstico de TEA

com prioridade na capacitação de profissionais da saúde, tanto nos critérios clínicos do transtorno, como em estratégias de intervenção (LOWENTHAL, 2012; SILVA, 2015).

2. Fundamentação teórica

2.1. Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas leis e 8080/90 e 8142/90, estabelecendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). O SUS é responsável por garantir acesso e qualidade a todos, visando à redução de riscos de doenças e outros agravos, garantindo ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. É responsável também por controlar, regulamentar e fiscalizar tanto a saúde pública quanto a privada (BRASIL, 2009, 2014; CARVALHO et al., 2013)

Com a implementação do SUS, a Atenção Básica passa a ser a principal porta de entrada do processo de assistência, oferecendo à população acesso a especialidades básicas, como clínica médica, pediatria, obstetrícia e problemas de saúde em geral. Nela são atendidas pessoas de todas as idades, sendo responsável por resolver 80% das necessidades de saúde da população, enquanto os casos mais graves devem ser encaminhados para atenção especializada, de acordo com os serviços disponíveis na região (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013). Ela é o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Antes de 1994, a Atenção Básica tinha como principal ação os centros de cuidado primário, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e era constituída por pediatras, ginecologistas, enfermeiro e dentista. Na década de 1990, o Ministério da Saúde introduziu o Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de organizar a Atenção Básica. Seu papel está voltado para a saúde da família, sendo constituído por uma equipe multiprofissional tipicamente composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários, modificando o

modelo médico tradicional. Essa equipe deve realizar cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares, realizar diagnóstico situacional, buscando sempre o cuidado com o indivíduo e a família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; PAULA et al., 2012).

O sistema de saúde mental está completamente incorporado ao SUS, em razão disso, a assistência a pessoas com problemas de saúde mental, incluindo o TEA, deve ocorrer em todas as unidades públicas de saúde, seguindo o nível de necessidade de cada paciente. Na Atenção Especializada destacam-se, como principal unidade de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004). O CAPS é um serviço de saúde do SUS de referência no tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicose, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, e transtorno do espectro autista (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

De acordo com a portaria 3088/2011, o CAPS é implementado em conformidade com a população do município: CAPS I em cidades entre 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II entre 70.000 a 200.000; CAPS III acima de 200.000; Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga (CAPSad) acima de 100.000 e Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSI) acima de 200.000 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013). Os CAPS I e II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais, e o CAPS III, também para atendimento de adultos, funciona no período diário e noturno. O CAPSad são para usuários de álcool e droga, enquanto os CAPSI são dedicados a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Gradativamente, os atendimentos de crianças e adolescentes com TEA vêm sendo direcionados para os CAPSI (PAULA; FILHO; TEIXEIRA, 2016), sendo que, atualmente, no Estado de São Paulo, as crianças com TEA constituem um dos grupos que mais utilizam seus serviços (SILVA, 2015). Em 2011, Um estudo mostrou que 28,8% das crianças e adolescentes que frequentavam os CAPSI no Estado de São Paulo tinham diagnóstico de TEA (PAULA et al., 2012). Outro estudo realizado na cidade de São Paulo aponta que 46,7% dos usuários de um CAPSI da zona sul da cidade haviam sido diagnosticados com TEA (TOLEDO, 2004).

A cidade de São Paulo tem algumas particularidades na assistência aos TEA. Paralelamente aos CAPS, existem mais duas unidades especializadas nesse transtorno: o Centro de Referência em Transtornos do Espectro Autista Philippe Pinel que, inaugurado em 2010, atende crianças e adolescentes até 18 anos, e o Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista, Dr. Marcos Tomanik Mercadante da Santa Casa de Misericórdia, inaugurado em 2013, atende crianças, adolescentes e adultos com TEA (PAULA; FILHO; TEIXEIRA, 2016).

2.2. Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Neurodesenvolvimento consiste em um grupo de condições com início precoce. Os déficits geralmente aparecem em idade pré-escolar, causando prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e/ou profissional. Eles variam desde limitações específicas de aprendizagem, limitações relacionadas às funções executivas, até prejuízos globais no desenvolvimento, sendo comum um indivíduo ter mais de um Transtorno do Neurodesenvolvimento associado. Os principais são: Deficiência Intelectual, Transtornos da Comunicação Social, Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno da Linguagem e Transtornos Motores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Transtorno do Espectro Autista (TEA) refere-se a uma condição neurodesenvolvimental com quadro clínico caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, pela presença de padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses e/ou atividades. Tais sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. Os critérios para diagnóstico do TEA são déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, assim como a presença de comportamentos restritivos e estereotipados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em relação aos prejuízos sociocomunicativos, destacam-se os déficits na reciprocidade social, na atenção compartilhada, na iniciação e respostas sociais, em habilidades de teoria da mente, em comportamentos não verbais (como contato visual e uso de gestos), no jogo simbólico, em interesse social por pares. No domínio dos padrões de comportamento repetitivos e interesses restritos, ressaltam-

se estereotípias corporais e gestuais, uso estereotipado de objetos, ecolalias, persistência em rotinas, rigidez, assim como hiper/hipo reatividade a estímulos sensoriais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As taxas de prevalência em estudos internacionais, realizados principalmente nos Estados Unidos, Europa e Japão, variam entre 0,6 e 1% (BAXTER et al., 2014; ELSABBAGH et al., 2012; FOMBONNE, 2009). Diversas pesquisas confirmam um aumento expressivo nas taxas de TEA nas últimas décadas, sendo que seus motivos ainda não são totalmente explicados. Segundo o instituto americano *Center for Disease Control and Prevention*, em 2006 a estimativa era de 1 em cada 110, passando em 2008 de 1 para 88, e em 2010 de 1 para 68 nascidos, sendo 4,5 vezes mais comum em meninos do que em meninas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BAXTER et al., 2014; ELSABBAGH et al., 2012; FOMBONNE, 2009). Estudos são escassos na América Latina, mas existe no Brasil um estudo que estimou uma taxa de 0,3% da população. Algumas hipóteses foram levantadas para explicar essa baixa frequência, e a principal foi o pequeno tamanho amostral (PAULA et al., 2011b, 2012).

Os quadros clínicos de indivíduos com TEA têm uma grande variação. Podem estar associados à deficiência intelectual e outras manifestações físicas, chamadas de comorbidades, como epilepsia, e a quadros clínicos de origem genética como X-Frágil, Síndrome de Williams, Síndrome de Angelman, Esclerose Tuberosa entre outras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Alguns estudos mostram maior incidência de macrocefalia em pacientes com TEA e associam a deficiência intelectual com o aumento de estereotípias e alterações de comportamento (BRASIL, 2013).

Um aspecto relevante dos TEA é a presença de deficiência intelectual, sendo que a maioria dos estudos aponta que aproximadamente 60% a 70% dos pacientes possuem esse tipo de deficiência em algum nível. Além disso, por volta de 10% das pessoas com TEA apresentam habilidades excepcionais quando comparadas com indivíduos de sua idade e são denominadas “savants” (BRENTANI et al., 2013). No entanto, o perfil intelectual das pessoas com TEA não está totalmente estabelecido, já que um estudo coordenado em 2010 pelo instituto americano *Center for Disease Control and Prevention* identificou presença/gravidade de deficiência intelectual

infantil entre crianças com TEA em menor proporção: 31% do total de participantes do estudo, sendo que 23% está na faixa limítrofe (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014).

Diversos estudos indicam que o diagnóstico precoce, seguido de uma intervenção adequada, leva a um melhor prognóstico dos casos de TEA. Contudo, o diagnóstico precoce é complexo, pois se baseia em avaliações qualitativas de padrões comportamentais, requerendo, para isso, uma equipe multidisciplinar. Os sinais são reconhecidos comumente entre 18 e 24 meses de idade, podendo, no entanto, ser identificados antes dos 12 meses, se os atrasos forem graves, ou após os 24 meses, se forem mais leves (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BOSA, 2006; BRASIL, 2014; BRENTANI et al., 2013; GARCIA; LAMPREIA, 2011; ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Um prognóstico de crianças com TEA depende de fatores como presença ou não de deficiência intelectual, comprometimento de linguagem e outros problemas ligados à saúde mental. Segundo o DSM-5, significa um bom prognóstico a criança ter uma linguagem funcional por volta dos cinco anos de idade, já a epilepsia como comorbidade está associada a maior deficiência intelectual e menor capacidade de comunicação verbal, levando a um prognóstico desfavorável (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Déficits nas áreas de Orientação Social (OS) e Atenção Compartilhada (AC) são os comportamentos que mais se destacam no diagnóstico precoce, pois discriminam bem os sintomas precoces do TEA e são observáveis no domínio da comunicação social (BOSA, 2001, 2006; FARAH; PERISSINOTO; CHIARI, 2009). Esses déficits são os que fazem parte do domínio A dos critérios clínicos do diagnóstico de TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Falhas na OS podem ser notadas por volta dos seis meses de vida do bebê, como pobres expressões faciais, falha na resposta ao chamado, ausência de gestos e experiências diádicas (interação face-a-face), entre outros. Logo depois dessa fase, entre 9 e 12 meses de vida do bebê, inicia-se a AC, que consiste na comunicação triádica – quando o bebê coordena sua interação com uma pessoa e com um objeto ou evento (face – objeto – face) (BOSA, 2002; ZANON; BACKES; BOSA, 2013, 2015).

O comprometimento da AC é um importante preditor de TEA em idade precoce, embora alguns estudos indiquem que o atraso na fala é geralmente o sintoma mais identificado por pais e profissionais (ZANON; BACKES; BOSA, 2015). Porém, as habilidades de AC estão relacionadas ao desenvolvimento da linguagem e das relações sociais com os pares. É importante ressaltar que elas geralmente não são investigadas devido à restrição de alguns instrumentos utilizados para investigação, os quais não fazem diferenciação, de forma clara e precisa, entre iniciação de atenção compartilhada (IAC) e resposta de atenção compartilhada (RAC), bem como pela dificuldade de identificar esses comportamentos na forma mais sutil (ZANON, 2012; ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

Assim, considerando que as habilidades de AC surgem no segundo semestre de vida do bebê, e que há evidências de que essa capacidade tem distinguido grupos de crianças com autismo daqueles com outros transtornos do desenvolvimento, esse é um importante e fidedigno indicador precoce de autismo (ZANON, 2012). Para diagnóstico, os profissionais devem estar atentos, conhecer o marco do desenvolvimento, os sinais indicadores do TEA e o desenvolvimento típico da comunicação, pois este é um importante alerta precoce (BOSA, 2002; ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

Estudos sublinham que o diagnóstico no primeiro ano de vida tem certas limitações, das quais alguns fatores relevantes são a falta de conhecimento por parte dos profissionais em relação ao desenvolvimento típico do bebê, a variabilidade na expressão dos sintomas do TEA, que ficam mais evidentes quando a criança fica mais velha, a escassez de serviços especializados, o número limitado de instrumentos de avaliação, entre outros (BOSA, 2006; BRASIL, 2014; GARCIA; LAMPREIA, 2011; ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

Segundo revisão da literatura, no Brasil existem três instrumentos de observação direta para levantar suspeitas de TEA: o Protocolo de Observação Estruturada para Rastreamento de Autismo (OERA) (CARVALHO et al., 2013), o protocolo Autism Mental Status Examination (AMSE) e o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R) (ZANON; BACKES; BOSA, 2013). Esses instrumentos são importantes para rastreio do TEA, pois podem identificar potencialidades e fornecer subsídio para intervenções. Usando-os, o avaliador consegue levantar pontos positivos e

negativos no desenvolvimento da criança e traçar uma intervenção adequada (ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

O OERA foi desenvolvido por Paula e colaboradores com base nos principais sinais precoces de TEA, e nas provas da *Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic* (ADOS-G), e é instrumento de diagnóstico internacional considerado padrão-ouro para o diagnóstico de TEA. Para esse protocolo são consideradas as provas mais relevantes que não exigem muito conhecimento clínico por parte do avaliador, facilitando o uso de profissionais pouco especializados. Caracterizado como instrumento de rastreio de primeiro nível, o OERA é composto por oito provas que avaliam comportamentos peculiares de crianças com TEA.

Nessa avaliação, a criança deve responder ao chamado pelo nome, engajar-se em comportamentos de IAC e RAC, fazer uso da imitação funcional e simbólica, responder ao sorriso social, nomear figuras, compartilhar prazer em um momento de jogo de bolha de sabão e apontar, além de responder a outros 14 itens relacionados à linguagem e comunicação, interação social recíproca, estereotipias motoras, maneirismos, comportamentos de autoagressão e comportamentos estereotipados. A avaliação demora de 10 a 15 minutos. Nela, o avaliador deve interagir com a criança de acordo com as provas estruturadas que são filmadas e posteriormente pontuadas por um especialista em TEA. Os itens devem ser pontuados como Sim, para comportamentos presentes, e Não, para comportamentos ausentes, sendo que a pontuação total varia de 0 a 22. Este instrumento tem o intuito de distinguir crianças com TEA de crianças com outros transtornos ou com desenvolvimento típico em nível de atenção primária. Testado em uma amostra de crianças de creche entre 18 e 36 meses, o OERA foi considerado prático, de baixo custo e adequado ao contexto brasileiro (CARVALHO et al., 2013).

O AMSE (Exame do Estado Mental do Autismo) é um instrumento de observação clínica do profissional e também do relato de pais ou responsáveis. Desenvolvido no *Seaver Autism Center* dos Estados Unidos, ele já foi traduzido para o português e está em fase de validação no Brasil. Esse protocolo baseia-se no DSM-5, sendo dividido em três áreas: funcionamento social, comunicativo e comportamental. O AMSE está composto por oito itens (contato visual, interesse nos outros, capacidade de apontar, linguagem, pragmática da linguagem, comportamentos repetitivos/estereotipados, preocupações e sensibilidades

incomuns), e sua pontuação varia de 0 a 16. Foi elaborado para apoiar o diagnóstico clínico, podendo ser aplicado em crianças, adolescentes e adultos (GRODBERG et al., 2012, 2014). Cada um de seus itens pode ser pontuado de 0 a 2 – sendo 2 o mais grave. Os três primeiros itens (Contato Visual, Interesse nos Outros e Capacidade para Apontar) e os dois últimos (Preocupação e Sensibilidade) são avaliados pela observação do profissional. Já os itens de Linguagem, Pragmática da Linguagem e Comportamentos Repetitivos/Estereotipados, além de levarem em conta o relato dos profissionais, também consideram o relato de pais ou responsáveis. No item Contato Visual é avaliado se o sujeito mantém contato visual por pelo menos 3 segundos. No segundo item, Interesse nos Outros, leva-se em conta a interação espontânea, seja verbal ou gestual. Na Capacidade para Apontar, observa-se se o sujeito é capaz de apontar para objetos. No item da Linguagem, o objetivo é a capacidade de produzir frases. Na Pragmática da Linguagem, que só é avaliada se o sujeito não pontuar o item anterior, o objetivo é reconhecer se há alguma alteração na fala, como fala monótona, bizarra, ou se ela não ocorre de forma clara. No Comportamento Repetitivo/Estereotipado, deve ser levado em conta o comportamento do sujeito. No item Preocupações, é observado se o sujeito tem interesses excessivos ou incomuns. E no último item, Sensibilidade, deve ser observado se o sujeito tem alguma sensibilidade visual, auditiva, tato, olfato ou paladar (GALDINO, 2016).

O PROTEA-R foi desenvolvido no Centro de Avaliação Multidisciplinar em Autismo (CEMA) vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um instrumento de observação que avalia a frequência de comportamentos característicos do TEA. Está organizado em três áreas – que serão abordadas mais adiante: comportamentos sociocomunicativos, qualidade da brincadeira e movimentos repetitivos/estereotipados do corpo. Esse instrumento é composto por 17 itens para avaliar crianças na faixa etária de 18 a 48 meses, podendo ser aplicado em crianças verbais e não verbais – o que o diferencia de alguns instrumentos, cuja aplicação em crianças não verbais é difícil. O PROTEA-R tem se mostrado capaz de identificar potencialidades e fornecer informações para a formulação de intervenção. Ele tem múltiplas finalidades, baixo custo e construído com base na realidade brasileira (BACKE; ZANON, 2013; ZANON; BACKES; BOSA, 2015; BOSA; ZANON; BACKES, 2016), além disso, fundamenta-se na teoria

sociopragmática, pois uma das maiores dificuldades no desenvolvimento do TEA está relacionada à habilidade pragmática, que consiste na compreensão e expressão dos símbolos linguísticos. Essa teoria será detalhada no próximo capítulo.

Visando verificar a aplicabilidade do PROTEA-R na prática clínica, ele foi testado empiricamente por meio de um estudo com o objetivo de verificar evidências de validade de critério, utilizando o instrumento Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA) em sua versão preliminar, com 30 crianças divididas em três grupos. O primeiro grupo foi constituído por 10 crianças com autismo, na faixa etária entre três e oito anos de idade, todos do sexo masculino pelo fato da prevalência ser maior em meninos. Todos foram diagnosticados por especialistas com base nos critérios do DSM-IV-TR. O segundo grupo foi constituído por 10 crianças com Síndrome de Down, do sexo masculino, equiparados com idade cronológica do grupo um. E o terceiro grupo por 10 crianças com desenvolvimento típico, do sexo masculino com idade entre um e três anos. Todos os grupos foram selecionados por critério de conveniência. A equiparação entre as crianças se deu em relação ao sexo e ao nível de linguagem compreensiva e expressiva, de acordo com o Inventário de palavras de Di Napoli e Bosa, (2005). A codificação do instrumento foi realizada pela pesquisadora responsável e por uma aluna de pós-graduação stricto sensu, ambas às cegas quanto ao diagnóstico da criança. No registro final, as respostas discordantes foram submetidas a um terceiro julgamento. Neste estudo constatou-se que o PRO-TEA é uma medida válida para avaliação de crianças com suspeita de TEA, um instrumento capaz de discriminar crianças com autismo dos grupos controle, mesmo em uma amostra pequena (MARQUES; BOSA, 2015).

A versão preliminar deu origem a um segundo estudo, a versão revisada do PROTEA-R, que envolveu os resultados encontrados no estudo citado acima, de Marques e Bosa (2015), e investigou a validade dos critérios. No primeiro estudo, foram identificados problemas relacionados a alguns itens, que poderiam influenciar a sensibilidade e fidedignidade do instrumento. Já na versão revisada, todos esses itens foram reformulados, excluídos, além do desenvolvimento de novos itens baseados na teoria sociopragmática de Tomasello (1999/2003), em teorias neuropsicológicas e em achados empíricos, com o objetivo de aprimorar o instrumento (BOSA; ZANON; BACKES, 2016).

Nesta versão, realizou-se um estudo piloto com o objetivo de adequar o instrumento à população alvo – crianças não verbais com suspeita de TEA. Foram utilizados os dados de 10 crianças com suspeita de TEA, com média de idade de 30,9 meses (DP= 8,0). Essas crianças passaram por avaliação no Centro de Avaliação Multidisciplinar em Autismo (CEMA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) nos anos de 2013 e 2014, e o estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Nesta etapa, os pesquisadores reuniram-se com cinco avaliadores que receberam o treinamento do PROTEA-R e também com três juízes devidamente treinados para a codificação do protocolo. Eles ficaram responsáveis pela análise dos vídeos e pelo preenchimento do PROTEA-R. Em relação à escala de qualidade e frequência, todos os avaliadores da equipe levantaram a importância de separar essas duas escalas. Outro aspecto importante foi padronizar os critérios que diferenciam cada item para facilitar a codificação. Apontou-se também a importância de dividir o item de AC em dois, separando IAC de RAC, considerando a relevância desse comportamento como indicador de TEA. Essa mudança se deu consensualmente entre todos da equipe. Outro aspecto apontado foi a necessidade de reduzir o número de itens da versão preliminar, cuja reformulação e exclusão se realizaram de acordo com a teoria sociopragmática (Tomasello, 1999/2003) e a teoria neuropsicológica (BOSA; ZANON; BACKES 2016). Também houve consenso entre os avaliadores sobre a importância do treinamento teórico no formato de workshop (com duração de 8 horas) para compreensão do manual – que completa o workshop mas não o substitui.

No que diz respeito às três sessões de observação, o tempo estipulado para cada sessão e a organização do espaço e dos brinquedos foram avaliados positivamente pelos avaliadores. Seguiram-se, a rigor todas as sugestões apontadas por eles, modificando e aprimorando a versão do PROTEA-R. De modo geral, a versão final mantém o objetivo do instrumento original que é avaliar comportamentos característicos do TEA específicos para crianças que ainda não desenvolveram linguagem oral. Pode-se dizer que a qualidade e frequência de cada item observado norteia a avaliação do diagnóstico de TEA, traçando estratégias de intervenção para cada indivíduo. Com base nesses dados, o PROTEA-R mostrou-se um instrumento promissor para avaliação precoce do TEA, principalmente nos países em desenvolvimento, que precisam de instrumentos de rápido treinamento e aplicação

em baixo custo. No entanto, ainda são necessários estudos que investiguem as propriedades psicométricas do PROTEA-R (BOSA; ZANON; BACKES, 2016).

Assim, observa-se que as principais diferenças entre o PROTEA-R e o OERA são: (i) o PROTEA-R inclui uma avaliação qualitativa e outra quantitativa das crianças, (ii) baseia-se em até três sessões, enquanto que o OERA se dá em uma sessão única de 15 minutos; (iii) o OERA é mais indicado como rastreamento de primeiro nível em unidades de atenção primária, e o PROTEA-R é mais adequado para serviços especializados, como rastreamento de 2º nível.

Uma das principais diferenças do AMSE com relação ao OERA e ao PROTEA-R são: (i) o AMSE é o único dos três que não tem provas estruturadas ou semiestruturadas.

O desenvolvimento de instrumentos como esses deve ser avaliado em função da funcionalidade em diferentes níveis de serviços de saúde. É notório que ambos os instrumentos precisam de estudos sobre suas implicações e validade.

2.3. Teoria Sociopragmática

A teoria sociopragmática desenvolvida por Tomasello (2003; 2005) define alguns comportamentos do desenvolvimento social e linguístico nos primeiros anos de vida. De acordo com suas premissas, o desenvolvimento da comunicação subordina-se a capacidade da criança compreender o outro como agente intencional e mental. Esse processo ocorre através das interações sociais e trocas entre adulto e criança. Assim, a habilidade de atenção compartilhada da criança, processo de interação social em desenvolvimento gradual até os 18 meses de vida, é dividida em:

- a) compreender o outro como agente intencional
- b) compartilhar emoções, experiências e atividades com o outro só ocorre se a criança estiver apta à interação social.

O que diferencia o homem de outras espécies é exatamente isso: compartilhar atividades com os outros de forma intencional e interpretar os símbolos linguísticos. Os primatas compreendem os outros de forma animada, isto é, entendem a cena que irá ocorrer através de comportamentos passados. O mesmo acontece quando a criança é muito pequena. Por volta de três aos seis meses, os bebês humanos são capazes de prever a ação em situações familiares, mas não

entendem que essas ações são realizadas de forma intencional e racional. Somente a partir dos 14 meses é que eles começam a entender a intencionalidade das ações (TOMASELLO, 2003; TOMASELLO et al., 2005).

Para Tomasello (2003), os seres humanos compreendem os outros como seres iguais a ele, permitindo aos indivíduos colocarem-se no “lugar do outro”. Tal compreensão é essencial para a aprendizagem cultural humana que, segundo o autor, divide-se em: imitação, aprendizagem por instrução e aprendizagem por colaboração.

De acordo com a teoria sociopragmática, um dos pré-requisitos para a aprendizagem cultural humana é interpretar o uso convencional de ferramentas ou símbolos. Ora, para o desenvolvimento dessa habilidade, a criança deve ser capaz de entender por que e para que fim o adulto faz uso dela; precisa entender seu significado intencional, podendo, assim, envolver-se em uma aprendizagem cultural. Somente o ser humano é capaz de se envolver nesse tipo de aprendizagem (TOMASELLO, 2003).

Desde muito pequenas, as crianças com desenvolvimento típico já interagem socialmente, participando e se relacionando espontaneamente com as outras pessoas através de gestos e expressões faciais. Essas capacidades são necessárias para as habilidades diádicas mais complexas e, mais tarde, para a aquisição das interações triádicas (BOSA, 2002; CHAWARSKA; MACARI; SHIC, 2013).

No entanto, crianças com TEA têm dificuldade de compreender as outras pessoas como agentes intencionais e mentais semelhantes a ela, como também encontram dificuldades de se envolver em habilidades da aprendizagem cultural (BARON-COHEN; LESLIE; FRITH, 1985, TOMASELLO, 2003).

Segundo Tomasello (2003, 2005), por volta de seis meses de vida, o bebê realiza interações diádicas, que consistem em troca de olhares, emoções e vocalizações com o cuidador (face-a-face). Compartilhar emoções na primeira infância é a primeira fase do desenvolvimento, quando o bebê entende os outros como seres animados, mas não intencionais; compartilha ações e estados emocionais, sendo capaz de interagir com um objeto e ignorar a presença do adulto, do mesmo modo que pode interagir com o adulto e ignorar um objeto.

Em seguida vem o processo de compartilhar objetos e, o mais complicado, de planejar ações. Em torno de 9 e 12 meses, o bebê desenvolve a interação triádica, um evento um pouco mais complexo, pois exige que o bebê alterne a atenção com o adulto e com um objeto ou evento externo. Chamamos essa habilidade de AC. Para que esse processo ocorra é necessário que o bebê comece a entender os outros como agentes intencionais, para isso deve entender que as outras pessoas têm estados mentais diferentes dos dele e que os objetos/eventos externos podem ser compartilhados.

Nessa idade, o bebê começa a olhar de modo flexível e confiável para onde os adultos estão olhando e a participar de longos momentos de interação social envolvido com objetos, agindo com esses da mesma maneira que observa nos adultos. Nesse momento, a criança dirige a atenção do adulto para objetos externos, apontando para algo de seu interesse, segurando um objeto para mostrar a alguém ou seguindo o olhar para onde o adulto está apontando. Através desse comportamento comunicativo, a criança está chamando a atenção do adulto e interagindo com um objeto externo (ZANON, 2012; ZANON; BACKES; BOSCA, 2015).

Segundo a teoria sociopragmática, os bebês acreditam que os outros são como eles, pensam e agem da mesma maneira que eles. Portanto, presume-se que, para o bebê entender que um parceiro quer brincar, seja necessário ele compreender que a ação de um objeto (como, por exemplo, jogar a bola para um parceiro) é o resultado de uma intenção, e não um evento casual qualquer. Assim, ele passa a inferir que suas ações, e a dos outros também, são intencionais. Desse modo, observa-se que as interações triádicas são fundamentais para a criança compreender o uso dos símbolos linguísticos e que, portanto, a AC se torna pré-requisito para a compreensão da intenção comunicativa (TOMASELLO, 2003).

Para Tomasello e Carpenter (2005), o processo da ação intencional passa por três estágios:

- Compreensão da ação animada: Por volta dos seis meses, os bebês já são capazes de prever o que o outro vai fazer em situações familiares. Já entendem que as pessoas agem de forma animada, embora ainda não entendam que esta ação é realizada de forma intencional e racional;

- Compreensão da ação voltada para objetos: Por volta dos nove meses, os bebês entendem a ação do adulto e começam a compartilhar objetos e ações.

Nessa fase ocorre a triangulação bebê – parceiro – objeto/evento, período em que emerge a intencionalidade;

- Compreensão do planejamento de ações: Por volta dos 14 meses, o bebê começa a entender a ação intencional, incluindo as tomadas de decisão na escolha de planos de ação para realizar seus objetivos. Nessa fase surge o engajamento colaborativo, tal como iremos ver abaixo.

Trata-se da AC, que pode ser dividida em: Iniciação da Atenção Compartilhada (IAC) e Resposta de Atenção Compartilhada (RAC). Nessa fase, o bebê compreende o outro como ser capaz de realizar ações. A RAC consiste na ação de responder ao convite social de outra pessoa, ou seja, é a habilidade de seguir a direção do olhar, os movimentos da cabeça e/ou os gestos realizados por outra pessoa com a intenção de compartilhar objetos ou eventos. A IAC é bem mais complexa, consistindo na habilidade de realizar contato visual, alternância de olhar e/ou gestos para iniciar de maneira espontânea o compartilhamento de um interesse ou experiência com um parceiro social (MUNDY; BLOCK; DELGADO, 2007; MUNDY; NEWELL, 2009; ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

Muitas vezes, a RAC pode ser confundida com o comportamento de o bebê responder por interesse ao objeto e não por interesse à relação. Já a IAC, apesar de ser um processo mais complexo, facilita identificar se a intenção comunicativa está ocorrendo ou não, pois aí se torna necessário utilizar estratégias como apontar, mostrar, dar um objeto/evento de seu interesse para um parceiro. A IAC se diferencia dos gestos protodeclarativos, cujos fins são instrumentais. Por exemplo: quando o bebê aponta com o objetivo de solicitar algo de seu interesse, ou quando faz uso do adulto como ferramenta para conseguir algo que deseja, sem o objetivo de compartilhar (TOMASELLO, 2003). Os comportamentos de IAC indicam de forma clara que a criança quer compartilhar atenção com um adulto. Esse comportamento comunicativo só ocorre nos seres humanos, e a ausência dele é um importante sinal de TEA (TOMASELLO, 2003).

Em seguida, por volta dos 14 meses, inicia-se o engajamento colaborativo quando ocorre uma interação mais refinada, pois, além de interagir com o adulto, o bebê precisa ser capaz de planejar ações. Esse processo ocorre quando a criança entende os planos de ação dos outros e inicia as inversões de papel que são tão

importantes para o desenvolvimento de gestos e, mais tarde, para a aquisição da linguagem (TOMASELLO et al., 2005).

Logo depois, inicia-se a primeira aprendizagem cultural efetiva, que é a imitação, possibilitando à criança apropriar-se do uso convencional de ferramentas de vários tipos. A imitação só ocorre quando a criança entende o outro como agente intencional. Trata-se da entrada inicial da criança no mundo cultural. Entretanto, a imitação não é somente repetição da ação. Se a criança reproduzir somente uma ação motora, isso não se caracterizará como imitação, mas como emulação. A capacidade de imitar é desenvolvida por volta do primeiro ano de vida, sendo que a aprendizagem dessa habilidade desempenha um papel importante nas interações da criança com certos tipos de objetos e artefatos, pois ela precisa inferir como e para que os outros usam determinados objetos, entender sua intencionalidade para depois conseguir desconstruir e usar esse artefato de forma flexível e criativa, utilizando dessa forma a brincadeira simbólica (TOMASELLO, 2003).

A brincadeira simbólica está relacionada com aquisição dos símbolos linguísticos. Ocorre no mesmo momento, ou um pouco depois, da aquisição da linguagem. Essas duas aquisições ocorrem da mesma maneira: primeiro a criança precisa entender o que o adulto está fazendo, para depois imita-lo. Aos poucos esse processo vai progredindo e a criança passa a usá-lo de maneira inovadora (TOMASELLO, 2003; CHRISTENSEN et al., 2010). Quando a criança atravessa esses processos, ela começa a apresentar cognições dialógicas e, a partir disso, a desenvolver comportamentos comunicativos (TOMASELLO, 2003). Coordenar a atenção com um parceiro social é fundamental para o desenvolvimento da linguagem (MUNDY; NEWELL, 2009).

Isso é o que ocorre no desenvolvimento típico da criança. Podemos constatar que as maiores dificuldades das crianças com TEA estão relacionadas à evolução dessas habilidades. Conseguir detectar comportamentos de alerta precocemente não é uma tarefa fácil, pois exige conhecimento dos profissionais, principalmente das habilidades sociopragmáticas, na medida em que estas são importantes marcadores de TEA (ZANON; BACKES; BOSA, 2014; ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

2.4. Nível de Conhecimento de TEA por Profissionais da Saúde

Pesquisas de prevalência realizadas nos EUA e países europeus indicam que cerca de 0,6% a 1% da população tenha TEA e, fundamentando-se neste dado internacional, é possível estimar que 1,5 milhão de brasileiros tenham esse transtorno (PAULA et al., 2011c). Levando em conta essas informações, sabendo que o diagnóstico e a intervenção precoce do TEA levam a um melhor prognóstico, é importante que profissionais da saúde e educação saibam levantar suspeitas e realizar encaminhamentos dos casos a serviços especializados.

No entanto, o cenário no Brasil e em outros países é de desconhecimento sobre esse transtorno, tanto por parte do público em geral como também dos profissionais da saúde e educação (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007). Torna-se, assim, de fundamental importância promover a formação clínica, o conhecimento dos sinais precoces seguido de intervenções adequadas por parte dos profissionais (BORDINI, 2013; PAULA et al., 2011c, 2012).

No Brasil, o processo de detecção e assistência aos TEA geralmente começa na Atenção Básica – porta de entrada do sistema de saúde. Os profissionais da Atenção Básica devem, portanto, estar atentos aos sinais do TEA e fazer os encaminhamentos adequados para os serviços especializados. Geralmente, o pediatra é o primeiro profissional da área da saúde a ter contato com a criança, sendo ele parte da equipe da Atenção Básica. Seu papel é de suma importância nos cuidados da saúde e na orientação da família, torna-se chave na detecção dos primeiros sinais de desenvolvimento infantil atípico. Assim, esses profissionais devem conhecer muito bem o desenvolvimento esperado das crianças em diferentes etapas da vida (AGRIPINO-RAMOS; SALOMÃO, 2014; BRENTANI et al., 2013; PAULA et al., 2012). Contudo, um estudo brasileiro com pediatras da Atenção Básica revela que, apesar de admitirem a importância do tema referente à saúde mental, não têm conhecimento suficiente devido à falta de informação na sua graduação (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006).

Mesmo na Atenção Especializada, encontramos profissionais com conhecimento insuficiente para a saúde mental. Podemos citar um estudo realizado em um CAPSI de Vitória-ES que destaca a falta de experiência dos profissionais em relação à saúde mental de crianças e adolescentes, apontando a necessidade de capacitação (RONCHI; AVELLAR, 2010). O que não deveria acontecer, já que o

CAPSI é um centro de referência no atendimento ao TEA (BRASIL, 2013a).

No Brasil, durante a graduação em medicina e na maioria dos cursos de residência, o ensino sobre diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais na infância, incluindo os TEA, é, muito pouco aprofundado (BORDINI, 2013). O problema torna-se ainda maior entre profissionais que não fazem residência, e que muitas vezes atendem na Atenção Básica, entrando em contato constante com essas crianças. Sem a identificação adequada do transtorno, essas crianças não são encaminhadas para o serviço especializado no devido momento, ocasionando o início tardio do tratamento (BORDINI, 2013; MULLER, 2012).

Um estudo realizado no sul do Brasil mostrou que os profissionais saem da graduação de medicina com grande dificuldade em relação aos sinais de alerta para um diagnóstico precoce de TEA. De 152 estudantes pesquisados, apenas um acertou a tríade clássica do autismo. Da amostra total, 89,5% acreditaram que eles tinham pouco comprometimento intelectual, 60% erraram perguntas sobre etiologia, e 98% responderam que o TEA tem tendências criminais. De forma geral, a média de acertos no questionário sobre conhecimento de TEA foi de apenas 2,38% no primeiro ano e de 2,62% no último ano de graduação (MULLER, 2012).

Um outro estudo realizado com médicos e enfermeiros da Atenção Básica de Caxias-MA, ao todo 81 profissionais, sendo 39 médicos e 42 enfermeiros, constatou que 37% dos médicos e 42% dos enfermeiros não sabiam descrever os sinais de alerta para o TEA e 34,5% dos médicos e 42% dos enfermeiros não utilizavam nenhum instrumento para detecção precoce. Assim, este estudo revela que o conhecimento sobre o autismo, relativo a uma grande parte dos profissionais participantes, ainda é limitado para uma prática de qualidade (CARVALHO et al., [s.d.]).

O psicólogo é outro profissional que desempenha um papel significativo na equipe multidisciplinar na saúde mental. Por isso, é importante que em sua formação existam conteúdos curriculares que incluam a temática sobre o TEA de maneira aprofundada. Recente estudo aponta uma deficiência na formação dos psicólogos, pois esse profissional não tem conhecimentos básicos adequados sobre o TEA, como: taxa de prevalência, recorrência familiar, associação com deficiência intelectual, entre outras. Nessa pesquisa realizada com estudantes do último ano de Psicologia, apenas 5,9% deles avaliaram seu conhecimento sobre o TEA como bom.

Nas questões apresentadas, o maior número de erros ocorreu nas questões sobre epidemiologia: apenas 14,1% acertaram sobre taxa de prevalência, 11,8% sobre a recorrência em irmãos, 8,2% sobre a incidência de deficiência intelectual nas pessoas com TEA, e apenas 9,4% acertaram sobre etiologia. Outro dado que chamou a atenção foi que entre 34,0% e 44,3% dos participantes responderam “não sei” em 4 de 10 perguntas do questionário, mostrando não ter conhecimento algum sobre o tema tratado (PAULA; FILHO; TEIXEIRA, 2016).

Os professores, principalmente os de creche e educação infantil, também são importantes para levantar suspeitas de que algo não está indo bem no desenvolvimento da criança, na medida em que têm papel fundamental no encaminhamento para os profissionais de saúde. É relevante que tenham conhecimento do desenvolvimento típico para, assim, conseguirem identificar qualquer atraso no desenvolvimento e encaminharem para realização de um diagnóstico. Achados na literatura da área destacam o fato de que os profissionais da educação desconhecem o TEA, pois esse tema não foi abordado em sua graduação (AGRIPINO-RAMOS; SALOMÃO, 2014; FALLIS, 2013).

Nas últimas décadas no Brasil, as creches tornaram-se um dos principais locais de concentração de crianças menores de três anos, onde elas passam longo período de tempo, e isso facilita para os profissionais envolvidos detectarem se existe algum desvio no desenvolvimento infantil e na interação social (ZAQUEU et al., 2015). Portanto, é muito importante que profissionais da educação tenham conhecimento de AC e de OS, já que essas aquisições estão presentes precocemente no desenvolvimento e a falha delas pode ser indicativa de TEA.

De acordo com a literatura, a IAC é um marcador confiável de TEA e pode orientar os profissionais que têm contato com crianças pequenas (BOSA, 2002; ZANON, 2012; ZANON; BACKES; BOSA, 2015). Estudos apontam para a necessidade de investimento de formação continuada aos profissionais da educação, com o propósito de que estes consigam levantar suspeitas dos casos de TEA e realizar os encaminhamentos precoces aos serviços de saúde (CARVALHO, 2013). Se os profissionais da educação fossem capacitados para detectar os sinais de TEA, eles auxiliariam as equipes de saúde no rastreamento do transtorno, e dessa maneira a creche estaria exercendo sua função de educar e cuidar, proporcionando melhorias na saúde mental infantil, identificando, acompanhando e possibilitando

intervenções efetivas para essa população (HALPERN et al., 2000).

Além de uma melhor formação durante a graduação, alguns autores têm argumentado que a educação continuada é uma estratégia necessária para que os profissionais estejam atualizados e preparados para assistir adequadamente pessoas com TEA (PAULA et al., 2011a).

No Brasil, o conhecimento dos profissionais com relação ao TEA continua sendo escasso, uma vez que as políticas nacionais de proteção aos direitos desses indivíduos são relativamente novas, como a Lei 12.764, de 27/12/2012, que traz vários benefícios a essa população, da mesma maneira que programas governamentais (LAMPERT, 2015; BRASIL, 2013, 2014). Ainda hoje existe uma grande lacuna em termos de conhecimento e capacitação de profissionais da saúde e educação com relação às práticas diagnósticas e programas de intervenção. Não há dados nacionais consistentes, contudo alguns autores demonstram de acordo com suas experiências práticas, que muitas crianças em nosso país continuam recebendo diagnósticos inadequados ou tardiamente (SILVA; MULICK, 2009).

De forma geral, diversos estudos indicam que profissionais de saúde ressaltam a importância da busca de conhecimento nos TEA através de leituras, cursos, congressos, discussões de caso, trocas entre profissionais de diferentes áreas e instituições, a fim de que eles se qualifiquem e se preparem para oferecerem um serviço de qualidade (RONCHI; AVELLAR, 2010; SILVA, 2015; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; LAMPERT, 2015). Portanto, a capacitação profissional pode ser um importante instrumento para preparar os profissionais à realização de encaminhamentos/diagnósticos dos TEA o mais cedo possível, de modo a possibilitar um melhor prognóstico.

Considerando a importância da educação continuada em TEA para equipes multiprofissionais, os objetivos deste estudo são:

- Implementar e avaliar um programa de capacitação de profissionais da saúde segundo o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita do Transtorno do Espectro Autista - PROTEA-R;

- Avaliar se a capacitação habilitou estes mesmos profissionais na pontuação do PROTEA-R imediatamente ao final da capacitação e um ano após sua implementação.

3. MÉTODO

O presente estudo faz parte de um projeto mais amplo financiado pela Organização não Governamental Autismo & Realidade (A&R), cujos objetivos são identificar evidências empíricas sobre a efetividade de um programa de capacitação de profissionais da saúde para avaliação de sinais e sintomas de Transtorno do Espectro do Autismo; e verificar indicadores de fidedignidade para validação da escala *Autism Diagnostic Observation Schedule/ADOS*, na versão em português. Para isso foram realizados dois projetos em duas unidades de referência ambulatorial no diagnóstico e tratamento de crianças com TEA: um, na cidade de Porto Alegre, onde será o Ambulatório de Desenvolvimento do Hospital da Criança Santo Antônio, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia e outro, na cidade de São Paulo, que teve como local de estudo o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental, do Hospital Santa Casa de Misericórdia.

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um desenho quase experimental, com medidas repetidas em três fases: pré, pós-teste e follow-up na mesma amostra (COZBY, 2003).

3.2. Participantes

Participou do presente estudo a equipe multidisciplinar da Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) composta por 31 profissionais. Nas fases de pré e pós-capacitação tivemos uma perda amostral de sete profissionais, que ocorreu por motivo de faltas. São eles: dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, dois fonoaudiólogos e um médico. Assim, a amostra deste estudo contou com os 24 profissionais que participaram das duas fases, sendo seis psicólogos, quatro enfermeiras, cinco auxiliares de enfermagem, quatro terapeutas ocupacionais, três fonoaudiólogos e dois médicos. Entre as fases de pós e follow-up, tivemos uma nova perda de 18 profissionais, restando apenas seis para 4ª fase do estudo. O motivo da perda desses profissionais foi por seu desligamento do CAISM.

Todos os profissionais que participaram do estudo tinham experiência prévia na assistência a pessoas com TEA, tendo trabalhado com esse tipo de paciente tanto na intervenção como no diagnóstico.

3.3. Local

Este estudo foi realizado na Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista, Dr. Marcos Tomanik Mercadante, do CAISM da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O CAISM é formado por uma equipe multidisciplinar especializada em TEA. Nesta unidade são efetuados atendimentos terapêuticos individualizados, de acordo com a necessidade de cada um, com o objetivo de obter maior eficiência no tratamento.

3.4. Instrumento

Foi utilizado o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita do Transtorno do Espectro Autista e um Questionário de Satisfação.

O Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R) é um instrumento de observação, dividido em três áreas: Comportamento Sociocomunicativo, Qualidade da Brincadeira e Movimentos Repetitivos e Estereotipados do Corpo. Essas áreas são compostas por 17 itens que avaliam a qualidade e frequência dos comportamentos característicos do TEA (comportamentos sociocomunicativos e comportamentos repetitivos e estereotipados). Ele é utilizado com crianças em idade pré-escolares (18-48 meses), podendo ser aplicado em crianças verbais e não verbais (ZANON; BACKES; BOSA, 2013; BOSA; ZANON, 2015). A avaliação é realizada em dois momentos: um envolvendo a brincadeira livre, pois o objetivo do protocolo é avaliar iniciação de atenção compartilhada (IAC), resposta de atenção compartilhada (RAC), imitação mais complexa, brincadeira simbólica, busca e resposta ao contato físico; e o outro envolvendo o contexto de brincadeira semiestruturada, cujo objetivo é averiguar a busca de assistência e comportamentos atípicos, assim como brincadeira funcional e exploratória. De acordo com o manual, a sala de avaliação não deve ter estímulos visuais e auditivos. Os materiais que não forem utilizados em uma determinada prova devem ser guardados fora do alcance visual da criança. Já

os materiais utilizados na avaliação devem ser organizados de acordo com o manual, como no exemplo abaixo.



Foto A. Disposição dos brinquedos no chão da sala

A avaliação é feita em três sessões que, segundo a análise da versão preliminar do PROTEA-R, possibilitam a observação dos diferentes comportamentos-alvos em diferentes contextos (ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

Três áreas avaliadas pelo PROTEA-R:

- a) A primeira área, Comportamento Sociocomunicativo engloba IAC, RAC, Imitação, Engajamento Social, Sorriso Social, Contato Físico Afetivo e Busca de Assistência e Protesto Retraimento. Em relação ao domínio de Iniciação de Atenção Compartilhada, o aplicador do PROTEA-R deve analisar se a criança tenta dirigir, de modo espontâneo, a atenção do avaliador para brinquedos/eventos de interesse dela, ou se, ao contrário, não apresenta iniciativa (ex. mostrar, apontar, trazer objetos para avaliador) coordenada com o olhar (ex. a criança alterna o olhar entre o alvo de interesse e o rosto do avaliador) e expressões afetivas (ex. sorriso). No item Resposta de Atenção Compartilhada, o avaliador deve verificar se a criança responde às suas tentativas de dirigir sua atenção para brinquedos/eventos de interesse ou se, ao contrário, ela se interessa apenas pelo brinquedo oferecido; observar se a criança segue gestos de apontar ou se há troca de turnos com o avaliador. A RAC é manifestada

por meio de gestos (ex. pegar ou tocar em objetos oferecidos pelo parceiro) coordenados com o olhar (criança alterna o olhar entre o alvo de interesse e o rosto do avaliador), e expressões faciais (ex. sorriso). O avaliador precisa ficar alerta para ver se o comportamento de RAC aparece em uma variedade de situações ou somente em atividades repetitivas. No domínio de Imitação, a finalidade do avaliador é diferenciar a aprendizagem por imitação da aprendizagem por emulação. Relativo ao domínio do Engajamento Social, o propósito consiste em analisar se a criança se engaja em brincadeiras com o avaliador em situações didáticas, isto é, aquelas brincadeiras cujo foco é o corpo da criança e/ou o do avaliador (ex. cócegas, cantar, dançar, pega-pega, esconde-esconde). Porém, o objetivo não é dirigir a atenção da criança para o brinquedo em si. No item Sorriso Social, o objetivo é avaliar se a criança apresenta sorriso dirigido ao adulto e/ou junto com ele, se o sorriso é recíproco ou difuso. No domínio do Contato Físico Afetivo, a finalidade é avaliar se a criança responde ao contato físico do adulto, se ela busca esse contato de forma espontânea ou se consegue apenas com insistência do adulto. Em relação ao item Busca de Assistência, o intuito é analisar se a criança busca assistência do adulto (abrir uma caixa, pegar um brinquedo), utilizando gestos como, por exemplo, apontar, olhar e vocalizar. No domínio Protesto/Retraimento, o avaliador deve verificar se a criança evita contato com o adulto.

- b) A segunda área, Qualidade da Brincadeira, abarca a exploração dos brinquedos, forma da exploração, coordenação visomotora, brincadeira funcional, brincadeira simbólica e sequência da brincadeira simbólica. Com relação ao item Exploração dos Brinquedos, o avaliador analisa a série de objetos manipulados/explorados pela criança, levando em conta o envolvimento e a flexibilidade da exploração. Nesse item, considera-se a exploração das propriedades físicas e sensoriais dos brinquedos/objetos (ex. bater, rolar, sacudir), sendo importante observar a variedade de brinquedos explorados. No domínio Forma da Exploração é necessário o aplicador observar se a criança manipula o brinquedo de forma convencional (rola, bate) ou de forma atípica (cheira, mostra interesse por

parte específica, etc). O avaliador fica atento ao olhar periférico que também é uma forma atípica de manipular o objeto. No item Coordenação Visomotora, o avaliador deve observar se a criança segura um objeto e coordena com o olhar, assim como se ela olha para o brinquedo quando vai explorá-lo. Com relação à Brincadeira Funcional, a finalidade é verificar se a criança manipula os objetos de maneira adequada, se este comportamento ocorre com uma variedade de objetos ou de maneira restrita. No item Brincadeira Simbólica, o avaliador irá analisar se a criança realiza brincadeira de faz de conta, ou se utiliza objetos para representar outro, verificando se o faz de modo constante e flexível. No domínio de Sequência da Brincadeira Simbólica, o avaliador vai constatar se existe uma sequência, uma evolução com início, meio e fim nos episódios da brincadeira simbólica. Este item não pode ser avaliado em crianças menores de 24 meses.

- c) A terceira área do PROTEA-R não se baseia na teoria sociopragmática, mas é avaliada nesse protocolo por ser um importante sinal de TEA, sendo dividida em: comportamentos repetitivos de mãos e de outras partes do corpo, e comportamentos autolesivos. No item referente a Movimentos Repetitivos das Mãos, o aplicador deve observar se a criança faz movimentos rápidos e involuntários dos dedos e das mãos, de forma repetitiva e sem função. No domínio dos Movimentos Repetitivos de Outras Partes do Corpo, o objetivo é avaliar se a criança apresenta movimentos rápidos e involuntários de outras partes do corpo de maneira repetitiva e não funcional, como rodopiar e andar nas pontas dos pés. Com relação ao item Comportamento Autolesivo, o intuito é analisar comportamentos agressivos direcionados a si mesmo – com que intensidade ele ocorre e como a criança reage perante a tentativa de interrupção do comportamento.

Com relação à pontuação, cada um dos itens do PROTEA-R deve ser codificado em termos de qualidade e frequência. A Escala de Qualidade avalia a qualidade da habilidade ou do comportamento. Cada uma pode ser pontuada em uma escala Likert, cuja pontuação varia de (A) a (E), sendo que (A) descreve comportamentos e/ou habilidades menos comprometidas, (C) mais comprometidas,

(B) entre elas, (D) ausência do comportamento e/ou habilidades investigadas, e (E) não se aplica. Alguns dos itens que são avaliados em relação à qualidade dizem respeito à IAC, RAC, Imitação, Engajamento social e Sorriso Social, dentre outros (ZANON; BACKES; BOSA, 2013). A Escala de Frequência avalia o número de vezes que esses comportamentos e/ou habilidades são observados nas sessões de avaliação, isto é, a quantidade do comportamento. Cada frequência pode ser pontuada em uma escala likert, cuja pontuação varia de um a três, sendo 1 raro, 2 pouco frequente e 3 frequente (ZANON; BACKES; BOSA, 2013; BOSA; ZANON; BACKES 2016).

Abaixo, apresentamos um exemplo referente ao item de Iniciação de Atenção Compartilhada. Neste exemplo, é possível verificar que na 1ª sessão de observação, escala de qualidade, a criança dirige o foco da atenção para o adulto, faz contato visual e tem expressões afetivas em várias situações, o que corresponde ao item A. E na escala de frequência, o comportamento foi pouco frequente, o que corresponde ao valor 2.

ÁREA I – COMPORTAMENTOS SOCIOCOMUNICATIVOS

1. Iniciativa de Atenção compartilhada (IAC)

Sessão			Qualidade
1ª f	2ª f	3ª f	
2			a) Dirige o foco de atenção do adulto (espontaneamente mostra ou dá brinquedos para o adulto), coordenando gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas, em várias situações.
			b) Dirige o foco de atenção do adulto (espontaneamente mostra ou dá brinquedos para o adulto), coordenando gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas, porém em situações restritas ou repetitivas.
			c) Dirige o foco de atenção do adulto (espontaneamente mostra ou dá brinquedos para o adulto), mas não coordena gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas ou os gestos não são convencionais (ex: olha e se interessa pelo objeto, mas aponta para o chão).
			d) Não se observou iniciativa de atenção compartilhada (ex. apenas responde, mas não inicia).
			e) Não se aplica.

b) Questionário de satisfação (Anexo I). Questionário elaborado pela mestrande e sua orientadora, com contribuições dela e da Prof.^a Dra. Cleonice Bosa que realizou a capacitação e é autora do protocolo. Esse questionário tem 10 perguntas estruturadas para serem respondidas em uma escala do tipo Likert, com o objetivo de verificar a opinião dos profissionais participantes do estudo em relação à

capacitação e o protocolo PROTEAR. O questionário foi aplicado apenas na fase follow-up.

3.5. Procedimentos de coleta de dados

Esta pesquisa foi conduzida em quatro fases: (1) avaliação pré-intervenção, (2) capacitação para uso do PROTEA-R, (3) avaliação da pontuação e (4) verificação de indicadores de competência.

1ª fase (Pré): Pontuação da aplicação do protocolo PROTEA-R em criança com suspeita de TEA. Neste momento foi avaliado o nível de habilidades e competências que os profissionais do CAISM tinham em relação às áreas de comprometimento do TEA, que são avaliadas no protocolo PROTEA-R.

Os profissionais do CAISM assistiram a um vídeo de uma criança, com três anos de idade, com suspeita de TEA. Essa criança posteriormente foi diagnosticada com o transtorno, mas como possui sinais sutis de TEA, representa um caso de difícil diagnóstico. Este vídeo foi selecionado pela autora do protocolo, Prof^a. Dra. Cleonice Bosa, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após assistirem, os participantes preencheram o protocolo do PROTEA-R medindo a qualidade e a frequência dos comportamentos. Essa fase do estudo foi realizada em abril de 2015.

2ª fase (Capacitação do PROTEA-R): Capacitação dos funcionários que participaram do pré-teste para a utilização do PROTEA-R, que teve 8 horas de duração, e foi coordenada pela Prof^a. Dra. Cleonice Bosa.

A primeira parte da capacitação focou na diferenciação de marcos esperados do desenvolvimento de indicadores de TEA, especialmente déficits sociocomunicativos, de interação social e problemas de comportamento. Foram apresentados conceitos importantes como atenção compartilhada (tanto iniciação quanto resposta) e reciprocidade socioemocional (comunicação, brincar funcional, imitação, dentre outros). Tais conceitos consistem em marcadores importantes para detecção de sinais precoces de TEA.

Na segunda parte, explicou-se como foi construído o instrumento de avaliação PROTEA-R e como deve ser sua pontuação, ressaltando a importância de considerar na pontuação tanto da qualidade, como da frequência, o comportamento

que mais reflete a criança ao longo da sessão. Outro aspecto essencial do protocolo é que ele deve ser aplicado em até duas ou três sessões.

3ª fase (Pós): Pontuação da aplicação do protocolo PROTEA-R em criança com suspeita de TEA. Neste momento, foi reavaliado o nível de habilidades e competências que os profissionais do CAISM tinham em relação às áreas de comprometimento do TEA que são avaliadas no protocolo PROTEA-R. No mesmo mês de abril de 2015, cinco dias depois da capacitação, os profissionais do CAISM realizaram novamente a pontuação do mesmo vídeo da 1ª fase desse estudo (pré-teste).

4ª fase de follow-up: Um ano após a capacitação foi realizada a 4ª fase do estudo, com o intuito de testar a estabilidade do conhecimento adquirido na fase pós-capacitação. O grupo de profissionais treinado (do CAISM) assistiu novamente ao vídeo (de uma criança com suspeita de TEA) utilizado nas fases pré e pós-capacitação e preencheu o protocolo do PROTEA-R, classificando os comportamentos quantitativa e qualitativamente.

Pontuação do vídeo utilizado na capacitação das três fases do estudo: antes do início desta pesquisa, uma equipe multidisciplinar do CEMA efetivou a pontuação correta do vídeo, considerada “padrão ouro”. O padrão ouro foi elaborado de um modo em que cada profissional realizou, primeiramente, a pontuação de forma independente, para depois discuti-la com o intuito de minimizar dúvidas e discordâncias. Ao final do debate entre especialistas, estabeleceu-se a pontuação final seguindo critérios de consenso.

Os participantes de nossa pesquisa assistiram ao vídeo (uma criança de três anos com suspeita de TEA) nas três fases do estudo, e pontuaram a qualidade e frequência de cada comportamento, seguindo o protocolo PROTEA-R. A pontuação dos profissionais varia de 0 a 94, e acertos e erro de 0 a 16. O item seis, Contato Físico Afetivo, foi excluído da pontuação em razão desse comportamento não estar claro no vídeo.

Como descrito acima, em cada item do protocolo, as letras de (A) a (E) correspondem à qualidade do comportamento, e os números de 1 a 3 indicam a frequência. No vídeo utilizado na capacitação, a equipe do CEMA relatava tanto a resposta correta, como a ordem das que mais se aproximavam dela (para qualidade e frequência do comportamento), o que permitiu estabelecer uma gradação nas

respostas. Abaixo, apresentaremos um modelo para facilitar a compreensão (nele será utilizado o item 1, “Iniciação de Atenção Compartilhada”).

A pontuação de cada item vai de 0 a 6. Neste exemplo, o comportamento correto corresponde ao item (C), em seguida (D), depois (B), (A) e, por último, a letra (E). Na escala de frequência, a pontuação correta seria (2), (1) e depois (3). Nesse item, a qualidade correta é a letra (C) com frequência 2, que pontua 6 pontos; depois vem a letra (C) com frequência 1, que pontua 5 pontos; em seguida a letra (C) com frequência 3, pontuando 4 pontos. Nos outros itens é pontuada somente a qualidade que mais se aproxima da alternativa correta – nesse exemplo, como falamos acima, é a letra (C) –, valendo, em seguida, 3 pontos para quem assinalou a letra (D), 2 para a letra (B), 1 para a letra (A) e 0 para a letra (E).

1. Iniciativa de Atenção compartilhada (IAC)

PONTUACAO PARA BANCO	FREQUÊNCIA	
1		a) Dirige o foco de atenção do adulto (mostra ou dá brinquedos para o adulto), coordenando gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas, em várias situações.
2		b) Dirige o foco de atenção do adulto (mostra ou dá brinquedos para o adulto), coordenando gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas, porém em situações restritas ou repetitivas.
6 5 4	2 1 3	c) Dirige o foco de atenção do adulto (mostra ou dá brinquedos para o adulto), mas não coordena gestos (ex. apontar) com contato visual e expressões afetivas ou os gestos não são convencionais (ex: olha e se interessa pelo objeto, mas aponta para o chão).
3		d) Não se observou iniciativa de atenção compartilhada (ex. apenas responde, mas não inicia).
0		e) Não se aplica.

3.6. Análises de dados

A análise descritiva dos dados foi realizada no Programa SPSS, versão 20.0, e para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%. Valores de $p > 0,5$ e $\leq 0,10$ foram considerados marginalmente significantes. Para

as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas, e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, mediana e desvio padrão).

A 2ª etapa da análise consistiu na comparação dos índices de acertos dos participantes entre as fases pré-teste, pós-teste e follow-up. Foram conferidas as diferenças qualitativas e quantitativas na aplicação do instrumento a partir dos protocolos pontuados pelos 24 participantes desta pesquisa. Essa análise levou em conta os dois aspectos de medida do PROTEA-R:

(1) avaliação quantitativa, por meio de comparação do número de erros e acertos da frequência. Ao final, foi feita uma somatória dos acertos em cada fase.

(2) avaliação qualitativa, onde um gabarito (elaborado pela autora do protocolo, Prof.^a Dra. Cleonice Bosa) indica diferentes níveis qualitativos de resposta para cada item do PROTEA-R. A qualidade de cada item foi transformada em um valor numérico que pode variar de 1 a 6 níveis, indicando acerto completo, parcial ou erro. Ao final, foi feita uma somatória dos acertos em cada fase.

As comparações das distribuições de respostas de cada item pontuado em relação ao vídeo – antes, depois da capacitação e no follow-up –, foram realizadas empregando-se o teste de Qui-Quadrado.

A comparação de medidas (de antes e depois do total de acertos do vídeo, assim como de cada item) foi realizada utilizando-se o teste t de Student para amostras pareadas, caso seja comprovada a normalidade das variáveis envolvidas (segundo a distribuição avaliada pelos testes de Assimetria e Curtose). Para as variáveis que não cumprirem os pressupostos da normalidade dos dados, foi empregado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

4. Resultados e Discussão

4.1. Avaliação do modelo utilizado nas fases pré e pós-capacitação

O PROTEA-R surge em virtude da necessidade de um instrumento de observação precoce para avaliação de crianças com TEA – tanto as que possuem comunicação verbal, como as que apresentam apenas comunicação não verbal. É um instrumento que possui um componente qualitativo e outro quantitativo, cuja finalidade é avaliar a interação e a comunicação social, pois estes são os

comprometimentos característicos do transtorno que podem ser reconhecidos em crianças em idade pré-escolar (BACKES et al., 2014).

O presente estudo teve como foco capacitar a equipe multiprofissional do CAISM para uso do protocolo PROTEA-R. Este protocolo (instrumento que avalia crianças na faixa etária de 18 a 48 meses de idade) implica baixo custo e é construído de acordo com a realidade do nosso país. Alguns autores afirmam que melhorar a capacidade de identificação do TEA por profissionais da rede pública, e desenvolver modelos de capacitação de baixo custo, são feitos extremamente importantes para o diagnóstico precoce de crianças com o transtorno (BORDINI, 2013; LOWENTHAL, 2012; SILVA, 2015). Além disso, os próprios profissionais têm levantando a necessidade de buscar recursos que os auxiliem no dia a dia do trabalho e no conhecimento relacionado ao TEA (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Na presente pesquisa, 99% dos profissionais avaliaram o protocolo PROTEA-R como um instrumento muito relevante para avaliação diagnóstica de TEA, sendo que, destes, 90% avaliaram o protocolo como um excelente instrumento. Deste modo, observa-se que a capacitação foi bem aceita e bem avaliada pelos profissionais do CAISM.

Um dos desafios e pontos fortes deste estudo foi trabalhar dentro da realidade do serviço de saúde pública com equipe multidisciplinar, e fazer o follow-up, que é uma inovação nos estudos de capacitação.

4.2. Dados das fases pré e pós-capacitação e follow-up

De forma geral, não houve diferenças estatisticamente significativas nas fases de pré e pós-capacitação. Na fase 1 do estudo, os participantes acertaram em média 8,54 ($DP_{\pm} 1,59$) das 16 perguntas do PROTEAR, enquanto na fase 2 acertaram em média 8,67 ($DP_{\pm} 1,83$). Verificou-se também que, na fase pré-capacitação, a média da pontuação do PROTEAR foi de 61,71 ($DP_{\pm} 4,6$), bem semelhante à da 2ª fase, de 60,00 pontos ($DP_{\pm} 13,0$), como mostra a tabela 1.

Levando em consideração que os sujeitos do estudo tinham experiência em TEA e já estavam trabalhando em um serviço especializado no campo, essas pontuações podem ser consideradas abaixo do esperado.

Tabela 1. *Comparação entre as médias de acertos entre as fases pré e pós-capacitação, tanto por item quanto parte qualidade (N=24)*

Domínios do questionário	Média de erros (DP)* segundo a fase do estudo		P	IC 95%**
	Pré	Pós		
Itens corretos	8,54 (1,59)	8,67 (1,83)	0,79	-1,084; -0,834
Media da pontuação PROTEA-R	61,71(4,6)	60,00 (13,0)	0,50	-3,42; 6,84

*DP: Desvio padrão; ** IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

Quando analisado cada um dos 16 itens do PROTEA-R, verifica-se também que, com relação ao conhecimento pré-capacitação (tabela 2), não foi identificado um aprimoramento na aferição dos participantes do estudo pós-capacitação.

De acordo com a tabela 2, teve diferença estatisticamente significativa em 5 itens. Nos itens de Coordenação Visomotora ($p=0,04$) e Movimento Repetitivo das Mãos ($p=0,04$), houve um aumento na porcentagem de acertos nas fases de pré para pós-capacitação. Porém, esse aumento foi pequeno (nos dois itens duas pessoas a mais acertaram na fase pós-capacitação). Nos itens de Comportamentos Repetitivos de Outras Partes do Corpo ($p=0,02$), Comportamento Autolesivo ($p=0,00$) e Imitação ($p=0,02$), ocorreram uma redução na pontuação, sendo que os profissionais pontuaram melhor na fase de pré-capacitação (o contrário do esperado). A diferença nos dois primeiros itens foi de uma pessoa. No item de Imitação, a porcentagem de erros na fase pós foi de 50,00% e na fase pré-capacitação de 29,02%.

Com relação a esses itens que tiveram uma redução na média de acertos, faz-se necessário levantarmos algumas hipóteses. Nos itens de Comportamentos Repetitivos de Outras Partes do Corpo e Comportamento Autolesivo, o observador pode ter confundido comportamentos voluntários e funcionais com comportamentos involuntários e não funcionais, além desses itens terem sido pouco abordados na capacitação por serem considerados de fácil observação. Já o item Imitação, que não é muito fácil de ser identificado, pode facilmente ser confundido com o comportamento de emulação – um pré-requisito para a imitação. No entanto, imitação não é simplesmente o ato de repetição de uma ação, mas exige que a criança entenda o outro como agente intencional e mental (TOMASELLO, 1999/2003). Já no item Sequência da Brincadeira Simbólica, não houve

variabilidade, todos os profissionais erraram na 1° fase do estudo, e apenas três acertaram na 2° fase, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 2 – Comparação entre as médias de acerto item a item nas fases pré e pós-capacitação. (N=24)

Fases do Estudo		Pré	Pós	RC*	P
Itens do PROTEAR		N (%)	N (%)	(IC 95%)**	
Iniciação da Atenção Compartilhada	Acerto	2(8,3)	7(29,2)	2,67	0,50
	Erro	22(91,7)	17(70,8)	(0,14-49,76)	
Resposta de Atenção Compartilhada	Acerto	8(33,3)	10(41,7)	3,67	0,14
	Erro	16(66,7)	14(58,3)	(0,61-21,73)	
Imitação	Acerto	17(70,8)	12(50,0)	11,0	0,02
	Erro	7(29,2)	12(50,0)	(1,06 – 114,09)	
Engajamento Social	Acertou	18(75,0)	13(54,2)	1,25	0,81
	Errou	6(25,0)	11(45,8)	(0,20 – 7,96)	
Sorriso Social	Acertou	1(4,2)	5(20,8)	0,78	0,60
	Errou	23(95,8)	19(79,2)	(0,63-0,97)	
Busca de Assistência	Acerto	8 (33,3)	12 (50,0)	5,00	0,08
	Erro	16 (66,7)	12 (50,0)	(0,75-33,21)	
Protesto Retraimento	Acerto	15(62,5)	16(66,7)	1,00	1,00
	Erro	9(37,5)	8(33,3)	(0,17-5,77)	
Exploração do Brinquedo	Acerto	22(91,7)	21(87,5)	10,00	0,09
	Erro	2(8,3)	3(12,5)	(0,44-228,70)	
Forma da Exploração do Brinquedo	Acerto	13(54,2)	7(29,2)	2,81	0,28
	Erro	11(45,8)	17(70,8)	(0,42-18,73)	
Coordenação Visomotora	Acerto	16(66,7)	18(75,0)	7,00	0,04
	Erro	8(33,3)	6(25,0)	(0,92-53,23)	
Brincadeira Funcional	Acerto	19(79,2)	18(75,0)	2,50	0,38
	Erro	5(20,8)	6(25,0)	(0,31-20,45)	

Brincadeira Simbólica					
	Acerto	8(33,3)	11(45,8)	0,44	
	Erro	16(66,7)	13(54,2)	(0,08-2,44)	0,34
Sequencia da Brincadeira Simbólica					
	Acerto	0 (0,00)	3(12,5)	-----	----
	Erro	24 (100,00)	21(87,5)		
Movimentos Repetitivos das Mãos					
	Acerto	19(79,2)	21(87,5)	12,00	
	Erro	5 (20,8)	3(12,5)	(0,81-177,44)	0,04
Movimentos Repetitivos de outras Partes do Corpo					
	Acerto	17(70,8)	18(75,0)	10,0	
	Erro	7(29,2)	6(25,0)	(1,22-81,81)	0,02
Comportamentos Autolesivos					
	Acerto	21(87,5)	20(83,3)	21,00	0,00
	Erro	3(12,5)	4(16,7)	(3,10-142,20)	

*DP: Desvio padrão; ** IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

Na 4ª fase do estudo, o follow-up, participaram seis profissionais. Esse baixo número ocorreu porque alguns dos profissionais que participaram das duas 1ªs fases do estudo desligaram-se do serviço no decorrer de um ano. Inclusive, essa alta rotatividade nos serviços de saúde do SUS tem sido relatada desde estudos anteriores (ERDMANN et al., 2013; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), e algumas pesquisas levantam alguns fatores relacionados a esse aspecto, como de baixos salários e ritmo intenso de trabalho. Outros estudos demonstram que o número de consultas oferecidas nos serviços especializados costuma ser grande em relação ao número de profissionais, levando a um excessivo número de atendimento para cada profissional, e essa é uma das razões para que a equipe multidisciplinar se sinta geralmente sobrecarregada. Assim, fica nítida a dificuldade dos gestores na liberação de seus profissionais para capacitações e cursos em geral, pois a ausência de um profissional compromete a rotina de trabalho de toda a equipe (FIGUEIRAS et al., 2003; RONCHI; AVELLAR, 2010).

A fase do follow-up foi um dos pontos fortes deste estudo. Por meio dele, conseguimos testar a estabilidade do conhecimento adquirido na fase de pós-capacitação. De acordo com a literatura, propostas de capacitação têm sido

implementadas no Brasil, porém não foram encontrados dados sobre a estabilidade do conhecimento, já que a maioria dos estudos não faz o follow-up que seria ideal para verificar se um tempo após a capacitação houve mudanças na prática ou se a mesma foi mantida (BORDINI, 2013; LOWENTHAL, 2012; SILVA, 2015).

De acordo com a tabela 3 (pontuações do PROTEA-R), nas segunda e terceira fases do estudo não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Na fase de pós-capacitação, os participantes acertaram em média 8,17 (DP \pm 2,78) das 16 perguntas do PROTEA-R, enquanto no follow-up os participantes acertaram em média 8,00 (DP \pm 4,14). Do mesmo modo, a média da pontuação do PROTEA-R na fase de pós-capacitação foi de 53,3 (DP \pm 25,16), bem semelhante ao follow-up, que foi de 58,83 pontos (DP \pm 12,28).

Tabela 3. *Comparação entre as médias de acertos entre as fases pós-capacitação e follow-up (n=6).*

Domínios do questionário	Média de acertos (DP)* segundo a fase do estudo		P	IC 95%**
	Pós	Follow-up		
Itens corretos	8,17 (2,78)	8,00 (4,14)	0,015	-1,98; 2,31
Media da pontuação PROTEA-R	53,3 (25,16)	58,83 (12,28)	0,009	-20,87; 9,86

*DP: Desvio padrão; **IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

Apesar dos resultados deste estudo não identificarem diferenças estatisticamente significativas no nível de conhecimento dos profissionais do CAISM, segundo as três fases da pesquisa, diversos estudos ressaltam a importância da capacitação entre profissionais da saúde que atuam na assistência a pessoas com TEA (BORDINI, 2013; LOWENTHAL, 2012; SILVA, 2015).

Levando em conta a complexidade do diagnóstico desse transtorno, são de extrema importância instrumentos que auxiliem esse processo. Sabemos que, no Brasil, tanto os instrumentos de observação direta como os de entrevista com os pais são escassos, tanto no contexto de pesquisa quanto no âmbito clínico (BACKES et al., 2014; MARQUES; BOSA, 2015). A maioria desses instrumentos, como M-Chat (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), ABC (*Autism Behavior Checklist*), ASQ (*Autism Screening Questionnaire*), entre outros, depende da informação do cuidador – o que, em alguns casos, pode levar à deturpação de informações. Portanto, demonstra-se importante o uso de instrumentos onde o

profissional observe a criança (BACKES et al., 2014; MARQUES; BOSA, 2015). Outro fator relevante é a falta de instrumentos de observação do comportamento social e da brincadeira para utilização na rede pública de saúde por multiprofissionais. Instrumentos de baixo custo, de rápido treinamento e aplicação. Neste contexto, a observação direta do comportamento demonstra-se fundamental, pois assim o profissional pode avaliar as nuances dos comportamentos do TEA, levando em consideração a sua intensidade, duração e singularidade, algo que muitos instrumentos não permitem devido a suas respostas abrangentes e dicotômicas, inviabilizando registros de comportamentos mais sutis (MARQUES; BOSA, 2015; ZANON; BACKES; BOSA, 2015).

Além de faltarem instrumentos de observação para avaliar indivíduos com TEA em idade pré-escolar no Brasil, a maioria deles exige linguagem expressiva e/ou receptiva, uma compreensão mais abstrata que muitas vezes pode ser de difícil aplicação nessa população. Instrumentos para avaliar crianças com TEA devem ser atrativos e significativos, envolvendo objetos concretos (BACKES et al., 2014).

Alguns aspectos levantados pelos profissionais do CAISM podem ajudar a entender os resultados obtidos nesta pesquisa:

a) Nas fases pré e pós-capacitação e follow-up, esses profissionais assistiram ao vídeo de uma criança de três anos com suspeita de autismo uma só vez e pontuaram o protocolo PROTEA-R. No entanto, na prática diária os profissionais podem assistir várias vezes ao vídeo, caso tenham dúvidas sobre o comportamento observado para depois pontuar o protocolo – o que, segundo eles, facilita a pontuação.

b) Outro aspecto levantado pelos profissionais foi o fato de pontuarem o protocolo sozinhos. Quando avaliam no dia a dia uma criança, os profissionais avaliam juntos e discutem os comportamentos observados, para somente depois pontuarem o protocolo;

Como indica a literatura, a avaliação do TEA deve ser realizada por profissionais de diferentes especialidades para que, juntos, eles consigam dar conta dos diversos aspectos do desenvolvimento infantil. Por isso, a avaliação multidisciplinar mostra-se significativa, uma vez que os déficits no desenvolvimento do TEA ocorrem em diversas áreas do desenvolvimento (BRASIL, 2013b), e o PROTEA-R não foi desenhado para ser aplicado por um único tipo de profissional,

pelo contrário, deve ser usado pela equipe multidisciplinar com uma estruturação do olhar clínico e com troca de informação entre as diferentes áreas de conhecimento.

Nesse sentido, o trabalho de equipe multidisciplinar vem ocorrendo cada vez com mais frequência nos serviços de saúde, com o objetivo de melhorar as possibilidades terapêuticas e proporcionar uma diversidade de olhares. No entanto, cada equipe necessita de flexibilidade na realização do trabalho e de boa comunicação entre os profissionais, proporcionando assim um trabalho de equipe de forma respeitosa e produtiva (VASCONCELLOS, 2009).

Uma avaliação multidisciplinar proporciona melhorias na investigação dos casos de TEA, evitando confusões equivocadas, além de ter uma visão de diferentes profissionais – o que favorece a identificação precoce (VELLOSO et al., 2011).

c) Outro fator que pode ter prejudicado a avaliação da capacitação foi o fato dos profissionais não utilizarem a folha de registro que, durante as avaliações realizadas no dia a dia, eles usam para registrar os comportamentos observados, algo que facilita a pontuação do PROTEA-R;

d) Segundo os profissionais, o tempo disponibilizado nas três fases do estudo foi curto. Foi concedida uma hora para assistir ao vídeo e pontuar, sendo que a duração do vídeo é de 55min, restando 5 minutos para a pontuação. Alguns profissionais permaneceram um pouco mais de 5min preenchendo, porém a maioria deles teve que sair assim que o tempo disponibilizado encerrou, pois estava comprometida com atendimentos em outros locais de trabalho.

Diante dessas premissas, observa-se que o desafio de trabalhar dentro da realidade do serviço de saúde se dá devido a algumas dificuldades que aí são encontradas, como: carência de profissionais especializados, escassez de recursos financeiros para manter a atenção secundária, baixos salários dos profissionais – o que gera alta rotatividade de trabalhadores – e baixa resolubilidade da atenção primária, aumentando a demanda para atenção secundária, o que acaba levando a um ritmo intenso de trabalho (ERDMANN et al., 2013; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Tais agravantes podem ter comprometido, neste estudo, a avaliação da capacitação, já que os funcionários se encontram num intenso volume de trabalho, e pontuaram rapidamente o protocolo para voltar aos atendimentos. Como muitos deles trabalham em outros locais, e tinham disponibilidade para permanecer somente em um período no CAISM, eles pontuaram rapidamente o protocolo. Assim,

devido a um pequeno número amostral, além da alta rotatividade dos profissionais, houve uma perda significativa na terceira fase do estudo.

Outros aspectos que podem ainda ajudar a explicar os resultados são:

a) Qualidade técnica do vídeo não estava adequada, difícil de perceber alguns comportamentos da criança;

b) Tempo curto da capacitação para tratar de tantos aspectos importantes do TEA. Seria importante uma capacitação mais longa para que conseguisse abordar os comportamentos do TEA de forma mais abrangente;

c) Por se tratar de um caso leve de TEA, o vídeo contava com uma baixa frequência de grande parte dos comportamentos, o que deve ter dificultado a pontuação no PROTEAR.

4.3. Limitações do estudo

Breve relato das limitações deste estudo:

Trata-se de um estudo piloto, sem grupo controle, com tamanho amostral pequeno e perda expressiva na fase do follow-up. Além disso, restringiu-se aos profissionais de um único centro de serviço de saúde, o que compromete a generalização dos dados.

Por isso, é recomendável a replicação do estudo com um grupo maior e com grupo controle.

5. Considerações Finais

O presente estudo teve como foco capacitar profissionais para um serviço especializado em atendimento à pessoa com TEA, utilizando o protocolo PROTEA-R, que tem o objetivo de avaliar através da observação o comportamento da criança com TEA e, assim, auxiliar o diagnóstico precoce.

A capacitação aqui descrita não atingiu o objetivo em relação aos profissionais do CAISM, que era melhorar sua pontuação do PROTEA-R. Acredita-se que, se os profissionais tivessem mais tempo para a pontuação nas três fases do estudo, e tivessem pontuado com um olhar multidisciplinar (como é feito na prática), os resultados poderiam ter sido positivos.

Algumas sugestões levantadas para uma próxima capacitação são:

a) Um vídeo menos longo, editado, mostrando os comportamentos principais da criança para ser pontuado no protocolo, minimizando assim o tempo utilizado para assistir ao vídeo e pontuar;

b) Treinamento mais longo, para que possam ser abordados todos os sinais do TEA, que muitas vezes são tão sutis que dificulta o diagnóstico.

Ressalta-se que os profissionais do CAISM qualificaram a capacitação como excelente, e o protocolo PROTEA-R como um instrumento promissor para rastreio de sinais precoce de TEA. Isso indica que novas pesquisas devem ser realizadas para maior conhecimento dos aspectos positivos do protocolo, e também suas limitações.

A partir deste estudo ficam abertas sugestões para próximas capacitações, como a de uma amostra maior e um grupo controle.

6. Referências Bibliográficas

AGRIPINO-RAMOS, C. S.; SALOMÃO, N. M. R. Autismo e Síndrome de Down: Concepções de Profissionais de Diferentes Áreas. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 19, p. 103–114, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. Artmed. ed. 5. Porto Alegre, 2014.

BACKES et al. Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: A systematic review of Brazilian studies. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 154–164, 2014.

BACKES B, ZANON R.B, BOSA A. B. A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 268–273, 2013.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A.; FRITH, U. The autistic child have a “theory of mind”? **Cognitive Development**, v. 21, p. 37–46, 1985.

BAXTER, A J. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. **Psychological medicine**, v. 45, p. 601–613, 2014.

BORDINI, D. Avaliação do impacto de um curso de capacitação de profissionais da atenção primária na identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes com Transtornos do Espectro Autista – estudo piloto. **Universidade Federal de São Paulo**, p. 1–58, 2013.

BOSA, C. A. As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 2, p. 281–287, 2001.

BOSA, C. A. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 77–88, 2002.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. 47–53, 2006.

Bosa, C. A.; Zanon, R. B.; Backes, B. Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R. **Psicologia Teoria Prática**, v.18, n.1, p.194-205, 2016.

BRASIL. Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990 b . Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set de 1990. Disponível em <://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm <. Acesso em : 20 de maio de 2016.

BRASIL. Lei nº 8142, 28 de dezembro de 1990b . Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dez de 1990. Disponível em <://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm <. Acesso em : 20 de maio de 2016.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. O SUS no seu município : garantindo saúde para todo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Diretrizes de Ação: à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRENTANI, H. et al. Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, p. 62–72, 2013.

CARVALHO, F. A. et al. Rastreamento de sinais precoces de transtornos do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 2, p. 144–154, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CARVALHO et al. Sinais de Autismo na Infância: detecção precoce na Atenção Primária de saúde. <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I59421.E13.T10847.D9AP.pdf>, [s.d.].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. **Surveillance Summaries**, v. 63, n. 2, p. 1–21, 2014.

CHAWARSKA, K.; MACARI, S.; SHIC, F. Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders. **Biological Psychiatry**, v. 74, n. 3, p. 195–203, 2013.

CHRISTENSEN, L. et al. Play and developmental outcomes in infant siblings of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 40, n. 8, p. 946–957, 2010.

ELSABBAGH, M. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. **Autism Research**, v. 5, n. 3, p. 160–179, 2012.

ERDMANN, A. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 1518–8345, p. 9, 2013.

FALLIS, A. . A Percepção do Professor Acerca do seu Trabalho com Crianças Portadoras de Autismo e Síndrome de Down: Um Estudo Comparativo. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

FARAH, L. S. D.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Estudo longitudinal da atenção compartilhada em crianças autistas não-verbais. **Revista CEFAC**, v. 11, n. 4, p. 587–597, 2009.

FIGUEIRAS, A. C. DE M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1691–1699, 2003.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, v. 65, n. 6, p. 591–598, 2009.

GALDINO, M.G. Evidência de validade do instrumento exame do estado mental do autismo – AMSE em uma amostra brasileira. Dissertação de mestrado. **Universidade Estadual de Campinas**, 2016.

GARCIA, M; LAMPREIA, C. Limites e Possibilidades da Identificação de Risco de Autismo no Primeiro Ano de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 1, p. 300–308, 2011.

GRODBERG, D. et al. Brief report: The autism mental status examination: Development of a brief autism-focused exam. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 3, p. 455–459, 2012.

GRODBERG, D. et al. The autism mental status exam: Sensitivity and specificity using DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in verbally fluent adults. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 3, p. 609–614, 2014.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, p. 421–428, 2000.

LAMPERT, S.S. Efetividade de um Programa de Capacitação em Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista na Atenção Básica em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2016.

LOWENTHAL, R. Capacitação Em Saúde Mental Na Infância E Adolescência Para Profissionais Da Atenção Primária Em Saúde. **Tese de doutorado Universidade Presbiteriana Mackenzie**, 2012.

MARQUES, D. F.; BOSA, C. A. Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo : Evidências de Validade de Critério Evaluation Protocol for Children with Autism : Evidence of Criterion Validity. v. 31, p. 43–51, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. p. 68, 2007.

MULLER, C. Conhecimento acerca do autismo em uma Universidade do Rio Grande do Sul. p. 1–72, 2012.

MUNDY, P.; BLOCK, J.; DELGADO, C. Individual Differences and the Development of Joint Attention in Infancy. **Child Dev**, v. 78, n. 3, p. 938–954, 2007.

MUNDY, P.; NEWELL, L. Attention, Joint Attention, and Social Cognition. **Curr Dir Psychol Sci**, v. 16, p. 269–274, 2009.

PAULA, C. et al. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 81–95, 2011a.

PAULA, C. S. et al. Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, p. 1738–1742, 2011b.

PAULA, C. S. et al. Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 2–5, 2011c.

PAULA, C. S. et al. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 334–351, 2012.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71–84, 2010.

SILVA, L. C. E. Elaboração e Implementação de um Modelo de Capacitação para profissionais de CAPSI na Assistência a criança com Transtorno do Espectro Autista. **Universidade Presbiteriana mackenzie**, p. 76, 2015.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 116–131, 2009.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. D. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953–972, 2010.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos De Saude Publica**, v. 22, n. 9, p. 1845–1853, 2006.

TOMASELLO, M. et al. Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. **The Behavioral and brain sciences**, v. 28, n. 5, p. 675-91-735, 2005.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em Equipe na Saúde Mental: o Desafio Interdisciplinar em um CAPS. **revista eletronica: Saúde Mental , Alcool e Drogas**, n. 1, p. 1–16, 2009.

VELLOSO, R. DE L. et al. Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento vinculado à pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Cadernos**

- de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**, v. 11, n. 1, p. 9–22, 2011.
- ZANON, R. B. Déficit na Iniciação de Atenção Compartilhada como Principal Preditor de Comportamento Social no Transtorno do Espectro Autista. p. 0–104, 2012.
- ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Manual do Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R). p. 1–18, 2013.
- ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25–33, 2014.
- ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 17, n. 2, p. 78–90, 2015.
- ZAQUEU, L. DA C. C. et al. Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293–302, 2015.

Anexo I

Questionário sobre o protocolo PROTEA-R

PROFISSÃO: _____

1) Na sua opinião a qualidade geral da capacitação do protocolo PROTEA-R realizado em abril de 2015 pela Dra Cleonice Bosa:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

2) Na sua opinião a relevância do tema abordado na capacitação do PROTEA-R foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

3) Com que frequência você tem aplicado o PROTEA-R aqui no CAISM?

- a) semanalmente
- b) mensalmente
- c) menos de uma vez por mês

4) Na sua opinião, quão relevante o PROTEA-R se mostrou na avaliação diagnóstica de TEA na prática clínica no CAISM?

- a) muito relevante
- b) parcialmente relevante
- c) pouco relevante

5) O PROTEA-R pode ser incorporado no contexto das avaliações diagnósticas do serviço.

- a) concordo plenamente
- b) concordo parcialmente
- c) discordo parcialmente
- d) discordo totalmente

6) O quanto você se sente confiante na aplicação do PROTEA-R:

- a) muito confiante
- b) razoavelmente confiante
- c) um pouco confiante
- d) nada confiante

7) Na sua opinião, para a identificação da qualidade dos comportamentos de sinais clínicos de TEA, o PROTEA-R é um instrumento:

- a) excelente
- b) bom
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

8) O PROTEA-R foi planejado para 3 sessões mas tem sido aplicada no CAISM em duas. Isso tem comprometido as avaliações?

- a) NÃO
- b) SIM.

8.1. Se sim, liste 3 principais aspectos:

9) Quantos PROTEA-R você aplicou desde a capacitação?

10) O PROTEA-R melhorou minhas atividades clínicas no CAISM

- c) NÃO
- d) SIM.

10.1. Por favor explique brevemente por quê:

Muito obrigada pela sua participação.

