

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

LUCIMARA PATRICIA PATTI

INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:

educação permanente fortalecendo a rede de cuidado

SANTOS

2021

LUCIMARA PATRICIA PATTI

INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:

educação permanente fortalecendo a rede de cuidado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Maris Nicolau

SANTOS

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L937i PATTI, LUCIMARA PATRICIA .
INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: educação permanente fortalecendo a rede de
cuidado. / LUCIMARA PATRICIA PATTI; Orientadora
STELLA MARIS NICOLAU; Coorientador . -- Santos,
2021.
110 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Intervenção Precoce. 2. Educação Permanente em
Saúde. 3. Autismo. 4. Primeira Infância. 5. Atenção
Primária em Saúde. I. NICOLAU, STELLA MARIS ,
Orient. II. Título.

CDD 610.7

Patti, L. P. **Intervenção precoce no transtorno do espectro autista: educação permanente fortalecendo a rede de cuidado.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos.

Data: 11 de Junho de 2021

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Karina Piccin Zanni

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - *campus Baixada Santista*

Prof.^a Dra. Ana Celia Nunes

Instituição: Universidade Federal de São Carlos

Prof.^a Dra. Andrea Perosa Saigh Jurdi

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - *campus Baixada Santista*

Prof.^a Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba

Instituição: Universidade Federal de São Carlos

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as crianças com desenvolvimento atípico, em especial ao meu filho Pedro Calheiros de Melo que foi planejado junto com este estudo, nasceu durante essa pesquisa e se beneficiou da intervenção precoce onde meses antes dessa defesa fechou o diagnóstico de TEA.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a todos os professores do mestrado profissional da Universidade Federal de São Paulo- Baixada Santista pela manutenção do programa.

Em especial a minha orientadora Prof. Dra. Stella Maris Nicolau que me acompanha desde a graduação em Terapia Ocupacional.

Agradeço a equipe de trabalho do SIPTEA- Amanda Prado Morato, Andrea Prado Cabral Magalhães, Aline Rodrigues Pires, Edina Lucia Esteves, Anna Paula Quintão Vassão e Erika Pedrosa pelo apoio em todos os dias de trabalho e pela colaboração que cada uma prestou na construção dessa dissertação.

Agradeço ao meu esposo João Carlos Calheiros de Melo pelo apoio prestado em todos os momentos.

Agradeço a toda equipe de gestão de saúde pública do município de Praia Grande pelo trabalho prestado até aqui à população.

RESUMO

O Ministério da Saúde instituiu em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que sistematiza a Linha de Cuidado para a Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito do SUS. No município de Praia Grande/SP instituiu-se em 2018 o SIPTEA, serviço que, frente à baixa detecção de risco das crianças com TEA pela Atenção Básica, passa a empreender ações de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais desses serviços a fim de sensibilizá-los e instrumentalizá-los na detecção e intervenção precoce dos sinais de TEA, qualificando ações junto à criança e sua família ainda na primeiríssima infância, fato que comprovadamente impacta positivamente no prognóstico. O objetivo dessa pesquisa é compreender a intervenção precoce no TEA na atenção básica, e os sentidos das ações de educação permanente em saúde para a mudança na abordagem dos profissionais da Atenção Básica, com foco no trabalho em equipe e em rede junto às crianças com sinais de risco para TEA. O estudo realizado teve caráter qualitativo e exploratório com entrevistas semiestruturadas com nove profissionais da atenção primária, transcritas e submetidas à análise temática de conteúdo. Foram identificadas cinco categorias: 1) Protocolo de Puericultura na Atenção Básica: nem todas as equipes seguem as recomendações do ministério da saúde e incluem a identificação de risco para TEA em suas ações. 2) Intervenção Precoce na Atenção Básica: há uma tendência em valorizar sua importância, mas como ação dos serviços especializados. 3) Acesso Avançado na Atenção Básica: equipes se sentem muito pressionadas para responder às demandas não agendadas e com pouco espaço nas agendas e mesmo energia para outros trabalhos, como as ações de identificação e intervenção de risco para TEA. 4) Educação Permanente em Saúde: equipes reconhecem sua importância e identificam algumas mudanças no processo de trabalho após serem sensibilizados sobre o tema. 5) Plano Terapêutico Singular: equipes valorizam a construção conjunta com a equipe do SIPTEA de estratégias de estimulação das crianças identificadas, e da corresponsabilização pelo cuidado. Como produto técnico dessa pesquisa foram criados dois livretos, um para orientar profissionais da Atenção Básica em intervenção precoce e outro para contribuir para formação teórica das famílias inseridas no SIPTEA sobre o processo de intervenção precoce de suas crianças.

Palavras chave: Pessoa com Deficiência; Educação Permanente em Saúde; Autismo; Primeira Infância; Atenção Primária em Saúde; Intervenção Precoce; Ensino em saúde.

ABSTRACT

In 2012, the Ministry of Health established the Care Network for People with Disabilities that systematizes the Care Line for People with Autism Spectrum Disorder in SUS. In 2018, in the municipality of Praia Grande/SP, SIPTEA was established, a Primary Care service responsible for undertaking Permanent Health Education actions with professionals to sensitize and instrumentalize them in the early detection and intervention of ASD signs. Qualifying actions with the child and his family in early childhood, a fact that demonstrably impacts the prognosis. The objective of this research is to understand early intervention in primary care and permanent health education actions to change the approach of Primary Care professionals, with a focus on teamwork and networking with children with signs of risk for ASD. The study carried out was qualitative and exploratory in nature with semi-structured interviews with nine primary care professionals, transcribed and submitted to thematic content analysis. Five categories were identified: 1) Childcare Protocol in Primary Care: not all teams follow the recommendations of the Ministry of Health and include the identification of risk for ASD in their actions. 2) Early Intervention in Primary Care: there is a tendency to value its importance, but as an action by specialized services. 3) Advanced Access in Primary Care: teams feel very pressured to respond to unscheduled demands and with little space on the agendas and even energy for other jobs, such as actions for identifying and intervening risk for ASD. 4) Permanent Health Education: teams recognize its importance and identify some changes in the work process after being sensitized on the topic. 5) Singular Therapeutic Plan: teams value the joint construction with the SIPTEA team of strategies to stimulate the identified children and co-responsibility for care. As a technical product of this research, a booklet was created to guide Primary Care professionals in early intervention. As a technical product of this research, two booklets were created, one to guide Primary Care professionals in early intervention and the other to contribute to the theoretical formation of families included in SIPTEA on the process of early intervention for their children.

Key-words: Disabled Person; Permanent Health Education; Autism; Early Childhood; Primary Health Care; Early intervention; Health teaching.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana Baixada Santista	29
Quadro 1. Fluxo de encaminhamento ao SIPTEA	35
Quadro 2. Educação permanente na rede de cuidado	36
Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão no SIPTEA	40
Quadro 4. Formação teórica ABA para Famílias	41
Quadro 5. Fluxo de atendimento do SIPTEA	42
Quadro 6. Fluxo de atendimento do SIPTEA- 5 semanas posteriores	42
Quadro 7. Caracterização das participantes da equipe saúde da família	51
Quadro 8. Categorias e subcategorias dos resultados	52
Quadro 9. Políticas e Programas	53
Quadro 10. Relatos sobre o Acesso Avançado	68
Quadro 11. Reflexões acerca dos temas marcantes para os profissionais	72
Quadro 12. Experiência com PTS	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População com deficiência na RMBS	29
Tabela 2. Total da população com deficiência intelectual	31
Tabela 3. População de menores de 5 anos na RMBS	30
Tabela 4. Índice Paulista da Primeira Infância por localidade da RMBS	31
Tabela 5. Índice de Mortalidade Infantil na RMBS	32
Tabela 6. Taxa Média de mortalidade na infância por região metropolitana	32
Tabela 7. Classificação de pacientes assistidos no SIPTEA por USAFA em julho de 2020	45
Tabela 8. Consultas e avaliação dos marcos do desenvolvimento	56
Tabela 9. Ações Grupais na Atenção Básica	60
Tabela 10. Percepção dos profissionais sobre intervenção precoce na Atenção Básica	64

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABA	Análise do Comportamento Aplicada
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CID-10	Classificação Internacional de Diagnóstico
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
COMUSA	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
DSM-V	Diagnóstico de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
GCM	Grupo Condutor Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP	Intervenção Precoce
IPPI	Índice Paulista da Primeira Infância
IRDI	Indicadores Clínicos de risco para o Desenvolvimento infantil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidência
PCD	Pessoa com Deficiência
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RCPCD	Rede de cuidado da Pessoa com Deficiência
RRB	Comportamento restritivo e repetitivo
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
SIPTEA	Serviço de Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autista
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do espectro autista
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USAFA	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. Educação Permanente em Saúde	14
2.2. Intervenção Precoce no TEA: a realidade do Brasil	17
2.3. O Transtorno do Espectro Autista	24
2.4. Políticas Públicas da PCD no Brasil	26
2.4.1. O Território da RMBS e o município de Praia Grande	28
2.5. Serviço de Intervenção Precoce no TEA - SIPTEA	33
3. OBJETIVOS	44
3.1. Objetivos específicos	44
4. HIPÓTESE	45
5. METODOLOGIA	45
5.1. Método de Pesquisa	45
5.2. Cenário de Pesquisa	45
5.3. Participantes da Pesquisa	46
5.4. Local	46
5.5. Instrumentos de Coleta	46
5.6. Procedimentos	47
5.6.1. Aspectos Éticos	47
5.6.2. Coleta de Dados	48
5.7. Análise de dados	49
6. RESULTADOS	50
6.1. Caracterização dos Participantes	50
6.2. Resultado das Entrevistas	51
6.2.1. Puericultura na Atenção Básica nacional e municipal	52
6.2.1.1. Ações de puericultura desenvolvidas no município de Praia Grande e Ações Preconizadas pelo Ministério da Saúde	54
6.2.1.2. Grupos de orientação materno-infantil na puericultura	58
6.2.2. Intervenção Precoce na Atenção Básica	62
6.2.3. O acesso avançado na Atenção Básica	67
6.2.4. Educação permanente em saúde	70
6.2.5. Plano Terapêutico Singular	75

7. DISCUSSÃO	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	96
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista.....	98
APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade e Sigilo.....	100
ANEXO A - Carta de anuência emitida pela Secretaria de Saúde Pública do Município de Praia Grande	101
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	102

1. INTRODUÇÃO

No Brasil o censo de 2010 do Instituto Brasileira de geografia e Estatística (IBGE), aponta que 45,6 milhões de pessoas referiram possuir alguma deficiência intelectual, motora, auditiva ou visual, e que 17,7 milhões (6,7% da população) relataram possuir graus mais severos dessas deficiências No Estado de São Paulo temos 9,3 milhões pessoas com deficiência (IBGE,2010). No que se refere à população menor de 14 anos, 7,5% dela apresenta pelo menos um tipo de deficiência. Na faixa etária entre 0 e 6 nos há cerca de 19 milhões de crianças com pelo menos um tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Cabral (2019) afirma que no campo da infância, embora haja uma demanda crescente pela defesa de direitos e por políticas públicas, a problemática da criança com deficiência ainda é bastante invisibilizada. E nesse processo a criança com deficiência vem traçando seus caminhos, em meio ainda a muitas dificuldades, preconceitos e sem um olhar de urgência para seu cuidado. Em 1990 é instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que garante o cuidado especializado em toda a rede de cuidado (ECA, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, que determinou que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira, dentre elas as pessoas com deficiências. Nessa construção, a atenção primária à saúde assume o papel de ordenadora do cuidado e em meados da década de 1990 emerge o Programa de Saúde da Família, que anos depois instituiu-se como Estratégia de Saúde da Família, em que o cuidado pré e pós natal, seguindo até os seis anos de vida é bastante intensificado (CABRAL, 2019), que coloca especificamente para o cuidado da criança na sua primeira infância o pré e pós-natal, e o acompanhamento do desenvolvimento infantil se faz mais frequente durante os primeiros seis anos de vida (CABRAL, 2019).

De acordo com a portaria 793 de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos a fundamentação para poder direcionar a construção e organização da rede de cuidado da pessoa com deficiência (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014c).

Em 2012, a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro, assim tendo garantido os direitos em saúde, educação e demais áreas (BRASIL, 2012c).

Em 2014 o Ministério da Saúde (MS) lança as Diretrizes de atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) onde é destacada a necessidade da organização da rede, principalmente na identificação e intervenção precoce.

Desde a detecção dos sinais até o diagnóstico propriamente dito, são necessários o acompanhamento e a intervenção. Para isso, apresentam-se a seguir um rol de sinais de problemas de desenvolvimento (BAIR *et al.*, 2006) e um rol de características sugestivas de TEA que são encontrados com frequência no histórico clínico e nas pesquisas com pacientes diagnosticados com TEA (BARBARO; RIDGWAY; DISSNAYAKE, 2011). Isso não quer dizer que todas as crianças que os apresentarem necessariamente receberão tal diagnóstico (BRASIL, 2014c).

Em função da heterogeneidade de sintomas e características da pessoa com TEA, faz-se necessária a organização da rede de cuidados e assim atender a Lei 12.764 de 27/12/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012c).

Em 2017 entra em vigor a Lei 13438, que torna obrigatório o uso de protocolos para avaliação de risco para o desenvolvimento nos primeiros dezoito meses de vida (BRASIL, 2017b).

Visando compreender educação permanente na rede de cuidado da PCD, e correlacionar com a intervenção precoce da criança com transtorno do espectro autista, esta pesquisa buscará identificar e descrever como se dá o cuidado integral de crianças com sinais de risco e com diagnóstico de TEA na atenção primária em saúde e como as ações de educação permanente incidem sobre o cuidado a essas crianças no sentido de qualificá-lo.

Organizamos este texto em quatro sessões: a primeira sessão é a introdução com objetivos e a hipótese do trabalho, segunda seção, composta por cinco subseções descrevem os temas pertinentes a esta discussão, organizadas da seguinte forma: na primeira (4.1), iremos discorrer sobre educação permanente em saúde. Na segunda (4.2), iremos relatar sobre a intervenção precoce no TEA no Brasil, a terceira (4.3) é sobre o Transtorno do Espectro Autista. Quarta seção (4.4) abordaremos políticas públicas da pessoa com deficiência (PCD) e a rede de cuidado e a quinta seção (4.5) consiste na descrição do Serviço de Intervenção Precoce no TEA - SIPTEA.

A terceira seção deste estudo apresenta a metodologia empregada. A quarta seção trata da apresentação dos resultados e discussão dialogando com a literatura. Por fim apresentamos as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde (EPS) foi descrita já há alguns anos antes mesmo de ser uma proposta para o Brasil. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceituou a EPS como “um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (SARDINHA *et al.*, 2013).

Educação permanente em saúde tem como conceito a aprendizagem no cotidiano do trabalho no SUS, reconhece o cotidiano como espaço de invenções e favorece práticas que vão de acordo com a necessidade da população. Além de fortalecer serviços do SUS, busca o crescimento profissional e das instituições, além de aproximar a gestão dos serviços em seu território. Favorece a criação e organização de serviços de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2005).

A proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005).

Para Lemos e Fontoura (2012) a educação permanente em saúde é uma política de educação em saúde ao mesmo tempo que uma prática de ensino-aprendizagem, destaca que a educação permanente não deve ser unidirecional, mas um espaço de troca e intercâmbio, que haja estranhamento e tensões nas práticas vigentes. O foco é o desenvolvimento de si e institucional.

Além deste conceito de educação permanente, existe a educação continuada. Para nosso entendimento, o estudo de Sardinha (2013), tem esse propósito e cito aqui as suas características. Podemos entender educação continuada como uma extensão da formação do profissional, pode ser considerada como capacitação, treinamentos, cursos, aprimoramento de

conteúdo, tem como objetivo a atualização técnico-científica. E esta, por sua vez, pode ser adicionada à educação permanente. Já a educação permanente tem como meta a mudança no desenvolvimento profissional, o conteúdo a ser abordado emerge da prática, e fundamenta-se da pedagogia centrada na resolução de problemas, onde o resultado é a mudança institucional, a apropriação da ciência na prática (SARDINHA, 2013).

Para compreender melhor o assunto, o estudo de Lemos (2016) nos ajuda a compreender melhor o contexto histórico de sua implantação no mundo e em especial no Brasil. E nos recorda que a educação permanente é instituída no Brasil no artigo 200 da Constituição Brasileira Federal na qual ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). E a partir deste momento a educação profissional passa a ser fator essencial para a consolidação da reforma sanitária (LEMOS, 2016).

Em 2003 é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (LEMOS, 2016).

Em 2004, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria 198. Com a PNEPS foram implantados os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. É importante situar que no ano de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 apresentando novas estratégias e diretrizes de implementação da PNEPS (LEMOS, 2016, BRASIL, 2007).

A rede de cuidado da pessoa com deficiência implantada em 2012 preconiza o cuidado integral e as ações intersetoriais. Tanto no que se refere às práticas de cuidado, como também na organização da gestão municipal, estadual e federal. Nesta dissertação cabe discutir o cuidado intersetorial, pois a organização do serviço municipal de intervenção precoce busca compor com equipamentos para além daqueles da esfera da saúde, como por exemplo escolas e creches.

Para tanto, vamos aqui rever as políticas públicas referentes ao assunto no Brasil. O Estado brasileiro ao lançar a política Viver sem Limites (2012), política de educação permanente (2004), política de humanização do SUS (2003), diretrizes de cuidados à pessoa

autista (2014), diretrizes para estimulação precoce (2016) coloca como meta em todas elas as ações intersetoriais e intrasetoriais a fim de garantir o princípio do SUS do cuidado integral.

Destarte, a intersetorialidade é citada também na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015), e é considerada a normativa oficial a indicar a intersetorialidade como estratégia para a produção e promoção de saúde. Levanta a necessidade de envolvimento dos trabalhadores, usuários e territórios na produção de subjetividades mais solidárias, corresponsáveis e participativas, por meio da mobilização de recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos, para a garantia da saúde e da cidadania como direitos humanos.

“A Política considera, ainda, que os demais setores e instituições são fundamentais para a produção de saúde e do seu cuidado” (BRASIL, 2018).

Nesta reflexão acerca da intersetorialidade, já alinhamos com as discussões da integralidade, que está bem definida na PNPS.

No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na promoção da saúde passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida (BRASIL, 2018).

Cabe ao setor da saúde impulsionar esta reflexão e trazer esta necessidade para suas práticas de cuidado. Assim a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, todas as condições de vulnerabilidades e potencialidades da saúde que afetam a vida do sujeito. Trazendo para prática a responsabilização dos setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas (BRASIL, 2018).

O eixo operacional desta política pública explica que ter ações intersetoriais significa “compartilhamento de planos, de metas, de recursos e de objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor” (BRASIL, 2018).

Nesse processo de reflexão sobre o cuidado da pessoa autista, faz-se necessário compreender este conceito, pois o sujeito em questão transita por todas as esferas da sociedade e seu desenvolvimento como pessoa e cidadã depende da articulação e da busca por objetivos

comuns. Assim, a PNPS coloca claramente como princípio no que se refere a intersetorialidade a seguinte fala:

[...] à intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2018).

Nesta proposição, é dado o compromisso para as equipes de saúde, de produzir no exercício cotidiano a corresponsabilização pelo cuidado, pela construção de projetos de vida, e pela garantia dos direitos. Indo, além do que todos já conhecem sobre o Planejamento Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2014c).

Toda essa perspectiva de cuidado integral e intersetorial também está previsto no Marco Legal da primeira infância LEI N° 13.257 de 08 de março de 2016.

O marco legal também assegura a priorização dos profissionais no acesso a qualificação e educação permanente quando se refere a primeira infância, descritos no artigo 10.

2.2. Intervenção Precoce no TEA: a realidade do Brasil

Para iniciarmos esta seção e falar do Brasil, vale apresentar estudos realizados em Portugal, que tem sido uma fonte importante para compreendermos melhor no que consiste a intervenção precoce.

Della Barba (2018) demonstra que o conceito de IP tem evoluído bastante nos últimos 20 anos, o que antes os estudos se direcionavam para uma perspectiva centrada nos déficits das crianças, hoje buscam além disso e também destacam a importância do protagonismo da família no processo e valorização do contexto natural. Seu estudo demonstra o processo de construção dos termos de intervenção precoce e estimulação precoce, que no Brasil tem sido usado como sinônimos, e que observou-se em seus estudos juntamente com a pesquisa de Marini *et al.* (2018) incoerência entre prática e conceitos teóricos, mas cabe destacar que o Brasil ainda carece de pesquisas para definição dos termos e as práticas profissionais ainda são centradas nos déficits, diferente da realidade internacional em que os conceitos e práticas não se baseiam somente na deficiência. Mas para darmos sequência ao nosso estudo vamos

destacar alguns conceitos práticos na tentativa de compreender melhor nosso cenário brasileiro.

Partindo agora para os conceitos práticos destacamos alguns autores estrangeiros como Dunst e Espe-Sherwindt (2016) que definem Intervenção Precoce como:

Uma prestação de apoios (e recursos) às famílias com crianças pequenas por parte das redes de apoio formal e informal, de forma a capacitar, influenciar e melhorar de forma direta e indireta o comportamento e funcionamento dos pais, da família e da criança.

Franco *et al.* (2007) aponta que o termo intervenção precoce, emerge posteriormente ao termo estimulação precoce. Na estimulação precoce a preocupação era expor a criança a situações para o desenvolvimento das funções motoras e sensoriais para a idade. Entende-se hoje a intervenção precoce como algo mais vasto que estimulação precoce, sendo definido como um conjunto de intervenções dirigidas às crianças até seis anos, com problemas no desenvolvimento infantil.

Para Franco *et al.* (2007) o objetivo da intervenção precoce é criar condições que facilite o desenvolvimento da criança, diminua o risco, colabore com a interação da criança com seu ambiente familiar, escolar e social.

Para Franco a intervenção precoce apresenta quatro fases, a primeira delas é a fase da detecção em toda população, de forma sistemática dos indicadores para medidas a serem tomadas individualmente. A segunda fase, consiste na identificação ou sinalização do atraso do desenvolvimento ou sinais de um desenvolvimento atípico. A terceira fase se dá a avaliação multidisciplinar para averiguar o atraso do desenvolvimento e planejar a intervenção. Por fim temos a quarta fase, onde a intervenção inclui atividades dirigidas à criança, a família e a todo seu contexto, com propósito de criar condições favoráveis ao seu desenvolvimento (FRANCO *et al.*, 2007). As políticas públicas caminham neste sentido quando propõem que a intervenção precoce deve acontecer antes mesmo do diagnóstico, e ainda quando coloca obrigatório o rastreio de atrasos do desenvolvimento através de protocolos de avaliação na primeira infância (BRASIL, 2009, BRASIL, 2012a). O Ministério da Saúde preconiza a avaliação a partir da observação da criança, e entrevistas com os pais e/ou cuidadores, e indica o uso de escalas padronizadas de avaliação que podem ajudar nesse processo, tais como os instrumentos de rastreio como *Modified Checklist for Autism in Toddlers M-Chat* e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) (BRASIL, 2014c). No documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, a intervenção deve acontecer nos primeiros sinais de alerta, porém nem todas as crianças que apresentarem sinais nos primeiros 3 anos de vida terão o

diagnóstico de autismo. A rede de cuidado deve agir com cautela, pois diagnósticos precipitados podem trazer prejuízos à criança e sua família (BRASIL, 2014c).

De acordo com o Ministério da Saúde o diagnóstico deve ser conduzido por equipe multiprofissional; ter escuta qualificada, incluindo sua história de vida, configuração familiar, rotina diária, história clínica, interesses da pessoa e da família e a queixa principal; observação livre ou em atividades dirigidas, para avaliação de como a pessoa se comunica, como se relaciona, quais seus interesses (BRASIL, 2015).

“Embora o diagnóstico definitivo de transtorno do espectro do autismo só possa ser firmado após os 3 anos de idade, a identificação de risco para os casos de TEA pode e deve ser feita precocemente” (BRASIL 2015).

Ozonoff, Rogers e Hendren (apud ROGERS & DAWSON, 2014) também concordam que a intervenção deve iniciar antes mesmo do diagnóstico clínico, uma vez que a intervenção orientada e avaliação diagnóstica caminham juntas.

As características discutidas a seguir aparecem frequentemente antes do primeiro ano de vida, assim, a intervenção deve ser iniciada precocemente, logo que se identifique sinais na criança (ROGERS *et al.*, 2016).

Escalas como *Childhood Autism Rating Scale* CARS ou M-Chat ajudam os profissionais na identificação precoce de riscos de TEA.

A detecção precoce para o risco de TEA é um dever do Estado, pois, em consonância com os princípios da Atenção Básica, contempla a prevenção de agravos, a promoção e a proteção à saúde, propiciando a atenção integral, o que causa impacto na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. As diretrizes do SUS preconizam a essencialidade de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade, o que é o caso das crianças com alterações na interação e na comunicação, porque isso pode representar, além de outras dificuldades para o desenvolvimento integral da criança, o risco para TEA (BRASIL, 2015).

No estudo de Moraes *et al.* (2010) foi analisado o Teste de Triagem Denver II em ambulatório e verificou-se que o uso do teste no cotidiano do ambulatório contribuiu para detectar precocemente áreas do desenvolvimento com deficiências para estabelecer programas de prevenção primária. Já a pesquisa de Sigolo e Aiello (2011), mostra que apesar do Teste de Triagem Denver II ser validado para a população brasileira, e ainda existirem outras avaliações do desenvolvimento infantil, os profissionais de saúde devem dar importância adequada a avaliação clínica e relato dos pais. Sugere também a estruturação de avaliação do

desenvolvimento infantil nos Programas de Saúde da Família com outros profissionais e a família descentralizando essa função do profissional médico, mas não o excluindo desse processo.

O início imediato da intervenção se faz necessário, a fim de que as habilidades defasadas sejam estimuladas após a avaliação do repertório da criança, diminuindo assim o atraso no desenvolvimento. Brentani *et al.* (2013) confirmam em seu estudo que a intervenção precoce resulta em um melhor prognóstico em crianças com sinais de risco para TEA.

Brentani *et al.* (2013) mostram que apesar de o DSM-V¹ apontar que os principais sinais serem em níveis comportamentais, estudos recentes com crianças com alto risco para TEA, que tinham irmãos mais velhos dentro do TEA, mostraram que é possível identificar atraso motor, irritabilidade, falta ou excesso de responsividade entre os 6 meses e 12 meses de vida.

Embora, haja um esforço para que o diagnóstico aconteça precocemente, um estudo publicado em 2017, mostra que a realidade brasileira ainda é de diagnósticos tardios. No estudo constataram que familiares identificaram sinais de autismo 3 anos antes do diagnóstico e que a média no Brasil é de diagnósticos realizados aos 5 anos de idade. Os autores destacam que o diagnóstico tardio pode atrasar o ingresso das crianças em programas de intervenção precoce e de orientações parentais (ZANON *et al.*, 2017).

Em contrapartida, o estudo de Pierce *et al.* (2019) demonstra que o diagnóstico pode ser realizado de forma segura a partir dos 14 meses de idade.

Vamos trazer agora para este estudo o que temos de evidência científica no cuidado da pessoa autista, em especial em intervenção precoce. A busca por ações baseadas em evidências é uma preocupação presente na equipe de intervenção precoce de Praia Grande. Estamos falando de crianças que estão iniciando a fase mais importante de suas vidas que é a primeira infância, onde a poda neuronal acontece e há grande neuroplasticidade nessa fase, a falta de conhecimento, de intervenção nessa fase pode trazer prejuízos significativos na vida dessas pessoas (PIERCE *et al.*, 2016; PELLICANO, 2012).

Para Pellicano (2012) o acesso da criança a programas de intervenção, pode promover ganhos significativos em seu desenvolvimento, pois nessa fase existe à imaturidade cortical, o

¹ É um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais

que torna o desenvolvimento de habilidades maleável nesse período. O desenvolvimento do córtex pré-frontal tem início acelerado na primeira infância, até na idade pré-escolar e vai desacelerando, até a adolescência.

Pierce *et al.* (2016) demonstram que o cérebro humano passa por mudanças neurais significativas nos primeiros 3 anos de vida. Existe uma mudança significativa por exemplo, entre o primeiro e o sexto mês e vai se acelerando até os 3 anos de vida. Os circuitos neurais passam de conexões simples para complexas que permitem o desenvolvimento da linguagem e habilidades sociais. Nesse sentido, é importante que a detecção e a intervenção precoce aconteçam nesse período, pois a densidade sináptica no córtex pré-frontal, região responsável pelo comportamento social, dobra entre o primeiro e segundo ano de vida. A área da linguagem também apresenta mudanças significativas como a área de Wernicke e Broca, atingindo picos aos 3 anos de idade, fase que começam a acontecer as podas neuronais.

Se o tratamento começar antes ou enquanto as conexões cerebrais estiverem sendo estabelecidas, é provável que a função cerebral dessa criança tenha a melhor chance de ser otimizada, em vez de o tratamento começar após um circuito maduro, mas defeituoso, já estar estabelecido. É por essa mesma razão que a identificação e o tratamento precoces do autismo são essenciais (PIERCE *et al.*, 2016).

O estudo das práticas baseadas em evidência científica (PBE), mostrou diversas práticas relacionadas a abordagens comportamentais, e dentre elas as que se referem a este estudo: abordagens comportamentais, intervenção naturalística e intervenção implementada por pais (STEINBRENNER *et al.*, 2020).

A intervenção precoce não é um assunto novo, alguns autores já discutiram a importância desse procedimento, como por exemplo Ivar Lovaas em 1987. Em seu estudo ele viu que as pessoas quando inseridas em intervenção precoce que desenvolviam um trabalho na linha comportamental aumentavam a proporção podendo atingir um desenvolvimento normal, o estudo mostrou que 90% das crianças que tiveram a intervenção comportamental intensiva conseguiram atingir resultados significativos comparados às do grupo controle. Após este estudo várias outras pesquisas foram realizadas por diversos autores. Além disso, defende que os pais podem ser “professores habilidosos” e importantes aliados na aceleração e manutenção das conquistas da intervenção (LOVAAS, 1987).

O estudo de revisão sistemática das autoras Marini, Lourenço e Barba (2007) da Universidade Federal de São Carlos sobre práticas e modelos de intervenção precoce, descreveu as abordagens apresentadas na literatura. Nesta revisão as autoras observaram que

dentre os 10 artigos observados existiam categorias em comum de práticas, abordagens, enfoques e modelos. Diversas abordagens encontradas nesta revisão foram incorporadas na rede de cuidado do município de Praia Grande, a saber: treinamento de pais, práticas de humanização, estimulação de habilidades, abordagem baseada no modelo focado na família, dentre outros.

Dentre estes modelos vamos apresentar aqui uma, o treinamento de pais. Em relação ao treinamento de pais, podemos citar a Organização Mundial de Saúde, pois, lançou a Série de 2016 da revista *The Lancet* sobre desenvolvimento na primeira infância destacado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030. Dentre as práticas baseadas em evidências científicas aparece o programa de apoio aos pais. Cabe aqui citar diretamente o que estudo descreve:

Os programas de apoio aos pais que promovem os cuidados ao desenvolvimento infantil, particularmente aqueles que empregam várias técnicas de mudança de comportamento, podem aumentar substancialmente os efeitos positivos sobre os resultados do desenvolvimento da primeira infância de saúde básica e nutrição, educação e intervenções protetivas. Por outro lado, os maus tratos durante a infância estão associados à redução do volume nas regiões cerebrais envolvidas na aprendizagem e na memória. As crianças que recebem cuidados inadequados, especialmente nos primeiros 24 meses de vida e muitas vezes de mães que foram negligenciadas ou abusadas, são mais sensíveis aos efeitos do estresse e tendem a desenvolver mais problemas comportamentais do que as crianças que recebem cuidados adequados (WHO, 2016).

Os programas de treinamentos de pais podem ajudar na prática os pais a lidarem com as dificuldades comportamentais das suas crianças, os problemas de conduta comportamental nas crianças podem predispor as mesmas a situações de violência, assim como existem outros fatores que podem influenciar a ocorrência de maus tratos na infância, como abuso de substâncias pelos pais, presença de algum transtorno psiquiátrico e violência doméstica (BARTH, 2009). As crianças autistas tendem a se predispor a situações de violência uma vez que os comportamentos inadequados são uma das características do TEA (GUIMARÃES, 2018). Barth em seu estudo apresenta que os focos desses programas devem ser direcionados para ajudar os familiares a tratar os filhos com empatia e utilizar estratégias de disciplina que não sejam agressivas, sejam elas físicas ou verbais (BARTH, 2009).

Brentani *et al.* (2013) em seu artigo mostra que o treinamento de pais para estimularem os filhos, favorece as crianças a aumentarem seu repertório de habilidades sociais, porém nem todos os familiares se beneficiam deste tipo de abordagem, sendo necessário a avaliação

individualizada de cada caso. Apesar de estudos mostrarem que crianças que tiveram a participação dos pais tiveram mais sucesso que as que não tiveram.

O estudo de Fazzio (2002) é apontado como fator de garantia para generalização das habilidades avaliadas e ensinadas pelos terapeutas, o treinamento de pais e de outros agentes do cuidado da criança.

Essa interação com a família também é relatada nas diretrizes de estimulação precoce do Ministério da Saúde:

A capacitação da família em estimulação não significa transformá-la em terapeuta, mas empoderá-la com conhecimento para que seja capaz de enriquecer as interações e o contexto, no ambiente familiar tornando as atividades voltadas para o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem mais naturais e agradáveis (Brasil, 2016a).

O fato de levar para os ambientes naturais da criança o ensino das habilidades, facilita a instalação do comportamento ensinado e garante a generalização do mesmo. A proposta de treinamento de pais garante também a vinculação afetiva e a relação horizontal entre terapeuta e família, proporcionando que o projeto terapêutico singular seja elaborado de acordo com as necessidades e a realidade de cada indivíduo.

Oliveira *et al.* (2016) em sua tese discute que ensinar os pais a como lidar com seus filhos e ensinar a como desenvolver suas crianças socialmente e cognitivamente, coloca a família em um papel ativo no cuidado, saindo do estado de passividade, de discussão e apresentação de seus problemas. Esta abordagem consegue garantir a intensividade da intervenção precoce de maneira natural em seu contexto.

Gomes *et al.* (2019), realizaram uma pesquisa que mostrou a eficácia de um programa de intervenção intensiva em um centro brasileiro especializado na intervenção precoce de crianças autistas. Neste estudo eles compararam dois grupos de crianças e observaram que as crianças que permaneceram no programa de treinamento de pais obtiveram melhores resultados no desenvolvimento infantil, mostrando assim a eficácia mais uma vez da abordagem de treinamento de pais, babás ou estagiários.

Por fim, é claro que os profissionais desempenham um papel extremamente importante no processo do cuidado, para avaliação, diagnóstico, escuta, direcionamento do planejamento em família, além de acompanhamento de todo processo de IP, tanto na clínica como no ambiente natural da criança (OLIVEIRA *et al.*, 2016, PEREIRA, 2009).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento a pessoas com TEA, recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens busquem técnicas seguras e de maior efetividade (BRASIL, 2015).

2.3. O Transtorno do Espectro Autista

O estudo de Brentani *et al.* (2013) afirma que é possível identificar os primeiros sinais do TEA em crianças entre os 18 e 24 meses, pois os sinais nesta fase já estão estáveis, por isso é preciso que os pediatras, e profissionais que atendem a primeira infância estejam atentos.

De acordo com o DSM-IV 5ª edição, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria o autismo passa a ser classificado como Transtorno de Espectro Autista, com as seguintes características: déficit persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos: na reciprocidade emocional, no comportamento comunicativo (uso de gestos e comunicação não-verbal) e ajuste do comportamento a contextos sociais (DSM, 2014). Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades: movimentos motores, uso de objetos, fala estereotipada e/ou repetitiva; insistência nas mesmas coisas, inflexibilidade, padrões ritualizados de comportamento; interesses fixos e restritos que são anormais em intensidade e foco; hiper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesses incomuns (DSM, 2014).

No Brasil utilizamos a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID- 10 em sua décima versão e em breve será publicada a CID-11 (BRASIL, 2014c), prevista para janeiro de 2022 (OPAS, 2018).

A classificação diagnóstica do autismo está no capítulo V (F) da CID-10. O Transtorno do Espectro Autista está entre os transtornos mentais e comportamentais. Os códigos de F80 à F89 dedicam-se aos transtornos do desenvolvimento psicológico e, no âmbito destes, destacam-se os transtornos globais do desenvolvimento (F-84), os códigos são:

O autismo infantil (F84-0); o autismo atípico (F84-1); a síndrome de Rett (F84-2); a síndrome de Asperger (F84-5); o transtorno desintegrativo da infância (F84-3); e o transtorno geral do desenvolvimento não especificado (F84-9) (BRASIL,2014c).

Steinbrenner *et al.* (2020) realizaram um estudo sobre práticas baseadas em evidência científica para o cuidado da pessoa autista, onde trazem uma classificação bem clara do TEA. Os déficits na área da comunicação social incluem como dificuldades em:

Iniciações sociais (por exemplo, iniciar brincadeiras ou conversas com outras pessoas), reciprocidade social (por exemplo, troca de turno no diálogo), sincronia (por exemplo, vincular significativamente a conversa ao tópico) e entender e expressar um comportamento não-verbal apropriado, como gestos ou expressões faciais. Prejuízos na comunicação social podem resultar em engajamento limitado nas interações sociais com pares e no estabelecimento de relações sociais. (STEINBRENNER *et al.*, 2020).

Na área do comportamento restritivo e repetitivo (RRB) os autores descrevem exemplos como:

Comportamento ou fala estereotipada, fixação ou interesses em assuntos específicos (por exemplo, trens, dinossauros) e adesão estrita a rotinas, horários ou ambientes, apresentando desconforto quando elas mudam ou são alteradas. Esses RRBs podem afetar a participação e o envolvimento de indivíduos em casa, na escola e na comunidade. Na sua forma mais grave, o RRB é expresso em comportamento auto lesivo (STEINBRENNER *et al.*, 2020).

Porém, a parte mais interessante desse capítulo de definição do transtorno do espectro autista, é quando os autores frisam que cada pessoa terá o seu modo ser próprio, e citam a frase “se você viu uma criança autista, viu uma criança autista” (STEINBRENNER *et al.*, 2020). O que trago aqui para esta dissertação é esta reflexão, nenhuma pessoa será igual a outra em seus comportamentos, mesmo que tenham algumas semelhanças. No DSM-5, a definição já vem mostrando que é um transtorno do espectro autista, ou seja, uma gama de características.

É importante saber que a prevalência do TEA é maior em meninos, e a taxa de prevalência no estudo é significativa:

No relatório mais recente do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC; Maenner *et al.*, 2020; ver Figura 1.1), a taxa média de prevalência para crianças foi de 1 em 54, com base em uma amostra de crianças de 8 anos de idade. Embora a proporção de gêneros tenha diminuído ligeiramente em relação a quatro anos atrás, quando o CDC emitiu um relatório anterior, os meninos ainda têm quatro vezes mais chances de serem diagnosticados com autismo do que as meninas (STEINBRENNER *et al.*, 2020).

2.4. Políticas Públicas da PCD no Brasil

Vale ressaltar que o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, foi lançado no dia 17 de novembro de 2011 (Decreto Nº 7.612). Tal plano, de caráter interministerial, norteia todas as esferas de atenção à pessoa com deficiência (saúde, educação, cidadania e etc.). O Plano traz a lógica do cuidado integral, e da ação em saúde articulada em rede. Além de lançar a proposta da produção do comum, ou seja, todas as secretarias devem ter suas ações voltadas à pessoa com deficiência pensando em algo comum, e não a secretaria de educação pensar em ações isoladas, sem envolver as outras secretarias e vice-versa. Nessa lógica também emergem as discussões que tencionam as mudanças de paradigmas no cuidado (BRASIL, 2014b).

No Brasil, anterior a Portaria 793/2012 os serviços criados ao cuidado da pessoa com deficiência não eram planejados para atuar em rede ou seguindo uma linha de cuidado. A peregrinação do usuário é comum, e a reabilitação é concebida ainda dentro de um enfoque de reparação biomecânica ou comportamental do sujeito. Os profissionais atuavam e atuam em muitos lugares hoje em equipe, mas com ações mais isoladas por categoria profissional, e não centram sua atenção na identificação e apoio a respostas às necessidades apresentadas pelo sujeito atendido e sua família, os serviços ainda hoje oferecem poucas oportunidades para um planejamento em equipe mais articulado e centrado nos usuários (BRASIL 2012a, BRASIL, 2014a, BRASIL, 2014b, BRASIL, 2014c, SANTOS, 2017).

A portaria 793/2012 também traz a proposta da criação dos grupos condutores, sendo obrigatória a implantação de um grupo condutor regional em cada Diretoria Regional de Saúde (DRS) do Estado, e deixando facultativa a criação de grupos condutores municipais. A região da Baixada Santista começou a implantação do Grupo Condutor Municipal (GCM) no município de Santos (GASPAR, 2017). Posteriormente no município do Guarujá, em fevereiro de 2017, através do Decreto nº 12.124/2017 (BRASIL, 2012a; GUARUJA, 2017).

O Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência (RCPD) de Santos, cidade vizinha a Praia Grande, tem trabalhado, com o objetivo de transformar os paradigmas da atenção à saúde da pessoa com deficiência, na perspectiva da emancipação dessa população, da atenção territorializada e integral em todos os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (GASPAR, 2017, BRASIL, 2014b).

De acordo com Gaspar (2017), o município de Santos, após assumir o compromisso de integrar às suas políticas públicas as diretrizes do Ministério da Saúde, em 18 de setembro de 2013, iniciou um processo de reestruturação da atenção à saúde das pessoas com deficiência. Em 2013, quando a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada, iniciou o trabalho do Grupo Condutor Municipal da RCPD, a atenção a essa população estava basicamente concentrada nos serviços de reabilitação física e auditiva, bem como nas instituições filantrópicas conveniadas ao município.

Tal realidade, de fragmentação do cuidado se reproduz no município de Praia Grande, e isso tem sido percebido pelo Serviço de Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autista (SIPTEA), porém acredita-se que, com o trabalho buscando a articulação da rede esta situação possa ir gradualmente se modificando, assim como Gaspar (2017) aponta que o trabalho do GCM pode favorecer a mudança de paradigmas.

Em Praia Grande ainda não foi criado o grupo condutor municipal, que poderia ser um fortalecedor da construção da rede de cuidado. Porém o município encontra-se em processo de construção de rede e linha de cuidado especificamente para a pessoa com Transtorno do espectro autista, através do SIPTEA.

Para o Ministério da Saúde a definição é clara:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (PORTARIA 4.279 DE 30/12/2010).

A rede da pessoa com deficiência é composta pela atenção básica em saúde, atenção especializada, atenção hospitalar de urgência e emergência, ou seja, todos os serviços de saúde que forem necessários a PCD (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014^a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

De acordo com a Lei federal Nº 12.764/2012 (BRASIL, 2012c) a pessoa autista é considerada pessoa com deficiência, sendo assim tem o direito de ser atendida em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. Desta forma, a atenção básica, como uma das principais portas de entrada dos serviços de saúde deve ser capacitada e matriciada para ter condições de triar, identificar sinais e encaminhar aos serviços habilitados na rede de cuidado.

Sabemos que na especialidade, principalmente serviços voltados ao cuidado da pessoa com deficiência, apresentam como objetivo o matriciamento da rede e a educação permanente

como ferramentas para garantir o cuidado integral e humanizado (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

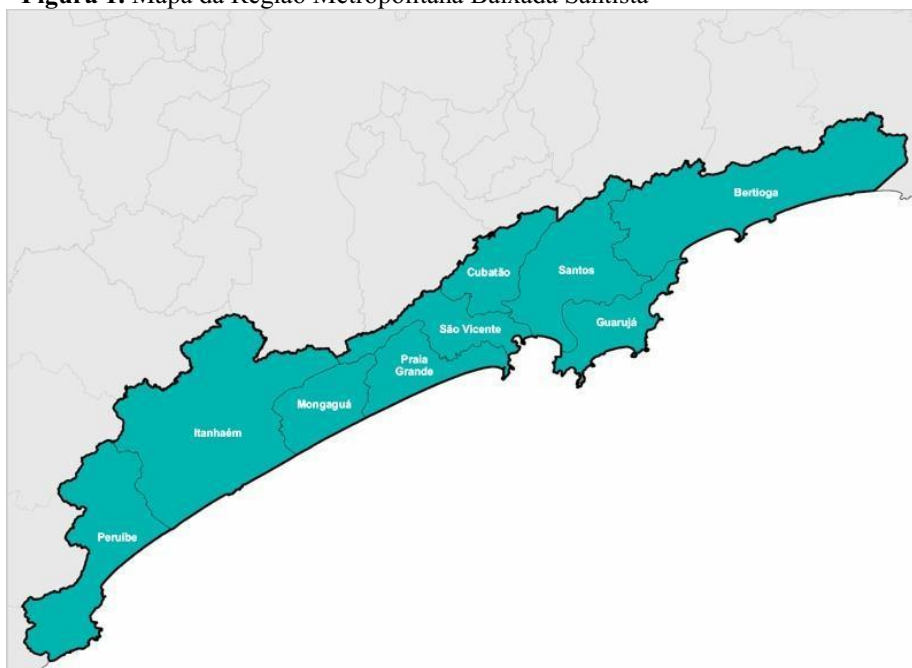
Entretanto, para Cabral (2019) o braço da política “viver sem limites” na esfera da saúde não tem conseguido promover um cuidado qualificado e voltado às especificidades das crianças com sinais de desenvolvimento atípico. Por isso o seu estudo propôs a estudar as ações realizadas na atenção primária relacionadas a crianças de 0 a 6 anos de idade. Neste estudo verificou-se que há atualmente uma preocupação acentuada para a identificação da criança com transtorno do Espectro autista e destacou-se nas pesquisas o uso do instrumento M-Chat, proposto inclusive na diretriz de cuidado da pessoa com TEA (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c). Destarte, também se observou que a prática de treinamento de equipes se fez presente e que os espaços de reuniões de equipe mostravam-se espaços potentes para construção do cuidado.

Nesta discussão sobre cuidado da pessoa com deficiência, não podemos deixar de pensar que a garantia da qualidade do cuidado, e atualização dos conceitos de saúde e técnicas de intervenção estão diretamente ligadas a ações de educação permanente.

Em 2004 o Ministério da Saúde instituiu, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos profissionais, buscando a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento do sistema de saúde. A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2004).

2.4.1. O Território da RMBS e o município de Praia Grande

A região da Baixada Santista apresenta 9 municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. Pertencendo ao Departamento Regional de Saúde IV DRS-IV (EMPLASA, 2017, SÃO PAULO, 2012).

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana Baixada Santista

Fonte: AGEM, 2014; Emplasa, 2019

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010 – IBGE, no Estado de São Paulo foram contabilizadas 12.302.183 pessoas com registro de algum tipo de deficiência, sendo destes 526.607 na Região Metropolitana da Baixada Santista (EMPLASA, 2017).

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010 – IBGE, no Estado de São Paulo foram contabilizadas 12.302.183 pessoas com registro de algum tipo de deficiência, sendo destes 526.607 na Região Metropolitana da Baixada Santista, como mostra a Tabela 1 e Tabela 2 (EMPLASA, 2017).

Tabela 1. População com deficiência na RMBS

Abrangência	Total População Censo 2010	População com Deficiência 2010	
		Absoluto	Relativo
Estado SP	41.262.199	12.302.183	30%
RMBS	1.664.136	526.607	32%

Fonte: IBGE – Censo 2010 e Emplasa, 2017

Tabela 2. Total da população com deficiência intelectual

Abrangência	População com deficiência	Intelectual Mental/ Intelectual
ESP	12.302.183	502.931 4%
RMBS	562.607	21.887 4%

Fonte: IBGE Censo 2010 e EMPLASA, 2017

Para começarmos esta análise dos dados referentes a este território, é indispensável analisar os índices de mortalidade infantil. Uma vez, que estamos falando nesta dissertação sobre intervenção precoce. Ou seja, uma ação que faz parte das estratégias para enfrentamento desta realidade (WHO, 2016).

De acordo com a Tabela 3, a Baixada Santista tinha em 2012 o total de 113.565 crianças entre 0 e 5 anos de idade, de acordo com a tabela retirada do site de indicadores do SUS- DATASUS.

Tabela 3. População de menores de 5 anos na RMBS

População De Menores De 5 Anos Por Região Metropolitana Segundo Região Metropolitana		
Região Metropolitana: RM Da Baixada Santista		
Período: 2012		
Região Metropolitana	RM Da Baixada Santista	Total
Baixada santista	113.565	113.565

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - (1997-1999), Censos Demográfico (1991, 2000 e 2010), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2009); DATASUS 2012.

O Índice Paulista da Primeira Infância – IPPI mostra a capacidade dos municípios do Estado de São Paulo de promover o desenvolvimento infantil por meio de serviços de saúde e educação voltados à primeira infância (0 a 6 anos). De acordo com a tabela abaixo temos a relação do IPPI de cada município da região da Baixada Santista. Para compreender a tabela os valores do Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI) consiste na combinação entre o IPPI-Saúde e o IPPI-Educação O indicador varia de 0 a 1 em que 0 representa a pior situação e 1,

a melhor. O IPPI também se organiza em grupos (Grupo 1 a Grupo 6, os valores de IPPI (0 a 1) foram distribuídos entre os grupos para classificar os municípios), sendo:

- Grupo 1 – IPPI muito baixo (IPPI até 0.507)
- Grupo 2 – IPPI baixo (IPPI maior que 0.507 até 0.611)
- Grupo 3 – IPPI médio baixo (IPPI maior que 0.611 até 0.683)
- Grupo 4 – IPPI médio alto (IPPI maior que 0.683 até 0.738)
- Grupo 5 – IPPI alto (IPPI maior que 0.738 até 0.813)
- Grupo 6 – IPPI muito alto (IPPI maior que 0.813)

Vejamos a seguir, na Tabela 4, as classificações dos municípios da região metropolitana e do nosso município de Praia Grande, no período de 2015

Tabela 4. Índice Paulista da Primeira Infância por localidade da RMBS

Localidade	Período	IPPI- Grupos	IPPI
Bertioga	2015	Grupo 3	0,6806
Cubatão	2015	Grupo 2	0,549
Guarujá	2015	Grupo 2	0,5261
Itanhaém	2015	Grupo 2	0,5887
Mongaguá	2015	Grupo 3	0,6322
Peruíbe	2015	Grupo 2	0,6079
Praia Grande	2015	Grupo 2	0,5493
Santos	2015	Grupo 4	0,691
São Vicente	2015	Grupo 2	0,54

Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Fundação Seade (SEADE, 2015)

Podemos observar que o município de Santos é o único classificado como Grupo 4 - médio baixo, onde o IPPI passa de do valor médio. Praia Grande se encontra no Grupo 2 com seu IPPI 0,5493 considerado baixo (SEADE, 2015).

Quando falamos da importância da intervenção precoce, consequentemente estamos levando em consideração a melhora da qualidade de vida dessas crianças, aumentando a expectativa de vida e aumentando as chances de que futuramente consigam boas condições sociais e cognitivas para garantirem suas necessidades básicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no documento sobre a primeira infância destaca as práticas baseadas em evidência para garantir o bom desenvolvimento infantil, dentre elas apoio aos pais, saneamento, água, higiene, saúde mental e bem-estar materno, e proteção social (BRASIL, 2014b; WHO, 2016).

Na região da baixada santista os índices de mortalidade infantil no período de 2014 estão apresentados na Tabela 5, representada a seguir:

Tabela 5. Índice de Mortalidade Infantil na RMBS

Localidades	Taxa Média De Mortalidade Na Infância (Menores De 5 Anos) (Por Mil Nascidos Vivos) No Período De 3 Anos	Taxa Média De Mortalidade Por Causas Evitáveis Em Menores De Um Ano (Por Mil Nascidos Vivos) No Período De 3 Anos
Bertioga	16,03	10,33
Cubatão	20,88	15,84
Guarujá	21,01	13,54
Itanhaém	15,24	11,78
Mongaguá	12,68	8,78
Peruíbe	14,88	9,92
Praia Grande	14,51	10,1
Santos	15,26	10,31
São Vicente	16,69	11,93

Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Fundação Seade (SEADE, 2015).

Quando comparamos esta taxa com as outras regiões metropolitanas, a baixada santista mostra um resultado alarmante. Segue a Tabela 6:

Tabela 6. Taxa Média de mortalidade na infância por região metropolitana

Localidades	Períodos	Taxa Média De Mortalidade Na Infância (Menores De 5 Anos) (Por Mil Nascidos Vivos)	Taxa Média De Mortalidade Por Causas Evitáveis Em Menores De Um Ano (Por Mil Nascidos Vivos)
RM - Baixada Santista	2014	16,88	11,66
RM –Campinas	2014	10,98	6,87
RM - São Paulo	2014	13,26	8,83
RM – Sorocaba	2014	14,26	9,8
RM - Vale Do Paraíba e Litoral Norte	2014	13,38	9,04

Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Fundação Seade (SEADE, 2015).

A Baixada Santista apresenta a maior taxa de mortalidade entre as regiões metropolitanas do Estado de São Paulo, no período de 2014.

A Região da Baixada Santista conta com 2 centros especializados em Reabilitação tipo II (deficiência intelectual e física), localizados um em Praia Grande e outro na cidade de Santos, ambos habilitados pelo MS. A cidade de Santos, também conta com um polo da Rede Lucy Montoro que atende deficiências físicas.

A rede de cuidado da PCD, em Praia Grande - SP é composta principalmente pelos seguintes serviços:

- 30 Unidades de Saúde da família
- 2 equipes de NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Serviço de Intervenção Precoce para indivíduos com TEA SIPTEA
- 1 Centro de Atenção Psicossocial infantil adulto;
- 2 Centros de Atenção Psicossocial adulto
- 1 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
- 1 Centro Especializado em Reabilitação II;
- 1 Associação de Pais e Amigos dos Autistas Semear e Crescer (3º setor);
- 1 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (3º setor);
- 14 Polos de Atendimento Educacional Especializado (AEE).

2.5. Serviço de Intervenção Precoce no TEA - SIPTEA

Diante Política nacional de promoção à saúde, e busca por garantir os direitos das pessoas com deficiências, o município de Praia Grande coloca em vigor em 2016 a Lei 1814 que “Institui a Política Municipal de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, e dá outras providências”. Dentre estas providências, destaca-se no artigo 2, como diretriz a “intersetorialidade e desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (PRAIA GRANDE, 2016a).

Falar de intervenção precoce, nos remete a pensar em ações intersetoriais. É de fato importante a ação em conjunto do contexto educacional, da atenção básica, da especialidade, entre outros pontos da rede de cuidado. O Ministério da Saúde aponta que estas ações intersetoriais, por meio do matriciamento, podem ser articuladas por meio das equipes do Núcleo Ampliado da Saúde da Família, equipes de reabilitação, equipes dos serviços de atenção psicossocial, ou outros profissionais do município, desta forma entende-se que o

SIPTEA pode ser um equipamento matriciador da rede de cuidado, uma vez que atende famílias de crianças autistas.

E nesta lógica que o SIPTEA, propões suas estratégias de cuidado no município de Praia Grande - SP.

O SIPTEA realiza ações intersetoriais, proporciona práticas colaborativas junto aos profissionais da atenção primária, no propósito de garantir a intervenção precoce no território em que vive a criança atendida, e ainda favorece que outras crianças que venham a nascer recebam um atendimento de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A intervenção precoce deve acontecer primeiramente no contexto da atenção primária. Deve ser para além da identificação e do encaminhamento. Cabral (2019) faz esta reflexão em seu estudo, pois verificou que as unidades entrevistadas focaram o cuidado na triagem e detecção, deixando de lado o espaço onde a vida acontece, ou seja, a família e a comunidade.

Para Peduzzi e Agreli (2018) relatam em sua pesquisa que a prática colaborativa vem sendo realizada principalmente no contexto da atenção primária em saúde e explica que “é preciso que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes”. Porém, as equipes de saúde precisam avançar para práticas colaborativas que envolvam outros serviços da rede de cuidado e principalmente o usuário, família e comunidade.

Desta maneira o SIPTEA tem como objetivos de trabalho, a busca de recursos e apoio da gestão do SUS para garantir um atendimento em rede com a participação da criança, da família, da escola, da comunidade e os outros pontos da rede.

Esse serviço de Intervenção Precoce tem início oficialmente em agosto de 2018, no município de Praia Grande-SP, após apresentação do projeto no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, no Grupo condutor Regional da Pessoa com Deficiência e teve a aprovação no Conselho Municipal De Saúde (COMUSA).

O serviço começou a ser desenvolvido em 2017 a partir da necessidade encontrada pela equipe multiprofissional de triagem e estimulação precoce em crianças com TEA no Centro Especializado em Reabilitação II- CERII (Reabilitação Física e Intelectual). O CER é um serviço previsto pela Portaria 793/2012 que compõe a rede de cuidado da PCD, porém se trata de um equipamento da especialidade. Sendo assim, necessita de encaminhamento com

diagnóstico fechado. Sabemos que a criança com sinais de risco para TEA deve ter seu diagnóstico diferencial, necessitando iniciar as intervenções e orientações familiares logo que se identificam os primeiros sinais, antes do diagnóstico. Nesta dicotomia, de um lado uma criança com atrasos do desenvolvimento necessitando de intervenção e de outro um serviço que necessita de encaminhamento a partir do diagnóstico. Assim, pensando em resolver este problema, criou-se no município de Praia Grande o SIPTEA, com a proposta de avaliar e iniciar intervenção precoce à criança em seus vários contextos (escola, domicílio e clínica) tão logo sejam identificados os primeiros sinais de alerta, e também matricular profissionais da atenção básica e da escola quanto à identificação e intervenção precoce no TEA.

Vale ressaltar que antes da implantação do SIPTEA, as crianças estavam chegando ao CER tardiamente, pois necessitavam de diagnóstico fechado e muitas vezes este processo se tornava longo, assim como mostrou o estudo de Zanon *et al.* (2017) mostrando que a realidade do Brasil ainda é a do diagnóstico tardio, numa média de 5 anos de idade.

Tal preocupação em iniciar imediatamente a intervenção precoce, vem ao encontro com a Portaria 793/12, e com a Diretriz de estimulação precoce de 2016 do MS e todas as evidências científicas apresentadas anteriormente.

Diante do exposto o serviço, que nasceu a partir da experiência da equipe e com anuência da gestão municipal, se configura com equipe mínima de profissionais (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e uma voluntária de neuropsicopedagogia), dos 5 profissionais, um está concluindo pós graduação lato sensu em análise do comportamento aplicado no autismo e deficiência intelectual, uma já é especialista em análise do comportamento aplicada, e uma profissional é Mestre em ciências da saúde e especialista em intervenção precoce baseado em análise do comportamento aplicada (ABA).

O SIPTEA recebe crianças com sinais de risco ou diagnóstico fechado de TEA até os 3 anos e 11 meses e é acompanhada até os 4 anos e 11 meses. Segue um quadro exemplificando o fluxo de encaminhamento na rede. Vale destacar que muitas vezes a escola identifica sinais e também faz o encaminhamento, ao serviço, porém o mediador desse fluxo é a atenção básica em saúde.

Quadro 1. Fluxo de encaminhamento ao SIPTEA

Fluxo de encaminhamento ao SIPTEA
Acompanhamento de todas as crianças na puericultura na USAFA
Ao identificar o risco sugere-se a aplicação do M-Chat e a avaliação da caderneta da criança do MS

Na identificação do risco encaminha-se a criança ao SIPTEA via sistema informatizado

O ministério da Saúde alerta na caderneta da criança que ao identificar ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, já se considera alerta para o desenvolvimento e indica estimulação da criança com retorno em 30 dias (BRASIL, 2013, BRASIL, 2020).

O SIPTEA pauta seu protocolo nas políticas públicas, e propõe o cuidado integral e intersetorial. Para o Ministério da Saúde (2016b), é importante que os serviços da especialidade façam articulação da rede cuidado, principalmente com a rede de ensino da região, para identificar crianças com atrasos no desenvolvimento ou deficiência, avaliar as necessidades, dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e a comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades de cada pessoa com deficiência.

O SIPTEA nas práticas colaborativas e de educação permanente busca apoiar e dar suporte às equipes da saúde da família e da educação infantil para esta vigilância do desenvolvimento e orientação de pais. O indicado é que quando a atenção básica observa risco para autismo e vê a necessidade encaminha ao serviço.

Desde a sua inauguração foram realizados momentos de educação permanente e matriciamento com a equipe NASF, equipe de enfermagem e médica da atenção básica, com as equipes de agentes comunitários de saúde, e com as equipes de educação infantil, conforme o Quadro 2.

Quadro 2. Educação permanente na rede de cuidado

Educação permanente da rede de cuidado				
Ano e formato de EP	Secretaria de Saúde Pública – SESAP	Profissionais	Secretaria de Educação - SEDUC	Profissionais
2018 - 1 Encontro em formato de palestra	Polo de educação Permanente -	Enfermeiros e médicos da saúde da família		
2019 - 2- encontros em formato de reunião	SESAP	Equipe NASF		
2019 - 2 Encontros em formato de palestra	Polo de educação Permanente - Em formato de palestra	Enfermeiros e Médicos da saúde da família	8 escolas de educação infantil -	Atendentes de educação para cuidados básicos das crianças
2020 - Encontros em formato de discussão de casos e problematização	27 (todas) USAFAS	Agentes comunitários de saúde	30 (de 33) Creches Municipais	Diretoras, coordenadoras pedagógicas e atendentes de inclusão

de situações (matriciamento)				
---------------------------------	--	--	--	--

O município conta com um sistema informatizado de saúde, onde é possível o compartilhamento de prontuário eletrônico na rede de cuidado. Neste sistema o SIPTEA disponibilizou a avaliação M-CHAT traduzida retirada do documento do Ministério Da Saúde, pág. 84 e 85 (BRASIL, 2014c) e as páginas 44, 45, 46,47 da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor da caderneta da criança (BRASIL, 2013).

O SIPTEA realiza treinamento de pais/cuidadores, matriciamento escolar e da rede de cuidado para a intervenção precoce e auxilia no processo de diagnóstico diferencial. O serviço compreende que a criança com sinais de risco para TEA ou já com diagnóstico fechado de TEA, aprende de forma mais satisfatória em seu ambiente natural (casa, bairro, escola entre outros espaços). Conforme apontam Hersen, Eisler e Miller (1975) quando sugerem que as intervenções sejam estendidas ao ambiente natural, pois ainda não existe uma tecnologia eficiente para transferência de habilidades aprendidas no contexto controlado para o contexto natural. E destaca já naquela época os bons resultados ao realizar treinos de pais/cuidadores, ou outros profissionais do cotidiano do sujeito. Lovaas (1987) também demonstra a eficácia do treinamento de cuidadores. Por isso a criança é avaliada pela equipe, é realizada discussão de caso em equipe e família, e a partir da avaliação e discussão traçam-se objetivos a serem trabalhados. A partir dos objetivos a família é orientada e treinada para estimular o filho em seu ambiente natural durante suas rotinas.

A proposta é oferecer um serviço de intervenção precoce, por isso a limitação da idade. O município conta com uma rede de cuidado ampla, porém que necessita já do diagnóstico fechado. Assim as crianças maiores de 3 anos e 11 meses podem ser encaminhadas para o CERII ou CAPSI conforme a necessidade encontrada. Além dos serviços municipais, existem também os serviços do terceiro setor como APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Praia Grande) e Semear e Crescer (Associação de Pais e Amigos dos Autistas Semear e Crescer). Vale ressaltar que após os 5 anos não tem no município serviços especializados e focados no cuidado da pessoa autista, o cuidado irá depender da instituição, experiência e formação profissional do local. Cabe ainda destacar que não há no município serviços prestados a adultos com TEA. O estudo de Portolese *et al.* (2017) mostra que esta é a realidade do Brasil, há um número insuficiente de instituições, distribuído de forma irregular

no país, com predominância na região sul e sudeste. E há carência de atendimento a jovens e adultos com TEA.

A variabilidade das características dos serviços revela falta de padronização quanto aos procedimentos adotados. O conhecimento dessas informações pode auxiliar no desenvolvimento de novas propostas de assistência com base em evidências científicas (PORTOLESE *et al.*, 2017).

Para compreender melhor, o SIPTEA, tem sua sede dentro do CERII. O serviço conta no momento com uma sala de reuniões e uma sala de atendimento. A equipe tem um computador para elaboração de materiais, internet, e impressora dividida com a equipe CERII.

Nesta configuração de espaço e número de profissionais é possível atender no momento 128 crianças. Os atendimentos acontecem uma vez na semana, durante 30 minutos. O serviço organiza o cuidado em ciclos de intervenção. Cada ciclo compreende 10 semanas de aplicação dos objetivos estabelecidos. Esse ciclo é organizado da seguinte forma: a primeira etapa é a participação da família no workshop introdutório, capacitação teórica dos conceitos básicos para os pais, avaliação individual da criança, planejamento em família (neste momento a criança não participa), ensino dos pais de como será feito com a criança em casa e nos contextos naturais. Após estes cinco encontros, a família fica 5 semanas sem comparecer no serviço com a criança, pois estará se dedicando na aplicação dos ensinamentos em casa. Nestas 5 semanas as famílias participam de um workshop onde discutimos em grupos ampliados temas relacionados à intervenção precoce, e em um encontro do “grupo de famílias”, que se configura um grupo menor, onde se discutem temas voltados às questões familiares, como construção da rede de apoio, suporte emocional, empoderamento de famílias e rodas de terapias comunitárias. As terapias comunitárias são realizadas em parceria com profissionais da atenção básica que fizeram o curso pela prefeitura.

Existe uma outra organização da equipe de terapeutas. O cuidado é feito de forma transdisciplinar, ou seja, todas as terapeutas acompanham as crianças, discutem os casos e participam dos planejamentos, porém três terapeutas trabalham no treinamento dos pais após planejamento e outra profissional faz o cuidado intersetorial. O cuidado intersetorial se dá através das visitas às USAFAS de cada criança e escola. Em alguns casos CRAS, CREAS e conselho tutelar, além da visita domiciliar.

Como a equipe ainda é reduzida estas ações intersetoriais acabam sendo direcionadas para os casos mais complexos, porém o ideal seria para todos os atendidos.

Estas visitas são organizadas nas 5 semanas em que as crianças estão em intervenção domiciliar ministrado pelos pais/cuidadores. Desta forma, o serviço consegue dividir as famílias em 2 turmas, ou seja, enquanto a primeira turma está nas primeiras 5 semanas e participando das atividades na unidade, a turma 2 está na intervenção domiciliar e recebendo a visita da terapeuta na casa, escola ou USAFA.

O processo de avaliação individual da criança é sempre feito preferencialmente por duas terapeutas da equipe independente da profissão, o planejamento é feito em conjunto com a família, com todas as terapeutas e os treinos são feitos por uma ou pelas duas terapeutas de treinamento.

Como o serviço trabalha com base na ciência análise do comportamento aplicada (ABA), os terapeutas com mais experiência e formação na área é que coordenam o planejamento e elaboração dos treinos de ensino. A equipe até o ano dessa dissertação pagava com recursos próprios a supervisão dos casos com um analista do comportamento supervisor, respeitando as orientações da Sociedade Brasileira de Psicologia Comportamental. Mas espera-se que com a elaboração de políticas públicas estas ações estejam disponíveis para profissionais e usuários do município. Vale destacar aqui que a equipe SIPTEA também busca trabalhar em conjunto com a família, por isso a assistente social da equipe realizou uma pesquisa de mestrado referente a este apoio familiar. A pesquisa de Prado (2020) nos mostrou que a equipe trabalha em uma linha focada na família, ou seja, as questões familiares são importantes nas discussões e no PTS, além de colocar a família em todo o processo de ensino da criança, aliado ao conhecimento e técnicas da equipe de intervenção precoce.

O serviço utiliza como instrumentos de avaliação conforme orienta o Protocolo do Estado de São Paulo (2014), as seguintes escalas:

- M-CHAT
- Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC
- Autism Behavior Checklist – ABC/ Protocolo de registro do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA)
- Prova de Vocabulário do teste – ABFW para crianças verbais
- Prova de Pragmática do teste – ABFW para crianças não verbais

A equipe também utiliza como instrumento os seguintes testes para compor a avaliação diagnóstica e elaboração do PEI.

- Childhood Autism Rating Scale CARS
- The Behavioral Language Assessment BLAF (ANEXO D). A equipe utiliza no formato de tradução livre.
- Picture Exchange Communication System (PECS)
- Avaliação do desenvolvimento motor e AVD baseado no Guia PORTAGE

Algumas dessas escalas foram colocadas na plataforma do *Google Forms*, para facilitar o acesso dos técnicos durante os procedimentos e evitar o desperdício de papeis, uma vez que são muitas perguntas e ao mesmo tempo muitas famílias necessitando dos materiais. Com este formato foi possível reduzir a quantidade de folhas impressas sistematizar o relatório aos profissionais do cuidado.

Para casos em que ainda não há um diagnóstico fechado, a equipe elabora relatórios para o especialista de neurologista ou psiquiatria do município. Porém o diagnóstico não interfere na inserção da criança ao serviço.

Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão no SIPTEA

Critérios de inclusão SIPTEA	
Idade	0 a 3 anos e 11 meses
Diagnóstico	Apenas investigação ou diagnóstico fechado de TEA, sem outras deficiências associadas
Critérios para risco de TEA	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso na aquisição de um marco do desenvolvimento infantil conforme escala do MS • E resultado do M-Chat a partir de 3 pontos • Não é obrigatório aplicação das escalas
Critérios de exclusão do SIPTEA	
Encaminhado com mais de 3 anos e 11 meses	
Apresentar atraso do desenvolvimento motor que exija intervenção especializada de fisioterapia	
Apresentar outras deficiências como síndromes, ou malformações	
Falta no workshop (não há justificativa de falta, pois qualquer membro da família ou amigo pode ir para representar a criança.)	
Falta em 2 encontros do primeiro ciclo de 10 semanas	

Nesse processo é importante que os familiares selecionados para tal formação sejam os responsáveis para orientar todas os indivíduos dessa família e faça o acompanhamento em todo processo de intervenção precoce nas próximas semanas.

Nesse momento pode participar qualquer familiar interessado em conjunto com esse responsável selecionado. O formato de ensino varia desde modalidade online, por teleatendimento, até presencial. O principal responsável necessita ser alfabetizado, com facilidade em leitura e escrita, pois durante todo processo utilizamos textos, planilhas de registro para coleta de informações no ambiente domiciliar que deverão ser entregues a equipe de especialistas. Utilizamos nesse processo a apostila elaborada pela equipe, quadro negro canetas coloridas, vídeos do *youtube* elaborados pela equipe e também os disponíveis gratuitamente.

Os casos em que não há um adulto alfabetizado, ou que apresente dificuldades na compreensão ou outros motivos que interfiram no processo de ensino dessa criança, a equipe aciona a rede de cuidado e tenta traçar parcerias com a secretaria de educação para que minimamente os programas de ensino da criança sejam aplicados no contexto educacional. Porém ainda não existe diretrizes que garantam esse acesso, e muitos casos ficam a critério do aceite ou não da comunidade escolar do município.

Estes familiares passam para um planejamento de ensino diferenciado onde a equipe irá tentar descobrir qual a melhor forma desse indivíduo conseguir aprender e compreender o processo de aprendizagem do seu filho.

O Quadro 4, representado abaixo, ilustra os temas abordados durante a formação teórica ABA para famílias. Apesar de estar destacado a baixo que é esperado que os adultos responsáveis pela criança sejam alfabetizados, não significa ser critério de exclusão do serviço.

Quadro 4. Formação teórica ABA para Famílias

Formação teórica ABA para Famílias			
Semana	Temas abordados	Profissionais	Participante da família
1º semana	Ciência ABA Princípios básicos do comportamento: Estímulo, Resposta e Consequência	1 terapeuta	Os principais cuidadores (alfabetizados preferencialmente)
2º semana	Aprendizagem sem erro Consequências reforçadoras Prejuízos das consequências punitivas	1 terapeuta	Os principais cuidadores (alfabetizados preferencialmente)
3º semana	Manejo de comportamentos inadequados Como observar e registrar os comportamentos graves Análise funcional do comportamento	1 terapeuta	Os principais cuidadores (alfabetizados preferencialmente)

4º semana	Estratégias de ensino: tentativas discretas, naturalísticas, incidentais, encadeamento Tipos de ajuda no processo de ensino	1 terapeuta	Os principais cuidadores (alfabetizados preferencialmente)
5º semana	Elaboração de apenas um programa de ensino básico para a família iniciar seu processo de ensino aprendizagem	1 terapeuta	Os principais cuidadores (alfabetizados preferencialmente)

Após esse período de formação básica a família participará de mais dois encontros conforme o quadro 6 no período de 5 semanas até retornar e iniciar o processo do quadro 5 abaixo.

Quadro 5. Fluxo de atendimento do SIPTEA- após a introdução do curso ABA para Famílias

Fluxo de atendimento do SIPTEA-primeiras 5 semanas			
Semana	Ação	Profissionais	Participante da família
1º semana	Avaliação interdisciplinar individual	2 terapeutas da equipe preferencialmente	Apenas a criança se possível
2º semana	Elaboração do PEI	Todos os terapeutas preferencialmente	Representantes legais, babás, avós ou adultos indicados pelos pais
3º semana	Treinamento dos pais	2 terapeutas preferencialmente	Família com a criança, ou não (a depender do PTS)
4º semana	Treinamento dos pais	2 terapeutas preferencialmente	Família e criança
5º semana	Treinamento dos pais	2 terapeutas preferencialmente	Família e criança

Quadro 6. Fluxo de atendimento do SIPTEA- 5 semanas posteriores

Fluxo de atendimento nas 5 semanas posteriores			
Semana	Ações	Participantes	Profissionais do SIPTEA
Entre 1 e 2 semanas	Visitas escolares	Profissionais da secretaria de educação envolvidos com a criança.	2 profissionais preferencialmente
Entre 1 e 2 semanas	Visitas na USAFA ou outros locais da rede	Profissionais da USAFA envolvidos com a família	2 profissionais preferencialmente
Entre 2 e 3 semanas conforme organização da agenda	Workshops Temáticos	Todos os membros da família, incluindo, amigos, primos, madrinhas, avós etc.	Todos os profissionais preferencialmente
Entre 3 e 4 semanas	Grupo de famílias	Apenas mãe ou pai	1 profissional

Um instrumento utilizado pela equipe para caracterização dos usuários foi o FormSUS, que consiste em um Sistema para Criação de Formulários, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar dados. As informações ficam registradas no DATASUS e ficam protegidas por senha. Este formulário emite uma planilha de resultados conforme as buscas e gera melhor administração do serviço.

Por fim segue a quantidade de crianças assistidas por USAFAS entrevistadas nesta pesquisa. O sistema utilizado para categorização dos atendidos no serviço é o FORMSUS, ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde para gestão dos serviços de saúde. Tal planilha foi editada alterando o nome das unidades de saúde para preservar o sigilo de informações da pesquisa. Tal informação nos mostra a quantidade de crianças atendidas em cada unidade de saúde entrevistada. Tais dados não foram critérios de inclusão e exclusão, apenas informativo que talvez possa contribuir na discussão.

Tabela 7. Classificação de pacientes assistidos no SIPTEA por USAFA em julho de 2020

USAFA	Número de crianças no SIPTEA
USAFA 1	15
USAFA 2	34
USAFA 3	7
USAFA 4	9
USAFA 5	20
USAFA 6	17
USAFA 7	13

Fonte: FormSUS-SIPTEA, adaptado para sigilo.

3. OBJETIVOS

Compreender como a educação permanente em saúde pode ser um fortalecedor ao processo de intervenção precoce de crianças com risco ou diagnóstico TEA na rede de cuidado.

3.1. Objetivos específicos

Identificar e descrever como se dá o cuidado de crianças com sinais de risco e com diagnóstico de TEA na atenção primária em saúde.

Propor ações de como o SIPTEA pode contribuir com os profissionais da atenção primária em saúde no espaço da educação permanente.

4. HIPÓTESE

A Educação Permanente em Saúde contribui para fortalecer o trabalho em rede e ajuda na corresponsabilização pelo cuidado das crianças com risco de TEA. Sendo que a Atenção Básica (AB) pode contar com apoio do SIPTEA para aprimorar e se corresponsabilizar pelo acompanhamento destas, na medida em que essas crianças e suas famílias são acompanhadas longitudinalmente pela AB.

5. METODOLOGIA

5.1. Método de Pesquisa

Abordagem qualitativa e possui caráter descritivo, exploratória. De acordo com Minayo (2000), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e processos.

5.2. Cenário de Pesquisa

Os profissionais da atenção básica de saúde foram recrutados por amostragem não probabilística de conveniência. Seis profissionais foram convidados pessoalmente e apenas 4 aceitaram e entraram nos critérios. Estes quatro foram entrevistados pessoalmente pela pesquisadora. Dez profissionais foram convidados através de aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones pela pesquisadora a participar da pesquisa, destes apenas seis profissionais aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi enviado pelo aplicativo devidamente assinado. Tal estratégia de distanciamento foi necessária pois no mês que foi iniciado a coleta de dados o mundo apresentou a ordem de distanciamento social devido a pandemia pelo COVID-19, infecção pelo Coronavírus. O recrutamento dos participantes foi realizado de acordo com o objetivo da pesquisa e dos critérios de inclusão descritos a seguir.

5.3. Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa 10 profissionais da atenção básica dentre eles enfermeiros e médicos da atenção básica, psicólogo do NASF e fisioterapeuta do NASF. Os critérios de inclusão eram profissionais atuando na atenção básica de saúde do município, com no mínimo 12 meses de atuação e formação. A seleção dos participantes foi através de convite durante as visitas feitas nas USAFAS, para discussão de casos atendidos no SIPTEA pela pesquisadora. Após a pandemia os convites foram realizados por meio de mensagens de texto pelo aplicativo do WhatsApp. Foram realizados 6 convites presenciais, onde 2 não aceitaram participar e 1 não entrou nos critérios, pois estava há 6 meses na USAFA. Os convites por aplicativo de mensagem foram enviados para 10 primeiros profissionais que foram sendo indicados pelos profissionais já entrevistados, onde 6 aceitaram participar desta pesquisa.

5.4. Local

As primeiras 4 entrevistas foram realizadas na unidade saúde que o profissional atua e as 6 últimas entrevistas foram realizadas através do aplicativo de mensagens. Tais mudanças foram necessárias por conta da pandemia do coronavírus. Em Anexo A é apresentada a carta de anuência emitida pela Secretaria de Saúde Pública do Município, a respeito da pesquisa.

5.5. Instrumentos de Coleta

O roteiro da entrevista (Apêndice B) foi elaborado para analisar como se dá a intervenção precoce na atenção básica, a rotina do trabalho, se há protocolos utilizados para rastreio, e ações de prevenção e promoção à saúde da criança na primeira infância. No início desta pesquisa iríamos utilizar a entrevista semiestruturada com enfermeiros e médicos da atenção básica e um grupo focal com a equipe NASF. Porém devido a pandemia do coronavírus, o grupo focal foi cancelado. Esta entrevista com o NASF abordaria os seguintes

assuntos: conhecimento sobre o SIPTEA, se já haviam encaminhado alguma família, se existia algum planejamento específico para a primeira infância, se utilizavam algum protocolo formal ou informal para avaliação do desenvolvimento infantil; quais eram os procedimentos adotados quando a atenção básica identificava famílias com crianças apresentando sinais de autismo; se os participantes já participaram de educação permanente, quais as experiências marcantes; quais as perspectivas dos participantes para a educação permanente em relação as metodologias e formatos, e o que eles consideram ser mais produtivo. Por fim, uma conversa sobre a participação nos PTS e quais as experiências de cada um e a opinião dos participantes em relação ao cuidado da criança na atenção básica e o que poderia ser elaborado de diferente.

Já nas entrevistas individuais, iniciaram-se com três entrevistas piloto com a realização de todo o procedimento descrito aqui, buscando a análise do instrumento e possibilitar alterações e melhoramentos antes da coleta de dados em si. Assim, a partir das entrevistas com três profissionais com duração de 20 minutos a 30 minutos, foi possível fazer alterações necessárias. Foi explicado para os entrevistados que o objetivo desse piloto era descobrir os pontos fracos e algum problema de entendimento/clareza das questões do instrumento. E, após esse momento, foi assinado o TCLE. O profissional aceitou essa participação e respondeu às perguntas iniciais. O estudo piloto revelou que algumas questões eram retóricas, sendo estas retiradas do instrumento, outras questões eram fechadas e levaram o profissional a responder somente sim ou não, essas foram alteradas para perguntas abertas. Assim, todas perguntas iniciaram com enunciados de questões abertas, tais como: descreve um caso, qual sua opinião, quais ações você faria, etc. Em seguida, os dados do estudo piloto e o roteiro de entrevista foram analisados por dois profissionais da área. Foram realizadas as alterações necessárias para melhor aplicabilidade do roteiro, como a organização da sequência de perguntas, procurando utilizar uma linguagem clara.

5.6.Procedimentos

5.6.1. Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, aprovado de acordo com o Parecer 3.771.911, CAAE: 22274119.8.0000.5505 e nº. CEP: n: 1056/2019 parecer emitido no Anexo B.

A pesquisadora assumiu o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa desenvolvidas. (Apêndice C).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a cada entrevistado, onde cada um ficou com uma cópia assinada, no qual foram explanados os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, a garantia de anonimato, além do esclarecimento da não obrigatoriedade e possibilidade de desistência da participação.

5.6.2. Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. As três entrevistas pilotos foram feitas presencialmente na unidade básica de cada entrevistado. Estas entrevistas piloto foram utilizadas também na análise de dados e resultados pois trouxeram questões importantes que coincidiam com as respostas dos outros participantes. Após revisão das perguntas e elaboração do novo instrumento, foi possível entrar em contato novamente com os participantes e rever assuntos.

Também participaram desta pesquisa dois juízes. Um juiz formado em pedagogia e jornalismo, que trouxe contribuições importantes na elaboração das perguntas como estratégias para instigar respostas mais amplas dos participantes. Um segundo juiz assistente social e aplicadora ABA da equipe SIPTEA, que conhece a rede de cuidado do município e também cursava o mestrado profissional com pesquisa em autismo e sobre o SIPTEA. Sua colaboração foi importante pois trouxe uma visão pertinente sobre a rede e direcionou as questões aos pontos-chaves dessa pesquisa.

A primeira entrevista após a piloto foi realizada pessoalmente na unidade de trabalho do profissional, com duração de 30 minutos. As entrevistas foram aplicadas de duas maneiras: 5 delas foram presenciais na unidade que o profissional atua, sendo 3 entrevistas piloto e 2 já com instrumento revisado. As outras 5 entrevistas foram realizadas através do aplicativo de mensagens que foram sendo respondidas em forma de diálogo, havendo algumas pausas. As pausas eram solicitadas pelos entrevistados. O diálogo foi sendo construído em uma média de três dias com cada entrevistado, com duração de 5 a 10 minutos cada diálogo. As perguntas pelo aplicativo de mensagens foram as mesmas para todos os participantes e iam sendo

encaminhadas conforme a evolução do diálogo. Quando necessário a pesquisadora retomava algum assunto. Ao final era enviado uma mensagem de agradecimento e um roteiro informativo sobre os protocolos de rastreio de sinais de risco ao TEA e de encaminhamento ao SIPTEA. Por conta de as entrevistas serem online foi possível criar um grupo de mensagens com os entrevistados para facilitar a comunicação da rede cuidado da primeira infância.

Antes da realização da entrevista, a pesquisadora apresentava o TCLE e esclarecia as dúvidas apresentadas por cada profissional. As entrevistas presenciais foram gravadas em áudio e transcritas para sua análise de dados e as por aplicativo de mensagens foram salvas e transcritas. Ocorreram no período de 2 de março de 2020 a 15 de junho de 2020.

5.7. Análise de dados

Após as transcrições de todas as entrevistas foi iniciada a análise temática de conteúdo, de acordo com proposto por Minayo (2007).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, levando em consideração a importância da semântica, o sentido do texto, para o desenvolvimento do método. Pode ser olhado por duas frentes de um lado a linguística tradicional e de outro a hermenêutica.

Em 2004 Campos destaca conclusão acerca da análise de conteúdo de Minayo:

Desta maneira, a análise de conteúdo não deve ser extremamente vinculada ao texto ou a técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, por conseguinte, nem tão subjetiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas. Outro ponto importante ainda dentro dos conteúdos, e que esses tendem a serem valorizados à medida que são interpretados, levando-se em consideração o contexto social e histórico sob o qual foram produzidos.

A inferência também faz parte de análise de conteúdo, pois é a partir da inferência que produzimos suposições acerca da mensagem, mas para além disso é embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com suas situações concretas de seus produtores ou receptores.

A maneira como se procede à análise de conteúdo é através de algumas fases importantes. A primeira fase é a fase da pré-exploração do material, onde o pesquisador já

começa a se apropriar do material e criar elaborações mentais, para uma organização sistemática do conteúdo. A segunda fase é a seleção das unidades de análise, ou seja, a seleção dos temas, a separação das temáticas discutidos. A fase seguinte é da categorização e subcategorização. Neste momento o pesquisador irá definir as categorias de acordo com os temas. O autor pode criar as categorizações a partir de assuntos já pré-definidos mais abrangentes e pode comportar subcategorias a partir do material coletado. Ou pode escolher as categorias totalmente do contexto das respostas. Campos (2004) conclui que “em geral, o pesquisador segue seu próprio caminho baseado nos seus conhecimentos teóricos, norteado pela sua competência, sensibilidade, intuição e experiência”.

Os resultados a seguir foram organizados de acordo com as fases da análise temático de conteúdo.

6. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa, os quais estão organizados em duas subseções: “6.1 Caracterização dos participantes” e “6.2 Resultados das Entrevistas”.

6.1. Caracterização dos Participantes

No Quadro 7 encontram-se os resultados referentes à caracterização dos participantes quanto a identificação, quanto ao tempo de formado, tempo de experiência na atenção básica; unidade de atuação,

O nome dos participantes e suas respectivas unidades de trabalho serão caracterizados como profissional 1 da USAFA 1, e assim por diante para garantir o sigilo. Os profissionais atuantes na mesma unidade serão apresentados como Profissional 2, e o colega 2.1 e assim por diante.

Quadro 7. Caracterização das participantes da equipe saúde da família

Entrevistado	Idade	Formação	Tempo De Atuação	Unidade Saúde Da Família/NASF
Profissional 1	36	Enfermagem	2 Anos	USAFA 1
Profissional 2	33	Enfermagem - Uti Neonatal E Pediátrica	6 Meses	USAFA 2
Profissional 2.1	26	Enfermagem	1 Ano	USAFA 2
Profissional 3	47	Enfermagem, Especialista Em Pré Natal	8 Anos	USAFA 3
Profissional 4	32	Enfermagem Neonatal E Pediatria	4 Anos	USAFA 4
Profissional 5	50	Enfermagem -pós Em Saúde Baseada Em Evidências	6 Anos	USAFA 5
Profissional 6	27	Medicina - Residente Em Saúde Da Família	2 Anos	USAFA 6
Profissional 7	37	Enfermeira	17 Anos	USAFA 7
Profissional 8- NASF	39	Psicóloga	18 Anos	USAFA 5, 8, 9
Profissional 9- NASF	35	Fisioterapeuta	19 Anos	USAFA 5, 8, 9

6.2. Resultado das Entrevistas

Depois da organização e leitura dos conteúdos das entrevistas, foram realizados os agrupamentos por semelhança e a classificação dos discursos segundo categorias temáticas.

Aqui serão apenas apresentados os dados das entrevistas. Logo após, será feito a articulação e discussão desses dados com os pressupostos teóricos, a questão norteadora da pesquisa a literatura da área, e posteriormente realizar a conclusão do trabalho, considerações finais da pesquisa.

No Quadro 8 estão apresentadas as categorias e subcategorias estabelecidas

Quadro 8. Categorias e subcategorias dos resultados²

Categorias		Subcategorias	
Seção	Nome	Seção	Nome
6.2.1	Protocolo De Puericultura Na Atenção Básica	6.2.1.1	Ações Desenvolvidas No Município De Praia Grande e ações preconizadas pelo Ministério da Saúde
		6.2.1.2	A Relação Entre Grupos De Orientação Materno-Infantil Na Puericultura E Identificação Precoce Da Criança com TEA
6.2.2	Intervenção Precoce Na Atenção Básica	-	-
6.2.3	O Acesso Avançado Na Atenção Básica	6.2.3.1	O Espaço Da Intervenção Precoce No Acesso Avançado
6.2.4	Educação Permanente Em Saúde	6.2.4.1	Educação Permanente Como Agente Organizador Da Rede De Cuidado
		6.2.4.2	A Rede De Cuidado e o SIPTEA
6.2.5	Plano Terapêutico Singular	6.2.5.1	A Experiência Dos Profissionais Da Atenção Básica

A partir de agora será apresentado cada categoria com uma breve análise dos resultados, seguido das falas dos participantes e as relações com a literatura.

6.2.1. Puericultura na Atenção Básica nacional e municipal

De acordo com Ministério da Saúde (2012b) a taxa de mortalidade infantil diminuiu nas últimas décadas. Passou de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010, porém a meta ainda não foi alcançada.

Se compararmos com o a região da baixada santista o dado ainda é alarmante sendo 16,88 no período de 2014, conforme o Quadro 9.

Quadro 9. Políticas e Programas

Programas e políticas		
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)	Propõe ações voltadas à integralidade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo de vida
2000	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN),	Reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)	Implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis
2004	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Visando à melhoria do cuidado perinatal. A garantia do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto e acolhimento nos serviços,
2011	Rede cegonha para todo Brasil gradativamente	Mulher tenha acesso à atenção no planejamento sexual e reprodutivo na gestação, garantindo, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, e ao recém-nato até o segundo ano de vida
2012	Rede Cegonha- baixada santista- Portaria nº 3.139, de 28 de dezembro de 2012	Repasse imediato das verbas
2012	Brasil Carinhoso	E a estratégia do Plano Brasil Sem Miséria voltada para o atendimento às crianças de zero a seis anos nas escolas.
2015	Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída.
2015	Lei N. 1760 de 21 de março 2015	Dispõe sobre o Plano Municipal para a Infância e Adolescência do Município de Praia Grande
2016	Semana De Conscientização Do Método Canguru em Praia Grande.	Lei Municipal N. 1815 De 22 De Novembro De 2016
2016	“Institui a Política Municipal de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, e dá outras providencias”	Lei N. 1814 de 22 de novembro de 2016
2018	Implantação do Serviço de Intervenção Precoce no TEA e crianças com atraso nos marcos do desenvolvimento.	Aprovação em 30/08/2018 no Conselho Municipal de Praia Grande.

Diminuição desses números se dão de acordo com o MS em 2012b, com as estratégias tomadas conforme a o quadro acima que apresenta cronologicamente as estratégias municipais a partir de 2015.

Para o ministério da saúde é importante que os bebês ao sair da maternidade já sejam referenciados a atenção básica, em especial aqueles bebês de riscos. Na primeira semana de vida é importante que a família receba a visita domiciliar do agente de saúde, onde já deve ser programado todas as ações e agendamentos futuros para a família, tentando organizar sempre no mesmo dia.

[...] primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família (BRASIL 2012b).

A caderneta de orientação a primeira infância na atenção básica descreve todo o protocolo de cuidado, desde as avaliações clínicas da saúde até o desenvolvimento cognitivo da criança. É indicado para observação dos marcos do desenvolvimento o uso da Caderneta da criança, ou chamado de passaporte da cidadania (BRASIL, 2012b)

Em Praia Grande parece que os profissionais buscam desenvolver os trabalhos conforme as orientações do ministério da saúde como podem ver a seguir. Porém parece não haver um protocolo municipal definitivo. Também temos descrito na Lei 1759 de março de 2015 e Decreto N° 6033 de 12 de abril de 2016, que o município tem participação nos repasses do Brasil Carinhoso, bem como vem investindo na primeira infância. Mas ainda sabemos que há muito o que avançar (PRAIA GRANDE, 2015; PRAIA GRANDE, 2016a).

6.2.1.1. Ações de puericultura desenvolvidas no município de Praia Grande e Ações Preconizadas pelo Ministério da Saúde

Os 10 profissionais entrevistados se referem a 7 unidades de saúde. Aparentemente todas as unidades acompanham as crianças nos primeiros 6 meses mensalmente, após os 6 meses os protocolos variam segundo cada serviço. Algo em comum entre elas é que não há um protocolo específico para acompanhar os marcos do desenvolvimento, e 4 profissionais nunca usaram os protocolos indicados pelo Ministério da Saúde.

Tal resultado nos levanta um alerta para repensar a organização da atenção básica municipal, uma vez que existem pesquisas suficientes para justificar um acompanhamento mais assertivo nessa faixa etária bem como documentos oficiais que trazem as orientações e citam instrumentos de rastreio específicos.

Além dos documentos oficiais já citados neste estudo que orientam o uso das escalas de acompanhamento dos marcos do desenvolvimento na caderneta da criança, M-CHAT, IRDI.

Existem pesquisas recentes que discutiram tais ações como por exemplo a dissertação de Moura (2016) que verificou em seu estudo que o M-CHAT pode ser aplicado na consulta de enfermagem da atenção básica e ainda verificou durante a pesquisa que de 120 crianças, 11 foram identificadas com suspeita de TEA e foram encaminhadas para intervenção precoce nas unidades CAPSi da região.

Moura (2016) destaca e referencia as orientações do Ministério da Saúde ao dizer que o enfermeiro é o profissional que exerce um papel importante no acompanhamento da criança na atenção básica. O calendário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), define o seguimento da criança nas fases:

- Na 1º semana de vida
- No 1º mês
- No 2º mês
- No 4º mês
- No 6º mês
- No 9º mês
- No 12º mês
- No 18ºmês
- No 24º mês

Tais orientações também refletem a importância da educação permanente para garantir o acesso à informação e à reflexão da prática por esses profissionais (BRASIL, 2012b).

Oliveira (2019) traz a reflexão acerca da identificação precoce, pois esta permite o início da intervenção precoce, que pode trazer benefícios para a vida desses indivíduos, como melhora do prognóstico com ganhos significativos e duradouros, fato associado à plasticidade cerebral e à redução de gastos com tratamento tanto pela família como pelo sistema de saúde pública.

Em 2016 o Ministério da Saúde lançou o documento Estimulação Precoce na Atenção Básica, direcionado aos casos de microcefalia, mas que trazem muitas contribuições ao desenvolvimento atípico de modo geral, incluindo a criança autista. Este parágrafo traz com muita clareza os cuidados com a primeira infância.

A possibilidade de cuidado das crianças com alteração no desenvolvimento neuropsicomotor na Atenção Básica deve levar em conta a complexidade da ocorrência e a disponibilidade de diferentes profissionais nesses serviços, uma vez

que há casos que não precisarão de densidade tecnológica avançada. Nessas situações, a capacidade de cuidado na AB necessita da organização do processo de trabalho das eSF/eAB agregado ao saber de outros núcleos profissionais que podem compor o Nasf (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professor/profissional de educação física, assistentes sociais, nutricionistas). Cabe lembrar que é papel de todas as eSF/eAB, apoiadas ou não pelo Nasf, realizar a identificação precoce de sinais de desenvolvimento atípico e a busca ativa efetiva dos casos no território, favorecendo o cuidado em tempo oportuno e o direcionamento qualificado dos encaminhamentos necessários (BRASIL, 2016b).

Este documento ainda orienta que, por mais que a criança esteja em acompanhamento com equipes da especialidade, é papel da AB acompanhar o desenvolvimento da criança em todas as suas áreas (cognitiva, linguagem, motora e social) (BRASIL, 2016b).

(...)pelo contrário, essas equipes devem promover importante articulação, o que reforça o seu papel no acompanhamento conjunto dos casos de seu território. É importante também considerar interfaces com outros equipamentos do território não somente da saúde (serviços da assistência social, escolas, creches, projetos de economia solidária, entre outros) (BRASIL, 2016b. pág. 15).

A Tabela 8 demonstra as consultas e avaliações em relação aos marcos do desenvolvimento.

Tabela 8. Consultas e avaliação dos marcos do desenvolvimento

Consultas e avaliação dos marcos do desenvolvimento						
USAFA	Frequência			Ações	Instrumentos de marcos do desenvolvimento indicados pelo MS	
	6 meses	1 ano	2 anos			
1	Mensal	Não respondeu	Não respondeu	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, as vezes usa	
2	Mensal	Trimestral	Trimestral	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, nunca usou	
3	Mensal	Mensal	Procura da família	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, nunca usou	
4	Mensal	Bimestral	Trimestral e após dois Acesso avançado	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, usa com frequência após o NEP	
5	Mensal	Não respondeu	Não respondeu	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando até um ano	Não é protocolo, nunca usou	
6	Mensal	Mensal	Mensal após 2 anos semestral	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, as vezes usa	
7	Mensal	Bimestral	Trimestral, após 2 semestral após 3 anual	Realizada pelo enfermeiro e medico intercalando	Não é protocolo, nunca usou, mas usa Denver II	

Profissional 1 (enfermeiro): Geralmente a primeira consulta é feita pelo enfermeiro, e aí se necessário a gente encaminha para o médico. Se observarmos alguma alteração nos encaminhamos ao pediatra NASF. Se ele achar necessário a criança fica com ele e depois ele encaminha de novo para o médico da família. Para avaliação do desenvolvimento a gente utiliza aquele gráfico de peso e perímetro cefálico da carteirinha de vacina, e às vezes a escala dos marcos do desenvolvimento, e esse M-chat nunca usei.

Profissional 2 (enfermeiro): Primeira consulta pós-parto é pelo enfermeiro, e vai revezando com o médico, mensalmente. Após 6 meses as consultas são trimestrais. A criança vem para a vacina também, porém nesse momento só há atenção a vacina. Nós temos um protocolo a seguir próprio da puericultura, mas as vezes eu uso o da carteira de vacinação, mas nunca usei o M-chat.

Profissional 2.1 (enfermeiro): Na minha área não tem muita criança que usa o serviço público, mas geralmente elas acompanham só nos primeiros meses. Mas no primeiro ano de vida o ideal é que elas venham mensalmente e após o segundo ano a cada 6 meses. Para avaliação do desenvolvimento infantil a gente não usa um instrumento específico e também nunca usamos o M-Chat. Mas a gente vai conversando com a família e vai observando as questões clínicas, e comportamentos.

Profissional 3 (enfermeiro): A primeira consulta acontece sempre na primeira semana, onde acolhemos a família a criança vemos se está tudo bem. E depois disso são consultas mensais até 1 ano de idade. E se precisar atendemos em menor tempo. Após dois anos 2 em dois e vamos intercalando conforme necessidade. Avaliamos o aleitamento materno, desenvolvimento motor e cognitivo. A mãe nos primeiros meses tem bastante dificuldade principalmente na amamentação. Temos um protocolo de avaliação, porém não é um instrumento, mas um roteiro para avaliação. Para avaliação da criança eu não uso nenhum instrumento, pois eu acho que cria ansiedade nas mães. Mas nós profissionais temos o conhecimento e vamos orientando conforme a necessidade. Cada ação da criança na consulta é avaliada de forma natural. A mãe tem muito prazer em dizer sobre o filho assim também relatam quando apresentam dificuldades.

Profissional 4 (enfermeiro): A frequência das consultas são mensais até 6 meses, bimestral até 1 ano, trimestral até 2 anos, após 2 anos as consultas são no acesso avançado. As discussões de casos e avaliações são feitas com toda equipe e com o pediatra do NASF que vai na unidade 2 vezes na semana. Até a capacitação do SIPTEA eu não conhecia os instrumentos

de avaliação específico para TEA. Ai depois começamos a usar o M-Chat e a avaliação da carteirinha de vacina eu já usava em todas as consultas de puericultura.

Profissional 5 (enfermeiro): Na puericultura as consultas são intercaladas entre enfermeiro e médico. Se observarmos atraso do desenvolvimento pedimos auxílio do NASF. Mas a avaliação é clínica, observação e conversa com a família. Até o 1 ano a enfermagem intercala depois dessa idade é só com o médico. Quando a gente percebe uma dificuldade da criança no desenvolvimento infantil, nós avaliamos clinicamente, discutimos com o NASF para ver se tem risco. Se necessário encaminhamos ao SIPTEA. Mas não temos um protocolo de avaliação formal. E nunca usei o M-Chat.

Profissional 6 (médico): Com 1 semana de vida passa com enfermeiro e vai intercalando com médico, mensal. Até dois anos e depois semestral. Para avaliação do desenvolvimento infantil eu uso o M-Chat quando necessário e o da carteira de vacina da criança às vezes.

Profissional 7 (enfermeiro): A primeira visita do recém-nascido é feita pela enfermeira da equipe (tento ir nos primeiros 10 dias de vida) se tiver tudo bem marco retorno com médico quando o bebê completa 30 dias, até os 6 meses fazemos consultas mensais alternando médico e enfermeiro. Após seis meses até 12 meses marcamos bimestral alternando médico e enfermeiro. De 1 a 2 anos marcamos trimestral alternando médico e enfermeiro. Dos 2 aos 3 anos consulta semestral. Com 4 anos anual. Então eu uso escala de Denver II para avaliação do desenvolvimento infantil, mas eu não sei se meu médico usa. Porque não tem uma norma para o uso. Cada um usa a escala que prefere. A escala da carteira de vacina eu acho muito simplificada eu prefiro a Denver. Agora o M-Chat eu nunca usei, mas não sei porque. Essa é uma boa pergunta.

6.2.1.2. Grupos de orientação materno-infantil na puericultura

Dos 10 profissionais entrevistados apenas 6 relataram sobre a possibilidade de ter grupos ou que já realizavam grupos de puericultura ou de intervenção precoce.

O interessante é que é de consenso de todos que os grupos são uma ferramenta adequada para acompanhamento dessas famílias na atenção básica. Porém dos 6 entrevistados

apenas 3 profissionais relataram estar com algum grupo em funcionamento, destes 3 apenas dois participam de fato. A justificativa de não realizar essas atividades é a falta de tempo relacionado ao acesso avançado.

O documento do MS de 2016 aponta as estratégias da equipe NASF na estimulação precoce e destaca que:

Cabe ao Nasf desenvolver o trabalho em pelo menos duas dimensões: clínico assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2014b). A primeira produz ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL 2016).

Outras possibilidades de atuação do Nasf são os grupos terapêuticos (por exemplo, para realização de estimulação das habilidades da criança contando com a presença de mães, pais e/ou cuidadores), a visita domiciliar, as atividades de educação em saúde (como oficina com os cuidadores de creches do território quanto ao cuidado com essas crianças sob o ponto de vista psicomotor, alimentação etc.), demonstrando que é possível planejar atividades de maneira individual ou coletiva. Lembrando que elas podem acontecer na própria UBS ou em outros espaços do território (BRASIL,2016).

Como foco da atenção básica se destaca as seguintes ações:

- Avaliar e monitorar adequadamente o DNPM de todas as crianças.
- Definir agenda para acompanhamento periódico das crianças com alteração do DNPM pelas ESF/AB/Nasf.
- Promover a estimulação precoce das crianças, por meio de grupos, atendimento individual, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados
- Oferecer suporte psicossocial às famílias.
- Articular-se com outros pontos de atenção à saúde.
- Articular-se com equipamentos do território, como creches, escolas, Centro de Referência da Assistência Social e associações.
- Promover atividades de educação permanente, de acordo com as necessidades.

O protocolo sugerido pelo MS traz além da orientação de como abordar, acolher e avaliar as crianças na primeira infância, apresenta um quadro no capítulo 5, pág. 26 atividades que podem ser orientadas pelos profissionais da atenção básica aos familiares da criança com desenvolvimento atípico (BRASIL, 2016b).

A Tabela 9, apresenta as principais informações desse assunto e na sequência a fala dos profissionais referentes ao assunto. Os profissionais que não aparecerem aqui neste relato é porque direcionaram o assunto há outros temas dessa pesquisa o que podemos considerar uma falha na entrevista, por não retomar a pergunta aos entrevistados.

Tabela 9. Ações Grupais na Atenção Básica

Ações grupais na Atenção Básica		
USAFA	Grupos	Está funcionando?
3	Brincar – formiguinhos	Não, “falta de tempo”
5	Puericultura – marcos do desenvolvimento	Sim, Profissional 5: “eu não participo por conta do acesso avançado”
	Gestantes- com NASF	Sim – Profissional 8
	Shantala- com NASF	Sim - Profissional 9
6		Não- “sinto falta”

Profissional 3 (enfermeiro): Aqui na unidade nós iremos fazer grupos, e um dos projetos era o projeto "formiguinhos", onde o objetivo era estimular o brincar, a odonto ia participar também. Estávamos todos animados, mas não vingou, por falta de tempo e disponibilidades dos outros colegas da equipe, tenho até aqui olha o planejamento.

A enfermeira neste relatava emocionada contando sobre o Projeto Formiguinhos ao dizer que não “vingou”, o projeto estava sobre sua mesa.

Profissional 5 (enfermeiro): Eu gostaria de estar implantando os grupos mesmo na puericultura para ter um olhar diferenciado das mães em questão, desenvolvimento da criança, para elas começarem as vezes ainda identificar precocemente, porque esse é um dos objetivos, né o tratamento precoce. Então quanto mais cedo, mas antes até os três anos de idade. Foi isso que até vocês mesmo ensinaram, eu obtivi o conhecimento através de vocês no NEP. A gente sabe da intervenção que ela é muito importante para essas crianças. [...]Eu já tinha conversado já uma vez com a equipe do NASF da gente estar fazendo, e convocar essas mães, ou as que têm alteração para a gente observar e está introduzindo do grupo de Puericultura. Eu não tenho um grupo formado de Puericultura, mas a outra enfermeira tem um grupo formado puericultura. Eu almejo fazer de uma certa forma. E fazer de certa forma para que eu possa está orientando, entendeu essas principais alterações com esse objetivo da mãe percebeu quanto antes.

O profissional parecia estar refletindo sobre sua pratica nessa conversa, e as vezes suspirava ao dizer que a falta de tempo prejudicava.

Profissional 6 (médico): [...] sinto falta da organização de um grupo de crianças por exemplo para observar o comportamento ainda na USAFA.

Já os profissionais da área de psicologia e fisioterapia entrevistados relatam que existem grupos de puericultura e estimulação sensorial em algumas USAFA e que estes realizam o acompanhamento do DNPM das crianças. Cada serviço tem sua maneira própria de realizar

as orientações sobre DNPM e alegam não ter um protocolo único com instrumentos padronizados. Em geral, esses profissionais dão suporte a esses grupos e orientações às famílias, e alguns recorrem a cartilhas com marcos do desenvolvimento da criança como instrumento de orientação às famílias.

Profissional 8 (psicólogo): Existe os trabalhos preventivos, como grupos de estimulação sensorial que a fisioterapeuta do NASF faz e grupos de puericultura. Esse de puericultura acontecia na USAFA 5, mas não sei se continua. Mas especificamente para primeira infância como regra para nós NASF não existe, como eu falei cada profissional e USAFA trabalha de uma forma. Eu participava como apoio sempre que dava dos grupos da USAFA 5. Eu uso o M-Chat as vezes, e sempre oriento as equipes, mas acho que ninguém usa. Agora para acompanhar o desenvolvimento no geral eu não uso, quem acaba fazendo avaliações do DNPM é a fisioterapeuta, quando chamam ela.

Profissional 8 (psicólogo): Esse acompanhamento se dá geralmente através do grupo de puericultura das unidades com equipe multidisciplinar. No próprio grupo observamos algumas alterações e tiramos dúvidas das mães e profissionais e em caso de necessidade agendamos individual. Esses grupos são divididos por idade, por- exemplo de 0 a 6 meses, 7 a 12 meses e 12 a 24 meses. Mas esse esquema não é um protocolo do município. Isso aconteceu algumas vezes em umas das usadas que eu acompanho, que a USAFA 5. A USAFA X (não entrou na pesquisa) também mais ou menos nesse esquema, mas eu não acompanho mais. As outras que eu acompanho eu propus, mas acaba sendo diferente conforme a organização e necessidade da equipe. Acabo ficando só como apoio. O que a gente tem são as cartilhas que a gente deixa com as equipes que mostra os marcos do desenvolvimento, motor e principais características, né, sinal de alerta que são essas coisas que a gente acaba deixando de material de apoio.

Profissional 9 (fisioterapeuta): Grupo de gestantes tem em todas que eu acompanho, alguns nós fazemos o grupo de aleitamento e shantala, mas a única que tem a continuidade é a USAFA 5. Esse plano de cuidado aí até os dois anos de idade é o USAFA 5. Tem uma equipe bem diversificada de profissionais. Então enfermeiro, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, e em cada momento assim, a gente se divide, né para ter falas e orientações aí para as crianças, tanto para desenvolvimento motor, como da saúde bucal, avaliação, né, os marcos do desenvolvimento, a questões comportamentais questão da fala, né. Então várias outras, é temática que venham à tona e tem as avaliações, também né na parte. Enfermagem da parte clínica é feita nos grupos. São bem dinâmicos assim, é sugestões de brincadeiras. Então eu acho

que esse formato é o mais válido do que eu conheço dos territórios que eu já trabalhei a única unidade que desempenha desse formato que eu considero dentro das possibilidades que a gente tem hoje na praia grande o mais próximo do ideal.

Este profissional destacou bastante sua experiência na USAFA 5 e demonstrava satisfação, por outro lado se lamentava que não era um protocolo a ser seguido. Ao final da entrevista se mostrou esperançosa em poder garantir essa organização de grupos a todas as equipes.

6.2.2. Intervenção Precoce na Atenção Básica

Ao olhar a Tabela 10 e observar a fala de cada profissional, fica claro que a maioria dos técnicos acreditam que a intervenção precoce na atenção básica é a identificação e o encaminhamento para as especialidades. Já outros acreditam que a IP na AB é a identificação e intervenção. Dois relatam que não há IP na Atenção básica, mas que deveria acontecer. O profissional 2 relata que se tivesse orientação poderiam estar realizando, mas não define em sua fala qual modelo seria adequado. O profissional 9 descreve que não há intervenção precoce, por não haver protocolos, mas o projeto Canguru poderia ser um espaço de IP, porém não há protocolo para guiar a AB (PRAIA GRANDE, 2016b).

A fala de alguns técnicos demonstra a preocupação com a falta de protocolos definidos pelo município, e isso acarreta na conduta diferenciada de cada profissional. Onde alguns buscam seguir orientação do Ministério da Saúde e outros não, o que muitas vezes acaba se focando em questões de saúde clínica, deixando de lado a atenção psicossocial dessas famílias. Tal realidade pode estar relacionada ao encaminhamento tardio das crianças com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor a equipe SIPTEA.

Tais resultados vão de encontro com os referenciais teóricos apontados nas seções anteriores e aqui fica evidente o quanto o assunto é pertinente e deve ser abordado na atenção básica. Tais falhas na porta de entrada da saúde geram prejuízos aos acessos dos usuários SUS a toda rede de cuidado, e em consequência a intervenção tardia no desenvolvimento atípico da criança.

Steyer, Lamoglia e Bosa (2018), referem que a identificação tardia dos sinais de TEA estão relacionadas ao fato de que antes dos 3 anos de idade a manifestação dos sintomas são

sutis, muitas vezes não apresentam as estereotípias e o que se observa é a ausência de habilidades esperadas para aquela faixa etária. Além desses pontos o estudo discute que há ainda o desconhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil por parte dos profissionais e das famílias. Tal fato para dificuldade na identificação dos sinais nos leva ainda a pensar que os casos mais graves da deficiência tendem a ser identificados de maneira mais fácil do que aqueles que manifestam poucos sintomas e poucas dificuldades nas habilidades básicas do desenvolvimento.

Por mais que o tema “autismo” esteja mais falado ainda temos a realizada no Brasil de conclusão de diagnóstico aos 5 anos de idade (ZANOM *et al.*, 2017).

Um das hipóteses para a identificação tardia dos sinais de alerta para a criança com TEA e aplicação dos instrumentos de rastreio é a falta de capacitação, ou de educação permanente como defini o Ministério da Saúde, dos profissionais da atenção básica incluindo enfermeiros, pediatras, agentes comunitários em saúde e profissionais da educação (BRASIL, 2012b; PIERCE, 2016; ZANOM *et al.*, 2017; STEYER, LAMOGLIA e BOSA 2018).

O artigo de Steyer, Lamoglia e Bosa (2018) traz uma afirmação de muita importância que vale até uma citação direta:

Na área do TEA, tanto no cenário nacional como internacional, a maioria dos programas tem como alvo os profissionais com formação superior em saúde (médicos e enfermeiros), que atuam nos serviços de atenção primária em saúde (Barbaro *et al.*, 2011; Bordini *et al.*, 2015). Os resultados dos estudos têm demonstrado que após o programa, os profissionais identificaram um maior número de crianças com sinais de risco para o TEA quando comparado com os índices de identificação antes do mesmo (Barbaro *et al.*, 2011; Bordini *et al.*, 2015; Steyer, 2016; Swanson *et al.*, 2013).

No entanto a busca por uma rede qualificada de cuidado deve ser objetivada com muito cuidado, pois a identificação de sinais de risco de forma inadequada pode trazer preocupações desnecessárias as famílias, superlotação e aumento de filas de espera nos serviços especializados (STEYER, LAMOGLIA E BOSA 2018).

Para as autoras Barbaro e Dissanayake (2013), realizaram um estudo para validar um instrumento de rastreio dos sinais de risco para TEA sendo uma escala de vigilância de comportamentos sociocomunicativos a fim de ser aplicado pelos agentes de saúde na Austrália. Tal estudo demonstrou que foi possível identificar os atrasos do desenvolvimento entre 12 e 24 meses e sugerem que tal educação em saúde seja direcionada a todos os profissionais da atenção básica ligados a saúde materno infantil.

A Tabela 10 torna visível os principais pontos dessa discussão, e a seguir a fala de cada um dos profissionais referente a essa temática.

Tabela 10. Percepção dos profissionais sobre intervenção precoce na Atenção Básica

Percepção dos Profissionais Sobre IP na Atenção Básica

Profissional	Não Há	Identificação- Intervenção	Identificação- Encaminhamento	Há Projetos
1			X	
2	X			
2.1		X		
3		X		
4			X	
5			X	Grupo Formiguinhos
6			X	
7			X	
8	X			Método Canguru
9		X		Método Canguru

Profissional 1 (enfermeiro): Acho que é a identificação dos sinais e encaminhar ao cuidado adequado. Por que se você não detecta você não tem como encaminhar. Agente utiliza aquele gráfico de peso e perímetro cefálico da carteirinha de vacina, e às vezes a escala dos marcos do desenvolvimento.

Profissional 2 (enfermeiro): Então eu acho que de fato não fazemos, acho que se a minha equipe tivesse um momento de orientação sobre a intervenção precoce, nós conseguiríamos desenvolver ações aqui. Mas ia ser bom se tivéssemos esse vínculo com a especialidade. Tento utilizar o protocolo da carteira de vacina, mas nós temos um protocolo de puericultura próprio.

Profissional 2.1 (enfermeiro): Acho que acontece já na própria consulta. A comunicação com equipe também é. Também já na consulta é possível já fazer orientação a família para a estimulação da criança em casa. Essas orientações acabam ficando mesmo com a gente dá enfermagem. O ACS da minha equipe tem muita demanda burocrática e aí acaba que se perde mesmo essa função para o ACS. Na consulta médica acaba focando mesmo na parte

clínica. A gente não usa um instrumento específico. Mas a gente vai conversando com a família e vai observando as questões clínicas, e comportamentos.

Profissional 3 (enfermeiro): Com certeza a atenção básica faz intervenção precoce. Pois orientamos, acolhemos, e somos os primeiros a observar estas crianças. A mãe observa e acaba trazendo para a gente. A mãe é a primeira né. E nós orientamos de como estimular e a mãe traz para a gente. Por exemplo o Thiago, foi avaliado até pela pediatra do nasf. Ele chegou agora. E o Thiago não interage, fica disperso, então a gente conversou com a família e começamos a investigar, pois pode ser problema auditivo, ou outros detalhes e que precisa ser observado. Nesse caso foi a equipe que percebeu. A tia que tem a guarda recente não tinha percebido. Aqui na unidade nós iríamos fazer grupos, e um dos projetos era o projeto "formiguinhos", onde o objetivo era estimular o brincar, a odonto ia participar também. Estávamos todos animados, mas não vingou. Eu não uso nenhum instrumento, pois eu acho que cria ansiedade nas mães. Mas nós profissionais temos o conhecimento e vamos orientando conforme a necessidade. Cada ação da criança na consulta é avaliada de forma natural. A mãe tem muito prazer em dizer sobre o filho assim também relatam quando apresentam dificuldades.

Profissional 4 (enfermeiro): Olha as ações de intervenção precoce são as avaliações mensais, ficar de olho na evolução do profissional que fez anteriormente, e quando ele começa a ir para a creche é a parceria com a escola, os relatórios escolares e quando eles pedem para a gente avaliar é importante. Acho que é feito, mas não vou dizer que todos os profissionais ficam de olho nisso né, mas eu acho que já é feito na puericultura. Ainda não realizamos atividades de grupo, mas já pensamos em fazer, porém ainda não conseguimos. Até a capacitação do SIPTEA eu não conhecia os instrumentos. Ai depois começamos a usar o M-Chat e a avaliação da carteirinha de vacina eu já usava em todas as consultas de puericultura.

Profissional 5 (enfermeiro): Eu acho interessante essa questão da intervenção precoce que você falou. A gente não faz nada, além do que uma avaliação mesmo, né, essa avaliação do desenvolvimento da criança e tudo. Eu gostaria de estar implantando os grupos mesmo na policultura para ter um olhar diferenciado das mães em questão, desenvolvimento da criança, para elas começarem as vezes ainda identificar precocemente, porque esse é um dos objetivos, né o tratamento precoce. Então quanto mais cedo, antes até os três anos de idade. Foi isso que até vocês mesmo ensinaram, eu obtivi o conhecimento através de vocês no NEP. A gente sabe da intervenção que ela é muito importante para essas crianças. Então aí eu fiquei pensando nisso, de estar desenvolvendo os seus trabalhos, mas eu não consegui desenvolver ainda infelizmente. [...] Quando a gente percebe uma dificuldade, nós avaliamos clinicamente,

discutimos com o NASF para ver se tem risco. Se necessário encaminhamos ao SIPTEA. Mas não temos avaliação formal. A gente sabe da intervenção que ela é muito importante para essas crianças.

O profissional 6 relacionou a IP ao questionário M_CHAT e aos grupos que sente falta. (relato colocado anteriormente na sessão de grupos).

Profissional 7 (enfermeiro): Acho que a ação de intervenção precoce seria a identificação rápida dos casos suspeitos, na minha unidade alguns profissionais realizam, mas outros não, isso atrasa o diagnóstico e a melhora do desenvolvimento da criança. Acho que poderíamos fazer orientações dos profissionais para a utilização de instrumentos como m-chat para identificar precocemente os casos. Então eu uso escala de Denver II, mas eu não sei se meu médico usa, porque não tem uma norma para o uso. Cada um usa a escala que prefere.

Profissional 8 (psicólogo): Olha eu vejo que os profissionais da atenção básica não conseguem ter essa dimensão do cuidado. Não temos, cada USAFA é desenvolvido um projeto diferente ou nenhum. Tudo vai depender da interação do profissional do NASF com a equipe da USAFA. Na verdade, há uma tentativa de implementar o Método Canguru na atenção básica. Acho que o canguru é uma ação mesmo. E a coordenadora do NASF incentiva muito método canguru no município. Acho que ela é a madrinha, né do método ela que sempre incentivou na prática. Infelizmente, acho que não acontece muito, porque o que a gente vê todos os anos que a gente faz a formação com a NEP, é um esquecimento dos profissionais. A gente vê que não é muito utilizado na prática, eles falam que os bebês quando chegam para eles já tão maiores e acho que eles acabam esquecendo e a gente vê na prática que às vezes acontecem alguns erros até de esquecer de perguntar para a família se é prematuro, e ainda de fazer todos os cuidados que é necessário nesses casos. Então, na verdade, o que acontece mesmo é que em outubro, que é uma lei municipal do Método Canguru, a gente do NASF aproveita para puxar as unidades para fazer eventos, e conscientizar dessa importância. Então, na prática, eu sei que tem alguns profissionais específicos que se preocupam muito com essas questões olham para isso e como tudo né e se dedicam. Mas não é uma coisa que é a gente pode falar assim, não são todos os profissionais que seguem esse mesmo padrão. Que olham para essa mesma coisa. Infelizmente eu vejo assim, sabe.

Profissional 9 (fisioterapeuta): Em relação a ... ao planejamento para primeira infância é a única USAFA que eu que eu atendo né, das três, eu trabalho. Grupo de gestantes tem em todas, alguns nós fazemos o grupo de aleitamento e shantala, mas a única que tem a

continuidade é a USAFA 5. Esse plano de cuidado aí até os dois anos de idade é o Ribeirópolis. Tem uma equipe bem diversificada de profissionais. Então enfermeiro, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, e em cada momento assim, a gente se divide, né para ter falas e orientações aí para as crianças, tanto para desenvolvimento motor, como da saúde bucal, avaliação, né, os marcos do desenvolvimento, a questões comportamentais e questão da fala, né. Então várias outras, é temática que venham à tona e tem as avaliações, também né na parte. Enfermagem da parte clínica é feita nos grupos. São bem dinâmicos assim, é sugestões de brincadeiras. Então eu acho que esse formato é o mais válido do que eu conheço dos territórios que eu já trabalhei a única unidade que desempenha desse formato que eu considero dentro das possibilidades que a gente tem hoje na praia grande o mais próximo do ideal. [...] Então existe o método Canguru, mas que para mim vem pouco. Poucos bebês quando chegam prematuros. A equipe traz para discutir pelo menos comigo fisio. Eu acho que é mais acompanha com a pediatria do NASF. Mais para a fisioterapia são poucos. Já acompanhei alguns casos, mas são raros na Ribeirópolis a enfermeira Ângela, que é responsável pelo método canguru. Sempre que achar pertinente alguma coisa do desenvolvimento, alguma dúvida. Ela chama para a gente está avaliando da fisioterapia, mas é uma das poucas enfermeiras que eu percebo isso está. De uma forma geral a equipe acaba conduzindo sozinha e não tem muito essa troca de saberes. Esse cuidado mais compartilhado aí em relação ao método. Não a gente trabalha bastante a conscientização dos profissionais, né no mês e na semana do método canguru, mas de uma forma geral nas USAFAs, eu não vejo isso muito presente.

6.2.3. O acesso avançado na Atenção Básica

Nas falas dos profissionais entrevistados, algo interessante pontuado por alguns profissionais foi o acesso avançado. Nas entrevistas piloto já apareceram nos relatos queixas sobre esse modelo de intervenção. Tal assunto não foi colocado no roteiro da entrevista, porém durante as conversas com os entrevistados, 4 profissionais trouxeram à tona este assunto, 3 como crítica e 1 como elogio, mas essa modalidade de organização de trabalho toma muito tempo e energia do profissional para atender demandas não agendadas e imprevistos, o que desvitaliza as ações mais programadas e planejadas de seu dia, tais como as consultas e grupos. Dessa forma, o trabalho grupal, as ações mais educativas e de promoção de saúde acabam ficando em segundo plano, e a energia do profissional acaba ficando direcionada para

responder de forma individualizada aos imprevistos do dia, o que por um lado acolhe sofrimentos importantes, garante acesso e acolhimento, mas não constrói ações programadas e de educação em saúde, como seriam as ações de intervenção precoce.

De acordo com Cirino *et al.* (2019) o acesso avançado tem uma única regra: “faça o trabalho de hoje, hoje”:

É uma forma de organização do serviço que permite que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção. Este sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em até 48 horas, favorecendo a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem recursos adicionais (CIRINO *et al.*, 2019).

O estudo de Faria (2017) aponta os pontos positivos e negativos do acesso avançado e destaca haver evidências científicas de sua eficácia nos Estados Unidos, mas que há escassez de pesquisas nacionais. Entre os pontos positivos há a eliminação da espera para ser atendido e como um dos pontos negativos é difícil cuidar dos horários de trabalho, uma vez que não há agenda.

Faria (2017) afirma que esse modelo de atenção requer uma mudança de paradigmas entre profissionais e usuários, pois rompe com a distinção entre rotina e urgência. Já Gusso e Poli Neto (2012) destacam a importância de proteger e controlar o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida.

Pires Filho *et al* (2019) recomendam a adoção de uma organização em que haja uma agenda aberta e uma agenda protegida destinada a consulta de pré-natal, puerpério, puericultura. Desta forma, define que 90% da agenda pode ser aberta e 10% destinada a agenda protegida.

Quadro 10. Relatos sobre o Acesso Avançado

Profissional	Acesso avançado
2.1	A nossa agenda fica toda comprometida. E aí nós acabamos deixando de lado questões que não são urgentes.
5	Por conta do acesso avançado. Ele destrói muito essa questão da atenção básica. Dessa questão da saúde da comunidade, não dá para a gente trabalhar e formar grupos, porque ele ocupa muito tempo da gente, e às vezes a gente tem muitas prioridades e isso daí está sufocando e fazendo com que a gente não abra uma oportunidade para fazer essas coisas.
6	-
8	É um assunto bem polêmico, né, tem os profissionais que adoram, os profissionais que odeiam que é a grande maioria. [...] Hoje em dia, coloca a culpa do mundo nesse acesso avançado, mas eu acredito que eles não entendem como funciona mesmo. [...] eles fazem de uma maneira errada, praticamente um pronto socorro.
9	Eu acho válido o acesso avançado. Eu acho que, quando bem feito ele é benéfico, né que o paciente ele fica ali com a equipe que conhece o caso dele que está dentro do território dele que conhece a realidade e o contexto dele. [...] o acesso que eu percebo é que a população não entende muito a proposta. [...] Patti a maioria dos profissionais, não sabem trabalhar em atenção básica, né. Eles não sabem que a estratégia saúde da família e eles atendem só com agenda marcada. Eles gostam na hora marcada. Eles gostam de separar

	as agendas por demandas, eles não atendem a família como um todo. Eles não vêm a comunidade é muito difícil para eles expandir esse olhar assim. Eles têm muito essa dificuldade, né.
--	---

Profissional 2.1 (enfermeiro): De início esse cuidado da criança autista acaba não sendo de perto pela atenção básica. E isso se perde. Eu acredito que deveríamos ter mais atenção para eles. De repente fazer alguma ação com esses grupos, mas com o acesso avançado a nossa agenda fica toda comprometida. E aí nós acabamos deixando de lado questões que não são urgentes. Pelo menos para nós enfermeiros.

Profissional 5 (enfermeiro): [...], mas eu não consegui desenvolver ainda infelizmente, por conta do acesso avançado. Ele destrói muito essa questão da atenção básica. Dessa questão da saúde da comunidade, não dá para a gente trabalhar e formar grupos, porque ele ocupa muito tempo da gente, e às vezes a gente tem muitas prioridades e isso daí está sufocando e fazendo com que a gente não abra uma oportunidade para fazer essas coisas. Se bem que é um dos meus objetivos, assim que a passar essa pandemia, tudo eu reestruturar na unidade.

Profissional 8 (psicólogo): Acesso avançado é um assunto bem polêmico, né, tem os profissionais que adoram, os profissionais que odeiam que é a grande maioria, na minha opinião. Hoje em dia, coloca a culpa do mundo nesse acesso avançado, mas eu acredito que eles não entendem como funciona mesmo. Não entendem o que é, não entendem o funcionamento. Eles fazem de uma maneira errada, praticamente um pronto socorro. Na verdade, mesmo Patti a maioria dos profissionais, não sabem trabalhar em atenção básica, né. Eles não sabem que a estratégia saúde da família e eles atendem só com agenda marcada. Eles gostam na hora marcada. Eles gostam de separar as agendas por demandas, eles não atendem a família como um todo. Eles não vêm a comunidade é muito difícil para eles expandir esse olhar assim. Eles têm muito essa dificuldade, né. Acho que, talvez, não sei se a dificuldade é essa falta de vontade mesmo para alguns. Também tem aquele hábito administrativo, então assim, eles têm às vezes a consciência do que é, mas, administrativamente eles são cobrados no funcionamento administrativo, e fica difícil mesmo para eles. Acabam querendo pronto socorro, mesmo né, demanda, demanda, demanda, número, número, número e aí fica bem difícil.

Profissional 9 (fisioterapeuta): Eu acho válido o acesso avançado. Eu acho que, quando bem feito ele é benéfico, né que o paciente ele fica ali com a equipe que conhece o caso dele que está dentro do território dele que conhece a realidade e o contexto dele. E muitas vezes ele não precisa ir para o pronto socorro. Mas a população acaba não entendendo muito bem.

Ele vai ter o atendimento ali, então vai ficar esperando muito para ter uma consulta e o acesso que eu percebo é que a população não entende muito a proposta. Sempre os mesmos sendo atendidos, sabe aqueles pacientes meio que hiperfrequentadores que não entendem muita proposta. É da parte muito imediatista o paciente de achar que se não sair ali com uma receita do médico, não está. Feito com encaminhamento, ele não está satisfeito. Então acho que falta um pouco também de compreensão da população sobre o SUS sobre os níveis de atenção de entender um pouquinho também tirar sair um pouquinho dessa figura, muito centrada no médico, né. Então muitos casos, dá para ser compartilhados com os outros. Não necessariamente precisa passar numa consulta médica. Muitas vezes a enfermeira consegue resolver ali, né no primeiro contato ali com o paciente. Quem faz o acolhimento e muitas vezes eles não saem satisfeitos porque eles queriam passar com o médico. Então assim tem muito essa visão Médico com ainda muito centrada no médico e não na equipe, mas eu acho válido sim. Eu acho que que facilita, né o acesso e eu acho positivo assim um acesso avançado quando bem aplicado.

6.2.4. Educação permanente em saúde

Os espaços de EP no município acontecem com a periodicidade mensal. Os profissionais se dirigem até o polo do NEP, e cada turma participa de um período do dia, ou manhã ou tarde. A maioria deles são em formatos de aulas dispositivas. Os temas seguem um planejamento semestral. Tais informações foram obtidas com alguns profissionais durante as entrevistas, porém, não são dados oficiais, e não é o foco desse estudo analisar a estrutura do NEP de Praia Grande- SP.

Foram destacadas as capacitações no método Canguru e sobre mortalidade infantil, e para a maioria desses técnicos as melhores capacitações são aquelas com uso de metodologias mais ativas e participativas, sobretudo as que usam recursos lúdicos como teatro e música.

Alguns entrevistados elogiaram a discussão que realizaram com a equipe do SIPTEA nos espaços de educação permanente organizados pela secretaria de saúde da Praia Grande, e destacaram que a entrega de materiais para uso na prática foi relevante e passaram a adotar esse material no seu cotidiano, conforme mesmo os relatos nas categorias anteriores.

Os profissionais tendem a desejar espaços de educação permanente com temáticas mais específicas às suas práticas e que de preferência acontecessem nos serviços em que atuam, lembrando que é função do NASF também promover o apoio pedagógico às equipes.

Um dos entrevistados destaca que percebe em sua prática a falta de retorno após as EPs e reitera que a EP no formato atual (aulas dispositivas com temas gerais, como ele citam) não tem conseguido mudar a prática dos profissionais, pois a conduta antiga tem permanecido.

A experiência de Maranhão *et al.* (2019) destaca um serviço criado em 2016 que segue na mesma linha do SIPTEA. O serviço apresentado no Artigo é chamado de SATEA – Serviço de Atenção ao Transtorno do Espectro Autista.

O Satea está inserido no SUS como serviço de referência ambulatorial para a atenção à saúde materno-infantil e para habilitação/reabilitação auditiva, motora e intelectual, na proposta de Educação Baseada na Comunidade. A criação do Satea veio com a prerrogativa de atuar na formação, desenvolvimento e educação permanente de profissionais de saúde, desenvolvendo ações integradas de ensino, pesquisa e extensão centradas nas concepções de responsabilidade social, equidade, qualidade e eficiência, para gerar evidências científicas, desenvolver estratégias e promover parcerias capazes de fortalecer e auxiliar o Sistema Único de Saúde (SUS) (MARANHÃO *et al.*, 2019).

Tal estudo demonstra o quanto a educação permanente se faz necessária nessa temática, para a articulação e a efetividade do cuidado em rede.

De acordo com Bárbaro e Dissanayake. (2013) apenas um estudo piloto foi publicado no país no que se refere a educação em saúde dos profissionais da atenção primária no Brasil. O estudo piloto de Bordini *et al.* (2014) demonstrou que após o ensino em saúde o treinamento como chamaram dos profissionais da atenção primária, a identificação e encaminhamento dos casos suspeitos aos serviços especializados aumentaram 6 vezes comparados a 4 meses anteriores a pesquisa. Desta forma concluíram que a metodologia utilizada de educação em saúde em 5 sessões de treinamentos semanais de 3 horas, podem ser consideradas promissoras.

Em relação ao SIPTEA conforme apresentado neste estudo no quadro 2, em 2018 foi realizada a primeira participação dos especialistas SIPTEA no Núcleo de Educação Permanente do município, o que promoveu uma maior divulgação do trabalho realizado, para as equipes da AB. Os registros administrativos internos do serviço revelam que após as participações dos profissionais do SIPTEA nas reuniões do Núcleo de Educação Permanente e as diversas visitas

nas unidades básicas de saúde, constata-se uma diminuição na faixa etária dos encaminhamentos ao serviço.

Nesse quadro abaixo (Quadro 11) podemos perceber que os temas marcantes para os entrevistados, foram aqueles apresentavam algum produto como materiais impressos, ou que promoviam ações dos profissionais como teatro, música e oficina. Por outro lado, um dos entrevistados relata gostar do modelo de aulas dispositivas.

Quadro 11. Reflexões acerca dos temas marcantes para os profissionais³

Reflexões acerca dos temas marcantes para os profissionais		
Profissional	Temas marcantes	Reflexões
1	SIPTEA que mostrou a carteira de acompanhamento do desenvolvimento infantil e isso fez muito sentido para minha prática.	Isso fez muito sentido para minha prática
2	Mortalidade infantil, foi tensa, mas importante.	A educação permanente nos mostra que nós temos potencialidade para mudar essa realidade, com o trabalho em equipe.
2.1	O método canguru	Em forma de arte, música e isso foi bem interessante. Os mais dinâmicos são mais efetivos, pois trazem a relação com a prática. É importante a interação entre as pessoas, e não focar na teoria maçante.
3	Legal foi o folheto que vocês entregaram na e do siptea, pois eu não tinha por isso não usava também	Eu acho que seria interessante e muito mais dinâmico se colocassem específico, para enfermeiros, médicos e auxiliares. Pois eu não faço encaminhamento e tenho que participar de capacitação de encaminhamento.
4	“Foi o bebê canguru e vacinas”	E acho que poderia ser perguntado aos profissionais que assuntos seriam pertinentes, afinal somos obrigados (não dá formas ruim da palavra) a ir então seria legal que todas as vezes os assuntos fossem pertinentes e interessantes para nós. Algumas capacitações foram sem nexos, e isso não é legal.
5	“O siptea”	Pois vocês mostraram a escala de acompanhamento dos marcos do desenvolvimento e a necessidade de identificação precoce. E eu fui buscar saber mais na internet.
6	“De PTS e a de saúde mental,”	Que foi muito esclarecedor e enriquecedor com a dinâmica de teatro, pois tira do formato "sala de aula" que em si já traz muito impacto.
7	“O siptea”	Eu prefiro as EP em formato de aula mesmo, gosto de receber o conhecimento, prefiro as aulas dispositivas.
8	“Já dei um NEP sobre bebê canguru.”	Eu acho que seria interessante que os NEPS fossem nas unidades. Inclusive uma das funções do nasf é fazer educação permanente e seria interessante que esses momentos fossem dentro da unidade com situações e demandas de cada equipe e território. Pois cada usafa

³ Quadro 11 continua na próxima página

		tem uma demanda e uma realidade. Quando você faz um NEP abrangente não têm troca e as pessoas acabam ficando passivas e quando elas falam não são ouvidas. E aí eu acho mais difícil de internalizar os assuntos e relacionar com a prática. Se a reunião de equipe acontecesse poderíamos usar esse espaço também para EP. eu acho que ia ser muito mais produtivo.
9	Profissional que faz NEP	Seria sei lá a forma que eu que eu percebo através de oficinas, outros tipos de capacitação, às vezes focado mais no público alvo que vai atuar naquilo porque às vezes os temas não são muito pertinentes. Formato atual acesso não é muito interessante e acaba que a pessoa não presta atenção. Fica no celular. Acaba não sendo participativo, sendo uma coisa muito mandatária para todo mundo e às vezes não atinge a proposta. Aí as dúvidas elas permanecem, OS encaminhamentos permanecem, então a gente vê que se o NEP fosse feito através de grupos menores, em forma de oficinas, ou uma vivência com feedback na hora. De repente, o treinamento dentro da usafa, fosse um pouquinho mais efetivo. Porque essa forma que está hoje, a gente vê que as práticas permanecem as mesmas mesmo depois do NEP.”

Profissional 1 (enfermeiro): Bastante coisa está sendo novidade para mim na educação permanente, o que eu acho que é importante e efetivo é que quem for passar o conteúdo, seja alguém que domine o tema, mas de forma geral todas as que eu participei foram interessantes e o que eu gostei foi a EP do SIPTEA que mostrou a carteira de acompanhamento do desenvolvimento infantil e isso fez muito sentido para minha prática.

Profissional 2 (enfermeiro): A capacitação que aconteceu o mês todo sobre mortalidade infantil, foi tensa, mas importante. E me fez refletir bastante sobre a prática. Principalmente pois eu atuava no hospital e agora estou na atenção básica então estou fazendo essa relação e essa avaliação do trabalho em rede. E comecei a me colocar mais no lugar do outro profissional. Pois no hospital acontecia muito julgamento da atenção básica, quando a mãe chegava lá em situação já complicada de saúde. E a educação permanente nos mostra que nós temos potencialidade para mudar essa realidade, com o trabalho em equipe.

Profissional 2.1(enfermeiro): O que marcou foi sobre o método canguru, pois trouxe em forma de arte, música e isso foi bem interessante. Os mais dinâmicos são mais efetivos, pois trazem a relação com a prática. É importante a interação entre as pessoas, e não focar na teoria maçante.

Profissional 3 (enfermeiro): O que achei muito legal foi o folheto que vocês entregaram na e do siptea, pois eu não tinha por isso não usava também. Achei interessante a ferramenta. Eu acho que seria interessante e muito mais dinâmico se colocassem específico, para

enfermeiros, médicos e auxiliares. Pois eu não faço encaminhamento e tenho que participar de capacitação de encaminhamento. Acho que seria mais eficaz.

Profissional 4 (enfermeiro): Algumas capacitações foram muito importantes para o trabalho, ajudam muito nos atendimentos. Assuntos que mais se destacaram para mim foi o bebê canguru e vacinas. Para mim, quanto mais dinâmico melhor. E acho que poderia ser perguntado aos profissionais que assuntos seriam pertinentes, afinal somos obrigados (não dá formas ruim da palavra) a ir então seria legal que todas as vezes os assuntos fossem pertinentes e interessantes para nós. Algumas capacitações foram sem nexos, e isso não é legal.

Profissional 5 (enfermeiro): Acho que a capacitação do siptea foi o que mais marcou, pois vocês mostraram a escala de acompanhamento dos marcos do desenvolvimento e a necessidade de identificação precoce. E eu fui buscar saber mais na internet.

Profissional 6 (médico): Momento significativo houve vários, mas o que eu me lembro bem foi o de PTS, onde tivemos a "tarefa para casa" de montar um pts. a outra foi a de saúde mental, que foi muito esclarecedor e enriquecedor com a dinâmica de teatro, pois tira do formato "sala de aula" que em si já traz muito impacto.

Profissional 7 (enfermeiro): Gosto das EPs que fazem orientações clínicas e dos serviços da rede, como por exemplo quando o siptea apresentou. Que eu nem sabia que existia. Foi explicado como funciona, quais os profissionais envolvidos, público a qual se destina e como encaminhar. A maioria das EPs são produtivas, pois sempre aborda assuntos da nossa vivência profissional. O formato de intercalar o assunto abordado com a nossa realidade e a maneira mais esclarecedora. Eu prefiro as EP em formato de aula mesmo, gosto de receber o conhecimento, prefiro as aulas dispositivas.

Profissional 8 (psicólogo): Eu já dei um NEP sobre bebê canguru. E aí nós fizemos teatro, é bem dinâmico. E foi bem difícil. As pessoas não queriam participar. Usamos algumas técnicas de sensibilização. Mas no final tivemos uns retornos positivos dos participantes. Eu acho que seria interessante que os NEPS fossem nas unidades. Inclusive uma das funções do nasf é fazer educação permanente e seria interessante que esses momentos fossem dentro da unidade com situações e demandas de cada equipe e território. Pois cada usafa tem uma demanda e uma realidade. Quando você faz um NEP abrangente não têm troca e as pessoas acabam ficando passivas e quando elas falam não são ouvidas. E aí eu acho mais difícil de internalizar os assuntos e relacionar com a prática. Se a reunião de equipe acontecesse poderíamos usar esse espaço também para EP. eu acho que ia ser muito mais produtivo.

Profissional 9 (fisioterapeuta): Eu vejo que não funciona pelo menos assim o que eu vejo em relação ao que é bordado e o que acontece nas Usafa né? Então eu imagino. Seria sei lá a forma que eu que eu percebo através de oficinas, outros tipos de capacitação, às vezes focado mais no público alvo que vai atuar naquilo porque às vezes os temas não são muito pertinentes. As pessoas acabam ficando dispersas, né ou a forma da apresentação, Formato atual acesso não é muito interessante e acaba que a pessoa não presta atenção. Fica no celular. Acaba não sendo participativo, sendo uma coisa muito mandatória para todo mundo e às vezes não atinge a proposta. Igual em relação ao SIPTEA, eu não sei como que é para vocês é a devolutiva, mas para a gente não é positiva, pelo menos para mim, não chega essa demanda, acho que para psicóloga deve chegar essa demanda, mas para mim da Fisio, nunca chegou nenhum caso em específico para ser discutido em relação ao desenvolvimento junto, às vezes vem alguma coisa do desenvolvimento motor. Nunca fui abordado nada em relação ao SIPTEA. E a gente percebe isso em outras capacitações do NASF, também que a gente já fez várias, né. Nesse decorrer. Aí as dúvidas elas permanecem, os encaminhamentos permanecem, então a gente vê que se o NEP fosse feito através de grupos menores, em forma de oficinas, ou uma vivência com feedback na hora. De repente, o treinamento dentro da usafa, fosse um pouquinho mais efetivo. Porque essa forma que está hoje, a gente vê que as práticas permanecem as mesmas mesmo depois do NEP.

6.2.5. Plano Terapêutico Singular

O plano terapêutico singular é previsto em todas os documentos oficiais do Ministério da Saúde. É possível ainda dizer que não há como estabelecer metas de trabalho e organizar o cuidado de qualquer indivíduo sem um plano terapêutico. O PTS é responsável por organizar o cuidado e garante que a atenção em saúde respeite as singularidades dos sujeitos e envolva questões da rede de saúde e do intersetor. Vale lembrar aqui os conceitos também da Classificação Internacional e Funcionalidade (CIF), pois o plano terapêutico deve buscar sempre a funcionalidade desse indivíduo. Porém a realidade apresentada nessa pesquisa é diferente do que observamos na teoria, pois ainda consiste em um grande desafio a construção de PTS na AB, segundo as falas dos profissionais entrevistados.

De modo geral a maioria já participou desses espaços, porém não parece fazer parte da rotina de trabalho de alguns, como demonstrado no Quadro 12.

Quadro 12. Experiência com PTS

Profissional	Experiência com PTS	Utilização
4	Eu nunca fiz PTS	
5	Eu nunca participei de PTS	
6	E foi em conjunto com a equipe e a diretora da unidade. Tivemos bons resultados nesse caso. Era uma criança com suspeita de maus tratos, ”	Já construiu
7	Psiquiátrico juntamente com o CAPS e a equipe da unidade. Esse paciente não aceitava profissionais da saúde. Era um jovenzinho de 15 anos. Aí nós combinamos de levar o psiquiatra na casa, junto com a equipe do caps. Aí nós falamos para o paciente que éramos profissionais da dengue e que iríamos entrar na casa. Aí enquanto alguns profissionais simulavam a orientação da dengue o médico avalia ele. E depois conseguimos dar a medicação por injeção. E dissemos que era vacina. Depois disso conseguimos ter melhores evoluções do caso.	Já realizei a construção de um pts
8	A gente sempre estimula a equipe a fazer junto muitas vezes. Mas eles sempre não querem fazer porque não querem ter mais trabalho. Não querem ter mais dor de cabeça. Achar que essas reuniões não adiantam de nada, mas as equipes que tão afim mesmo de resolver o caso, querem ajudar e fazem muito bem. Mas a maioria não sabe nem como começar a gente tem que fazer tudo convocar os participantes	É a gente faz PTS sim de casos complexos. A gente da equipe multi. Porque o NASF são duas equipes totalmente diferentes a médica e a de multiprofissionais
9		Os PTS são bem comuns nas USAFAs que eu acompanho.

Profissional 4 (enfermeiro): Eu nunca fiz PTS

Profissional 5 (enfermeiro): Eu nunca participei de PTS

Profissional 6 (médico): Já construiu e foi em conjunto com a equipe e a diretora da unidade. Tivemos bons resultados nesse caso. Era uma criança com suspeita de maus tratos, não chegamos a finalizar e chamar outros serviços porque o caso foi resolvido pelo pai da criança que conseguiu a guarda.

Profissional 7 (enfermeiro): Já realizei a construção de um pts para paciente psiquiátrico juntamente com o CAPS e a equipe da unidade. Esse paciente não aceitava profissionais da saúde. Era um jovenzinho de 15 anos. Aí nós combinamos de levar o psiquiatra na casa, junto com a equipe do caps. Aí nós falamos para o paciente que éramos profissionais da dengue e que iríamos entrar na casa. Aí enquanto alguns profissionais simulavam a orientação da dengue o médico avalia ele. E depois conseguimos dar a medicação por injeção. E dissemos que era vacina. Depois disso conseguimos ter melhores evoluções do caso.

Profissional 8 (psicólogo): É a gente faz PTS sim de casos complexos. A gente da equipe multi. Porque o NASF são duas equipes totalmente diferentes a médica e a de

multiprofissionais. A gente faz é o PTS nos casos mais complexos. A gente sempre estimula a equipe a fazer junto muitas vezes. Mas eles sempre não querem fazer porque não querem ter mais trabalho. Não querem ter mais dor de cabeça. Achem que essas reuniões não adiantam de nada, mas as equipes que tão afim mesmo de resolver o caso, querem ajudar e fazem muito bem. Mas a maioria não sabe nem como começar a gente tem que fazer tudo convocar os participantes. E discutir o caso pensar e normalmente o que a gente faz é dos casos bem complexos. A gente convoca serviços externos, de outras secretarias, assistente social. Mas o que eu sinto muita falta é que deveria acontecer nos casos do NASF. Isso a gente não consegue fazer, muita gente tenta essa conversa, mesmo, mas nunca uma conversa de vamos sentar e vamos fazer o nosso PTS. É bem complicado.

Profissional 9 (fisioterapeuta): Os PTS são bem comuns nas USAFAs que eu acompanho. Então, os PTS, a gente faz dos casos complexos que chegam para a gente dá unidade e aí a gente percebe que, de repente, só uma categoria profissional ou só a saúde não dá conta da do recado e a gente precisa, é juntar outros saberes. Profissionais para continuar e dar uma integralidade naquele cuidado, então é contemplado em muitos casos conversei lá na educação CRAS, CREAS, dependendo do caso que a gente precise. Aí, as reuniões são feitas, geralmente na USAFA, ou em algum equipamento que melhor se localiza para todo mundo e para o paciente. Eh é feita apresentação do caso discussão. Cada membro da equipe envolvido fala, coloca suas pactuações para família e o paciente. O paciente participa e ele dá o parecer se ele concorda ou não. Ele assina o documento e a gente marca uma reavaliação desse PTS. Ele vai eh em construção, né, sendo reavaliado, sendo reconstruindo de acordo com a necessidade da demanda. O paciente sempre participa. Tivemos um caso de uma gestante adolescente de 13 anos, que foi um parto normal com intercorrências e o bebê nasceu com paralisia cerebral. Aí nós fizemos um PTS, porque ele teve problemas nutricionais e teve que usar sonda. Aí nós acionamos o CER. Mas a fisioterapeuta do CER não pode participar. A nutricionista, assistente social e psicóloga do NASF, junto com a USAFA e conselho tutelar. E depois de um mês a gente voltou a se reunir.

7. DISCUSSÃO

Vamos iniciar esta discussão falando sobre a puericultura na atenção primária, um ponto importante a ser destacado nessa pesquisa refere-se ainda à falta de conhecimento que o sistema

de saúde, seja ele público ou privado, tem em relação ao diagnóstico e tratamento do pessoa com autismo, e isso se reflete na falta de políticas públicas direcionadas a essa população bem como a ausência de protocolos de cuidados bem descritos, apesar de já existirem estudos científicos que demonstram os caminhos a serem percorridos principalmente na primeira infância. Esta pesquisa revela, mesmo com uma amostra pequena de entrevistados, a ausência de protocolos definidos para se abordar a primeira infância de modo geral, ficando a critério do profissional criar seus próprios meios de trabalho.

O Quadro 9 nos mostra esta realidade, nenhum profissional segue um protocolo específico do município para a primeira infância. E podemos observar nesse momento da pesquisa que alguns profissionais seguem as diretrizes do Ministério da Saúde porém outros não, e ai podemos levantar algumas hipóteses como a falta de acesso a essa informação, a falta de discussão sobre esses assuntos nos espaços de educação permanente, a dificuldade na organização da rotina de trabalho desses profissionais, o excesso de trabalho, a falta de técnicos suficientes, a falta de prioridades na pauta da intervenção precoce na primeiríssima infância na AB, e ainda até mesmo a falta de incentivo aos profissionais. Em 2020 o Ministério da Saúde lançou a segunda edição da caderneta da criança onde traz com praticidade formulários para acompanhamento da primeira infância, o que facilitaria muito o processo de trabalho dos profissionais.

Nessa cartilha é apresentado um *checklist* do que avaliar e observar em relação aos marcos do desenvolvimento infantil. O interessante é que o acesso ao documento é gratuito, porém poucos utilizam tal recurso, como mostra esta pesquisa. Uma possibilidade prática seria que cada gestor fizesse a busca a este documento e disponibilizasse de maneira pratica nos prontuários das crianças. A caderneta geralmente é entregue na própria maternidade no nascimento da criança, porém sabemos que muitas vezes tais recursos não chegam, mas é facilmente prático buscar pelo documento nos sites oficiais. Fica então aqui está reflexão e indicação para organização dos protocolos municipais nos estados brasileiros (BRASIL, 2020).

A objetividade é muito importante no acompanhamento da puericultura, bem como a escuta qualificada e a empatia a todas as singularidades de cada caso. Mas é importante padronizar o acompanhamento para evitar atraso na intervenção precoce em crianças com transtorno do neurodesenvolvimento.

A identificação de problemas (tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS,

2003) [D]. Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde (DRACHLER; LEITE apud DUNCAN et al., 2004; FLAVELL, 1996; AMERICAN..., 2008; INSTITUTE..., 2007; U.S. PREVENTIVE..., 2006) [D] (BRASIL, 2012b).

Quando pensamos em prevenção e promoção em saúde na atenção básica, podemos pensar que grupos são uma das técnicas utilizadas nesse espaço para promoção e prevenção em saúde, independente do foco em discussão (SECCO, 2018), e quando analisamos neste estudo, na tabela 9 observamos que há o interesse dos participantes em desenvolver projetos grupais relacionados a primeira infância, porém se deparam com a dificuldade na organização de suas agendas e apoio gestor para tais ações. No estudo de Secco (2018) a pesar de ser discutido outras demandas em saúde podemos refletir com ela de que grupos são espaços de trocas de experiências, saberes e produção de saúde e educação em saúde na comunidade. Poderíamos citar aqui inúmeras pesquisas que relatam a importância do cuidado de promoção e prevenção em saúde por meio de grupos na atenção básica, mas vamos nos centralizar nos documentos oficiais do ministério da saúde. É tão evidente a resolutividade do uso de grupos na primeira infância que documentos sobre o cuidado da criança gerais e não específicos em autismo já destacam tais propostas de cuidado coletivo e de orientação de pais.

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade. O adequado manejo poderá variar, podendo ser feito mediante orientações aos pais sobre a importância da relação entre o desenvolvimento da criança e a maneira como eles lidam com isso. De igual forma, pode ocorrer por intermédio da interação dos pais com a criança nos casos de falta de estímulo (BRASIL, 2012b).

Faz-se necessária uma reflexão na AB do quanto o acesso avançado pode por um lado promover acesso, mas por outro sugar as energias e tempo dos profissionais para ações mais estruturadas de promoção de saúde, incluindo o trabalho de intervenção precoce junto às crianças, suas famílias e o intersetor nos territórios. Como foi destacado na introdução deste estudo, não podemos deixar de citar as altas taxas de mortalidade infantil que vivemos na baixada santista, e fica aqui uma consideração importante em relação a busca por trabalhos de prevenção e promoção em saúde na atenção primária, bem como buscar o trabalho em rede entre maternidade e atenção básica. Muitas vezes essa relação entre equipamentos da rede fica difícil devido à distância, mas estudos, relatos de experiência sobre essa regulação de vagas e ação em conjunta devem ser discutidas no âmbito do SUS.

Fazendo uma costura agora com essa discussão do cuidado em puericultura na atenção básica poderíamos já pensar sobre qual o papel da atenção básica após a identificação do

desenvolvimento infantil em risco, como no caso da criança com suspeita de TEA. Em 2016 o ministério da saúde lançou o documento sobre estimulação precoce na AB, devido ao grande número de casos de microcefalia no país. Este documento nos ajuda a ver qual papel da atenção básica na primeira infância e nos apresenta que é muito mais do que só identificar, mas também tem o papel de contribuir com a formação da família para que sejam agentes de cuidado efetivo de suas crianças, como destaca em um dos papéis dos profissionais de saúde.

O profissional de saúde deve fornecer, de maneira pedagógica, elementos para que a mãe, o pai/parceiro e todos ao redor da criança aumentem seus repertórios de habilidades em relação às formas de estimulação do desenvolvimento da criança. O profissional deve estar atento às modificações no desenvolvimento da criança e colaborar para que a família possa aprender a reconhecer os avanços (mesmo que aparentemente “pequenos”), valorizando o que este reconhecimento pode significar para a criança, para a mãe e o pai, para a família de modo geral e para os vizinhos, no sentido de respeitar, acolher e se solidarizar com todos os membros da comunidade, contribuindo com a formação de laços comunitários mais fortes (BRASIL, 2016b)

Além disso os documentos específicos da pessoa com TEA, nos mostram que a intervenção precoce começa na AB. O protocolo do Estado de São Paulo por exemplo, destaca que:

Casos de menor gravidade devem ser mantidos em tratamento pelas UBS, Equipes de Estratégia de Saúde da Família (médicos de família, enfermeiros, dentistas), com apoio do NASF; ações de matriciamento do CAPS são importantes para a manutenção dos casos no território. O CAPS é responsável pelo projeto terapêutico e a referência em saúde mental para o cuidado ao TEA e, quando necessário, o CAPS pode acionar outros pontos da rede, como serviços universitários ou referências específicas para atendimento ao TEA (SÃO PAULO, 2014).

Na tabela 10, podemos identificar que 3 profissionais destacam que a intervenção precoce pode acontecer, porém nenhum deles participam de projetos como tal. No um profissional apresentou uma proposta de grupo, porém que ainda não havia iniciado por falta de tempo, pelos motivos já destacado aqui.

Fica nítido o papel importante das especialidades no que se diz respeito ao matriciamento para a atenção básica, o trabalho em rede efetivo, para além do encaminhamento, e a gestão qualificada e incentivada para elaborar propostas que atendam os direitos e necessidades da população em especial a pessoa com autismo.

Outro ponto importante levantado inclusive por um dos entrevistados foi o questionamento do formato dessas EP, e se essas conseguiam trazer mudanças significativas para a prática profissional. O SIPTEA em suas primeiras participações em EP, juntamente com a experiência da construção desta dissertação de mestrado começou a mudar a sua prática em EP, e ao invés de fazer EP em formato de aulas ou oficinas para um grupo grande profissionais,

optou por fazer esses momentos de prática compartilhada e colaborativa (matriciamento) em cada unidade do município com grupos pequenos de profissionais, onde a partilha e escuta ficavam mais próximas entre técnicos da porta de entrada e técnicos da especialidade, conforme apresentado nesta dissertação no quadro 2 que mostra as ações de educação permanente na rede de cuidado.

A partir destes encontros foi possível estreitar os vínculos entre profissionais e assim facilitar a realização do cuidado em saúde dessas famílias acompanhadas. Destacam-se aqui alguns exemplos como: mensagens de *WhatsApp* entre especialidade e atenção básica, tirando dúvidas sobre marcos do desenvolvimento infantil, sobre encaminhamento, fluxo de encaminhamento, documentos burocráticos, que acabam por evitar idas e vindas desnecessárias dessas famílias pelos equipamentos de saúde. Além de facilitar o contato direto com agentes comunitários de saúde em relação aos casos específicos de famílias em acompanhamento no SIPTEA.

Vale lembrar que esta pesquisa foi desenvolvida em um período atípico em virtude da Pandemia COVID-19 que tomou o ano todo de 2020 e adentra em 2021, e na qual os meios de comunicação e redes sociais virtuais tem sido fundamental para continuar o cuidado das famílias em acompanhamento.

Os atendimentos as famílias do SIPTEA de forma remota foram possíveis uma vez que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO publicou a RESOLUÇÃO Nº 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 autorizando os atendimentos no formato de Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria e especifica no artigo 1: “§ 1º A Teleconsulta consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional à distância”

Neste período de março de 2020 até março de 2021 os atendimentos se deram por meio de teleatendimento por meio de aplicativos de mensagens diretas como *whatsapp*, *lives* nas redes sociais criadas como o canal do *youtube* “SIPTEA AUTISMO” e utilização do *google forms* (plataforma gratuita do *google* para criação de formulários) para inclusão de questionários de triagem para o serviço, e foi possível incluir questionários de rastreamento para diagnóstico como M-CHAT, ATEC e ABC para que os pais respondessem em casa com tranquilidade, ou para os terapeutas utilizarem durante os encontros.

Um fato muito importante da experiência com o matriciamento nas unidades de atenção básica foi o vínculo estabelecido entre os profissionais das USAFAS, antes desse período de

pandemia, pois o SIPTEA iniciou o acompanhamento e o ensino de pais de maneira remota, e as agentes comunitárias de saúde foram fundamentais nesse processo, uma vez que ficavam mais próximas das casas dessas pessoas e contribuíram fazendo as impressões das planilhas de registro e acompanhamento dos programas de ensino, planos de ensino individualizado ou PTS, e impressões do livreto intitulada “ABA para Famílias”, contém um resumo básico para preparar as famílias para serem protagonistas no ensino de seus filhos e implementarem os programas de ensino em casa.

Refletindo e pesquisando sobre as ações em educação permanente na atenção básica cabe citar um estudo piloto que foi publicado no país, apresentando os resultados de um treinamento em TEA para médicos e enfermeiros da atenção primária. De forma similar aos achados internacionais, esse estudo demonstrou que o programa modificou a prática clínica dos médicos e enfermeiros, promovendo o aumento de encaminhamentos de crianças em risco para os serviços especializados, além de contribuir para a ampliação do conhecimento dos profissionais sobre os sinais de alerta para o TEA. Durante os quatro meses que antecederam esse programa de capacitação, apenas uma criança havia sido encaminhada com suspeita de TEA, sendo que, após a capacitação, o número aumentou significativamente. (BARBARO e DISSANAYAKE, 2013; BORDINE *et al.*, 2014).

Em mesma perspectiva o SIPTEA em Praia Grande tem percebido um aumento no fluxo de encaminhamento das crianças antes dos 3 anos, porém tal afirmação se baseia apenas nos relatos e na experiência desta pesquisa. Fica aqui um tema de pesquisa para contribuir com o estudo anterior e servir de parâmetro para novas políticas públicas relacionadas às pessoas com deficiência.

Esta pesquisa levantou as questões relacionadas a saúde da criança e à educação permanente em saúde. Porém não podemos deixar de citar as questões relacionadas a educação, uma vez que as crianças estão inseridas nesse ambiente a de maneira geral a partir dos seis meses de idade nas creches ou berçários. O espaço educacional é um espaço onde profissionais de educação acabam tendo mais contato diário com estas crianças do que as equipes de saúde e devem ser espaços também para discutir o tema do desenvolvimento infantil, a fim de contribuírem para o desenvolvimento neuropsicomotor, além de identificarem o desenvolvimento atípico. O estudo de Kobren *et al.* (2020) fazem uma reflexão justamente sobre esse tema, e em sua pesquisa destacam-se as políticas públicas já definidas em relação ao assunto, e o interessante deste levantamento teórico é que o Ministério da Saúde colocou como meta até o ano de 2020 a exigência do ensino para crianças a partir de 4 anos bem como a

elaboração de programas de estimulação precoce no contexto educacional em parceria entre saúde, educação e assistência para crianças com atraso do desenvolvimento ou com deficiências em especial nas creches. Tal proposta encontra-se na estratégia 114 e meta 4 do plano de 20 metas. (BRASIL, 2014). Desta forma fica evidente necessidade de capacitação das profissionais da educação para poderem atender a este objetivo. O estudo de Kobren *et al.* (2020) demonstra que é importante avanços do sistema educacional, bem como a promoção de espaços para reflexão e aprofundamento no tema da intervenção precoce para todas as crianças inclusive aquelas com deficiências.

Como resultado desta pesquisa fica a sugestão para que o município possa continuar o matriciamento em cada unidade de saúde da família, como ocorreu em janeiro e fevereiro do ano 2020, antes da pandemia do COVID19. Para contribuir com esses encontros de prática colaborativa em educação permanente foi elaborado um livreto de apoio para que cada agente de saúde entregue às famílias acompanhadas com crianças de 0 a 3 anos. Este livreto tem o propósito de auxiliar o processo do desenvolvimento infantil de qualquer criança pequena, intitulada “Minha USAFA cuida de mim”. E pode ser replicado em qualquer município interessado.

Ao mesmo tempo que esta pesquisa trouxe contribuições para a prática do SIPTEA na educação permanente em saúde, passamos a refletir sobre a educação em saúde para as famílias em acompanhamento no SIPTEA. Juntamente com as mudanças no processo de educação permanente com a rede de cuidado foi elaborado como produto deste mestrado um livreto para formação teórica e prática dos cuidadores dessas crianças, intitulado de “ABA para famílias”. Tal material já está em uso desde abril de 2020, as famílias recebem o material impresso e em arquivo digital para leitura em seus aparelhos celulares ou computadores. Como o SIPTEA trabalha com intervenção implementada pelos pais/cuidadores, o livreto traz o apoio teórico, associado a todo processo dessas famílias na aprendizagem prática da intervenção precoce na rotina domiciliar.

Para concluir este estudo vamos refletir sobre a base de qualquer intervenção quando se fala na saúde da pessoa com deficiência. O plano terapêutico singular, apareceu nos resultados dessa pesquisa como algo que parecia distante da realidade diária dos entrevistados, alguns profissionais tiveram tal experiência, porém não eram frequentes. Quando analisamos os documentos oficiais do nosso país, observamos que o PTS é indicado na atenção básica para os casos complexos, mas quando se fala em pessoa com deficiência, tal mecanismo se faz obrigatório (BRASIL, 2016b, BRASIL, 2012a, SÃO PAULO, 2014). O plano terapêutico é um

recurso que irá contribuir com a produção do comum daquele cidadão em toda rede de cuidado, e existe aí o desafio para tornar essa construção coletiva e em parceria com a própria pessoa com deficiência, como foi a experiência do profissional 9, onde conseguiu reunir vários equipamentos da rede para ajudar uma adolescente mãe de um bebe com paralisia cerebral descrito na página 78 e 79.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a intervenção precoce no TEA na atenção básica, e os sentidos das ações de educação permanente em saúde para a mudança na abordagem dos profissionais da Atenção Básica, com foco no trabalho em equipe e em rede junto às crianças com sinais de risco para TEA. Conclui-se que o objetivo foi alcançado uma vez que conseguimos dialogar com os técnicos da atenção básica e ver de perto a realidade de trabalho, as dificuldades enfrentadas e as propostas para melhorias dessa prática. No entanto encontramos nesse percurso da pesquisa algumas dificuldades como a pandemia do COVID19, dificuldade em realizar os encontros presenciais nas unidades, e a impossibilidade de realizar o grupo focal que foi almejado como estratégia para compor a coleta de dados desta pesquisa.

Destaco nesta pesquisa a riqueza que é o mestrado profissional de ensino em ciências da saúde, a importância e o impacto que este processo de pesquisa e aprendizagem trouxeram para o serviço de intervenção precoce do município de Praia Grande.

Ao analisar os resultados dessa pesquisa podemos concluir que é necessário rever o cuidado da pessoa com deficiência em especial a primeira infância no município de modo geral e não somente as questões voltadas ao TEA. Bem como pensar na criança em espaços efetivos para planejamento de ações em cuidado, uma sugestão fica a criação do Grupo condutor Municipal da Pessoa com Deficiência previsto na Portaria 732/2012, que poderia contribuir para a construção de protocolos municipais e facilitar as discussões intersetoriais tanto discutidas nessa pesquisa.

Outra proposta fica a necessidade de efetivar a existência do SIPTEA, porém em sua nova versão como um sistema e não mais como serviço, uma vez que ainda não há nenhuma lei municipal garantindo este trabalho, apenas uma aprovação no Conselho municipal de saúde COMUSA. A pesquisa de mestrado de Morato (2020) apresenta uma proposta para tal ação, em sua pesquisa a autora apresenta um sistema de intervenção precoce municipal que integra três secretarias municipais (saúde, educação e assistência social) para promoverem a identificação e a intervenção precoce em crianças com TEA, bem como já traz um texto para elaboração de uma política pública municipal. Por fim, fica aqui a sugestão de estudo referente a efetividade da educação premente aos profissionais da educação e saúde em relação a primeira infância para assim contribuírem para a construção de políticas públicas bem como incentivos financeiros a estas ações em todo território nacional.

Desta forma esta pesquisa deixa registrado o SIPTEA, como serviço de intervenção precoce e treinamento de pais no âmbito do SUS, bem como suas ações de matriciamento e educação permanente em saúde na rede de cuidados. Espera-se que este serviço e esta abordagem em educação permanente sirvam de exemplo a quem necessitar.

REFERÊNCIAS

BARBARO J.; DISSANAYAKE C. Marcadores precoces de transtornos do espectro do autismo em bebês e crianças pequenas, identificados prospectivamente no Social Attention and Communication Study. **Autism**, v.17, n.1, p.64-86, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1362361312442597>> Acesso em fevereiro de 2021.

BARTH RP. Preventing Child Abuse and Neglect with Parent Training: Evidence and Opportunities. **The Future Of Children**. V.19, n.2, 2009. Disponível em:<<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ856317.pdf>>. Acesso em maio 2020.

BORDINI, Daniela. Avaliação do impacto de um curso de capacitação de profissionais da atenção primária na identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista - estudo piloto. 2014. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2014

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União 1988; Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: junho 2020.

BRASIL. Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acessado em julho 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da criança – menino**. Passaporte da Cidadania. Brasília – DF, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: abril de 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Diário Oficial da União 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> Acesso em: 2019.

BRASIL. **Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica**, modalidade Educação Especial. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 4.279, De 30 De Dezembro De 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência. São Paulo, trim. 2012a. Legislação Federal e marginalia. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b., p.272: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf Acesso em junho de 2020.

BRASIL. Lei Nº 12.764, de 27 DE dezembro de 2012c. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/112764.htm.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Criança**. Passaporte da cidadania. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 8ª edição. Brasília. 2013 disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf Acesso em fev de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Da Construção Da Rede De Cuidados À Saúde Da Pessoa Com Deficiência do SUS**. Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério Da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/livromsfinal.pdf#page=38> Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Diálogo (Bio) Político Sobre Alguns Desafios Da Construção Da Rede De Cuidados À Saúde Da Pessoa Com Deficiência do SUS / Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas estratégicas**. – Brasília: Ministério Da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/livromsfinal.pdf#page=38> Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática –

Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf> Acesso em: outubro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. p.184: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em janeiro de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b

BRASIL. **Lei Ordinária n. 13.438 de 26 de abril de 2017**. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>> Acesso em: outubro de 2017.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em janeiro de 2020.

BRENTANI H.; PAULA CS.; BORDINI D. *et al.* Transtornos do espectro do autismo: uma visão geral sobre diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.35, supl.1, p.S62-S72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500008&lng=en&nrm=iso> Acesso em abril de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S104>.

CABRAL CB. **Desenvolvimento infantil no contexto da atenção básica: modelo de intervenção para crianças com deficiência e cuidadores**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2019.

CAMPOS CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.57, n.5, p.611-614, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em jun 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.

CIRINO F. M. S. B. Implantação Do Acesso Avançado Em Unidades De Saúde Da Família Do Município De Diadema. 33º Congresso de Secretários de Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/congresso/wp-content/uploads/2019/05/ATEN149.pdf>

DELLA BARBA P. Intervenção precoce no Brasil e a prática dos terapeutas ocupacionais/Early intervention in Brazil and the practice of occupational therapists. **REVISBRATO**, v.2, n.4, p.848-861, 2018. doi: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto14809>

DSM V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5**. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%A1stico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>> Acesso em maio de 2020.

DUNST CJ.; ESPE-SHERWINDT M. Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention. In: **Handbook of early childhood special education**. Springer International Publishing. p.37-55, 2016.

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente. **LEI Nº 8.069**, DE 13 DE JULHO DE 1990. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei-8069-1990-estatuto-crianca-adolescente-eca.htm> Acesso em: setembro de 2018.

EMPLASA. **Região Metropolitana da Baixada Santista**. In: Portal do Governo do Estado de São Paulo. 2017. Disponível em:<<https://www.emplasa.sp.gov.br/RMBS>> Acesso em julho de 2019.

FARIA MN. **Proposta de intervenção para a organização da agenda Médica Programada e Demanda Espontânea da ESF Palmeiras Em Bom Sucesso – Minas Gerais**.

Universidade Federal de Alfenas Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família Belo Horizonte, Minas Gerais. 2017. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/MARJORE-NOVAES-FARIA.pdf>

FAZZIO D. **Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento: uma análise dos repertórios propostos em manuais de treinamento**. 2002. 112 folhas. Psicologia Experimental (Mestrado) – PUC, São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/16843/1/Daniela%20Fazzio.pdf> 2002> Acesso em junho de 2020.

FRANCO V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. **Interação**, v.11, n.1, p.113-121, 2007.

FRANCO V; MELO M; APOLONIO A. Child's development problems and early intervention. **Educ. rev.**, Curitiba, n.43, p.49-64, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abril de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602012000100005>.

GASPAR NR. **Desafio em rede: estudo do percurso histórico do Grupo Condutor Municipal da Rede da Pessoa com Deficiência do Município de Santos/SP**. 2017, 123 f. Dissertação de Mestrado em Ciência de Saúde. Universidade Federal de São Paulo. Santos, 2017. Disponível em:

<http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/048_bx_dissertacao_naira_gaspar.pdf> Acesso em: outubro de 2017.

GOMES CGS.; SOUZA DG.; SILVEIRA ADR. *et al.* Efeitos de Intervenção Comportamental Intensiva Realizada por Meio da Capacitação de Cuidadores de Crianças com Autismo. **Psic Teor e Pesq.** Brasília, v.35, p3523, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100302&lng=en&nrm=iso> Acesso em junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3523>.

GUARUJA. MUNICÍPIO. Decreto nº 12.124, de 20 de fevereiro de 2017. Institui o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, e dá outras providências: **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, Guarujá, 2017a. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/g/guaruja/decreto/2017/1212/12124/decreto-n-12124-2017-institui-o-grupo-condutor-municipal-da-rede-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: setembro 2018.

GUIMARÃES M.; MARTINS T.; KEUFFER, S. *et al.* Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva**, v.20, n.3, p.40-53, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i3.1217>> Acesso em maio de 2020.

GUSSO G.; POLI NETO P. Gestão da clínica. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. **Porto Alegre: Artmed**, v. 1, p. 159-166, 2012.

HERSEN M.; EISLER R.; MILLER P. Progress in Behavior Modification. **Academic Press**; v.1, p.351, 1975.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Demográfico 2010: **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. IBGE- Rio de Janeiro 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_d_eficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_uf_xls.shtm> Acesso em: setembro de 2018.

KOBREN RC; MINETTO MF, CORREA W. *et al.* Profissionais da Educação Infantil: Perspectivas sobre Intervenção Precoce. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 27, n. 1, jan./mar., 2020. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa> Acesso em fevereiro de 2021.

LEMOS CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.913-922, mar 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: Junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>.

LEMOS M.; FONTOURA M. A Integração Da Educação e Trabalho na Saúde E A Política De Educação Permanente Em Saúde do SUS-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 113, ago. 2012. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/195>>. Acesso em: 11 jul. 2019. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2009.v33.n1.a195>

LOVAAS IO. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.55, n.1, p.3, 1987.

Disponível em: <https://www.beca-aba.com/articles-and-forms/lovaas-1987.pdf>. Acesso em junho de 2020.

MARINI BPR.; LOURENÇO M.; DELLA BARBA PCS. A perspectiva brasileira das ações de Intervenção Precoce na Infância. In: FUERTES M.; NUNES C.; LINO D.; ALMEIDA T. (org.) **Teoria, prática e investigação em Intervenção Precoce**. Lisboa. Cied. p.27-49, 2018.

MARANHÃO S.; LISBOA L.; REIS C. *et al.*. Educação e trabalho interprofissional na atenção ao transtorno do espectro do autismo: uma necessidade para a integralidade do cuidado no sus. **Revista Contexto & Saúde**, v.19, n.37, p.59-68, 2019. Acesso em fevereiro de 2021.

MARINI BPR.; LOURENÇO MC.; DELLA BARBA PCS. Revisão Sistemática Integrativa Da Literatura Sobre Modelos E Práticas De Intervenção Precoce No Brasil. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v.35, n.4, p.456-463, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400456&lng=pt&nrm=iso> Acesso em maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;4;00015>.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORAES M. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.8, n.2, p.149-153, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000200149&lng=en&nrm=iso> Acesso em junho de 2019.

MORATO. AP. Intervenção Precoce Em Crianças Com Transtorno Do Espectro Autista: Elementos Para Uma Participação Ativa Da Família. Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. Santos. 2020.

MOURA CMAB.; VIEGAS K.; FENSTERSEIFER LM. Rastreamento do transtorno do espectro do autismo na consulta de enfermagem com a aplicação do m-chat. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**. 2016. Disponível em <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5204/Concei%c3%a7%cc3%a3o%20de%20Maria%20Aguiar%20Barros%20Moura_.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em junho de 2020.

OLIVEIRA MV.; ALMEIDA R.; DA SILVA ML. *et al.* Rastreamento precoce dos sinais de autismo infantil: Um estudo na atenção primária à saúde. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v.2, n.2, p.48-53, 2019.

OPAS. **Organização Panamericana de Saúde. OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. 2018. Brasília. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875> Acesso em maio 2020.

PEDUZZI M.; AGRELI HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.22, supl.2, p.1525-1534, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PIERCE K.; GAZESTANI VH.; BACON E. *et al.* Avaliação da estabilidade diagnóstica do fenótipo do transtorno do espectro autista precoce na população geral a partir dos 12 meses. **JAMA Pediatr.** v.173, n.6, p.578-87, 2019. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2732144>. Acesso em: junho 2020> Acesso em junho de 2020.

PIERCE K.; COURCHESNE E., BACON E. **To Screen or Not to Screen Universally for Autism is not the Question: Why the Task Force Got It Wrong.** 2016. Disponível em: <<https://www.jpeds.com/action/showPdf?pii=S0022-3476%2816%2930360-2>> Acesso em junho de 2020.

PELLICANO E. The development of executive function in autism. *Autism Research and Treatment. Special issue: Autism: Cognitive Control.* Review Article. V.2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2012/146132>. Acesso em junho de 2020.

PEREIRA APS. **Práticas Centradas na Família e Intervenção Precoce:** Um estudo Nacional sobre Prática Profissional. Estudos da Criança, Área de Especialização em Educação Especial (Doutorado). 2009, 290 folhas. Universidade do Minho, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9808>. Acesso em maio de 2020.

PIRES FILHO LAS. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v.43, n.121, p. 605-613, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

PORTOLESE J.; BORDINI D.; LOWENTHAL R. *et al.* Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenv.**, São Paulo, v.17, n.2, p.79-91, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p79-91>.

PRAIA GRANDE, Município. **Lei N. 1759** de 20 de março de 2015. Disponível em: <http://www.praia grande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=4996&Acao=busca> Acesso em junho de 2020.

PRAIA GRANDE, Município. **Lei N. 1815**, De 22 De Novembro De 2016a “Dispõe Sobre A Instituição Da “Semana De Conscientização Do Método Canguru” A Ser Realizada Anualmente No Município De Praia Grande”” Disponível em: http://www.praia grande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=5258&Acao=busca

PRAIA GRANDE, Município. Lei N. 1814 de 22 de novembro de 2016b. **Institui a Política Municipal de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, e dá outras providencias.** Disponível em: <http://www.praia grande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=5257&Acao=busca> Acesso em junho de 2020.

ROGERS, A.J.; DAWSON, G. Intervenção Precoce em Crianças com Autismo. Modelo Denver para promoção da Linguagem, da Aprendizagem e da Socialização. **Grupo Lidel**, 2016.

RESOLUÇÃO Nº 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020

SANTOS MC. **Pessoas com deficiências físicas, necessidades de saúde e integralidade do cuidado**: análise das práticas de reabilitação no SUS. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-21022018-093226/publico/MariadaConceicaoDosSantos.pdf&sa=U&ved=0ahUKEwjxn4WHj6ndAhUtwVvKkHRm9B-0QFggEMAA&client=internal-uds-cse&cx=011662445380875560067:cack5lsxley&usg=AOvVaw3LowSfUk_XNB0M910h1VJ3> Acesso em: setembro de 2018.

SARDINHA PL *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm. glob.**, v.12, n.29, p.307-322, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso>.

SÃO PAULO. Estado. Secretaria de Saúde do Estado. **Regionais de Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>> Acesso em maio 2020.

SÃO PAULO. Estado. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Instituto Pensi Autismo pesquisa e ensino em Saúde Infantil. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://autismo.institutopensi.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Protocolo-TEA-Junho-2014.pdf>> Acesso em junho de 2020.

SECCO, A. C. **Os Grupos de Promoção de Saúde como dispositivos de cuidado na atenção básica**. Santa Maria, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2018 disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15308/DIS_PPGPSICOLOGIA_2018_SECCO_ANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SIGOLO ARL.; AIELLO ALR. Análisis de instrumentos para la selección del desarrollo infantil. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.21, n.48, p.51-60, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em junho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100007>.

STEINBRENNER JR.; HUME K.; ODOM SL. *et al.* Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism. **The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team**. 2020.

STEYER S.; LAMOGLIA A.; BOSA CA. A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista – TEA. **Trends Psychol.** Ribeirão Preto, v.26, n.3, p.1395-1410, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000301395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-10pt>

SEADE. ESTADO DE SÃO PAULO. Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice paulista de desenvolvimento da primeira infância. 2015. Disponível em: <http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/> (Acessado em 10 de maio de 2017).

» <http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/> WHO. Organização Mundial da Saúde. **Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala**. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd-lancet-exec-summary-pr.pdf?ua=1> Acesso em junho de 2020.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança**. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 152-163, abr. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p164-175>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: EDUCAÇÃO PERMANENTE FORTALECENDO A REDE DE CUIDADO

Pesquisador responsável: Lucimara Patricia Patti

Orientadora: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

As informações a seguir estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem por objetivo geral compreender a percepção dos profissionais da atenção básica em saúde acerca da identificação precoce do transtorno do espectro autista no intuito de aprimorar o cuidado partilhado entre o Serviço de Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autista com a Atenção Básica em saúde. Para tanto, serão entrevistados profissionais da atenção básica, cuja participação deve ser voluntária e as entrevistas agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e realizadas nas dependências da rede municipal de saúde, em local reservado e de melhor conveniência ao entrevistado. O tempo previsto para cada entrevista é de, no máximo, 40 minutos. Será também realizado um grupo focal com profissionais da equipe de Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), com duração de no máximo 1 hora e 30min. O grupo focal será agendado de acordo com a disponibilidade de todos os participantes e será realizado no CER-PG.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A Pesquisadora Lucimara Patricia Patti pode ser encontrada no telefone: (13) 997182134 ou por e-mail: lucippatti@gmail.com. E a Orientadora é a Profa. Dra. Stella Maris Nicolau que pode ser encontrado no endereço Rua Silva Jardim, 136. Vila Mathias – Santos – SP. Telefones: (13) 3229-0275 (11)996074314 ou por e-mail: stellamarisnicolau@gmail.com.

Ao término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados.

Este termo será assinado em duas vias originais sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino, CEP 04020-050, (11) 5539 7162 e 5571 1062, – e-mail: cep@unifesp.edu.br.

Eu, _____ entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu trabalho ou causará perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma via deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Li e fui esclarecido (a) que em qualquer etapa do estudo, terei acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura do participante da pesquisa

Data:

Eu, Lucimara Patricia Patti o, certifico que expliquei a (o) Sr. (a) _____, acima, a natureza, propósito e benefícios associados à sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Local:

Data:

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Título do Projeto: INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: EDUCAÇÃO PERMANENTE FORTALECENDO A REDE DE CUIDADO

Pesquisador responsável: Lucimara Patricia Patti

Orientadora: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

- NOME:
- IDADE:
- GRADUAÇÃO EM:
- TEMPO DE FORMAÇÃO:
- PÓS GRADUAÇÃO EM: ANO:
- TEMPO DE TRABALHO NESSE SERVIÇO:

Roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais da atenção básica:

1) Como se dá o acompanhamento da criança de 0 a 3 anos na atenção básica de saúde? Vocês começam a atender a partir de que momento a criança? Todas as crianças são atendidas com a mesma periodicidade ou há variação? Comente um caso típico (mais comum) e um caso atípico (mais raro) de criança acompanhada na UBS

a) Qual ou quais profissionais atendem a criança na atenção básica?

b) Você atende essa demanda? Descreva como esse atendimento é realizado com qual frequência na sua semana ou mês aparece um caso em que há sinais de alerta para TEA?

c) Você usa algum protocolo formal ou informal em seu serviço? Você já utilizou o M-Chat disponível no sistema informatizado, ou a cartilha da criança para acompanhar o desenvolvimento infantil?

d) Quando você identifica em uma criança sinais de risco para TEA, como você procede? Narre um caso que aconteceu com você e descreva detalhadamente como você procedeu? (Explorar se ela atendeu sozinha, se discutiu, se foi ao intersetor, se encaminhou, para onde encaminhou, com quais serviços e profissionais interagiu etc.) esse é um caso típico ou raro. Quais são seus casos mais típicos e quais os mais raros?

e) Como você avalia o cuidado oferecido para as crianças com TEA na atenção primária e demais serviços da rede? Quais dificuldades você encontra no cuidado da criança com TEA? (Se a pessoa não citar familiares e entorno social pode-se perguntar se considera esses fatores no atendimento)

2) O que você considera que sejam ações de intervenção precoce junto a crianças com sinais de alerta para TEA? Algumas dessas são realizadas em sua unidade? Quais ações e por quem? Algumas delas não são realizadas em sua unidade? Por que não são realizadas?

(Motivos: falta de espaço, material, conhecimento/formação, tempo, não é da alçada do serviço, outros)

3) Você já participou dos espaços de educação permanente? Qual a frequência da sua participação?

4) Comente um momento de educação permanente que foi significativo para você em sua prática profissional. Quais os aspectos te marcaram e que você considera que seriam importantes para se tornarem rotina na EP.

Roteiro para entrevista semiestruturada para profissionais do NASF

1. Você conhece o SIPTEA? Já encaminhou alguma criança?
2. Existe algum planejamento específico para primeira infância?
3. Você usa algum protocolo formal ou informal para avaliação do desenvolvimento infantil?
4. Quando A USAFA identifica uma criança sinais de risco para TEA, como você procede? Narre um caso que aconteceu com você e descreva detalhadamente como você procedeu (explorar se ela atendeu sozinha, se discutiu, se foi ao intersector, se encaminhou, para onde encaminhou, com quais serviços e profissionais interagiu etc.) esse é um caso típico ou raro. Quais são seus casos mais típicos e quais os mais raros?
5. Você já participou dos espaços de educação permanente? Qual a frequência da sua participação?
6. Comente um momento de educação permanente que foi significativo para você em sua prática profissional. Quais os aspectos te marcaram e que você considera que seriam importantes para se tornarem rotina na EP. Qual o formato de EPS que você considera mais efetivo na melhoria de sua prática profissional?
7. O que você acha que poderia ser feito com essa população na atenção básica?
8. Você já participou da construção de um plano terapêutico singular? Como foi?
9. Quando se trata de casos complexos sabemos que a atenção básica deve coordenar o cuidado na rede. Qual a sua opinião sobre isso? Como é na prática?

APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade e Sigilo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Lucimara Patricia Patti, brasileira, casada, terapeuta ocupacional, CPF nº37800715841, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: EDUCAÇÃO PERMANENTE FORTALECENDO A REDE DE CUIDADO, desenvolvido nas dependências do Centro Especializado em Reabilitação II, no Serviço de Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autista – Praia Grande.

Por este Termo de Confidencialidade e Sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações obtidas no projeto/laboratório, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar ou divulgar gravação, imagem ou cópia de documentação, análise de resultados e animais a que tiver acesso sem a autorização por escrito do Orientador.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação produzida por meio de experimentação realizada a partir de projetos de pesquisa.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica os responsáveis cientes de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Aluno/Executante: Lucimara Patricia Patti

Assinatura: _____

Local: _____ data: ___/___/___

Orientador: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

Assinatura: _____,

Local: _____ data: ___/___/___

**ANEXO A - Carta de anuência emitida pela Secretaria de Saúde Pública do
Município de Praia Grande**



MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

Estado de São Paulo
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Em 12 de setembro de 2019.

Ilmo Sr.
Drª Stella Maris Nicolau
Orientadora

Parecer de Proposta de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: **Intervenção precoce no Transtorno do Espectro Autista: Educação Permanente como fortalecedor da rede de cuidado.**

Pesquisador (es) Responsável (eis): Lucimara Patricia Patti

A Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas em Saúde Pública (CEAAPSP) constata que a pesquisa em questão tem como objetivo geral " **Compreender a percepção dos profissionais da atenção básica em saúde acerca da identificação precoce do transtorno do espectro autista.** ". Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa.

Informamos, também, que esta comissão recebeu cópia do Projeto de Pesquisa em questão.

Após análise, informamos que o projeto de pesquisa foi apreciado pela CEAAPSP e poderá ser realizado mediante apresentação da aprovação pela Plataforma Brasil.

Solicitamos que o pesquisador responsável entre em contato com esta comissão após Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil.

Atenciosamente,



Enª Bruna Renó
Responsável pelo Departamento de Vigilância
em Saúde

Dr. Ernesto Dallaverde Júnior
Médico Regulador do Departamento de
Regulação, Avaliação e Controle

Dr. Luiz Carlos Marono
Secretário Adjunto

(BR/ EDJ/ LCM/ MS/ br)

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - HSP/UNIFESP											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: EDUCAÇÃO PERMANENTE FORTALECENDO A REDE DE CUIDADO												
Pesquisador: Stella Maris Nicolau												
Área Temática:												
Versão: 2												
CAAE: 22274119.8.0000.5505												
Instituição Proponente: Departamento de Saúde, Clínica e Instituições												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 3.771.911												
Apresentação do Projeto:												
Projeto CEP/UNIFESP n: 1056/2019 (parecer final)												
Trata-se de projeto de Mestrado de LUCIMARA PATRICIA PATTI.												
Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Stella Maris Nicolau.												
Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, UNIFESP.												
<p>-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1398183.pdf> 16/09/2019).</p>												
<p>APRESENTAÇÃO: O Ministério da Saúde constitui em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que, dentre outras ações, sistematiza a Linha de Cuidado para a Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Praia Grande (SP) instituiu-se em 2018 o SIPTEA (Serviço de Intervenção Precoce para Crianças com TEA) que, frente à baixa detecção de risco das crianças com TEA realizados pelos serviços de atenção básica, passa a empreender ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) junto aos</p>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rua Botucatu, 740</td> <td>CEP: 04.023-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA CLEMENTINO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SÃO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)5571-1062</td> <td>Fax: (11)5539-7162</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep@unifesp.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900	Bairro: VILA CLEMENTINO		UF: SP	Município: SÃO PAULO	Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162		E-mail: cep@unifesp.br
Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900											
Bairro: VILA CLEMENTINO												
UF: SP	Município: SÃO PAULO											
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162											
	E-mail: cep@unifesp.br											
Página 01 de 06												



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.771.911

profissionais desse serviços a fim de sensibilizá-los e instrumentalizá-los na detecção precoce dos sinais de TEA, o que possibilita empreender ações junto à criança e sua família ainda na primeiríssima infância, fato que comprovadamente impacta positivamente no prognóstico. Este estudo tem como objetivo compreender como se dá a identificação precoce do transtorno do espectro autista atenção básica. Busca compreender como as ações de educação permanente em saúde podem promover mudanças na maneira de compreender a abordagem dos TEA no âmbito do SUS, no trabalho em equipe e em rede, e também que mudanças provoca no processo de trabalho a fim de qualificar o cuidado à criança com sinais de risco para TEA. Trata-se de estudo qualitativo em que serão realizadas entrevistas semiestruturadas e grupo focal com profissionais da atenção básica que serão analisadas segundo a teoria da análise temática de conteúdo. Como produto técnico será elaborada uma cartilha para detecção precoce de crianças com risco de TEA a serem utilizadas na atenção básica e educação infantil.

Hipótese:

A Educação permanente em saúde contribui para fortalecer o trabalho em rede, a corresponsabilização pelo cuidado das crianças com risco de TEA, sendo que a Atenção Primária em saúde pode contar com apoio do SIPTEA para aprimorar e co-responsabilizar-se pelo acompanhamento destas, na medida em que essas crianças e suas famílias são acompanhadas longitudinalmente pela atenção primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como a educação permanente em saúde pode ser um fortalecedor nesse processo de intervenção precoce de crianças com risco ou diagnóstico.

Objetivos Secundários: Identificar e descrever como se dá o cuidado integral de crianças com sinais de risco e com diagnóstico de TEA na atenção primária em saúde.

Propor ações de como o SIPTEA pode contribuir com os profissionais da atenção primária em saúde no espaço da educação permanente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É possível que o profissional se depare com as dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho, o que pode gerar sofrimento diante de tais reflexões. Também há risco de quebra de sigilo dos

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.771.911

dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra.

Benefícios:

Poderá proporcionar um espaço de reflexão sobre a prática dos servidores e gerar práticas para melhorias do cuidado da pessoa com deficiência do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: qualitativo.

LOCAL: Centro Especializado em Reabilitação II do Município de Praia Grande.

PARTICIPANTES: 17 participantes (profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família., equipe de enfermagem e médicos da atenção básica).

Critério de Inclusão: Profissionais servidores públicos da Secretaria de Saúde do Município de Praia Grande -SP, trabalhadores da unidade saúde da família e da equipe Núcleo ampliado de saúde da família.

Critério de Exclusão: Profissionais de saúde que não estejam atuantes nas unidades de saúde da família e na equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

PROCEDIMENTOS: inclui entrevista semiestruturada e grupo focal com os profissionais da saúde participantes dos workshops mensais desenvolvidos pelo SIPTEA. O tempo previsto para cada entrevista é de, no máximo, 40 minutos. O grupo focal com profissionais da equipe de Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), terá duração de no máximo 1 hora e 30min. O grupo focal será agendado de acordo com a disponibilidade de todos os participantes e será realizado no CER-PG. Os dados produzidos serão analisados segundo a análise temática de discurso. As entrevistas serão gravadas e transcritas. As entrevistas agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e realizadas nas dependências da rede municipal de saúde, em local reservado e de melhor conveniência ao entrevistado. (mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.771.911

- completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro.
- 2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
- 2.a) Autorização da Prefeitura de Praia Grande (parecer_instituicao.pdf).
- 2.b) Carta de ciência da Chefe do Departamento de Saúde, Clínica e Instituições da Unifesp/Baixada Santista (parecer_instituicao.pdf).
- 3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo pesquisador (TCLE_PATTI.docx).
- 4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta a pendências apontadas no parecer n: 3.698.695 de 12/11/2019.

O CEP analisou a carta resposta e a documentação enviada e considera que todas as pendências foram resolvidas, razão pela qual se manifesta pela aprovação do projeto.

PENDÊNCIA 1. Termo de confidencialidade

Com relação ao documento <TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf> é necessário imprimir o mesmo, assinar, digitalizar e anexar novamente na Plataforma Brasil (o documento está sem assinaturas).

RESPOSTA: termo foi assinado e anexado

ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Riscos de pesquisa para os participantes

Incluir no campo "riscos" do formulário de informações básicas que existe risco de quebra de sigilo. Exemplo: "Também há risco de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra."

RESPOSTA: Foi incluída a frase sugerida: Também há risco de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra.

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

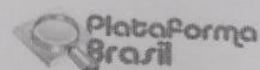
Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.771.911

ATENDIDA

PENDÊNCIA 3. Cronograma

Em relação ao cronograma informado no formulário de informações básicas, em virtude da devolução das respostas às pendências, solicitamos alterar a data de início da "Coleta de Dados" e etapas posteriores, para que haja tempo hábil entre as respostas e a aprovação pelo CEP/UNIFESP. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f). Corrigir o formulário e também o documento <cronograma.pdf>.

RESPOSTA: Coleta de Dados - data de início 06 de janeiro de 2020.

ATENDIDA (o cronograma foi refeito)

PENDÊNCIA 4. TCLE

É necessário refazer o TCLE e submeter novamente na Plataforma Brasil. Para isso, utilize o modelo disponível na página do CEP/Unifesp (<https://www.cep.unifesp.br/>)

RESPOSTA: Foi refeito conforme orientação e anexado na plataforma.

ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

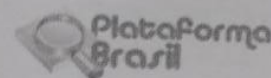
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1398183.pdf	26/11/2019 22:00:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.docx	26/11/2019 22:00:03	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.771.911

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	26/11/2019 21:30:01	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Anterior.docx	24/11/2019 14:58:15	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	24/11/2019 14:06:08	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LPPATTI.doc	24/11/2019 13:14:58	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_instituicao.pdf	16/09/2019 19:10:18	LUCIMARA PATRICIA PATTI	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	13/08/2019 14:45:33	Stella Maris Nicolau	Aceito
Outros	comite_etica.pdf	13/08/2019 14:44:39	Stella Maris Nicolau	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/08/2019 14:43:49	Stella Maris Nicolau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7182 E-mail: cep@unifesp.br