



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Silvia Cristiane Murari

**Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista por meio da Puericultura
em uma Unidade Básica de Saúde**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

São Paulo

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Silvia Cristiane Murari

**Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista por meio da Puericultura
em uma Unidade Básica de Saúde**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob orientação da Profa. Dra. Nilza Micheletto.

Trabalho financiado parcialmente pela CAPES

São Paulo

2014

Banca examinadora

Agradecimentos

A toda minha família, em especial, meus pais, Carlos Alberto Murari e Maria Salete C. Murari por estarem incondicionalmente ao meu lado em tudo que faço. Meus irmãos Carlos Alberto Murari Jr. e Ana Carolina Murari Almeida e meus cunhados por terem participado desse processo incentivando-me e por dividirem comigo o maior de seus tesouros: Alice Pupo Murari, Caio Pupo Murari, João Carlos Murari Almeida e Manuela Murari Almeida. Sem eles eu não teria conseguido. Vocês são minha, força vital.

A todos os meus amigos, em especial a Dinalva Cazzolato, Maria de Lima Wang, Wang e Victor Wang por terem deixado as portas de suas casas sempre abertas para mim. Por terem dividido cada minuto, principalmente, do final dessa tese. Não tenho como agradecer, cada um dos mimos e cuidados recebidos. Só posso dizer: amo vocês.

Ao meu parceiro Ari Bassi do Nascimento por ter acreditado desde sempre no meu trabalho. Por cada uma das contribuições feitas ao trabalho, desde as vírgulas (que sempre teimam em se ausentar ou se multiplica no texto) até discussões sobre as implicações desse trabalho. Você sempre enxergou muito mais adiante do que eu. Pela paciência quando eu perdia o foco e achava que não conseguiria.

Aos funcionários da PUC-SP, em especial, a nossa queridíssima Conceição (em memória), a Neuza, ao Maurício e ao Carlos. Era sempre bom chegar ao laboratório e ter essa comissão de frente para nos receber. Vocês são inesquecíveis.

Aos amigos e colegas da turma de doutorado e os estudantes do mestrado. Conheci muita gente interessante. Ótimas conversas, estilos de vida, discussões encharcadas de análise do comportamento. Foi muito revigorante conviver com todos.

A Universidade Estadual de Londrina pela licença a mim concedida e a todos os professores de Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento do qual faço parte.

A Capes por ter acreditado e valorizado o trabalho concedendo-me uma bolsa de estudo. Que os investimentos feitos possam retornar a quem de fato o financiou, por meio das aplicações que este trabalho, espero, possa gerar.

A todos os professores do PEXP, pelo exemplo de compromisso com o ensino e a pesquisa e pela ética. Mas, principalmente, pela capacidade de enfrentar e superar os desafios que a vida colocou no caminho de todos nesses últimos quatro anos. Fui testemunha da força de vocês. Tenho orgulho de fazer parte da história desse programa e da vida de muitos. A cada dia em São Paulo foi um dia de aprendizado.

Aos membros de minha Banca examinadora:

Angela Cornick, por ter sido uma inspiração para meu trabalho. Desde que a conheci passei a admirá-la por todas as suas realizações que contribuíram tanto para a qualidade de vida das crianças diagnosticadas com o TEA, no Canadá. Pela disposição de passar 5 horas em frente ao computador (via Skype) no dia da qualificação e pelo deslocamento ao Brasil na defesa. Pelas contribuições e incentivos.

A Patrícia Della Barba pelas contribuições primorosas feita no momento da qualificação, pelo desprendimento e generosidade com seus materiais. Seus trabalhos também foram uma inspiração e exemplo.

A Leila Bagaiolo, pela amizade de tantos anos e por ter aceitado o convite de participar comigo desse momento tão especial e ter contribuído com sua experiência de anos com crianças diagnosticadas com TEA.

A Paula Gioia, o que dizer de uma pessoa tão fascinante e impar! Aprendi muito sobre o TEA e sobre a vida com você. Sempre me senti amparada e confiante por meio de suas palavras de incentivo e crédito. Elas me fizeram continuar e acreditar que vale a pena estudar o TEA. Pelas contribuições fundamentais a esse trabalho.

A Maria Eliza pela disponibilidade em sempre estar presente nos momentos em que mais precisei. Dessas coisas a gente nunca esquece. Pelas contribuições sempre muito precisas ao trabalho.

A Nilza Micheletto pelo exemplo de professora e pessoa. Nunca imaginei que o processo de construção de uma tese pudesse ser tão prazeroso. Tive momentos bem difíceis ao longo desses quatro anos, mas a cada encontro nosso eu saía renovada e cheia de expectativas. Foi você que sempre me colocou nos eixos e, quase sempre, punha meus pés

no chão. Seu jeito delicado, parecendo frágil, esconde (para quem não a conhece) a mulher de força que você é. Diz-se que a experiência do doutorado nunca produz só uma tese. De fato, a minha produziu, além da tese, a minha admiração e respeito eternos por você. Obrigada.

Homenagem

Tua palavra, tua história, tua verdade fazendo escola. E tua ausência fazendo silêncio em todo lugar (Teatro Mágico).

Mas a vida segue em frente, o que se há de fazer? Saudades eternas da nossa eterna *Téia*. (Tereza Maria de Azevedo Pires Sérgio)

Dedicatória

Aos meus amores Alice, Caio, João, Manu e Léo. Por toda a alegria que me dão nessa vida. Depois de vocês a vida passou a ter outro sentido.

Sumário

Sumário.....	i
Lista de tabelas.....	iii
Lista de figuras.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Introdução.....	1
1. Aspectos Históricos do Conceito de Transtorno do Espectro Autista.....	1
2. O Desenvolvimento de Pesquisas na Busca Pela Compreensão do Transtorno do Espectro Autista.....	4
3. O Diagnóstico.....	14
4. A Vigilância do Desenvolvimento Infantil como Recurso para a Identificação Precoce de Sinais Precursores do TEA.....	16
Estudo 1 – Análise de Materiais que Orientam a Puericultura e Registros de Prontuários.....	22
Etapa I – Análise do protocolo de Vigilância do Desenvolvimento Infantil....	22
Método.....	22
Resultados e Discussão.....	31
Etapa II – Análise de Registros de Atendimentos de Puericultura de uma Unidade Básica de Saúde.....	55
Método.....	55
Resultados e Discussão.....	60
Estudo 2 – Análise da Capacitação do Profissional de Saúde e dos Atendimentos de Puericultura.....	86
Etapa I – Investigação da Formação Acadêmico-profissional de Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem e Pediatras e de seus Conhecimentos Sobre o Transtorno do Espectro Autista.....	86
Método.....	86
Resultados e Discussão.....	89

Etapa II – Observação de Comportamentos de Profissionais Relacionados à Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista em Atendimentos de Puericultura.....	105
Método.....	105
Resultados e Discussão.....	110
Discussão Final.....	127
Cartaz ilustrativo com os principais sinais do TEA.....	138
Proposta de Aprimoramento da Ficha para Coleta de Dados dos Atendimentos de Puericultura.....	140
Proposta de Aprimoramento da Capacitação Profissional.....	145
Referências.....	150
Apêndices.....	162

Lista de tabelas

Tabela 1. Comportamentos de Risco para o Desenvolvimento do TEA Entre 01 e 24 Meses de Idade Segundo a Literatura.....	25
Tabela 2. Condições Médicas Relacionadas ao Quadro do TEA.....	26
Tabela 3. Práticas Profissionais Recomendadas para a Identificação Precoce do TEA.....	27
Tabela 4. Identificação das Seções e dos Subitens do protocolo que Continham Informações Relevantes ao Profissional de Saúde na Identificação Precoces dos Sinais do TEA.....	31
Tabela 5. Correspondência Entre as Descrições da Seção Diretrizes do Protocolo e seus Subitens e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	33
Tabela 6. Correspondência Entre as Descrições do Subitem Anamnese do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	37
Tabela 7. Correspondência Entre as Descrições do Subitem Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	43
Tabela 8. Correspondência Entre as Descrições do Subitem Linguagem do protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	45
Tabela 9. Correspondência Entre as Descrições da Seção Cuidados Básicos e suas Subseções do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	48
Tabela 10. Correspondência Entre as Descrições da Seção Ações Preventivas e seus Subitens do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA.....	52
Tabela 11. Sinais de Identificação Precoce do TEA, Orientados Pela Literatura, Que Não Foram Encontrado no Protocolo.....	53
Tabela 12. Descrições do Protocolo que Auxiliam o Profissional na Identificação Precoce do TEA.....	Final
Tabela 13. Correspondência Entre as Descrições dos Subitens da Seção Diretrizes do Protocolo e os Itens da Ficha de Acompanhamento.....	60
Tabela 14. Correspondência entre Descrições dos Subitens da Seção Avaliação da Criança do Protocolo e Descrições da Ficha de Acompanhamento.....	62

Tabela 15. Correspondência Entre as Descrições dos Subitens da Seção Cuidados Básicos do Protocolo e os Itens da ficha de acompanhamento.....	66
Tabela 16. Correspondências Entre as Descrições dos Subitens da Seção Ações Preventivas do Protocolo e os Itens da Ficha de Acompanhamento.....	68
Tabela 17. Quantidade de Registros dos Atendimentos Pediátricos Correspondentes com Descrições do Protocolo.....	76
Tabela 18. Função, Tempo de Formado, Tempo de Atuação Profissional na UBS, Cursos e Níveis de Graduação e Pós-Graduações Realizados Pelos Profissionais Entrevistados.....	89
Tabela 19. Respostas dos Profissionais Sobre a Realização da Puericultura e Sobre o Protocolo.....	91
Tabela 20. Respostas dos Profissionais às Questões Sobre o TEA.....	93
Tabela 21. Registros Realizados por Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros obtidos da Ficha de Acompanhamento de uma Criança sob Suspeita de Diagnóstico de TEA.....	97
Tabela 22. Registros Realizados por Pediatra, Enfermeiro ou Auxiliar de Enfermagem Obtidos das Folhas Avulsas do Prontuário de uma Criança sob Suspeita de Diagnóstico de TEA.....	101
Tabela 23. Idade das Crianças e Profissional que Participaram dos Atendimentos Filmados.....	106
Tabela 24. Frequência de Perguntas Feitas por Cada Profissional nos Atendimentos de Acordo Com as Descrições do Protocolo.....	114
Tabela 25. Porcentagem de Perguntas Realizadas por Cada Profissional em Cada Atendimento de Acordo com o Indicado pelo Protocolo.....	117
Tabela 26. Frequência e Porcentagem de Comportamentos Profissionais Indicados no Protocolo e na Literatura e os Observados nos Atendimentos de Puericultura.....	121
Tabela 27. Tipos de Comportamentos Infantís de Risco de TEA Observados pela Pesquisadora Durante os Atendimentos de Puericultura.....	124
Tabela 28. Proposta de Cronograma de Atendimento a ser Incluído na Ficha para Coleta de Dados dos Atendimentos de Puericultura.....	139

Tabela 29. Proposta de Quadro para Acompanhamento do Desenvolvimento da Linguagem da Criança.....	141
Tabela 30. Proposta de Quadro para Acompanhamento do Desenvolvimento Social da Criança.....	142

Lista de figuras

Figura 1. Cronograma de atendimento das crianças de zero a dez anos apresentado no protocolo.....	34
Figura 2. Número de fichas de acompanhamento (n=45) que continham registros nos itens que foram consideradas correspondentes com as descrições do protocolo selecionadas como importantes para a identificação de sinais precoces do TEA.....	70
Figura 3. Quantidade de atendimentos (n=176) nos quais foram identificados registros nos itens da segunda parte da ficha de acompanhamento, realizado por enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.....	72
Figura 4. Quantidade atendimentos em que foram encontrados registros referentes à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança.....	73
Figura 5. Porcentagem de registros de atendimentos pediátricos nos quais foram identificados dados sobre alimentação, hábitos fisiológicos (evacuação e micção), agravos de saúde, sono, perímetro cefálico e rotina da criança, distribuídas em faixas etárias.....	78
Figura 6. Porcentagem de registros de atendimentos pediátricos nos quais foram identificados dados sobre desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e linguagem, distribuídas em faixas etárias.....	79
Figura 7. Quantidade e tipo de queixas registradas nas fichas de acompanhamento e nas folhas avulsas distribuídas em faixas etárias.....	81
Figura 8. Quantidade e tipo de orientações registradas nas fichas de acompanhamento e nas folhas avulsas, distribuídas em faixas etárias.....	83
Figura 9. Número de atendimentos e categorias de perguntas feitas por mães aos profissionais e vice-versa durante os atendimentos de puericultura filmados.....	111
Figura 10. Porcentagens de perguntas realizadas por cada profissional comparada à duração do seu respectivo atendimento.....	118

Murari, S. C. (2014). *Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista por meio da Puericultura de uma Unidade Básica de Saúde*. Tese de doutorado. Programa de Estudos pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do comportamento, PUC-SP.

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno sem etiologia definida. As variáveis que o determinam relacionam-se com a história de vida da criança, principalmente, intercorrências médicas e das interações sociais. O grau de seu comprometimento depende, em parte, do quão precocemente os primeiros sinais de seu desenvolvimento são detectados e de a criança ser encaminhada, o quanto antes, para tratamento adequado. Os primeiros profissionais a terem contado com a criança são os da atenção primária à saúde (pediatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem). A proposta deste trabalho foi a de investigar se um programa de vigilância do desenvolvimento infantil de um serviço público como o das Unidades Básicas de Saúde (UBS) constitui-se meio apropriado para a identificação precoce de sinais de TEA. Para isso, foram avaliados (a) o protocolo de orientação à prática profissional no atendimento de puericultura; (b) a correspondência entre as orientações do protocolo e os instrumentos de coleta sobre o desenvolvimento da criança; (c) tipos de registros (em especial, queixas, orientações profissionais, desenvolvimento social, neuropsicomotor e da linguagem da criança) contidos em 45 prontuários de crianças na faixa etária de >15 dias a 24 meses; (d) as formações profissionais e os conhecimentos sobre o TEA de um pediatra, um enfermeiro e cinco auxiliares de enfermagem, por meio de entrevistas; (e) por meio de filmagens avaliou-se os comportamentos de um pediatra, 2 enfermeiros e 7 auxiliares de enfermagem com relação à anamnese e suas interações com a criança em atendimentos de puericultura, assim como a ocorrência de comportamentos infantis, relacionados no quadro do TEA., durante atendimentos de puericultura. As referidas avaliações foram baseadas em orientações contidas na literatura sobre a identificação precoce dos sinais do TEA. Pelo conjunto dos dados e análises realizadas a resposta é positiva: os serviços de puericulturas disponíveis nas UBS podem constituir-se sim oportunidades para a identificação precoce de sinais de TEA. Contudo, avaliou-se necessário realizar aprimoramentos em todas as instâncias avaliadas. Os aprimoramentos se dariam primeiro pela inclusão, no protocolo, de novas orientações aos profissionais, especialmente com relação ao desenvolvimento social e da linguagem; segundo, pela inclusão do maior número possível de itens correspondentes às descrições do protocolo no material de coleta, bem como, a reestruturação desse material, de forma a facilitar a visualização do profissional da evolução dos comportamentos da criança e, conseqüentemente, a presença de possíveis atipicidades, como os sinais do TEA; terceiro, pela oferta de cursos de capacitações nos quais os profissionais sejam treinados a observar a criança, a registrar seu desenvolvimento, questionar os pais sobre o desenvolvimento dos próprios filhos, orientá-los de forma adequada para que fiquem atentos com défices de desenvolvimento que possam indicar risco de TEA.

Palavras-chave: Análise do comportamento, serviço público de saúde, vigilância do desenvolvimento, identificação precoce do transtorno do espectro autista, autismo

Murari, S. C. (2014). Early Identification of Autism Spectrum Disorder During Health Care Service Provision at a Basic Health. Doctoral thesis. Graduate Studies in Experimental Psychology Program: Behavior Analysis, PUC-SP.

Abstract

The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a developmental disorder of unknown etiology. The variables determining the severity of the autism like symptoms are linked to the child's life history, the child's health issues, and other environmental aspects. The lifelong effects of the autism on the child's development are related to the early detection of signs of autism and to the time of outset of clinical treatment. Primary health care professionals (i.e., pediatricians, nurses, and nursing assistants) are the first professionals to have contact with the infant. The purpose of this study was to investigate whether a child's development monitoring program in the public health care system, such as in the services provided in the Basic Health Units (BHU), constitutes an appropriate strategy for the early identification of ASD. In order to determine the feasibility of a child's development monitoring program, were assessed (a) the guidelines for professional practice in the healthcare system related to the childcare services; (b) the correlation between the professional guidelines and the protocols for measurement of children's development; (c) the types of medical records available on the child's development of 45 children between 15 days to 24 months old (i.e., symptoms reported, data on the child's social, psychomotor and language development); (d) the information on professional training and knowledge about autism of one pediatrician, one nurse and five nursing assistants; (e) video recordings of the professional's interaction with the children during the assessment conducted by a pediatrician, two nurses and seven nursing assistants, and the direct observation of child's behaviours concerning to autism like symptoms during the health care assessment. These evaluations were based on guidelines concerning to the early identification of autism available in the literature. The preliminary outcome of the study suggests that the services provided at the UBS setting may constitute an opportunity for early detection of autism. However, it is necessary to improve the child's development assessment existing protocols and professional practices. The recommended improvements should include several changes. First, the implementation of new guidelines for health care professionals concerning to the assessment of social and language development. Second, the improvement of the data collection tools used by the professionals in order to promote the easy visualization of early signs of autism through the identification of the presence or absence of typical developmental milestones and the possible presence of atypical developmental characteristics concerning to the early signs of autism. Third, the implementation of professional training on direct observation of children's behavior and children's development assessment, and implementation of information gathering protocols concerning to the parent's knowledge about the child's development, as well on provision of guidance on how parents can better participate in the identification of developmental deficits that may indicate the presence of autism.

Keywords: behavior analysis, public health service, monitoring of development, early identification of autism spectrum disorder, autism.

1. Aspectos Históricos do Conceito de Transtorno do Espectro Autista

O termo autismo foi usado pela primeira vez em 1911, por Bleuler, para designar a perda do contato com a realidade e dificuldade ou incapacidade de comunicação. Mas somente em 1943 autismo foi definido pelo médico austríaco Leo Kanner como um “Distúrbio Autista Inato do Contato Afetivo”. O autor descreveu 11 casos de crianças com idades que variavam entre os dois e os 11 anos, dentre elas 8 meninos e 3 meninas. Havia entre elas algumas características em comum como a incapacidade de se relacionarem com outras pessoas, distúrbios na linguagem, obsessão por determinados tipos de objetos e movimentos estereotipados com as mãos e o corpo.

Em 1944, o também médico austríaco Hans Asperger descreveu características semelhantes ao autismo em crianças que tinham dificuldades de comunicação e sociabilidade, mas elas tinham inteligência normal. O trabalho de Asperger só veio a ficar conhecido 30 anos depois de sua publicação original, na década de 1970, e foi a partir desse trabalho que um tipo de autismo de alto desempenho passou a ser denominado Síndrome de Asperger (Gadia, Tuchman & Rotta; 2004).

Pode-se dizer que, para Kanner e Asperger, autismo era entendido como uma patologia de base emocional (psicose infantil) que afetava crianças; crianças aparentemente normais. Sugeria-se isso porque os exames clínicos e laboratoriais não forneciam dados consistentes para demonstrar sua etiologia e nem serviam como critérios para diferenciar autismo de quadros de défices sensoriais, como a afasia congênita ou dos quadros ligados às oligofrenias¹. Assim, durante os anos de 1950 e 1960 acreditava-se que a causa do autismo seria a indiferença da mãe com relação a seu filho (Asumpção Jr & Pimentel; 2000; Bettelheim, 1967; Kanner & Eisenberg, 1956).

A partir de 1970, o conceito de autismo vinculado à psicose cedeu lugar a uma perspectiva que o vinculava a distúrbios do desenvolvimento (Waller, Armstrong, McGrath & Sullivan; 1999). Aparentemente, esse tipo de mudança se deveu a pesquisas feitas em psicologia cognitiva e em análise do comportamento. Há duas publicações principais em que se pode fundamentar essa mudança. A primeira é o livro *Autism: diagnosis, current research and management* (Ornitz & Ritvo, 1976) no qual o autismo foi relacionado a défices cognitivos; para Asumpção e Pimentel (2000), esta obra é um

¹ Designa a gama de casos em que há déficits de inteligência no ser humano, compondo a chamada tríade oligofrênica: debilidade, imbecilidade e idiotia.

marco para a psicologia cognitiva. A segunda publicação é a obra de Ivar Lovaas (1981) *Teaching Developmentally Disable Children: The ME Book*. e seus trabalhos com autistas, todos de uma perspectiva analítica comportamental. Todavia, apenas em 1987 ocorreu o reconhecimento de que o transtorno autista fosse uma entidade clínica distinta das psicoses. Isso se deu no Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, que – na versão III – passou a incluir critérios diagnósticos para autismo de uma perspectiva desenvolvimentista. Assim, se já no fim da década de 80 o autismo estava bem estabelecido como um transtorno comportamental, sua etiologia não estava.

O desenvolvimento do conhecimento sobre autismo provém de fontes difusas. Por conta disso, a compreensão que se tem do autismo é de que seja um fenômeno heterogêneo. Alguns indivíduos se desenvolvem dentro dos padrões comportamentais e biológicos estabelecidos culturalmente até aproximadamente os dois anos, mas após apresentam dificuldades de interação social e estereotípias leves. Às vezes essas dificuldades escalam para casos severos, como ausência de fala e comorbidades tais como retardo mental e comportamento auto-lesivos. Em função destas características é que mudanças nos critérios diagnósticos ocorreram e uma nova classificação foi estabelecida (Lampreia, 2008).

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – DSM-4-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2003) o autismo era uma das condições que compunham o quadro de transtornos invasivos do desenvolvimento, juntamente com transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação. Os transtornos invasivos do desenvolvimento, incluindo o autismo, eram caracterizados por

Prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, linguagem, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. (DSM-IV, 2003)

Na nova versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) todos os transtornos invasivos do desenvolvimento, com exceção da síndrome de Rett, deixam de ter diagnósticos

distintos e passam a ser consideradas graduações dentro de um mesmo espectro. Esta mudança estabelece uma nova classificação denominada de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O TEA continua a ser definido por um conjunto de défices de interação verbal e não verbal, que ocorrem de forma persistente em diferentes contextos. Abrange défices em reciprocidade social, em interações não verbais e falta de habilidade para compreender determinadas relações. Défices estes acompanhados da existência de padrões comportamentais restritivos ou repetitivos.

Contudo, nessa nova versão do DSM a linguagem deixa de ser critério de diagnóstico. Esta mudança pode afetar a precocidade do diagnóstico, já que agora o médico não precisará esperar até que a linguagem falada se desenvolva para realizar o diagnóstico. Conforme descrito no atual DSM, sinais de autismo são reconhecidos, em geral, entre 12 e 24 meses de vida, mas podem ser notados antes da criança completar um ano, especialmente se o atraso de desenvolvimento for grave.

Os números indicadores de casos de TEA nos últimos anos chama atenção. A epidemiologia mostrava que a prevalência era de 2 a 5 casos em cada 10.000 crianças (Kaplan, 1997; Wing & Gould, 1979). Estudos recentes estimaram a prevalência em 40 a 60 casos em cada 10.000 crianças (Barbarese, Katusic & Voigt, 2006; Chakrabarti & Fonbonne, 2001; Fombonne, Zakarian, Bennet, Meng & Mclean-Heyhood, 2006). E atualmente, de acordo com o último relatório do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos, dados de 2011-2012 indicam 01 em cada 50 crianças (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Não se sabe se as diferenças epidemiológicas refletem um aumento do número de casos ou se são uma função de outras variáveis, tais como diferenças metodológicas adotadas pelos pesquisadores, melhor compreensão do desenvolvimento dos comportamentos autísticos, ampliação do conceito ao longo do tempo ou maior conhecimento das condições médicas associadas ao quadro (Charman, 2002).

No Brasil, há escassez de estudos epidemiológicos que indiquem com segurança as taxas de prevalência e incidência de TEA no país. A única referência encontrada é de um trabalho realizado na cidade de Atibaia, São Paulo (Paula, Fombonne & Mercadante, 2011). Neste estudo a taxa de prevalência do TEA foi de 30 em 10.000

crianças, mas os autores discutem que esta taxa possa estar subestimada. Na ausência de dados oficiais sobre o número de crianças diagnosticadas com TEA no Brasil, entidades não governamentais, trabalham na busca de dados. Em 2013 a organização não governamental Autismo & Realidade, com base no censo de 2000, estimou que entre um a dois milhões de brasileiros preencham critério do espectro autista, sendo de 400 a 600 mil com menos de 20 anos, e entre 120 e 200 mil menores de cinco anos (Autismo & Realidade, 2013). Os dados obtidos pela Associação de Amigos do Autista (AMA) em levantamento realizado em 2011-2012 e publicados em um livro (Mello, Ho, Dias & Andrade, 2013) indica uma população de 1 milhão e 200 mil pessoas diagnosticadas com TEA no Brasil.

A descrição acima é justificativa suficiente para se colocar pesquisas de epidemiologia e sobre o desenvolvimento do TEA como prioritárias. Delas poderão resultar em aprimoramento dos procedimentos de avaliação dos comportamentos envolvidos no quadro e em encaminhamentos precoces tornando explícitas as demandas para o desenvolvimento de tecnologias e programas interventivos eficientes.

2. O Desenvolvimento de Pesquisas na Busca Pela Compreensão do Transtorno do Espectro Autista

A caracterização do TEA se deu desde Kanner, mas a busca pelos fatores que o determinam é ainda um desafio constante para os pesquisadores da área. A heterogeneidade do quadro, ausência de base biológica estabelecida e o aparecimento logo nos primeiros meses de vida parecem formar a base desse desafio.

Gilbert (1990) afirmou que “é altamente improvável que existam casos de autismo não orgânico (...) o autismo é uma disfunção orgânica – e não um problema dos pais - isso não é matéria para discussão” (p. 37).

Fatores biológicos foram sugeridos como responsáveis pelo desenvolvimento do TEA. Primeiro, estudos mostraram haver alta incidência de atraso mental em crianças autistas; segundo, há taxa elevada de concordância do TEA entre os irmãos de pessoas com diagnóstico de TEA; terceiro, com gêmeos a taxa de concordância foi de 60% nos pares monozigóticos e de 5% nos pares dizigóticos; quarto, estudos mostraram associação do TEA com diversas anomalias genéticas como a síndrome do X frágil, a

esclerose tuberosa e outras anomalias cromossômicas (Filipeck et al.,1999); quinto, estudos identificaram irregularidades neurológicas e transtornos convulsivos ou epilepsias durante a infância e adolescência de indivíduos diagnosticados com TEA (Silva & Mulick, 2009).

Recentemente, a identificação de uma mutação genética específica no NLGN4 como sendo responsável por casos de retardo mental e/ou comprometimentos gerais de desenvolvimento; o EN2 como um forte candidato para a associação com o fenótipo do autismo e a confirmação em amostras independentes de uma região de ligação genética no cromossomo 17q. Todavia, a identificação de alelos de risco ou mutações de causas raras é somente um passo para desvendar a biologia dos transtornos globais do desenvolvimento, dizem os pesquisadores, e que só será possível chegar a resultados mais definitivos com a contribuição combinada de diferentes áreas do conhecimento (Gupta & State, 2006).

Há uma teoria defendendo que a incapacidade de se relacionar com os outros, observada em autista, está relacionada a um déficit de células chamadas de neurônios-espelho. Essas se distribuem em diferentes regiões do cérebro humano como no córtex cingular, no córtex insular e parecem desempenhar papel nas demonstrações de empatia, percepção das intenções alheias e imitação, comportamentos considerados prejudicados em quadros autísticos (Cattaneo, et al., 2007; Rizzolatti, 2004). Outra teoria defende que o TEA surge em função de redes neurais anormais que exibem conectividade sináptica irregular e sincronização neural anormal. Dão suporte a esta teoria os estudos que associaram as anormalidades em genes com a formação e a transmissão sinápticas; esses genes podem gerar redes neurais com conexões anormais (Dinstein, et al., 2011).

Se houver perturbação da sincronização entre redes neurais, sintomas cognitivos, sociais e sensoriais específicos, comumente exibidos por indivíduos com autismo, então essa perturbação pode ser demonstrada por imagens de ressonância magnética. Uma investigação nessa linha comparou dados obtidos com crianças (de um a três anos) com atrasos de linguagem, autistas e crianças típicas. Os resultados mostraram que as autistas exibiram uma sincronização inter-hemisférica (lobo direito e esquerdo) significativamente mais fraca em áreas associadas com o processamento da linguagem. Assim, a formação anormal de redes neurais, com conexões anatômicas irregulares ou sincronização neural irregular, parece favorecer o aparecimento de sintomas comportamentais autísticos (Dinstein et al., 2011).

Nesta mesma linha há estudos sobre alterações no tamanho da circunferência craniana nos primeiros anos de vida de pessoas diagnosticadas com TEA. (Courchesne, et al., 2007; Dissanayake, Bui, Huggins & Loesch; 2006; McAlonan, et al., 2005; Morgan, et al., 2010; Redcay & Courchesne, 2005). Os dados indicam que estas crianças quando nascem apresentam circunferência craniana próximo do normal ou ligeiramente abaixo da média. Quando atingem a idade de 2-4 anos, o volume total do cérebro é 10% maior em relação a crianças de 2-4 anos com desenvolvimento típico. Os autores acreditam que este aumento se deva a um excesso no número de neurônios presentes no cérebro. Este excesso pode produzir falhas nos padrões de redes neuronais afetando as funções de larga escala. A arquitetura do cérebro, com essas características, podem servir como parâmetros para o entendimento dos padrões de ligação neuronal que possibilitam o funcionamento sócio emocional e da comunicação da criança.

A circunferência craniana por ser uma característica física pode ser acompanhada ao longo do desenvolvimento da criança e, por isso, parece ser um indicador, que em conjunto com outros sinais, pode auxiliar na identificação e no diagnóstico diferencial do TEA (Courchesne, et al., 2007; Dissanayake, et al., 2006).ap

A literatura mostra estudos que buscam relacionar o TEA com ingestão alimentar, trato digestório, sono, variáveis obstétricas e doenças psiquiátricas. Esses estudos buscam, a partir da investigação de padrões alimentares de crianças com TEA, desenvolver testes para análises de biomarcadores que demonstrem a associação entre a evolução do quadro clínico e alterações no metabolismo (Silva, 2011).

Indivíduos diagnosticados com TEA apresentam hipersensibilidade sensorial, dizem as pesquisas, e, provavelmente, por esta razão rejeitam alguns alimentos a depender da textura, temperatura ou outras características, o que acaba gerando uma dieta hiperseletiva que pode levar inclusive a problemas nutricionais. Há dados que apontam para baixo consumo de frutas, laticínios e hortaliças e alto consumo de alimentos ricos em gordura e açúcares. É comum também o relato de casos de picacismo, condição na qual há consumo persistente de substâncias não nutritivas e não comestíveis (madeira, metais, excrementos etc.) podendo levar a intoxicações (Herndon, DiGuseppi, Johnson, Leiferman, Reynolds, 2009).

Há estudos que propõem uma correlação entre TEA e disfunções do trato digestório. A prevalência de problemas gástricos em crianças autistas é considerada alta:

46-76% quando comparada a crianças com desenvolvimento típico, que é de 10-30%. Os sintomas descritos em estudos são refluxo, diarreia crônica, constipação, flatulência excessiva e distensão abdominal e consistência das fezes alterada (Levy, et al., 2007). Outro dado promissor é a detecção de elevada concentração de Trans-indiolil-3-acriloilglicina na urina de indivíduos diagnosticados com TEA, já que o agente é um biomarcador de disfunções do trato digestório. O Trans-indiolil-3-acriloilglicina é resultante do catabolismo do aminoácido triptofano e está associado a quadros clínicos de doenças intestinais, neurológicas e psiquiátricas (Marklova, Makovickova, Krakorová, 2000).

Problemas de sono também foram associados ao TEA. Crianças autistas têm problemas relacionados ao início e a manutenção do sono. Esses problemas parecem relacionados aos fatores que afetam o ciclo sono-vigília, entre eles a produção anormal de melatonina (Richdale, 1999). Todavia, as investigações que relacionam TEA ao sono, a ingestão alimentar e ao trato digestório carecem de mais dados, número maior de indivíduos e do desenvolvimento de instrumentos padronizados para uniformizar os parâmetros investigados (Aparas, 2008).

O TEA tem sido visto também como um distúrbio social/afetivo ou como um distúrbio cognitivo (Lampreia, 2004). Para esta autora, as décadas de 1970 e 80 foram marcadas por uma visão predominante cognitivista e prevalecia a concepção do autismo como de um transtorno do desenvolvimento envolvendo défices cognitivos severos cuja origem poderia ser encontrada sob a forma de disfunção cerebral. Como o desenvolvimento das habilidades linguísticas em crianças autistas é diferente do observado em crianças ditas normais e daquelas que apresentam desordens da linguagem, apareceram argumentos sustentando que os prejuízos de ordem social induzidos pelo TEA derivam de problemas cognitivos e comunicativos (Lampreia, 2004).

Por outro lado há autores como Drash e Tudor (2004a) apoiados por outros analistas do comportamento (por exemplo, Ferster, 1961; Malott, 2004; Sundberg e Michael, 2001) que defendem o TEA como uma desordem de comportamentos verbais, modelada por contingências operante presentes nos primeiros anos de vida da criança. Para sustentar essa proposta, eles apontam seis paradigmas de reforçamento que podem contribuir para o desenvolvimento de um repertório verbal deficiente, típico de

crianças diagnosticadas com TEA. Esses paradigmas podem gerar repertórios verbais incompatíveis com a idade e concorrentemente gerar um repertório de esquiva, facilitando condutas que compõem o quadro autístico.

O primeiro paradigma apontado por Drash e Tudor (2004a) sugere que o reforço de mandos vocais aversivos, como choro e gritos, podem gerar comportamentos de esquivas dos pais o que, por sua vez, podem resultar em aquisição de repertórios verbais infantis incompatíveis para a idade. Isto porque os pais podem, após o estabelecimento do choro como um mando, evitar o choro prolongado dando o que a criança pede, inibindo assim a ocorrência de formas apropriadas de mando. Além disso, o estabelecimento de um repertório de mandos ou outros comportamentos vocais incompatíveis podem inibir ou prevenir o estabelecimento de vínculos emocionais ou outros comportamentos sociais.

O segundo paradigma explora situações nas quais os pais reforçam mandos gestuais e outras formas não vocais de mando. Este paradigma em combinação com o primeiro fortalece o repertório de mandos aversivos e mandos gestuais inapropriados a idade. Por exemplo, a criança pega o pai pela mão eleva até o objeto desejado, o pai não o entrega e pergunta o que ela quer, criança começa a chorar e pai entrega o objeto e se livra do choro. Estabelece-se nesta situação tanto o mando aversivo choro como o mando gestual (puxar pela mão) ambos considerados comportamentos verbais inadequados. Depois de fortalecidos, ao longo dos anos, tornam-se cada vez mais inadequados à idade.

O terceiro paradigma, similar ao segundo, refere-se a situações nas quais pais ou cuidadores antecipam demandas das crianças gerando assim baixa produção de respostas. Dessa forma, os pais podem criar um contexto que gera pouca variabilidade comportamental e pode até prevenir o desenvolvimento de mandos vocais como de outras formas não vocais. Agir nos termos desse terceiro paradigma pode levar ao desenvolvimento de crianças pouco interativas, típicas de crianças diagnosticadas como autistas.

O quarto paradigma, o da extinção de comportamentos verbais, propõe que se houver pouca ou nenhuma interação verbal vocal entre o adulto e a criança, por vários dias e em vários momentos do dia, o comportamento da criança pode entrar em extinção. Estes dados corroboram com os apontados por Hart e Risley (1995).

O quinto paradigma sugere uma combinação de fatores orgânicos e comportamentais. A perda de audição, infecções ou doenças que exigem internação por tempo prolongado, especialmente no primeiro ano de vida, podem interferir no estabelecimento de comportamentos verbais. Muitas vezes nestas condições as pessoas acreditam que *exigir demais* da criança que já tem problemas é criar um problema a mais. O que pode gerar pouca interatividade e baixa oportunidade para que produção de comportamento verbal esperado para a idade.

O sexto paradigma, em contraste com os cinco primeiros paradigmas, autores destacam a *falha* no repertório dos pais em suprimir precocemente comportamentos perturbadores (opositores, desafiadores) e em estabelecer controle instrucional verbal de comportamentos que estejam em conformidade com a comunidade na qual a criança vive. A deficiência no repertório de quem cuida da criança pode produzir, em longo prazo, deficiências de repertórios, que passam a ser vistos como um problema da criança e não de quem educa.

Drash e Tudor (2004) defendem que é possível prevenir o autismo. Nas palavras dos autores,

Os analistas do comportamento, são os ua análise do comportamento é a

É importante ressaltar que Drash e Tudor (2004) reconhecem haver casos em que mecanismos biológicos e neurobiológicos possam estar envolvidos, mas não como causas dos comportamentos autísticos. Os autores argumentam, contudo, que parece prematuro assumir uma hipótese de determinação genética em detrimento das contingências comportamentais, principalmente as verbais, como a responsável pela produção e manutenção de comportamentos denominados autísticos.

Investir no estudo das relações que estabelecem comportamentos que mais tarde podem vir a ser classificados como autísticos parece ser o caminho mais eficiente para o entendimento e tratamento do TEA. Esta posição é sustentada em resultados como os apresentados por Foxx (2008) em artigo intitulado *Análise aplicada do comportamento: Tratamento do autismo – O estado da arte* no qual o autor apresenta o panorama da análise do comportamento no cenário do TEA. Os resultados obtidos de seu levantamento em conjunto com outros trabalhos (por exemplo, Fazzio, 2002; Klukiewicz, 2007; Lovaas, 1987, 1993; Northup, Vollmer & Serret, 1993; Windholz,

1988) demonstram de forma inquestionável a eficiência dos princípios e procedimentos da análise do comportamento no tratamento com autista. Princípios e procedimentos estes sustentados por uma filosofia behaviorista (Skinner, 1953, 1974).

Nessa mesma linha, não necessariamente com o mesmo enfoque filosófico e metodológico, há um conjunto de estudos com resultados consistentes que investigam variáveis preditoras do TEA. Elas podem ser classificadas em dois grupos: estudos prospectivos e estudos retrospectivos. Os primeiros envolvem o relato de lembranças dos pais sobre o desenvolvimento inicial de seus filhos e análise de vídeos caseiros (Gray & Tonger, 2001; Mars, Mauk & Dowrick, 1998; Osterling & Dawson, 1994; Young, Brewer & Pattison, 2003); os segundos avaliam condutas de irmãos de pessoas diagnosticadas com TEA (Zwaigenbaum, et al., 2007; Gamiliel, Yirmiya & Sigman, 2007).

As pesquisas realizadas por meio da análise de vídeos caseiros de crianças entre 8 e 12 meses compararam os comportamentos de crianças autistas com as de desenvolvimento típico ou retardo mental. Aos 12 meses de idade, os comportamentos mais evidentes foram ausência ou baixa frequência dos comportamentos de manter contato ocular, responder ao nome chamado e apontar e mostrar. Estes foram considerados eficientes em diferenciar crianças autistas de retardadas mentais e em distinguir crianças autistas de crianças típicas aos 8-10 meses (Filipeck et al., 1999).

Em um trabalho mais recente, em que se investigaram e compararam indivíduos com diagnóstico de TEA, com atrasos de desenvolvimento e com desenvolvimento típico, numa faixa etária entre zero e 24 meses, ficou demonstrado que os comportamentos preditores de TEA eram os de (a) ignorar pessoas, (b) ficar sozinho, (c) pouco interesse por outras crianças, (d) ausência ou falha no contato ocular, (e) défices na comunicação vocal, (f) défices em expressões faciais apropriadas e gestos, (g) ausência ou défices em imitar outras pessoas, (h) baixa frequência de orientação quando chamado pelo nome, (i) défices em seguir, apontar e mostrar objetos, (j) défices em sorrir socialmente, (l) falha em dar tchau quando solicitado, (m) défices em processos sensoriais, (n) défices em padrões regulatórios, (o) falha na reatividade e (p) presença de comportamentos repetitivos (Barbaro e Dissanayake, 2009).

Dentro desta linha de investigação estão os estudos que tratam da atenção compartilhada ou atenção conjunta (Morales, et al., 2000; Tomasello & Todd, 1983;

Tomasello e Farrar, 1986; Tomasello, Carpenter, Call, Behne & Moll, 2005), apontada como um preditor sólido do diagnóstico de TEA. Há indicações de que esse tipo de interação é crucial para o desenvolvimento de comportamentos simbólicos, linguísticos, cognitivos e/ou sociais, comportamentos esses que quando atípicos são considerados critério diagnóstico para o TEA (Bosa, 2006; Faria, 2008; Klin, Chawarska, Rubin & Volkmar, 2006; Lampréia, 2009; Oliveira & Gil, 2007).

Holth (2005) reforça que independente das explicações teóricas dadas nos estudos da atenção compartilhada, o fato é que os dados são robustos quanto a importância do fenômeno para a compreensão do desenvolvimento infantil e sustenta a necessidade de investimentos na análise do comportamento no estudo das variáveis envolvidas nos episódios de atenção compartilhada.

A atenção compartilhada é definida como um fenômeno que envolve habilidades dos bebês de coordenar e direcionar sua atenção visual a objetos e/ou eventos para os quais adultos estejam dirigindo sua atenção. A atenção compartilhada caracteriza-se pela existência de um foco atencional ao qual pelo menos dois indivíduos direcionam sua atenção com o objetivo de compartilhar uma experiência e, por esse motivo, o fenômeno teria uma função essencialmente comunicativa (Oliveira & Gil, 2007; p.220).

Um episódio de atenção compartilhada pode ser descrito como se segue: (a) um membro da díade (mãe/bebê) inicia a interação com o outro, (b) ambos devem focar, visualmente, um único objeto ou atividade por, no mínimo, 03 segundos, e (c) em algum momento, durante o foco de atenção (possivelmente no início), a criança dirige algum comportamento evidente para a outra pessoa – mãe - (especialmente um olhar para sua face), como indício de que esteja atenta à sua interação, excluindo a possibilidade de um olhar casual (Tomasello & Todd, 1983).

Os comportamentos de atenção compartilhada surgem por volta dos nove meses de idade, quando mãe e bebê iniciam relações triádicas, ou seja, começam a compartilhar o interesse por objetos e se consolidam por volta dos 15-18 meses. Antes disso as interações são caracterizadas como diádicas, por envolver apenas interações face-a-face e proto-conversações (Lampréia, 2008).

Os comportamentos de atenção compartilhada são apresentados em Lampreia (2008) como:

Engajamento conjunto – envolve alternância do olhar do bebê entre adulto e objeto (bebê olha para o objeto, para a face do adulto e de volta para o objeto). Quando esses episódios são analisados, recomenda-se considerar quais são as habilidades de interação do adulto e quais são os fatores contextuais;

Seguir a atenção e seguir comportamento – o primeiro envolve seguir o olhar do outro que se inicia por volta dos 8-10 meses e seguir o apontar que surge aproximadamente aos 12 meses. Sobre esses comportamentos, pesquisadores alertam para importância de se verificar se o bebê retorna o olhar para quem está apontando ou olhando, após ele próprio ter dirigido o olhar para o objeto (relação triádica). Há indícios também que seguir o apontar surge antes do seguir o olhar.

O *seguir comportamento* de outro, estabelecido por volta dos 15-18 meses, envolve comportamentos imitativos, separados em imitação instrumental (imitar a ação do adulto sobre objetos) e imitação arbitrária (imitar movimentos corporais do adulto). Para a pesquisa, a imitação instrumental é o aspecto mais importante na atenção compartilhada por sugerir que o bebê esteja, de alguma forma, monitorando a intenção do adulto sobre o objeto e não apenas apresentando uma mímica como pode ser o caso da imitação arbitrária.

Dirigir a atenção – comportamentos do bebê que envolvem o adulto em sua ação. São divididos em duas classes funcionais, os comportamentos com função imperativa e os com função declarativa. Os comportamentos de função imperativa são identificados quando o bebê quer obter um objeto e dirige a atenção do adulto, através de gestos, a fim de obter o objeto. Os pesquisadores destacam aqui a importância de observar se quando o bebê se comporta dessa forma ele olha em direção a pessoa e ao objeto de interesse e não apenas, por exemplo, para as mãos do adulto. A idade aproximada do surgimento desses comportamentos é por volta dos 13 meses. Os com função declarativa são identificados quando o bebê faz gestos como apontar ou mostrar algo, de forma a compartilhar com um adulto a atenção sobre um objeto ou evento. Ambos o apontar e o mostrar surgem por volta dos 10 meses, mas se estabelecem por volta dos 12-15 meses;

Linguagem referencial – diz respeito às primeiras palavras que surgem com a função de referência a objetos ou eventos. As primeiras palavras surgem por volta dos 12-13 meses, mas as referenciais, segundo os pesquisadores, por volta dos 14-15 meses de idade.

Oliveira e Gil (2007) apresentaram uma proposta de análise operante dos comportamentos de atenção compartilhada e seu papel na produção de operantes verbais, tatos e mandos, em bebês. Um exemplo oferecido pelas autoras esclarece a importância de se estudar o estabelecimento desse tipo de relações verbais.

Pensemos no exemplo em que a criança aprende a emitir o tato “bola”: a comunidade verbal do bebê é, em geral, seus pais. Em diversas situações de brincadeira entre mãe e bebê, bolas estão presentes e exercem função de estímulo antecedente para as interações entre a díade: o bebê, por exemplo, aponta e direciona seu olhar para uma bola; a mãe, então, direciona seu próprio olhar para a bola, olha em direção ao bebê e diz: “é, a bola, fala para a mamãe BOLA”. Em seguida, o bebê olha em direção à mãe e emite uma vocalização: “BO”; a mãe, então, sorri para o bebê e diz “isso mesmo!!! BOLA”. (Oliveira & Gil, 2007, p.219)

Na análise, as autoras esclarecem os elementos críticos das respostas da mãe que exercem função de estímulos antecedentes e reforçadores afetivos na construção de repertórios

parece que o primeiro elemento que determina a sequência de ações que constituem o episódio (e este é apenas um dentre muitos episódios) é o direcionamento simultâneo da direção do olhar de mãe e do bebê para um mesmo objeto do ambiente, no caso, a bola. Compartilhar a direção do olhar, ao lado de outros elementos tais como o direcionamento do olhar da mãe para o bebê, a emissão de falas, de sorrisos e demais ações da mãe direcionadas ao bebê constituirão os componentes das relações funcionais relevantes para o estabelecimento e manutenção do repertório verbal vocal. (Oliveira & Gil, 2007, p.220)

Além dos trabalhos citados, existem vários outros estudos de analistas do comportamento que investem em pesquisas e revelam a importância do estudo das

relações sociais para a compreensão do comportamento humano, seja ele considerado patológico ou não (por exemplo, Bijou & Baer, 1976; Bijou & Baer, 1995; Hart & Risley, 1995; Sampaio & Andery, 2010; Skinner, 1953, 1957, 1987).

Com base na revisão de literatura até aqui apresentada, é possível afirmar que o TEA é um transtorno sem uma etiologia definida. Assim, mais do que descrever comportamentos que definem o quadro, é preciso entender as relações que o produzem e, dessa forma, propor estratégias interventivas que previnam sua incidência e evolução.

3. O Diagnóstico

Quanto mais se conhecer sobre as condições que resultam em comportamentos que compõem o quadro do TEA, mais precoce tornar-se-á a intervenção e mais estratégias preventivas serão desenvolvidas. Essa é a melhor justificativa para se investir em pesquisa.

Mas esse processo também produz elementos para a criação de sistemas de classificação padronizados, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais. Materiais deste tipo auxiliam os profissionais por apresentar critérios padronizados de diagnóstico que, se cumprido por todos, pode produzir importantes dados para estudos epidemiológicos; esses dados são extremamente importantes para o desenvolvimento de políticas públicas. Todavia, muitas críticas são dirigidas ao uso desse manual, dentro e fora da análise do comportamento (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010; Gongora 2003, Lampréia, 2003; Pessotti, 2001).

Dentre as críticas, a de se considerar os “sintomas” como sendo idênticos para todos os indivíduos, caracterizando-os como um grupo homogêneo, parece ser a mais grave. Sabe-se que o TEA abrange um espectro heterogêneo de quadros clínicos e comportamentais e que, portanto, uma padronização que homogeneíze os indivíduos pode obscurecer os fatores que estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção do transtorno. A proposta apresentada pelo DSM-5 parece uma tentativa de contemplar uma perspectiva mais abrangente. E, ainda, contribuir para o diagnóstico precoce ao retirar a fala como um dos critérios e focar a avaliação de comportamentos sociais precursoras do comportamento verbal.

A precocidade do diagnóstico é um fator essencial quando o assunto em questão é o TEA. Pesquisas apresentam dados consistentes que sustentam a indicação de que quanto mais cedo se começa a intervenção, melhores são os resultados e os ganhos na qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com TEA (Goulart & Assis, 2002; Silva & Mulick, 2009; Taques & Rodrigues, 2006). A intervenção precoce melhora a fala, o desenvolvimento geral e o desempenho intelectual, na maior parte das crianças (Dawson & Osterling, 1997; Rogers, 1996). Contudo, essas melhoras são alcançadas quando a criança é exposta a dois ou mais anos de serviços de intervenção intensivos durante a idade pré-escolar – entre dois e seis anos (Lovaas, 1987; Ozonoff & Cathcart, 1998).

Ações preventivas precoces justificam-se, também, no sentido econômico. Programas destinados às crianças pequenas devem ser entendidos pela sociedade em geral e particularmente pelos governantes como um bom investimento (e não como despesa) em função de seus amplos benefícios. Estudos longitudinais realizados nos Estados Unidos da América estimaram que cada dólar investido em programas de qualidade para a educação de crianças pequenas pertencentes a famílias de baixo poder aquisitivo possibilita a economia de sete dólares em virtude da redução do número de crianças que necessitam de educação especial, dos recursos despendidos em programas de assistência social e das taxas de criminalidade nas populações marginalizadas (National Institute for Early Education Research, 2009).

De acordo com o levantamento realizado pela *Autism Society* os custos de crianças com TEA para o governo americano chegam a 90 bilhões de dólares anuais, podendo chegar aos próximos 10 anos a valores entre 200 a 400 bilhões, em função do aumento da prevalência. Nesses custos estão incluso gastos com pesquisa, seguro, habitação, alimentação, transporte, emprego, educação, tratamentos terapêuticos e cuidadores. Contudo, o relatório aponta que os custos podem ser reduzidos em dois terços se o diagnóstico for precoce.

Nas últimas décadas cresceu o número de pesquisas que procuram identificar o mais cedo possível os comportamentos da criança que possam ser preditores de TEA, como apresentados anteriormente. Isso poderá amenizar os problemas da precocidade e da precisão do diagnóstico do TEA.

O conjunto dessas investigações culminou também no estabelecimento dos parâmetros das práticas e no desenvolvimento de tecnologias e serviços de acompanhamentos – rastreamento (*screening*) ou vigilância (*surveillance*) do desenvolvimento infantil –, avaliação e diagnóstico do TEA.

4. A Vigilância do Desenvolvimento Infantil como Recurso para a Identificação Precoce de Sinais Precursores do TEA.

A literatura aponta que os serviços de identificação precoce do TEA podem ser realizados com vistas a uma vigilância (*surveillance*) ou rastreamento (*screening*) do desenvolvimento infantil um (Filipek et al., 1999; Lampreia, 2008).

De acordo com o *Committee on Children With Disabilities* da academia americana de pediatria (2001), vigilância do desenvolvimento é:

um processo contínuo e flexível no qual, profissionais habilitados, realizam observações de crianças durante todo o processo de atenção à saúde, onde os componentes incluem: atender às preocupações dos pais, obter uma história relevante de desenvolvimento, fazer observações precisas da criança e trocar informações com outros profissionais. Para tanto, os profissionais deveriam usar materiais de desenvolvimento apropriados à idade das crianças e registrar dados durante as consultas. (p.192)

Em consonância com a posição do *Committee on Children With Disabilities* tem-se, também, a posição de Dworkin (1989) e Frankenburg (1994). Para estes autores a vigilância do desenvolvimento infantil é um processo longitudinal e contínuo em que profissionais experientes, durante seus encontros de rotina com seus clientes, fazem observações qualificadas. O objetivo é detectar problemas no desenvolvimento da criança, contudo, é papel do profissional não esperar que a criança apresente algum distúrbio. A vigilância deve se constituir em um processo de prevenção primária. A identificação e a intervenção precoces são fundamentais para o prognóstico de crianças com desenvolvimento atípico, em particular do TEA.

O rastreamento do desenvolvimento, por sua vez, refere-se ao processo de aplicação de testes em uma população com o fim de avaliar casos possíveis e prováveis de comprometimento no desenvolvimento, comparando os resultados com padrões

normativos. O uso dos instrumentos de rastreamento não resulta em diagnóstico, mas seus dados podem informar que se deve investigar um caso particular. Esses instrumentos tem o objetivo de identificar indivíduos com alta probabilidade de ter uma doença ou um transtorno específico, sugerindo-se assim uma avaliação mais detalhada. (Lampreia, 2008). Dessa forma, a atividade de rastreamento, por ser menos abrangente que o processo de vigilância, pode ser considerada como parte deste processo.

Com relação ao TEA, o rastreamento pode se caracterizar pela avaliação de todas as crianças de uma faixa etária para os sintomas do TEA, independentemente de existirem ou não indícios de atipicidade do desenvolvimento. O rastreamento pode ocorrer durante as consultas regulares ao pediatra, independente dos pais expressarem preocupação com desenvolvimento do filho. Exemplos de instrumentos de rastreamento são: a) CHAT - *Checklist for Autism in Toddlers* (Baron-Cohen, Allen & Gilberg, 1992), instrumento a ser aplicada a crianças entre 18 e 24 meses de idade. É composto por um questionário de nove perguntas feitas aos pais e cinco itens de observação. O instrumento objetiva avaliar o jogo simbólico (faz-de-conta), o jogo social, o interesse social e o apontar protodeclarativo; b) M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001) é um questionário com 22 questões dirigidas a pais de crianças de 16 a 30 meses. Mede basicamente os mesmos comportamentos medidos no CHAT, com a diferença de que no M-Chat não há instrumento de observação. O que pode ser apontado como um ponto crítico, mas por outro lado pode ser aplicado a qualquer momento em grande escala, inclusive sem a presença da criança; c) ASQ – *The Ages and Stages Questionnaire* (Bricker & Squire, 1999) composto de um questionário dirigido a pais de criança de 1 dia a 3 anos com 10 a 15 questões voltadas para cada idade. Segundo seus idealizadores apresenta boa sensibilidade e excelente especificidade permite a avaliação por escores de certo e errado. É considerado de aplicação rápida.

O uso de instrumentos nas consultas pediátricas é indicado na literatura como uma estratégia de auxílio ao profissional na identificação de atipicidades do desenvolvimento (Dworkin, 1993, Filipek et al. 1999). Contudo, estudos apontam que a entrevista com os pais incitando os mesmos, sistematicamente, a falarem sobre seus filhos ajudam o profissional da saúde a identificar atrasos do desenvolvimento tão

efetivamente quanto usar instrumentos padronizados de rastreamento (Glascoe & Dworkin, 1995; Glascoe, 1997).

Os autores Glascoe e Mark (2011) também apontam as vantagens da entrevista, em relação aos instrumentos de rastreamento, na identificação de atipicidade do desenvolvimento. As vantagens são: (a) é relativamente fácil obter as preocupações dos pais (se questões de qualidade forem usadas), (b) leva pouco tempo do profissional, (c) elimina os desafios de medir diretamente a habilidades de crianças pequenas que podem ser menos cooperativas no momento do exame (por medo, por estarem dormindo ou não estarem em boas condições de saúde), (d) é um aspecto típico da relação entre profissionais e famílias e) ao contrario da maioria dos testes de triagem, a entrevista facilita a tomada decisão do profissional no momento de fazer os encaminhamentos e orientações devidas. Isto porque as entrevistas produzem dados variados a respeito da criança.

A *American Academy of Pediatrics* (AAP, 2001), por meio de seu comitê sobre crianças com inabilidades, recomenda aos pediatras que perguntem aos pais sobre o desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, a interação social recíproca (incluindo contato visual, compartilhamento de interesses ou realizações), as habilidades em brincadeiras imaginativas ou faz-de-conta de seus filhos. Além disso, a AAP recomenda que os profissionais verifiquem a ocorrência comportamentos indicativos da presença de TEA, chamando a criança pelo nome e observando suas respostas, apontando para um objeto de interesse para determinar se a criança segue o apontar e se engajando em conversa com a criança para observar possíveis atrasos de comunicação ou idiossincrasias.

Detectar atrasos do desenvolvimento precocemente, como é o caso do TEA, é um desafio ao profissional da saúde, pois, o atraso em uma habilidade pode tornar-se evidente apenas quando o comportamento esperado para aquela idade não ocorre. O reconhecimento precoce de atrasos requer do profissional conhecimento do desenvolvimento de comportamentos típico e atípico, treinamento específico sobre o desenvolvimento da primeira infância e experiência clínica com crianças (AAP, 2001; Filipeck et al., 1999).

Apesar das recomendações, as pesquisas apontam para um cenário pouco favorável à identificação precoce de comportamentos do TEA. Os estudos sobre a vigilância do desenvolvimento infantil no Brasil apontam vários problemas que podem comprometer a promoção da qualidade de vida das crianças atendidas e, conseqüentemente, a identificação precoce do TEA. Entre os problemas encontrados estão (a) o conhecimento restrito sobre o desenvolvimento infantil e sinais precoces do TEA, por parte de médicos e enfermeiros, (b) a formação acadêmica precária (c) a ausência de regularidade nos atendimentos; nem sempre é o mesmo pediatra que atende a criança, (d) acompanhamento do desenvolvimento, restrito à avaliação de medidas antropométricas e pouca atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor, (e) a falta de padronização e eficiência do sistema de registros de prontuários, o que acarreta deficiência de informações sobre o histórico dos pacientes e (f) duração dos atendimentos e (g) pouca participação em congressos e cursos de capacitação (Della Barba, 2002, 2007; Della Barba e Aiello, 2001; Lacerda e Aiello, 1998; Silva, Cursino, Dias, 1993; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004).

Diante do exposto, pode-se concluir que muitas ações em diferentes frentes precisam ser realizadas para que se possam identificar, precocemente, as condições, sejam elas orgânicas ou comportamentais, envolvidas na produção e manutenção de comportamentos que culminam em diagnóstico do TEA. E que os programas de vigilância infantil são um contexto para o qual esforços devam ser dirigidos.

Concentração de esforços que se coloca ainda mais urgente no Brasil depois da publicação da Lei Nº 12.764/2012 que institui a política nacional dos direitos da pessoa com TEA (Presidência da República, 2012). Com o decreto desta lei as pessoas diagnosticadas com TEA têm expressamente reconhecidos os direitos que todas as pessoas têm, inclusive, todos os direitos das pessoas com deficiência que estão previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Presidência da República, 2009), na Constituição Federal (Presidência da República, 1988), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Presidência da República, 1996), no Estatuto da Criança e do Adolescente (Presidência da República, 1990)

A Lei 12.764/2012A estabelece como direitos, dentre outros, o diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, acesso a educação e, em caso de comprovada necessidade, direito a um

acompanhante especializado para frequentar as salas do ensino regular. A ação governamental, se por um lado é extremamente valorosa, por outro estabelece uma demanda para o serviço público de saúde para o qual, pelo o que foi apontado pela literatura, parece não ter condições apropriadas de receber.

Uma contrapartida é que a referida lei estabelece também como diretrizes da política nacional, entre outros, o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento a pessoas com TEA, inclusive pais e responsáveis, e investimentos em pesquisa científica.

De forma geral, a revisão de literatura apresentada indicou que a etiologia do TEA ainda é desconhecida. Não há marcadores biológicos que possam identificar precocemente que uma criança seja portadora do transtorno. Contudo, há dados que sustentam a defesa de que os comportamentos que caracterizam o TEA têm sua origem nas contingências de reforçamento presentes desde o nascimento do bebê, principalmente as contingências que estabelecem repertórios verbais e sociais do indivíduo.

A produção de conhecimento em análise do comportamento deu suporte ao desenvolvimento de várias estratégias de intervenção, com altos índices de sucesso, desde que o indivíduo a inicie precocemente e de forma intensiva. Entretanto, para que intervenções possam ser bem-sucedidas, necessitam que os comportamentos que acarretam prejuízos para o desenvolvimento da criança sejam identificados precocemente.

Médicos e enfermeiros são profissionais que interagem precocemente com a criança e seus familiares. Nesse sentido, eles estão em melhores condições de avaliar e encaminhar para intervenção crianças com riscos de desenvolver comportamentos considerados autísticos. Logo, são esses os profissionais responsáveis pela vigilância do desenvolvimento infantil.

Como apontado acima há vários problemas a serem investigados e resolvidos antes que os programas de vigilância do desenvolvimento infantil se estabeleçam como um contexto eficiente para a identificação precoce do TEA (Della Barba, 2002, 2007; Della Barba e Aiello, 2001; Lacerda e Aiello, 1998; Silva, Cursino, Dias, 1993;

Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004). Assim, parece importante que esses programas sejam avaliados.

A proposta deste trabalho é a de investigar se um programa de vigilância do desenvolvimento infantil de um serviço público pode constituir-se meio apropriado para a identificação precoce de sinais de TEA.

Considerando-se que a identificação precoce do TEA é dependente (1) de sistemas de registros e materiais informativos que possam orientar a conduta de profissionais na vigilância, (2) de profissionais preparados para reconhecer os comportamentos e (3) de condições médicas associadas ao quadro e ao seu desenvolvimento, os objetivos do trabalho foram:

- a) Avaliar se os materiais de orientação sobre a vigilância do desenvolvimento usados em uma UBS continham informações que orientavam os profissionais, durante o atendimento de puericultura, a identificar precocemente sinais de TEA;
- b) Avaliar se os materiais de registro e os registros dos comportamentos podem auxiliar o profissional na identificação precoce do TEA;
- c) Investigar se profissionais da saúde de uma UBS tinham conhecimento sobre o TEA;
- d) Avaliar se as interações dos profissionais com a criança e seu acompanhante estão de acordo com as práticas profissionais recomendadas para a identificação precoce do TEA; e
- e) Verificar se houve incidência de diagnóstico ou suspeita de TEA e quais os encaminhamentos dados – profissionais envolvidos, tempo para o diagnóstico, idade da criança, tipo de intervenção indicada ou realizada.

Para a condução das investigações propostas, este trabalho foi dividido em dois Estudos. O Estudo I foi planejado para atender aos objetivos (a) e (b) e o Estudo II para atender aos objetivos (c), (d) e (e).

Estudo 1 – Análise de Materiais que Orientam a Puericultura e Registros de Prontuários.

Este Estudo foi dividido em duas etapas. A proposta da Etapa I foi a de avaliar um protocolo de vigilância do desenvolvimento infantil, utilizado na rede pública de saúde, quanto à existência de informações que orientem o profissional da saúde na identificação precoce de sinais do TEA. A proposta da Etapa II foi a de identificar os tipos de informações registradas nos prontuários médicos² e quais delas estavam relacionados à identificação precoce do TEA, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Etapa I – Análise do Protocolo de Vigilância do Desenvolvimento Infantil

Método

Material

Bases de Dados

Nesta Etapa do trabalho foram utilizadas três bases de dados (Portal Capes, MEDLINE, PubMed). Os periódicos dessas bases serviram como material de consulta para se compilar os indicadores da literatura que constituem sinais do TEA e serviram também de referências para a construção das categorias de análise para a avaliação de um protocolo de vigilância do desenvolvimento infantil.

A construção dessas categorias se deu a partir de materiais que indicassem quais eram os comportamentos considerados precursores do TEA e como os identificar precocemente. Esses materiais foram buscados nas bases de dados citadas anteriormente e as seguintes palavras-chaves foram usadas: *early identification e identificação*

² De acordo com o Art. 1º da Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, prontuário médico é “Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

precoce, joint attention e atenção compartilhada e atenção conjunta, genetic risk e riscos genéticos, screening e rastreamento, developmental surveillance e vigilância do desenvolvimento, diagnosis e diagnóstico, assessment e avaliação, review e revisão sozinhas ou em combinação com autism e autismo, autism spectrum disorder e transtorno do espectro autista.

Dos materiais obtidos foram selecionadas informações que dissessem respeito aos comportamentos referentes (a) às categorias diagnósticas do DSM –IV³ (interação social, habilidades de comunicação/linguagem e presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados), (b) às variáveis biológicas envolvidas no desenvolvimento de TEA e (c) às práticas profissionais que foram apontadas como eficientes na identificação precoce do TEA. Esses três conjuntos de informações foram organizados e serviram de base para a construção de categorias de análise para avaliação do protocolo. O produto deste processo está representado nas Tabelas 1, 2 e 3.

Na Tabela 1 estão representados os comportamentos referentes às interações sociais, à linguagem e comunicação e os referentes aos padrões comportamentais restritos e estereotipados de crianças de um a 24 meses de idade, sugeridos pela literatura como indicadores de risco autístico. Na Tabela 2 estão representadas condições médicas correlatas que foram identificadas em crianças diagnosticadas com TEA. Na Tabela 3 estão reunidas as práticas profissionais que foram consideradas eficientes na identificação precoce de comportamentos que representam risco de desenvolvimento do TEA para a criança.

Após a compilação dos dados da literatura, foram construídas categorias de análise para se avaliar o protocolo. Essas categorias foram derivadas das Tabelas 1, 2 e 3 e são apresentadas a seguir.

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: *Interações sociais da criança* – com o auxílio desta categoria verificou-se no protocolo a presença de informações que orientassem o profissional de saúde na avaliação do desenvolvimento das interações sociais da criança, seja através de

³ Quando a produção do instrumento de avaliação do protocolo foi iniciada o DSM-V ainda não havia sido publicado, o que só veio ocorrer em maio de 2013. Os critérios de construção do instrumento de avaliação não foram reavaliados por se entender que não há diferenças entre um manual e outro que pudessem comprometer o instrumento de avaliação construído.

questionamentos aos acompanhantes das crianças e/ou por meio da interação ou observação direta do profissional com a criança durante o atendimento. Esta categoria está baseada nos comportamentos apresentados na Tabela 1, coluna interações sociais.

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: *Linguagem/comunicação da criança* – com o auxílio desta categoria verificou-se no protocolo a presença de informações que orientassem o profissional de saúde na avaliação do desenvolvimento da linguagem e/ou de formas de comunicação da criança, seja através de questionamentos aos acompanhantes das crianças e/ou por meio da interação ou observação direta do profissional com a criança durante o atendimento. Esta categoria está baseada nos comportamentos apresentados na Tabela 1, coluna linguagem/comunicação.

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: *Padrões restritos e estereotipados* – com o auxílio desta categoria verificou-se no protocolo a presença de informações que orientassem o profissional de saúde na avaliação de respostas motoras, sensoriais (olfativas, gustativas, táteis e auditivas) ou comportamentais da criança que se apresentem como padrões restritos e ou estereotipados, seja através de questionamentos aos acompanhantes e/ou por meio da interação ou observação direta do profissional com a criança durante o atendimento. Esta categoria está baseada nos comportamentos apresentados na Tabela 1, coluna padrões restritos e estereotipados.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: *Condições médicas da criança* – com o auxílio desta categoria verificou-se no protocolo a presença de informações que orientassem o profissional de saúde na avaliação de problemas no trato digestivo, distúrbios do sono, doenças genéticas e condições neurológicas da criança, seja através de questionamentos aos acompanhantes durante o atendimento e/ou por meio da interação ou observação direta do profissional, seja através da realização ou solicitação de exames. Esta categoria está baseada nas informações apresentados na Tabela 2.

CATEGORIA DE ANÁLISE 5: *Práticas profissionais* – com o auxílio desta categoria verificou-se no protocolo a presença orientações profissionais que correspondessem às praticas profissionais recomendadas para a identificação precoce do TEA. Esta categoria se baseia nas informações apresentadas na Tabela 3.

Tabela 1.

Comportamentos de Risco para o Desenvolvimento do TEA Entre 01 e 24 Meses de Idade Segundo a Literatura

		Comportamentos e idades em meses			
		1 - 6	7 - 12	13 - 18	19-24
Interação social	Alta frequência de olhar em direção a objetos ao invés de pessoas;	Baixa frequência de seguir o olhar do outro;	Baixa frequência de apontar em direção a objetos ou pessoas;	Baixa frequência de apontar em direção a objetos ou pessoas;	Baixa frequência de brincar com pares;
	Baixa frequência de responder às expressões emocionais (principalmente o sorrir);	Baixa frequência de gestos/expressões emocionais e corporais.	Baixa frequência de olhar em direção a algo que uma pessoa está apontando;	Baixa frequência de olhar em direção a algo que uma pessoa está apontando;	Baixa frequência de brincar de faz-de-conta.
Linguagem/ comunicação	Baixa frequência de olhar em direção à voz humana;	Baixa frequência de alternar o olhar entre a pessoa com a qual está em interação e algo no ambiente;	Baixa frequência de mostrar pessoas ou objetos a outras pessoas;	Baixa frequência de mostrar pessoas ou objetos a outras pessoas;	Baixa frequência de formular frases.
	Atipicidade de respostas a estímulos sonoros (intensas a ou ausentes frente a estímulos de alta intensidade).	Baixa frequência de responder ao nome quando alguém chama;	Baixa frequência de solicitar algo por meio de comportamento não vocal.	Baixa frequência de solicitar algo por meio de comportamento não vocal.	
Padrões restritos e estereotipados	Atipicidade motora (hipo e hipertonia, espasmos, apraxia de membros);	Baixa frequência de recusar novos alimentos;	Baixa frequência de explorar o ambiente.	Baixa frequência de explorar o ambiente.	Alta frequência de manter rotina de atividades diárias.
	Alta frequência de colocar objetos na boca;	Alta frequência na repetição de movimentos corporais;	Alta frequência de repetição de palavras (Ecolalia)	Alta frequência de repetição de partes/detalhes de objetos);	
Padrões restritos e estereotipados	Consumo de substâncias não nutritivas e ou não comestíveis (PICA) podendo levar a intoxicações.	Atenção hiperseletiva (interage mais com partes/detalhes de objetos);			
		Alta frequência de colocar objetos na boca;			
	Consumo de substâncias não nutritivas e ou não comestíveis (PICA) podendo levar a intoxicações.				

Tabela 2

Condições Médicas Relacionadas ao Quadro do TEA

Condições médicas
2.1 Alta frequência de problemas relacionados ao sono (movimentos anormais durante o sono, resultando em interrupções, despertar confusional, transpiração, terror noturno, sonambulismo, pesadelo e dificuldades para adormecer);
2.2 Alta frequência de problemas gastrointestinais (alergias alimentares, refluxo, diarreia crônica, constipação, flatulência excessiva e distensão abdominal);
2.3 Alta frequência de transtornos convulsivos ou epilepsias durante a infância ou adolescência;
2.4 Alta frequência de atividades cerebrais irregulares;
2.5 Alta frequência de problemas relacionados a encefalopatias;
2.6 Incidência de diagnósticos de TEA em crianças com síndrome de Down, paralisia cerebral, deficiências visuais e auditivas;
2.7 Incidência de quadros de transtornos depressivos e de ansiedade em adolescentes e adultos com autismo de alto funcionamento cognitivo; e
2.8 Aumento acelerado da medida craniana nos dois primeiros anos de vida (percentil acima de 97, a circunferência aos 2 anos de idade chega a ser 10% maior que o esperado para a idade).

Tabela 3

Práticas Profissionais Recomendadas para a Identificação Precoce do TEA

Práticas profissionais

3.1 Perguntar sistematicamente e ouvir as preocupações dos pais com relação a seu filho. Principalmente com relação às interações sociais. Se necessário usar questionário pré-estabelecido como apoio;

3.2 Realizar anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde, como a existência de familiares com autismo, retardo mental, síndrome do X frágil, esclerose tuberosa e desordens afetivas, principalmente, depressão e ansiedade), histórico das condições pré, peri e neonatal da mãe e da criança, histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento;

3.3 Observar e interagir com a criança durante o atendimento (disponibilizar brinquedos, objetos);

3.4 Realizar capacitação na área de desenvolvimento infantil típico e atípico periodicamente e estar familiarizado com os sinais do autismo. Desse modo, é possível identificar os sinais autísticos e fazer encaminhamentos em crianças com idades entre 18 e 24 meses ou mesmo mais novas entre 6 e 12 meses;

3.5 Manter-se atualizado sobre os serviços e profissionais especializados em TEA existentes na cidade;

3.6 O ambiente no qual a criança está sendo avaliada deve permitir interações entre o profissional ou mãe e a criança e desta com o ambiente a sua volta;

3.7 Irmãos mais novos de crianças diagnosticadas com autismo devem ser monitorados, mesmos que os pais não tragam queixas ou preocupações sobre a criança;

3.8 As crianças devem ser encaminhadas para avaliação quando houver preocupações com relação a: atrasos da linguagem, problemas em comportamentos regulatórios, problemas sensoriais e motores, problemas sociais e comportamentais, distúrbios emocionais e problemas de aprendizagem. Quando houver risco de desenvolvimento do TEA a criança deve ser encaminhada a um profissional especializado e com experiência em avaliação e tratamento de pessoas com TEA; e

3.9 Os profissionais devem redobrar atenção na vigilância do desenvolvimento da criança no período de 12 a 24 meses, por ser este considerado um período crítico para a identificação precoce dos sinais de TEA.

Protocolo de vigilância do desenvolvimento infantil

Nesta Etapa, um documento intitulado *Clínico de Saúde da Criança* utilizado como instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil, doravante chamado apenas de protocolo, foi avaliado. O protocolo foi idealizado em 2006 pela Secretaria Municipal de Saúde de uma cidade do Estado do Paraná e foi elaborado por uma equipe multiprofissional (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia) atuante em atenção primária à saúde, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde em todas as fases de desenvolvimento da criança. Após a elaboração, o protocolo passou por um processo de validação realizado tanto por profissionais da secretaria municipal de saúde como por profissionais membros de sociedades e associações de classe e instituições de ensino superior. O protocolo foi implantado pela prefeitura municipal em 2007⁴.

O conteúdo que compõem o protocolo está dividido em quatro seções, descritas a seguir.

DIRETRIZES – composta pelos subitens População Alvo, População de Risco, Metas, Atribuições da Equipe de Saúde (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Pediatra e Clínico Geral do Programa Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde), e Cronograma de atendimento das crianças de zero a 10 anos;

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA – composta por Anamnese, Exame Físico, Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento (Peso, Estatura e Desenvolvimento Neuropsicomotor); Linguagem; Verificação de sinais Vitais em Pediatria (Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Temperatura e Pressão Arterial);

CUIDADOS BÁSICOS – que trata da Higiene, Sono e Vigília, Eliminações Intestinais e Vesicais (Evacuação e Micção), Alimentação, Exposição ao sol, e Icterícia do recém-nascido; e

⁴ Em setembro 2012 foi apresentado aos funcionários da UBS um novo protocolo que passou a vigorar em 2013. No entanto, o protocolo objeto de análise do presente estudo, continua sendo referência para os profissionais. Por esta razão, o protocolo analisado aqui neste trabalho será o de 2007.

AÇÕES PREVENTIVAS – composta pelos subitens correspondentes a Triagem Metabólica, Triagem Auditiva, Triagem Visual, Prevenção de acidentes na Infância, Anemia, e Violência na Infância.

Cada uma das seções traz informações e descrições de comportamentos que orientam o profissional da saúde a realizar o atendimento da criança em diferentes momentos do seu desenvolvimento.

Procedimento

A proposta desta etapa foi a de avaliar o referido protocolo quanto à existência de informações que orientem o profissional da saúde na identificação precoce de sinais do TEA. A avaliação se deu da seguinte forma, de posse das categorias a pesquisadora passou a leitura integral do protocolo e a cada descrição presente era verificado a correspondência com alguma categoria. Os exemplos a seguir demonstram como tal correspondência foi verificada.

O subitem do protocolo intitulado Atribuições do (a) Auxiliar de Enfermagem (pp.18 e 19) contem oito descrições, a saber,

1. **Acolher a mãe, esclarecendo as suas dúvidas.**
2. Administrar as vacinas conforme calendário.
3. **Colher o Teste do Pezinho.**
4. Avaliar aleitamento materno, incentivando e detectando dificuldades.
5. Realizar a puericultura e o atendimento conforme o protocolo.
6. Identificar os faltosos e solicitar convocação pelo ACS.
7. Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.
8. Encaminhar a criança para o serviço de odontologia da unidade

Com base nas categorias de análise as descrições 1e 3 foram selecionadas como descrições que estão de acordo com a literatura e podem auxiliar o profissional na identificação precoce do TEA.

O subitem do protocolo intitulado Linguagem – avaliação de crianças até dois anos (p.37) contem 12 descrições, a saber,

AUDIÇÃO:

1. **Teste da orelhinha** - verificar se realizou, caso não tenha sido feito encaminhar para a realização;
2. **Aos 06 meses a criança deve localizar o som em diferentes posições (em cima/ embaixo/ do lado direito e esquerdo);**
3. Histórico de otites e medicações ministradas;
4. **Investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos.**

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM:

06 meses:

5. Os sons são menos diferenciados (guturais);
6. **A partir de 06 meses – a criança apresenta o balbúcio cada vez mais rico devido ao prazer de se ouvir, os sons são mais diferenciados e repetitivos (dada, gugu, agu, mãmãmã, etc);**

01 ano:

7. **Surgimento das primeiras palavras (normalmente são sons labiais: papai, mamãe, papá);**
8. **Compreende frases simples compatíveis com o seu meio (exemplo: vai com a vovó, cadê o au-au?);**

01 ano e 6 meses:

9. **Usa palavras isoladas para representar suas ideias;**
10. Por enquanto é tolerável que apenas os pais ou quem cuida da criança entenda a maior parte de suas expressões;

02 anos:

11. **Ocorre o surgimento de frases simples (duas palavras Ex: qué água, dá papá mim, não qué, naná);**

RESPIRAÇÃO

12. Investigar se é de modo nasal ou oral.

Com base nas categorias de análise as descrições 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 11 foram selecionadas como descrições que estão de acordo com a literatura e podem auxiliar o profissional na identificação precoce do TEA.

Este procedimento foi realizado até que todas as descrições do protocolo fossem lidas. Cada descrição à medida que era selecionada foi inserida em uma planilha de Excel.

A avaliação do protocolo, portanto, se deu pela correspondência entre as descrições do protocolo e as categorias construídas a partir das orientações encontradas na literatura.

Resultados e Discussão

As descrições do protocolo consideradas relevantes para orientar o profissional da saúde na identificação precoce de sinais do TEA elegidas pela pesquisadora serão apresentadas e analisadas a seguir.

Tabela 4

Identificação das Seções e dos Subitens do protocolo que Continhm Informações Relevantes ao Profissional de Saúde na Identificação Precoces dos Sinais do TEA.

		Seções do protocolo			
		1. Diretrizes	2. Avaliação da Criança	3. Cuidados Básicos	4. Ações Preventivas
Subitens das seções do protocolo	1.1 População alvo;		2.1 Anamnese;	3.1 Higiene;	4.1 Triagem metabólica neonatal (teste do pezinho);
	1.2 População de risco;		2.2 Exame físico;	3.2 Sono e vigília;	4.2 Triagem auditiva (teste da orelhinha);
	1.3 Metas;		2.3 Avaliação do crescimento e desenvolvimento (peso, estatura e desenvolvimento neuropsicomotor);	3.3 Eliminações intestinais e vesicais (evacuação e micção);	4.3 Triagem visual (teste do olhinho);
	1.4 Atribuições da equipe de saúde;		2.4 Linguagem;	3.4 Alimentação;	4.4 Prevenção de acidentes na infância;
	1.5 Cronograma de atendimento das crianças de zero a 10 anos.		2.5 Verificação de sinais vitais em pediatria (frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e pressão arterial).	3.5 Exposição ao sol;	4.5 Anemia;
				3.6 Icterícia do recém-nascido.	4.6 Violência na infância.

Nota: As marcações em tom de cinza indicam os subitens em que há descrições que podem auxiliar o profissional de saúde na identificação precoce do TEA.

Na Tabela 4 foram apresentadas todas as seções e subseções do protocolo. Nota-se que em todas as seções, particularmente naqueles subitens destacados em tom

de cinza, foram identificadas informações que podem auxiliar o profissional de saúde na identificação precoce do TEA.

Para facilitar a apresentação da análise do protocolo, os resultados serão apresentados seção a seção.

Seção 1. As Diretrizes

A primeira seção do protocolo, intitulada *As Diretrizes*, é composta pelos subitens *População alvo*, pelos critérios que caracterizam a *População de risco*, as *Metas* da puericultura, as *Atribuições da equipe de saúde* e o *Cronograma* de atendimento das crianças.

Como pode-se observar na Tabela 5, a *população alvo* são todas as crianças de zero a dez anos e as descrições presentes no protocolo dizem respeito a esta faixa etária. A análise, contudo, será restrita às descrições dirigidas à faixa etária de 01 dia a 24 meses de idade. Escolheu-se esta faixa etária porque é em seus limites que se faz diagnóstico precoce do TEA (Lampreia, 2008; Silva & Mulick, 2009). Além, a literatura considera o período dos 12 aos 24 meses crítico para a identificação precoce do TEA (Barbaro & Dissanayake, 2009).

O *Cronograma* de atendimento pode contribuir para que o profissional identifique precocemente o TEA, desde que indique atendimentos na faixa de idade crítica para a identificação e seja pré-estabelecido.

Nos termos do protocolo, o cronograma de atendimento à criança (ver Figura 1) especifica que os atendimentos ocorrerão na ordem seguinte: de 0-15 dias, o recém-nascido deve ser atendido pelo médico e ou pelo enfermeiro e receber uma visita domiciliar da equipe do programa de saúde da família.

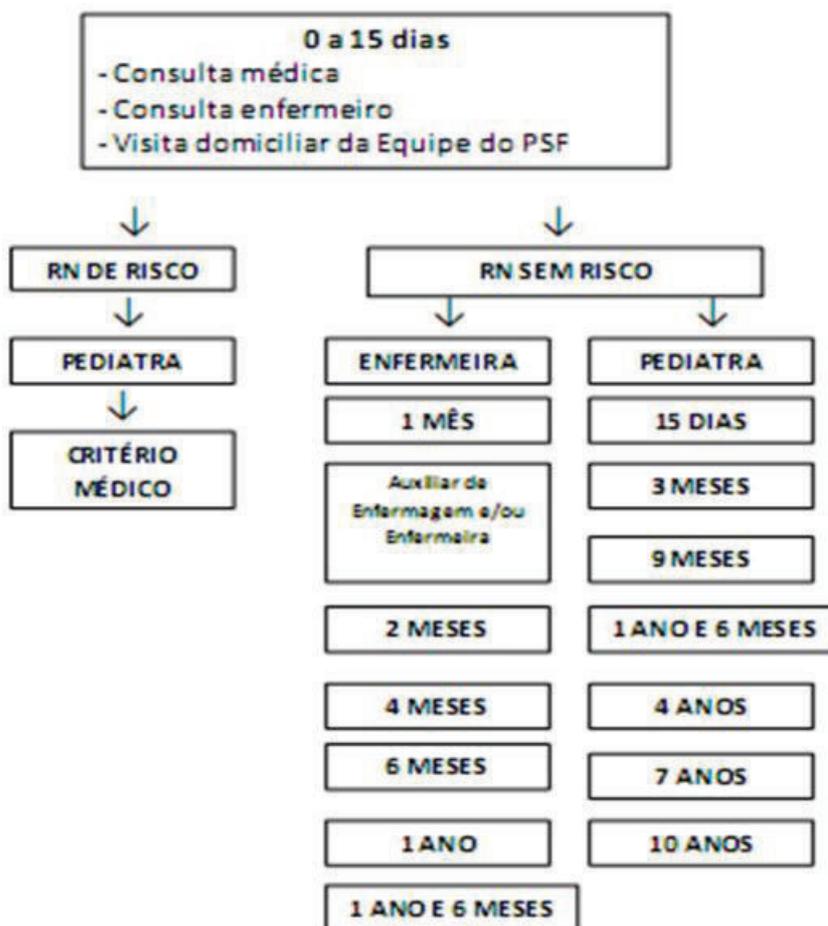
Tabela 5

Correspondência entre as Descrições da Seção Diretrizes do Protocolo e seus Subitens e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seção e subitem do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura
Diretrizes	População alvo	População alvo para atendimento são crianças de zero a 10 anos.
	Cronograma de atendimento	Cronograma de atendimento
	População de Risco	Crianças de risco evolutivo são as de zero a 10 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças crônicas
	Atribuições da equipe de saúde	Acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas e estabelecendo vínculo. Realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos Verificar e ou realizar o teste do pezinho.
		Os profissionais devem redobrar atenção na vigilância do desenvolvimento da criança no período de 12 a 24 meses, por ser considerado um período crítico para a identificação precoce dos sinais de TEA até os 18 meses. As crianças devem ser encaminhadas para avaliação quando houver preocupações com relação a: atrasos da linguagem, problemas em comportamentos regulatórios, problemas sensoriais e motores, problemas sociais e comportamentais, distúrbios emocionais e problemas de aprendizagem. Quando houver risco de desenvolvimento do TEA a criança deve ser encaminhada a um profissional especializado e com experiência em avaliação e tratamento de pessoas com TEA Perguntar sistematicamente e ouvir as preocupações dos pais com relação a seu filho. Principalmente com relação às interações sociais. Se precisar use um questionário pré-estabelecido como apoio. Realizar anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde), histórico das condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança, histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento

Se o recém-nascido for considerado de risco ele deve retornar para consulta médica de acordo com critérios do médico, se for considerado sem risco ao nascer ele deve passar por uma consulta com o pediatra aos 15 dias de vida, aos três meses, aos nove meses e com um ano e seis meses. O enfermeiro deve voltar a atender a criança com um mês de vida. O auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro ficam responsáveis

pelos atendimentos que devem ocorrer aos dois, aos quatro, aos seis meses, com um ano e com um ano e seis meses.



Fonte: Imagem reproduzida do protocolo clínico de saúde da criança (2007, p.20).

Figura 1. Cronograma de atendimento das crianças de zero a dez anos apresentado no protocolo.

O cronograma prevê 10 oportunidades de contato da criança com um profissional da saúde até que ela complete 18 meses, se for considerada uma criança sem riscos. Se houver riscos, este número pode aumentar de acordo com o critério médico. Isso implica que, pelo menos em relação ao que prevê o cronograma, a frequência de acompanhamento garante boa vigilância do desenvolvimento infantil.

O Ministério da Saúde (2012) recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além

de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês); similar ao previsto pelo cronograma de atendimento do protocolo. As faixas etárias selecionadas, segundo o Ministério da Saúde, representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Em relação ao TEA, no entanto, talvez fosse apropriado fazer acompanhamentos de três em três meses no intervalo dos 12 aos 24 meses de idade. Isso porque os comportamentos de atenção compartilhada (alternância do olhar do bebê entre uma pessoa e um objeto, seguir o olhar do outro, seguir o apontar do outro, dirigir a atenção do outro através de gestos, apontar ou mostrar algo), considerados os mais sólidos preditores do diagnóstico de TEA (Bosa, 2006; Faria, 2008; Klin, et al., 2006; Lampréia, 2009; Oliveira & Gil, 2007), ocorrem por volta dos nove meses de idade e se estabelecem por volta dos 15-18 meses (Lampréia, 2008). Assim, a extensão do período de acompanhamento permitiria intervenção precoce sobre problemas de desenvolvimento que mais tarde podem vir a ser critérios de diagnóstico de TEA.

Nas *Atribuições da equipe de saúde* foram selecionadas três descrições que podem auxiliar o profissional a identificar precocemente os sinais do TEA, quais sejam “acolher a mãe esclarecendo as dúvidas e estabelecendo vínculo” (p. 18), “realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos” (p. 18) e “verificar e ou realizar o teste do pezinho⁵”(18).

A literatura recomenda que os profissionais perguntem sistematicamente e ouçam as preocupações dos pais com relação a seu filho, principalmente com relação às interações sociais (American Academy of Pediatrics, 2001). Pesquisas apontaram que os pais geralmente estão corretos em suas preocupações com relação ao desenvolvimento de seus filhos e suas preocupações auxiliam o profissional a decidir seguramente sobre

⁵ A finalidade do Teste Triagem Neonatal (“Teste do Pezinho”) é o rastreamento neonatal de crianças portadoras de doenças que devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível a fim de evitar seqüelas para o paciente, como o Hipotireoidismo Congênito (HC) e a Fenilcetonúria (PKU), ou então, doenças que cursam com elevada morbi-mortalidade, a qual pode ser diminuída através de alguns cuidados básicos de saúde, como no caso da Anemia Falciforme e de outras hemoglobinopatias e da Fibrose Cística (FC) Assim, detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa de Triagem Neonatal – 2a edição ampliada – Ministério da Saúde – Brasília-DF – 2004

os encaminhamentos necessários a criança tanto quanto os instrumentos de rastreamento (Glascoe, MacLean & Stone, 1991; Glascoe, 1994, 1997).

A relação entre variáveis obstétricas (condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança) e possíveis quadros psiquiátricos dos pais com o desenvolvimento do TEA tem sido investigada (Anderson, Jacobs-Stannard, Chawarska, Volkmar, Kliman, 2007; Bolton, Pickles, Murphy, Rutter; 1998 e Piven, Palmer; 1999). Por isso a orientação do protocolo que estabelece como atribuição do profissional de saúde a “realização de uma avaliação minuciosa da criança detectando possíveis riscos ao seu desenvolvimento” (p.18) foi selecionada.

Seção 2 – A Avaliação da Criança.

A seção *Avaliação da criança* é composta pelos subitens *Anamnese, exame físico, Avaliação do crescimento e desenvolvimento, Linguagem e Verificação de sinais vitais* (Tab.4). No último subitem não foram selecionadas descrições que pudessem auxiliar o profissional a identificar os sinais do TEA.

As descrições selecionadas no subitem *Anamnese* e a correspondência com as orientações da literatura estão descritas na Tabela 6.

De acordo com o protocolo, “a anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se podem observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores” (p.21) e “a avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas” (p.22) e “nos locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem sua atenção” (p.22).

Tabela 6

Correspondência entre as Descrições do Subitem Anamnese do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seção e subitem do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura	
Avaliação da criança	Anamnese	Entre 1 a 6 meses, alta frequência de olhar em direção a objetos ao invés de pessoas.	
		A anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se pode observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores	Observar e interagir com a criança durante o atendimento (disponibilizar brinquedos, objetos)
		A avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas	O ambiente no qual a criança está sendo avaliada deve permitir interações entre o profissional ou mãe e a criança e desta com o ambiente a sua volta
		Nos locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem sua atenção	Entre 19 a 24 meses, baixa frequência de brincar com pares
		Obter dados sobre a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)	Entre 19 a 24 meses alta frequência em manter rotina de atividades diárias
		Obter dados sobre pais e irmão (idade, profissão, horário de trabalho, grau de escolaridade)	Alta frequência de problemas gastrointestinais (alergias alimentares, refluxo, diarreia crônica, constipação, flatulência excessiva e distensão abdominal)
		Registrar a alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidade oferecida e aceita pela criança, história de intolerância e/ou alergia alimentar	Entre 7 e 12 meses, alta frequência de recusar novos alimentos
		Obter dados sobre a duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos	Transtornos convulsivos ou epilepsias durante a infância ou adolescência
		Obter dados sobre agravos progressos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento	Atividades cerebrais podem revelar irregularidades neurológicas Problemas relacionados a encefalopatias Síndrome de Down, paralisia cerebral e síndrome de Tourette, deficiências visuais e auditivas. Transtornos depressivos e de ansiedade em adolescentes e adultos com autismo de alto funcionamento cognitivo
		É importante registrar as idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global de sua criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)	Doenças identificadas em famílias de indivíduos autistas: autismo, retardo mental, síndrome do X frágil, esclerose tuberosa, desordens afetivas, principalmente, depressão e ansiedade
Obter dados sobre a realização do pré-natal, idade gestacional de início, números de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação	Realizar anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde), histórico das condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança, histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento		
Obter dados sobre o tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso nascimentos e intercorrências neonatais			

Contudo, as descrições para que o profissional observe a relação da criança com seus cuidadores e comportamentos da criança são genéricas. Seria importante que houvesse pelo menos algumas descrições mais específicas ao profissional sobre o que ele deveria observar, ou seja, qual o comportamento da criança e com qual aspecto (físico ou social) do seu contexto ela interage. Se físico, a descrição poderia ser, por exemplo, se olha em direção a objetos, se pega objetos, como os manipula e se social, poderia ser, por exemplo, se olha em direção a rostos humanos, se faz solicitações - por gestos, fala, chorando, se entrega objetos às pessoas presentes. Seriam importantes também descrições que orientasse o profissional a observar os comportamentos da mãe como, por exemplo, se ela olha para criança enquanto fala com ela e como responde às solicitações da criança – grita, sorri, fala ou ignora.

Também seria importante que houvesse informações descritivas sobre como usar os objetos ou brinquedos e quais comportamentos devessem ser observados na sessão de avaliação das crianças.

De acordo com os estudos de Barbaro & Dissanayake (2009), comportamentos sociais, como baixa frequência de contato ocular, falha na orientação ao nome, baixa frequência de comportamentos de atenção compartilhada e pouco engajamento em interações com outras pessoas foram os melhores indicadores de diagnóstico diferencial do TEA. Daí a importância de orientações bem descritivas que instrua ações do profissional durante o processo de avaliação da criança.

O protocolo descreve que o profissional deve investigar a “idade em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global (motor, linguagem, socialização, habilidades) de sua criança” (p.22). Esse tipo de investigação é importante para a identificação precoce do TEA. Estudos indicam a regressão no desenvolvimento da linguagem e habilidades sociais de crianças na faixa etária de 15 a 21 meses, com incidência elevada entre 13 e 18 meses de idade (Filipeck et al., 1999; Goldberg, et al., 2003). Além disso, pode indicar ao profissional o quanto e o tipo de conhecimentos dos pais com relação ao desenvolvimento do seu filho e orientações específicas podem ser dirigidas a eles.

Mas não há descrições sobre o tipo de pergunta que o profissional deveria fazer à mãe para investigar marcos de desenvolvimento de seus filhos. E nesta avaliação sugere-se que estas sejam incluídas no protocolo. Isso porque, provavelmente, os pais nem sabem o que significam marcos de desenvolvimento. Considerando-se essa possibilidade, descrições com exemplos de perguntas a serem feitas e as respectivas idades nas quais elas deveriam ser feitas aumentariam as chances de que tais comportamentos fossem investigados pelos profissionais.

As descrições do protocolo que orientam o profissional a investigar sobre “a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)” (p.22) e sobre “pais e irmãos (idade, profissão, horário de trabalho, grau de escolaridade)” (p.22) podem complementar as informações sobre o desenvolvimento social e físico da criança e possíveis padrões repetitivos de atividades e resistência à mudança. Essas informações podem fornecer indícios sobre as condições nas quais se estabelecem as interações da criança com seus familiares e sobre as chances de que comportamentos, que mais tarde serão considerados critérios de diagnóstico do TEA, sejam detectados precocemente.

Contudo, as descrições do protocolo de uma maneira geral, deveriam ser mais analíticas, detalhadas e se estender a aspectos específicos, principalmente, das interações entre a criança e adultos e sobre marcos do desenvolvimento. Poderiam trazer descrições sobre *como* e *o que* o profissional deve investigar. Como por exemplo, quais atividades são as atividades diárias e eventuais da criança (brincadeiras, assistir TV, ir à escola ou creche etc.), com quem as faz (pai, vizinhos, irmãos, crianças do bairro), o tempo gasto em cada, quanto tempo passa sozinho, como se comporta nas diferentes atividades (frequência e situações em que chora, sorri, fica quieta, pede as coisas sem falar, é agressiva etc.) e como as pessoas respondem aos seus comportamentos.

Se esses aspectos da rotina da criança fossem investigados, então as oportunidades de modelagem e seleção de comportamentos verbais e motores seriam verificadas, mesmo que de forma indireta, através do relato da mãe. Segundo Drash e Tutor (2004 a), muitos dos comportamentos que compõem o quadro de TEA (isolamento, baixa frequência de comportamento verbal vocal, estereotípias) podem ser produtos das contingências estabelecidas pela comunidade verbal da criança desde muito cedo.

Há no protocolo descrições de que profissional deve “registrar a alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidade oferecida e aceita pela criança, história de intolerância e/ou alergia alimentar” (p.22) e deve “obter dados sobre a duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos” (p.22). Essas descrições foram selecionadas porque fornecem indícios sobre padrões restritivos e estereotipados com relação ao comportamento alimentar da criança; elas também permitem levantar hipóteses sobre possíveis problemas médicos que mereçam encaminhamento para exames. A literatura aponta que é comum o registro de intolerâncias, seletividade alimentar, recusa em experimentar novos alimentos, alergias, problemas gastrointestinais (diarreias crônicas, constipação e flatulências excessiva) em pessoas diagnosticadas com TEA (Herndon, et al., 2009 e Silva, 2011).

Ao investigar sobre o comportamento alimentar da criança, o profissional pode avaliar os comportamentos da mãe no estabelecimento de padrões de comportamento alimentar adequados ou inadequados da criança e diferenciar se as características do padrão alimentar observadas são devido a algum problema médico ou de como ele foi estabelecido. Contudo, para que isso fosse investigado, informações mais descritivas com relação aos comportamentos da mãe deveriam estar presentes no protocolo.

Estudos apontam a detecção de outras doenças ou condições médicas em crianças diagnosticadas com TEA. As mais frequentes são convulsões ou epilepsias durante a infância ou adolescência, irregularidades neurológicas, encefalopatias, síndrome do X frágil, esclerose tuberosa (Filipeck et al, 1999; Klin, et al., 2006), síndrome de down, paralisia cerebral, síndrome de Tourette, deficiências visuais e auditivas (Charman & Baird, 2002), transtornos depressivos e de ansiedade em adolescentes e adultos com autismo de alto funcionamento cognitivo (Barbaresi, et al., 2006). Com relação às doenças identificadas em parentes (pais e irmãos) de crianças diagnosticadas com TEA, são frequentes as psiquiátricas, em especial a depressão e a ansiedade dos pais (Bolton et al., 1998 e Piven, Palmer; 1999) e autismo em irmãos (Filipeck et al,1999).

Dessa forma, realizar anamnese que investigue os aspectos destacados acima é importante para a identificação do TEA. As descrições do protocolo selecionadas por orientarem o profissional nesse sentido são obter dados sobre “agravos progressivos ao

longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento”, (p.21) “o histórico de diagnóstico psiquiátrico na família ou outra doença”, (p.21), “antecedentes de consanguinidade e moléstias importantes na família”, (p.21) “realização do pré-natal, idade gestacional de início, números de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação” (p.21) e “tipo de parto (indicação e intercorrências), peso nascimentos e intercorrências neonatais” (p.21).

É importante destacar que não há, nas descrições selecionadas no protocolo, principalmente nas referentes a agravos progressos da criança e histórico de diagnóstico psiquiátrico ou de outras doenças, referências específicas a doenças ou condições médicas relacionadas ao TEA, apontadas na literatura. Por exemplo, não há no protocolo indicação para que o profissional investigue a ocorrência de convulsões, epilepsia, problemas neurológicos, otites ou diagnósticos de esclerose tuberosa, retardo mental, autismo e síndrome do X frágil. Contudo, as descrições, presentes no protocolo, sobre agravos progressos da criança (p.21) e histórico de diagnóstico psiquiátrico ou de outras doenças (p.22) foi selecionada por se caracterizarem como uma oportunidade de investigação das condições médicas relacionadas ao TEA. Neste caso, sugere-se que sejam feitas alterações nas descrições, já existentes no protocolo, tornando-as mais específicas. Ou seja, que se descrevam as possíveis relações dessas condições com o desenvolvimento de comportamentos que compõem o quadro do TEA.

O subitem *Exame físico* é extenso e contém informações que descrevem detalhadamente como deve ser realizado o exame de todas as regiões do corpo da criança. As descrições referem-se a definições, procedimentos, idade de surgimento ou desaparecimento de alguma característica física e, em alguns casos, as orientações que devem ser passadas aos pais. Há ainda ilustrações, por exemplo, do crânio e da arcada dentária para o exame da região da cabeça. Caso o resultado do exame não coincida com o que está descrito no protocolo, há orientações de encaminhamentos que devem ser feitos. Este padrão de descrições poderia ser repetido no subitem *Anamnese*.

No entanto, do subitem *Exame físico* a única descrição selecionada foi sobre a “Mensuração do perímetro cefálico” (p.23). Nos termos da literatura, padrões anormais de crescimento cerebral foram apontados como o aspecto neurobiológico mais frequente e consistente com o quadro clínico do TEA (Morgan, et al., 2010; Redcay &

Courchesne, 2005), mas, se considerado em conjunto com outros sinais (Dissanayake, et al., 2006).

Ainda em relação às descrições selecionadas do subitem *Anamnese*, é importante ressaltar que as sobre alimentação, presença de doenças na criança e nos familiares, interações da criança com seu meio físico e social, rotina de criança, pessoas de convivência da criança e presença de marcos do desenvolvimento, são descrições que devem ser realizadas regularmente pelo profissional em todos os atendimentos de puericultura. Caso contrário, o profissional pode perder informações importantes sobre o desenvolvimento da criança. Aí as chances de se identificar défices, que podem trazer prejuízos à criança, e de se intervir precocemente - se justificado - ficam comprometidas.

O próximo subitem da seção *Avaliação da Criança* é o de *Avaliação do crescimento e desenvolvimento*. Este subitem é dividido em duas partes. A primeira parte, *Avaliação do crescimento*, traz descrições que orientam o profissional na investigação do peso e altura da criança com o objetivo de construir gráficos que possam representar o desenvolvimento antropométrico⁶ da criança ao longo do tempo. A segunda parte traz descrições que orientam o profissional na realização da *Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor* da criança. Segundo o protocolo “O acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor deve ser feito sistematicamente, uma vez que ele traduz o crescimento, integridade e maturidade do sistema nervoso central (SNC), além da interação da criança com seu meio ambiente” (p.31).

Há na literatura orientações para que os profissionais permaneçam atentos aos marcos do desenvolvimento infantil, pois qualquer regressão ou atraso deve ser um sinal de alerta para que os profissionais fiquem atentos à criança (AAP, 2001; Filipeck et al., 1999; Goldberg et al, 2003). As descrições do protocolo que indicam marcos do desenvolvimento da criança e que apresentaram correspondência com estudos que os apontam como sinais precoces do TEA estão listados na Tabela 7.

⁶ Antropometria - conjunto de processos de mensuração do corpo humano ou de suas partes. (Dicionário eletrônico Michaelis, 2009).

Tabela 7

Correspondência entre as Descrições do Subitem Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seções e subitens do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura
Avaliação da criança Desenvolvimento neuropsicomotor	Entre 3 e 6 meses verificar se a criança reconhece pessoas	Entre 1 a 6 meses, baixa frequência de contato ocular/ olhar em direção ao rosto humano
	Entre 12 e 18 meses verificar se a criança faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas etc.)	Entre 7 e 12 meses, baixa frequência de gestos/expressões emocionais e corporais e baixa frequência de imitar gestos
	Entre 12 e 18 meses verificar se a criança emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá)	Entre 13 e 18 meses, baixa frequência de falar palavras
	Entre 3 e 6 meses verificar se a criança vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	Entre 1 e 6 meses, baixa frequência de olhar em direção a voz humana
	Entre 6 e 9 meses a criança emite sons, vocaliza	Entre 1 e 6 meses, baixa frequência de balbuciar
	Entre 3 e 6 meses verificar se a criança eleva e sustenta a cabeça sem deixá-la desabar	Atipicidade motora (hipo e hipertonia, espasmos, apraxia de membros)
	Entre 3 e 6 meses verificar se a criança segura e transfere objetos de uma mão para a outra	
	Entre 6 e 9 meses verificar se a criança senta sozinho no chão com as mãos livres	Realizar anamnese que investigue: histórico de desenvolvimento da criança (checar marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento.
	Entre 3 e 6 meses verificar se a criança rola de decúbito ventral	
	Entre 9 e 12 meses verificar se a criança engatinha livremente	
	Entre 9 e 12 meses verificar se responde diferentemente às pessoas familiares e estranhas	
	Entre 12 e 18 meses verificar se a criança anda segurando-se com uma das mãos ou anda sozinho	
	Do nascimento até os 15 meses verificar reflexos	

Entre o nascimento e os três meses o protocolo orienta que o profissional verifique os reflexos da criança (de Moro, de sucção, de preensão palmar e plantar, protusão da língua e de Marcha) todos foram analisados pela pesquisadora por representarem uma condição para o desenvolvimento de todos os comportamentos e, portanto, também dos comportamentos que compõem o quadro do TEA, classificados como atípicos. Segundo Bijou e Baer (1976),

Os eventos que se relacionam ao comportamento são denominados ambientais e orgânicos. Os ambientais estimulam evocam, discriminam e reforçam comportamentos, como fazem as palavras para o homem. Os orgânicos estabelecem o estilo e limitações do comportamento, ou seja, como fazem as penas para o pássaro e os dedos para o homem. Além disso, os eventos orgânicos estabelecem as classes e os limites dos eventos ambientais que podem ser testadas como funcionais (p.114)

Entre três e seis meses foram selecionadas descrições que orientavam o profissional a verificar se a criança “reconhece pessoas” (p.33), se “vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro” (p.33), se “fica de pé com apoio” (p.33), “eleva e sustenta a cabeça sem deixa-la desabar” (p.33), se “segura e transfere objetos de uma mão para a outra” (p.33) e se “rola de decúbito ventral” (p.33). Entre seis e nove meses as descrições que orientavam o profissional foram verificar se a criança “emite sons, vocaliza” (p.34) e se “senta sozinho no chão com as mãos livres” (p.34). Entre nove e 12 meses as descrições foram se a criança “engatinha livremente” (p.34), se “responde diferentemente a estranhos” (p.35). Entre 12 e 18 meses se a criança “faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas etc.)” (p.36) e “se a criança emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá)” (p.36). Aos dois anos se “fica em pé, chuta bola, arremessa bola, corre, anda, para e vira-se de pivô, pula no lugar com os dois pés juntos” (p.36).

Há estudos (Adrien, et al., 1991; Klin, et al., 2006; Osterling & Dawson, 1994), que indicam que entre um e seis meses a criança com TEA apresenta baixa frequência de contato ocular, de olhar em direção à voz humana. Entre sete e nove meses, apresenta baixa frequência gestos/expressões emocionais e corporais e baixa frequência de imitar gestos e entre 13 e 18 meses, baixa frequência de falar palavras e em todos os momentos pode apresentar atipicidade motora como hipo e hipertonia e estereotípias. Contudo, estes dados não foram identificados no protocolo. A ausência dos mesmos pode diminuir as chances do profissional de identificar precocemente o TEA.

Apesar da linguagem não ser mais considerada critério de diagnóstico no DSM-V (2013), as relações que promovem o comportamento verbal são consideradas, pela literatura da análise do comportamento, fundamentais para o desenvolvimento do

TEA. Tanto que se encontram autores que defendem o TEA como um transtorno exclusivamente modelado por contingências verbais a partir das interações dos primeiros meses de vida (Drash & Tudor, 2004; Mallot, 2004).

Portanto, são apresentadas na Tabela 8 as correspondências entre as descrições do subitem *Linguagem* e as orientações encontradas na literatura.

Tabela 8

Correspondência entre as Descrições do Subitem Linguagem do protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seções e subseções do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura
Avaliação da criança Linguagem	Verificar se foi realizado o teste da orelhinha, se não, encaminhar para a realização do mesmo.	Realizar anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde), histórico das condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança, histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento
	A partir de 06 meses os sons do balbucio são mais diferenciados e repetitivos (dada, gugu, mãmãmã)	Entre 1 e 6 meses, baixa frequência de balbuciar
	Aos 06 meses a criança deve localizar o som em diferentes posições (em cima/embaixo/do lado/ direito e esquerdo)	Entre 13 e 18 meses, baixa frequência de falar palavras
	Aos 12 meses surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: Papai, mamãe, papá)	Alta frequência de repetição de palavras (ecolalia)
	Aos 12 meses compreende frases simples compatíveis com o seu meio.	Entre 13 e 18 meses, alta frequência de solicitar algo por meio de comportamento não vocal
	Aos 18 meses usa palavras isoladas para representar suas ideias.	Entre 13 e 18 meses, baixa frequência de formular frases
	A partir dos 24 meses ocorre o surgimento de frases simples (qué água, dá papá mim, não qué, naná)	Entre 1 e 6 meses, baixa frequência de olhar em direção a voz humana
	Investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos.	Entre 1 e 6 meses, atipicidade nas respostas a estímulos sonoros ou táteis (intensas a estímulos de baixa intensidade ou ausentes frente a estímulos de alta intensidade)

As descrições selecionadas do protocolo foram “verificar se realizou teste da orelhinha⁷” (p.37) “a partir dos seis meses os sons do balbucio do bebê são mais diferenciados e repetitivos” (p.37), “aos seis meses a criança deve localizar o som em diferentes posições (em cima/embaixo/do lado/ direito e esquerdo)” (p.37), “investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos” (p.37).

Essas descrições são importantes para a identificação precoce do TEA uma vez que a literatura indica que crianças que foram diagnosticadas com TEA apresentaram, entre um e seis meses de idade, baixa frequência de olhar em direção a voz humana e atipicidade nas respostas a estímulos sonoros ou táteis – intensas a estímulos de baixa intensidade ou ausentes frente a estímulos de alta intensidade (Barbaro & Dissanayake, 2009; Filipeck et al, 1999; Lampreia, 2009). O teste da orelhinha é importante, pois ao realiza-lo é possível descartar qualquer problema biológico, caso venha a se detectar algum déficit de linguagem ao longo do desenvolvimento da criança.

Aos 12 meses o profissional, segundo o protocolo, deve verificar o “surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: Papai, mamãe, papá)” (p. 38) e se a criança “compreende frases simples compatíveis com o seu meio (por exemplo, vai com a vovó, cadê o au-au?)” (p.38). Aos 24 meses verificar “surgimento de frases simples (duas palavras, por exemplo, qué água, dá papá)” (p.38).

Essas descrições podem chamar atenção do profissional para aspectos importantes do desenvolvimento da comunicação/fala da criança e, portanto, para comportamentos considerados sinais precoces do TEA, uma vez que estudos encontraram baixa frequência de balbucio na idade entre um e seis meses; entre 13 e 18 meses, baixa frequência de falar palavras, alta frequência de solicitar algo por meio de comportamento não vocal e baixa frequência de formular frases e, ainda, alta frequência de repetição de palavras (ecolalia) em crianças diagnosticada com TEA (Barbaro & Dissanayake, 2009; Filipeck et al, 1999; Lampreia, 2009).

⁷ Exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA), mais conhecido como Teste da Orelhinha, é um dos diversos exames para avaliar a integridade da função auditiva. Verifica se a cóclea está funcionando bem. É realizado em todos os bebês, geralmente até o primeiro mês de vida, pois 50% dos casos de surdez não têm causa aparente ou fator de risco que os justifique, havendo a possibilidade de causa genética. <http://www.senado.gov.br/senado/campanhas/orelhinha/profissionais.html>

Apesar das descrições selecionadas nesse subitem, há considerações adicionais a serem feitas. Uma delas é quanto à ausência de orientação sobre o *como* investigar o comportamento. Por exemplo, *como* investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos. Assim, como ocorreu em vários momentos do protocolo, nos quais as descrições eram bastante detalhadas, inclusive com imagens, considerou-se que nesse subitem a descrição também deveria ser detalhada e indicar os tipos de materiais a serem usados (por exemplo, chocalhos, sinos, som gravado, palmas) ou a distância que o avaliador e os materiais devem estar da criança.

A mesma preocupação cabe em relação à descrição de *como* o profissional deve investigar o surgimento das primeiras palavras e o surgimento das primeiras frases simples. O protocolo é silente sobre se o profissional deve esperar que o comportamento de falar ocorra espontaneamente durante a consulta, se deve ou não fazer perguntas à criança ou para a mãe e quais perguntas faria. Parece relevante que essas considerações fossem pensadas e incluídas no protocolo.

Outro ponto a ser considerado é a inclusão de descrições, que não foram identificadas no protocolo, que ajudem o profissional a identificar de forma direta e precoce o TEA. Neste Trabalho fez-se uma revisão sobre os sinais que podem indicar o desenvolvimento do TEA (ver Tabela 1). Com base nesta revisão, sugere-se que sejam incluídas no protocolo descrições que avaliem se a criança sorri responsivamente, se faz contato ocular, se olha em direção a objetos que estão sendo segurados por outra pessoa, se apresenta orientação para o nome, se imita comportamentos ou faz algo quando solicitado a fazê-lo, se aponta com o dedo para mostrar algo de seu interesse alternando seu olhar entre o objeto e uma pessoa, se aponta o dedo para pedir algo alternando seu olhar entre o objeto e uma pessoa, se aponta com o dedo para pedir algo e se a criança brinca com brinquedos ou não apenas manipula partes dele, se traz objetos para mostrar a alguém e se brinca de faz de conta é fundamental para auxiliar o profissional na tarefa de identificar de forma direta e precoce o TEA.

Todos esses comportamentos são produtos de interações sociais e indicados como precursores de comportamentos verbais (Bosa, 2002; Oliveira & Gil, 2007).

Portanto, falhar em responder às interações que produzem tais comportamentos é considerado um sinal de alerta para o desenvolvimento de comportamentos autísticos.

Seção 3 – Cuidados Básicos

Esta seção do protocolo é subdividida em descrições referentes à *Higiene, Sono e Vigília, Eliminações Intestinais e Vesicais, Alimentação, Exposição ao Sol e Icterícia do Recém-Nascido* (Tabela 4). Os subitens que apresentaram descrições de interesse para este Trabalho foram *Sono e Vigília, Eliminações Intestinais e Vesicais e Alimentação*. Eles apresentam correspondência com aquilo que a literatura indica como algum sinal de alerta sobre o desenvolvimento de comportamentos do TEA. As descrições selecionadas nos subitens desta seção estão apresentadas na Figura 9.

Tabela 9

Correspondência Entre as Descrições da Seção Cuidados Básicos e suas Subseções do protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seções e subseções do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura
Cuidados básicos	Sono e vigília Verificar a presença de distúrbios do sono primários (quando é o principal ou único sintoma, por exemplo, insônia, terror noturno, pesadelo), secundários (quando é parte do primeiro problema clínico complexo, por exemplo, depressão, esquizofrenia, disfunção da tireoide) e parassonias (atividades consideradas normais durante a vigília, porém não usuais durante o sono, por exemplo, sonambulismo, sonilóquio, bruxismo, enurese noturna)	Alta frequência de problemas relacionados ao sono (movimentos anormais durante o sono, resultando em interrupções, despertar confusional, transpiração, terror noturno, sonambulismo, pesadelo e dificuldades para adormecer)
	Eliminações intestinais e vesicais É importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança Para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos	Alta frequência de problemas gastrointestinais (alergias alimentares, refluxo, diarreia crônica, constipação, flatulência excessiva e distensão abdominal)
	Alimentação Em torno de 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite.	Entre 7 a 12 meses, alta frequência de recusar novos alimentos

No subitem *Sono e Vigília* foi selecionada a descrição que orientava o profissional a verificar a presença de “distúrbios do sono (primários, secundários e parassonias) e a qualidade do sono da criança” (pp.45e 46).

Dados indicam que problemas do sono são identificados com maior frequência em crianças diagnosticadas com TEA do que com crianças de outros grupos (Aparas, 2008). Os problemas de sono mais frequentemente relacionados com o TEA são movimentos anormais durante o sono, resultando em interrupções, confusão ao despertar, transpiração, terror noturno, sonambulismo, pesadelo e dificuldades para adormecer (Aparas, 2008; Richdale, 1999; Schreck, Mulick, & Smith, 2004).

Nesse subitem há descrições que orientam o profissional sobre as características e os períodos de sono (sono profundo, leve, estado de sonolência transicional, estado de vigília, estado ativo, de choro). Apesar de não terem sido selecionadas como descrições para a identificação do TEA, pode-se dizer que essas descrições podem se estabelecer como boas oportunidades de interação com a criança. De forma indireta, essas descrições aumentam a probabilidade do profissional orientar a mãe a observar a criança e, caso haja alguma atipicidade nos comportamentos observados, as chances dela percebê-las aumentam.

No subitem *Eliminações intestinais e vesicais* foram selecionadas duas descrições, uma que diz ser “importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança” (p.46) e a outra que diz que “para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos” (p.46). Estas descrições podem alertar o profissional para aspectos gastrointestinais da criança que a literatura tem apontado como correlacionados e presentes em crianças diagnosticadas com casos de TEA (Silva, 2011).

O subitem *Alimentação* é o mais extenso da seção *Cuidados básicos*. As descrições ali presentes diziam respeito à alimentação no primeiro ano de vida da criança como aleitamento, período de introdução de novos alimentos e de como

desenvolver hábitos alimentares saudáveis. De maneira geral, as descrições podem auxiliar o profissional a orientar a mãe sobre o que a criança deve comer, quando e o que deve fazer para que isso aconteça. Descrições essas que, apesar de importantes para o desenvolvimento de um padrão comportamental alimentar saudável, não foram consideradas como relevantes para a identificação precoce do TEA.

Assim como no subitem *Sono e vigília*, apenas uma descrição foi selecionada no subitem *Alimentação*. Diz a descrição que “em torno de 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite” (p.52). Esta descrição foi selecionada porque alerta o profissional para um comportamento considerado sinal do TEA, qual seja, a recusa de novos alimentos na faixa etária de sete a 12 meses (Filipeck et.al., 1999; Herdon et al., 2009).

Um aspecto das descrições do protocolo que merece ser revisto é a pouca ênfase que se dá às interações sociais. Por exemplo, a amamentação é um comportamento da mãe bastante valorizado na puericultura, mas apenas em razão dos ganhos biológicos para o bebê. Descrições que apontem para a importância desse momento, do ponto de vista da oportunidade de produção de comportamentos sociais e de linguagem, como por exemplo, orientações ao profissional de que o momento da amamentação (interação entre mãe bebê) pode estabelecer contingências nas quais o contato ocular, o sorriso responsivo e comportamentos emocionais podem ser estabelecidos e observados. Pode ser ainda uma boa oportunidade para que operantes verbais, principalmente o tato e o mando, sejam estabelecidos (Drash & Tudor, 2004; Sundberger & Michael, 2001; Oliveira & Gil, 2007).

Drash e Tudor (2004) sugerem que o reforço de mandos vocais aversivos como choro e gritos pode resultar em aquisição de repertórios verbais inapropriados (aversivos) e podem gerar comportamentos de esquivas nos pais. Quando pais ou cuidadores antecipam demandas das crianças reforçando mandos gestuais ou outras formas não vocais, eles criam um contexto que gera pouca variabilidade comportamental e pode até prevenir o desenvolvimento de mandos vocais e mesmo não-vocais. Agir nos termos desse segundo paradigma pode levar ao desenvolvimento de crianças pouco interativas.

Oliveira e Gil (2007) descrevem uma situação na qual, tatos e mandos são estabelecidos no momento da amamentação,

Um dos objetos mais frequentemente presentes na rotina do bebê, por motivos óbvios, foi a mamadeira. Sempre que a mãe referia-se à mamadeira ela utilizava o termo “tetê”; “tetê” será considerado, então, o tato referente ao estímulo específico mamadeira. Em uma situação, quando o bebê tinha seis meses de idade, a mamadeira estava sobre a mesa. O bebê, então, olhou em direção à mamadeira (estímulo discriminativo - Sd), a mãe olhou para a mesma direção – a mamadeira – e emitiu a fala: “Ah, o tetê, você quer tetê?”, levantou-se, pegou a mamadeira e trouxe até o bebê (resposta da mãe); o bebê sorriu, pegou a mamadeira e levou até sua boca (estímulo reforçador - Sr). Neste caso, a emissão da primeira resposta do bebê direcionada à mamadeira (olhar em direção a ela), que exerceu função de Sd para a mãe, seria classificada como um operante verbal do tipo “mando” uma vez que produziu um estímulo reforçador específico – pegar a mamadeira e mamar (p.222).

Sugere-se, portanto, que descrições dessa natureza possam ser contempladas no protocolo. Contudo, é preciso que os profissionais estejam capacitados para tais orientações através de cursos e treinamentos.

Seção 4 – As Ações Preventivas

A seção *As Ações Preventivas* do protocolo é subdividida em *Triagem Metabólica Neonatal (teste do pezinho)*, *Triagem Auditiva* e *Triagem visual*, *Prevenção de Acidentes na Infância*, *Anemia Ferropriva* e *Violência na Infância*.

Entre todas as descrições presentes nesses subitens, foram selecionadas como importantes as referentes à *Triagem Metabólica Neonatal (teste do pezinho)* e *Triagem Auditiva*, apresentadas na Tabela 10. Essas descrições orientam o profissional a verificar se os exames haviam sido realizados; se não havia, então deveria agendar coleta e encaminhar material para análise.

Esses exames auxiliam o profissional de saúde a identificar possíveis variáveis biológicas que possam afetar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Eventualmente, podem indicar síndromes genéticas relacionadas com o desenvolvimento do TEA (Charman & Baird, 2002; Filipeck et al, 1999; Klin, et al., 2006) ou relacionada com prejuízos ao desenvolvimento de comportamentos de virar a cabeça em direção a diferentes sons e balbuciar, no caso da criança ser surda, e dificultar o diagnóstico diferencial do TEA.

Como a literatura orienta aos profissionais para que perguntem sistematicamente e ouçam as preocupações dos pais com relação a seu filho (Filipeck et al, 1999; AAP, 2001), foi selecionada também a descrição que diz que o profissional deve “verificar preocupações dos pais quanto a audição, fala e desenvolvimento do filho” (p.62) como uma descrição de prática que pode auxiliar a tarefa de identificar o TEA precocemente.

Tabela 10

Correspondência entre as Descrições da Seção Ações Preventivas e seus Subitens do Protocolo e as Orientações da Literatura para Identificação Precoce do TEA

Seções e subitens do protocolo	Descrições do protocolo	Orientações da literatura
Ações preventivas	Triagem metabólica neonatal	O exame deve ser coletado a partir de 24 horas de vida até o sétimo dia preferencialmente.
		Realizar anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde), histórico das condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança, histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento). Investigar possíveis regressões do desenvolvimento
	Triagem auditiva	Verificar no primeiro atendimento se o teste foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo.
	Verificar se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo	Perguntar sistematicamente e ouvir as preocupações dos pais com relação a seu filho. Principalmente com relação às interações sociais. Se precisar use um questionário pré-estabelecido como apoio
	Verificar preocupações dos pais quanto a audição, fala e desenvolvimento	

Uma triagem visual para verificar as condições de visão seria importante, mas, sobre isso, o protocolo é silente. O profissional deveria checar essa condição biológica da criança. A literatura indica que a baixa frequência de contato ocular é um dos fatores que diferenciaram 90% dos bebês com TEA dos sem TEA (Barbaro & Dissanayake, 2009). Portanto, sugere-se que seja incluída ao protocolo.

Para finalizar, serão apresentados, na Tabela 11, os sinais precoces do TEA (de acordo com os dados da Tabela 1), que não foram encontrados no protocolo.

Tabela 11

Sinais de Identificação Precoce do TEA, Orientados Pela Literatura, Que Não Foram Encontrado no Protocolo

Categories de Análise	Orientações da literatura
Interação social	1 a 6 (meses)
	Alta frequência de olhar em direção a objetos ao invés de pessoas
	Baixa frequência em responder às expressões emocionais (principalmente o sorrir)
	7 a 12 (meses)
	Baixa frequência de seguir o olhar do outro
	13 a 18 (meses)
	Baixa frequência de apontar para objetos ou pessoas
	Baixa frequência de olhar em direção a algo que uma pessoa está apontando
	Alta frequência de esquiva do toque de outra pessoa
Linguagem/ comunicação	19 a 24 (meses)
	Baixa frequência de brincar de faz-de-conta
	7 a 12 (meses)
Atipicidade, padrões restritos e estereotipados	Baixa frequência de alternar o olhar entre a pessoa com a qual está em interação e algo no ambiente
	Baixa frequência de responder ao nome quando alguém chama
	13 a 18 (meses)
	Baixa frequência de mostrar pessoas ou objetos a outras pessoas
	7 a 12 (meses)
	Alta frequência na repetição de movimentos corporais
Atenção hiperselativa (interage mais com partes/detalhes de objetos)	
Alta frequência de colocar objetos na boca	
Alta frequência de consumo de substâncias não nutritivas e ou não comestíveis (PICA) podendo levar a intoxicações.	
13 a 18 (meses)	
Baixa frequência de explorar o ambiente.	

Todos os comportamentos apresentados na Tabela 11 são considerados pela literatura como comportamentos preditores de risco do TEA, seja pela alta ou baixa frequência. Contudo, o contato ocular, sorrir socialmente, orientação para o nome e apontar e mostrar têm sido apontados como os mais eficientes na diferenciação de crianças com TEA de outras crianças, até os 12 meses de idade, o que é bastante precoce. (Barbaro & Dissanayake, 2009; Filipeck, et al., Osterling & Dawson, 1994; Zwaigenbaum et al., 2005).

Portanto, esses comportamentos deveriam ser priorizados considerando-se a precocidade de sua ocorrência na história de vida da criança e a simplicidade com que podem ser avaliados. Contudo, como indicado na Tabela 11, não foram encontradas no

protocolo descrições de orientação ao profissional para que este avaliasse tais comportamentos, com exceção do contato ocular. Com relação a este último, foi encontrada correspondência na descrição do protocolo que orientava que o profissional deveria avaliar se a criança reconhece pessoas, assim, para verificar tal comportamento era necessário que a criança olhasse para o rosto da pessoa e fizesse contato ocular.

Sugere-se que sejam incluídos no protocolo todos os comportamentos apresentados na Tabela 11 dada sua importância para a identificação do TEA.

Etapa II_– Análise de Registros de Atendimentos de Puericultura de uma Unidade Básica de Saúde.

Na Etapa II deste Estudo foram verificados os instrumentos utilizados para registro das informações obtidas durante os atendimentos de puericultura e os tipos de informações que eram registradas. Os objetivos foram os de analisar (a) quais das descrições do protocolo, importantes para identificação precoce do TEA (conforme análises da Etapa I), estavam contidas nos registros de atendimentos (prontuário), (b) quais e que tipos de registros eram feitos pelo profissional de saúde, e (c) se havia, na amostra de Prontuários investigada, ocorrência de registro de diagnóstico de TEA.

Método

Local

A coleta de dados foi realizada em uma UBS, de uma cidade do interior do Paraná (aproximadamente 500 mil habitantes) localizada em uma região na qual se concentra uma população de baixa e média renda. Esta unidade foi escolhida para o desenvolvimento do trabalho porque era a que mais realizava atendimentos de puericultura comparada a outras unidades da mesma região, segundo a Secretaria de Saúde do município onde se localizava a UBS.

Amostra

Nesta etapa o material de análise foram Prontuários⁸ infantis de uma UBS. Coletaram-se dados de 45 prontuários de crianças com idade, no momento da coleta, que variaram de 16 dias a 36 meses de vida. A seleção da amostra foi aleatória. Levando-se em conta que a identificação precoce dos sinais de TEA deve ocorrer até a idade de aproximadamente 18 meses, foram coletados os dados dos prontuários referentes aos atendimentos realizados à criança até a idade de 24 meses.

⁸ Um prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Oselka, 2008).

Cada prontuário investigado nesta Etapa era constituído por um conjunto de documentos com os registos de uma criança, dispostos em um envelope de papel. Dentro de cada envelope foram encontrados os seguintes documentos: declaração de nascido vivo, folha de gráfico de controle pondero estatural, resultados de exames solicitados, ficha de acompanhamento, ficha de atendimento e folhas avulsas (registros sobre os atendimentos realizados com a criança). Foram analisados os dados presentes na ficha de acompanhamento e nas folhas avulsas. Estes documentos foram escolhidos porque faziam parte de todos os prontuários e porque eram usados pelos profissionais para registrar dados em todos os atendimentos feitos com a criança.

Material

Ficha de acompanhamento (Apêndice A) – recurso utilizado pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem para registrar os dados obtidos durante as consultas de puericultura. Esta ficha é dividida em duas partes. A parte 1 corresponde ao registro dos dados de identificação do paciente (nome, ID – número de identificação do paciente no sistema Web de Saúde - telefone, endereço, local de trabalho da mãe) e dados sobre anamnese (histórico gestacional e parto, exames realizados ao nascimento, histórico de doenças familiares e dados antropométricos ao nascer) que são obtidos no primeiro atendimento de puericultura. A parte 2 corresponde ao registro das informações obtidas a cada atendimento de puericultura (idade, peso, altura, alimentação, exame físico, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), queixas, dentição, imunização, hipótese diagnóstica e orientação).

Folhas avulsas – folhas de papel sulfite na quais havia anotações sobre todos os atendimentos realizados ao paciente. Os tipos de registros, referentes a cada atendimento e em cada folha variaram a depender do profissional que o realizava (pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, clínico geral). Todos os registros eram escritos a mão com caneta esferográfica.

Sistema Web de Saúde – sistema de registros onde estão armazenados os dados das pessoas que foram atendidas na UBS e, portanto, possuem um prontuário com um número de identificação (ID). Este sistema estava disponível para acesso apenas por meio dos computadores da UBS.

Computador Intel^R Pentium com programa Excel instalado – utilizado para o registro das informações coletadas dos prontuários.

Tabela com descrições selecionadas do protocolo – material produzido pela pesquisadora como resultado da Etapa I do Estudo 1 no qual foram apresentadas as descrições do protocolo que foram selecionadas como importantes para auxiliar a identificação precoce dos sinais do TEA. Este material foi utilizado nesta Etapa como parâmetro para avaliar se os tipos de informações contidas na ficha de acompanhamento e as registradas nas folhas avulsas do prontuário correspondem às descrições indicadas no protocolo. As descrições selecionadas na Etapa I estão reunidas na Tabela 12 (alocada na última página da tese com o objetivo de facilitar a consulta do leitor).

Procedimento

Realizou-se uma reunião com a coordenadora da UBS para esclarecimentos sobre a pesquisa e entrega de uma cópia do projeto e o Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice B) e o documento de aprovação do Comitê de ética (Apêndice G). Nessa reunião a pesquisadora foi informada sobre a organização dos prontuários estavam organizados pelo número de identificação (ID) que é conferido à pessoa quando esta chega à UBS para o primeiro atendimento.

Apesar do interesse da pesquisadora circunscrever-se aos dados de crianças de até dois anos de idade, a coordenadora da UBS solicitou às agentes comunitárias que produzissem uma lista com os nomes e idade de todas as crianças de até cinco anos que eram atendidas na UBS. A razão apontada pela coordenadora foi a de que a produção da lista era feita manualmente o que exigia tempo e trabalho e, portanto, solicitar uma nova lista seria muito custoso, caso houvesse problemas na busca dos prontuários. Dessa forma, uma amostra maior (crianças até cinco anos) seria mais conveniente. Outra razão foi que com prontuários de crianças até 5 anos a probabilidade de se ter registros completos, ou seja, até os 2 anos era maior. Quando o registro de uma criança de 3, 4 ou 5 anos foi acessado, apenas os dados registrados até seus 2 anos foram usados para análise por se tratar da faixa etária de interesse.

De posse da lista com os nomes das crianças foi possível acessar o seu ID via Sistema Web de Saúde. Os passos para busca dos IDs foram: 1) Acessar o Sistema de

Saúde Web; 2) Inserir nome da criança e/ou data de nascimento nos respectivos espaços; 3) Clicar em buscar; 4) Acessar o ID contido na ficha online da criança. A lista entregue pelas agentes comunitárias continha 407 nomes com as respectivas datas de nascimento (214 meninos e 193 meninas) e desses, 286 IDs foram localizados no Sistema Web de Saúde. O ID de 121 crianças não apareceu no sistema quando o seu nome ou a data de nascimento foi inserido.

Cada ID foi anotado em uma folha. A busca dos prontuários se deu seguindo os números dos IDs anotados e de forma aleatória. Quando um prontuário não era localizado, passava-se para outro ID da lista e assim sucessivamente.

Quando se tinha acesso ao prontuário, os registros dos atendimentos de cada criança eram transcritos integralmente para uma planilha cujos campos de entrada de dados correspondiam aos da ficha de acompanhamento e com espaço para anotações dos registros contidos nas folhas avulsas. Essa planilha foi criada porque não era permitido retirar os prontuários da UBS.

Considerando-se a quantidade de dados registrados em cada ficha de acompanhamento e nas folhas avulsas, o tempo destinado para a coleta desses dados e o fato de prontuários não terem sido localizados, constituiu-se uma amostra de 45 prontuários.

Todos os atendimentos realizados a 45 crianças foram transcritos e analisados. Isto resultou em 554 atendimentos. Dos quais 176 estavam na ficha de acompanhamento e 378 nas folhas avulsas. Destes últimos, 203 foram realizados por um pediatra, 25 por um fisioterapeuta, 122 se referem a registros envolvendo descrições de visita familiar, entrega de exames, entrega de remédio, remarcação de consulta, encaminhamentos, problemas eventuais que não passaram por um pediatra e 28 referem-se a registros do não comparecimento do paciente ao atendimento ou cancelamento. Da amostra dos 203 atendimentos pediátricos, 19 estavam totalmente ilegíveis, não sendo possível coletar qualquer informação, restando assim para análise 184 registros de atendimento pediátrico.

Dados os objetivos deste Estudo, apenas os registros da ficha de acompanhamento (176 atendimentos realizados por enfermeiro ou auxiliar de

enfermagem) e os das folhas avulsas (184 atendimentos realizados pelo pediatra) foram analisados.

Para a análise dos dados contido nas fichas de acompanhamento utilizou-se o critério de correspondência. Nos termos deste critério, cabia à pesquisadora encontrar uma descrição no protocolo e verificar se havia um item na ficha de acompanhamento que correspondesse à instrução contida naquela descrição. Por exemplo, dada a descrição “Tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso nascimentos e intercorrências neonatais” (p.21), então na ficha de acompanhamento teria que haver um item (descrição textual impressa) com espaço para anotação do dado sobre o tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências neonatais. As descrições do protocolo para as quais foram encontradas correspondências com os itens da ficha e as que não foram, eram registradas em uma planilha do Excel para tabulação e análises posteriores.

Algumas situações em que a correspondência entre descrição do protocolo e o item da ficha de acompanhamento era parcial também foram consideradas como correspondentes. Veja-se um exemplo disso: frente à descrição do protocolo sobre investigar a “Rotina de vida da criança (quem cuida, horário das principais atividades)” (p. 22), a descrição encontrada na ficha de acompanhamento era “quem cuida da criança”, não havendo descrições sobre as atividades e os horários que ela as realizava ou outras relacionadas à rotina da criança. A decisão de considerar "correspondentes" situações como essas deu-se com base de o registro da ficha de acompanhamento oferecer, minimamente, oportunidade de se ter nota de parte da informação requerida no protocolo.

Uma vez identificadas as "correspondências de campos", o passo seguinte foi o de investigar quais descrições do protocolo resultaram em registro na ficha de atendimento e quais eram os conteúdos desses registros.

Todavia, os pediatras não faziam registros na ficha de acompanhamento e sim nas folhas avulsas. A análise buscou identificar o tipo de registro feito por ele e verificar quais desses registros mantinham correspondência com as descrições do protocolo (ver Tabela 12).

Resultados e Discussão

Na Etapa II deste Estudo pretendeu-se verificar quais das descrições do protocolo, aquelas importantes para auxiliar a identificação precoce do TEA, estavam contidas nos registros de atendimentos (ficha de acompanhamento e folhas avulsas).

Os dados a seguir derivam da análise de correspondência entre as descrições no protocolo e os registros da ficha de acompanhamento de puericultura.

Pode-se ver na Tabela 13 a correspondência entre a ficha de acompanhamento e as descrições da seção *Diretrizes* do protocolo. A coluna da esquerda refere-se às descrições do protocolo e a coluna da direita à possibilidade de correspondência com a ficha de acompanhamento. Se qualquer campo desta coluna contiver a marca “X”, então alguma correspondência foi encontrada entre os dois instrumentos no que concerne àquele aspecto particular da coluna à esquerda. A ausência da marca ou a inscrição “não se aplica” significa que não foi possível uma correspondência entre uma dada descrição do protocolo, por exemplo, “acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas” (p.18) e um registro na ficha de acompanhamento indicando que o profissional houvesse acolhido e esclarecido suas dúvidas.

Tabela 13

Correspondência Entre as Descrições dos Subitens da Seção Diretrizes do protocolo e os Itens da Ficha de Acompanhamento

Subitem	Descrições do protocolo	Correspondência
População alvo	População alvo para atendimento são crianças de zero a 10 anos.	X
Cronograma de atendimento	Cronograma de atendimento	X
População de risco	Crianças de risco evolutivo são as de zero a 10 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças crônicas	-
Atribuições da equipe de saúde	Acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas e estabelecendo vínculo.	Não se aplica
	Realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos	-

Como pode-se observar na Tabela 13, de cinco descrições do protocolo duas foram consideradas correspondentes com os itens da *ficha de acompanhamento* e duas não. Uma descrição foi considerada “não se aplica”.

As descrições correspondentes foram “população alvo: crianças de zero a 10 anos” (p.15) e “cronograma de atendimento” (p.20). Na ficha de acompanhamento haviam espaços destinados ao registro da data de nascimento, idade da criança no momento do atendimento e espaço para anotação da data de atendimento. A análise desses registros permitia descobrir se a criança estava seguindo o cronograma de visitas.

Contudo, é importante destacar que na ficha de acompanhamento não havia indicação de quando a criança deveria vir para os atendimentos. Para que o profissional avaliasse se a criança estava comparecendo à puericultura no período esperado requeria que ele conhecesse o cronograma e se lembrasse disso no momento do atendimento. Voluntariedade igual se exigia de outro profissional que acessasse a ficha da criança. Ele não saberia avaliar se em algum momento a criança deixou de comparecer ao atendimento previsto no cronograma. Com isso, a vigilância do desenvolvimento (baseada no conhecimento de se a criança compareceu aos atendimentos previamente agendados) fica comprometida. Dada essa adversidade, sugere-se que uma indicação sobre os períodos estabelecidos no cronograma estejam presentes na ficha de acompanhamento.

Não houve correspondência para as descrições “risco evolutivo: crianças de zero a 10 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças crônicas” (p.16) e “realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos” (p.18) porque não se identificou, na ficha de acompanhamento, quaisquer descrições com espaço para que fossem registrados dados sobre se a criança é de risco. De qualquer forma, uma avaliação minuciosa requer o uso de um instrumento com descrições detalhadas sobre aspectos relevantes que contemplem a amplitude da avaliação. Contudo, nenhuma das duas condições foi identificada.

As correspondências entre as descrições dos subitens da seção *Avaliação da Criança* e os itens da ficha de acompanhamento podem ser observadas na Tabela 14.

Tabela 14

Correspondência entre Descrições dos Subitens da Seção Avaliação da Criança do Protocolo e Descrições da Ficha de Acompanhamento

Subitens	Descrições do protocolo	CR
Anamnese	A anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se podem observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores	-
	A avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas	-
	Nos locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem sua atenção	Não aplica
	Obter dados sobre a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)	X
	Informações sobre pais e irmão (idade, profissão, horário de trabalho, grau de escolaridade)	X
	Registrar a alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidade oferecida e aceita pela criança, história de intolerância e/ou alergia alimentar	X
	Obter dados sobre a duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos	X
	Obter dados sobre o histórico de diagnóstico psiquiátrico na família ou outra doença	X
	Obter dados sobre antecedentes de consanguinidade e moléstias importantes na família	X
	Obter dados sobre agravos pregressos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento	-
	É importante registrar as idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global de sua criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)	-
	Obter dados sobre a realização do pré-natal, idade gestacional de início, números de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação	X
	Obter dados sobre o tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso nascimentos e intercorrências neonatais	X
	Desenvolvimento neuropsicomotor	Do nascimento até os 15 meses verificar reflexos (Moro, sucção, preensão palmar e plantar, protusão da língua, Marcha)
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança eleva e sustenta a cabeça sem deixá-la desabar		-
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança reconhece pessoas		-
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro		-
Entre 6 e 9 meses a criança emite sons, vocaliza		-
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança segura e transfere objetos de uma mão para a outra		-
Entre 6 e 9 meses verificar se a criança senta sozinho no chão com as mãos livres		-
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança rola de decúbito ventral		-
Entre 9 e 12 meses verificar se a criança engatinha livremente		-
Entre 9 e 12 meses responde diferentemente às pessoas familiares e estranhas		-
Entre 12 e 18 meses verificar se a criança faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, bate palmas)		-
Entre 12 e 18 meses verificar se a criança emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá)		-
Entre 12 e 18 meses verificar se a criança anda segurando-se com uma das mãos ou anda sozinho		-
Linguagem	Verificar se realizou o teste da orelhinha; caso não tenha sido feito encaminhar para a realização	X
	A partir de 06 meses os sons do balbúcio são mais diferenciados e repetitivos (dada, mãmãmã)	-
	Aos 12 meses surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: Papai,	-
	Aos 18 meses usa palavras isoladas para representar suas ideias.	-
	A partir dos 24 meses ocorre o surgimento de frases simples (qué água, dá papá mim,)	-
E. F.	Mensuração do perímetro cefálico	X

Nota. CR significa correspondência e E. F. Significa Exame Físico.

A análise da correspondência apontou que das 31 descrições selecionadas nessa seção, em apenas 10 foram consideradas correspondentes.

Verifica-se na Tabela 14 que de todos os subitens o que possui o maior número de correspondência foi o da *Anamnese*. Das 13 descrições selecionadas do protocolo, oito foram consideradas correspondentes, quatro sem correspondência e uma “Não se aplica”. As quatro descrições para as quais não foram encontradas correspondências na ficha de acompanhamento são: “A anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se podem observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores” (p.21), “a avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas” (p.22), “agravos pregressos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento” (p.21) e “é importante registrar as idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global de sua criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)” (p.22). Apesar de o protocolo orientar o profissional a observar e registrar as interações da criança, marcos do desenvolvimento, agravos na saúde da criança e a percepção dos pais sobre o desenvolvimento de seu filho, nenhum espaço destinado aos registros desses dados foi identificado.

A descrição do protocolo que recebeu a classificação “não se aplica” diz que “nos locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem sua atenção” (p.22). Esta descrição não foi considerada correspondente na Tabela 14, mas na sala na qual os atendimentos são realizados havia diversas figuras (circo, palhaço, flores, pássaros, árvores, helicóptero e animais) feitas em *Espuma Vinílica Acetinada* (EVA) coladas nas paredes. Esse aspecto é fundamental para a avaliação de vários comportamentos considerados sinais do TEA. O profissional poderia verificar se a criança olha em direção a objetos, se aponta com o dedo para mostrar algo de seu interesse, alternando seu olhar entre o objeto e uma pessoa, se aponta o dedo para pedir algo, alternando seu olhar entre o objeto e uma pessoa. Déficit desses comportamentos são tratados como um sinal de alerta para o desenvolvimento de comportamentos considerados autísticos (Barbaro & Dissanayake, 2009; Lampreia, 2008, 2009).

O que mais chamou a atenção na análise dessa seção foram as ausências de correspondências das descrições dos subitens *Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM)* e *Linguagem* do protocolo e a ficha de acompanhamento. Das 17 descrições selecionadas desses subitens, apenas uma do subitem *Linguagem* correspondia ao campo de registro da ficha de acompanhamento, qual seja, “verificar se realizou o teste da orelhinha, caso não tenha sido feito encaminhar para a realização” (p.37).

Com relação às descrições sobre o *Desenvolvimento Neuropsicomotor* foi encontrada na ficha de acompanhamento somente a descrição “DPNM” e apenas uma linha para que se fizesse o registro de possíveis dados obtidos no atendimento da criança. Segundo o critério de correspondência estabelecido, significa que há na ficha a oportunidade para que o profissional registre algum dado sobre o DPNM da criança. Mas não foi possível fazer o registro na Tabela 14, pois nenhuma, ou parte de alguma, descrição do protocolo foi identificada na ficha de acompanhamento.

Para uma boa vigilância do desenvolvimento da criança e para a identificação precoce do TEA é importante que o profissional (o que acompanha o desenvolvimento da criança) saiba se até os 15 meses todos os reflexos (Moro, sucção, preensão palmar e plantar, protusão da língua, Marcha) (pp.32-33) estão presentes, se entre 3 e 6 meses a criança “eleva e sustenta a cabeça sem deixa-la desabar” (p.32), se entre 3 e 6 meses “reconhece pessoas” (p.33), “vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro” (p.33), “segura e transfere objetos de uma mão para a outra” (p.33), “rola de decúbito ventral para dorsal, alcança objetos” (p.33), se entre 6 e 9 meses ela “emite sons, vocaliza” (p.34), “senta sozinha no chão com as mãos livres” (p.34), se entre 9 e 12 meses a criança “engatinha livremente” (p. 34), se “responde diferentemente às pessoas familiares e estranhas” (p.35) e se entre 12 e 18 meses a criança “faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas etc.)” (p.36), se “emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá)” (p.36) e “anda segurando-se com uma das mãos ou anda sozinho” (p.36). Todas essas descrições estão no protocolo (ver Tabela 13). Contudo, não foi encontrada nenhuma descrição correspondente a quaisquer delas na ficha de acompanhamento. Isso significa que dificilmente o registro de dados referentes ao DPNM da criança estará disponível no prontuário da criança. Parece claro que essa ausência de correspondência prejudica a vigilância e a identificação precoce do TEA.

Tão importante quanto o acompanhamento do DNPM da criança para a vigilância do desenvolvimento infantil e a identificação precoce do TEA é o acompanhamento do desenvolvimento da linguagem. Assim, além de saber se a criança realizou o teste da orelhinha ou não, como descrito no protocolo e com correspondência na ficha de acompanhamento, é fundamental que qualquer profissional da saúde que acessar o prontuário da criança tenha condições de também saber se aos 6 meses “os sons do balbucio são mais diferenciados e repetitivos (dada, gugu, mãmãmã)” (p.37), se aos 12 meses observou-se o “surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: papai, mamãe, papá)” (p.38), se aos 18 meses a criança usou “palavras isoladas para representar suas ideias” (p.38) e se a partir dos 24 meses ocorreu o “surgimento de frases simples (duas palavras: qué água, dá papá mim, não qué, naná)” (p.38). Contudo, nenhuma destas descrições do protocolo tem um correspondente na ficha de acompanhamento. Sendo assim, muito provavelmente, o prontuário da criança será deficiente no que diz respeito a dados sobre o desenvolvimento da linguagem e, neste aspecto, o protocolo não auxilia o profissional a identificar precocemente o TEA.

Do exposto, sugere-se que as descrições presentes no protocolo, particularmente nos subitens *Desenvolvimento Neuropsicomotor* e *Linguagem* sejam incluídas na ficha de acompanhamento. Poder-se-ia ter ainda um espaço para anotações sobre a percepção da mãe fora do contexto de atendimento. As descrições da ficha de acompanhamento deveriam permitir um registro fácil e rápido por parte do profissional.

A descrição do protocolo “mensuração do perímetro cefálico” (p.23) do subitem *Exame físico* foi considerada correspondente, pois na ficha de acompanhamento havia um item com a sigla “P.C.” com espaços para anotação da medida do perímetro cefálico ao nascer e a cada atendimento da criança.

Todas as descrições dos subitens da seção do protocolo *Cuidados Básicos*, selecionadas pela pesquisadora na Etapa I e apresentadas na Tabela 15, foram consideradas correspondentes com a ficha de acompanhamento.

Tabela 15

Correspondência Entre as Descrições dos Subitens da Seção Cuidados Básicos do Protocolo e os Itens da Ficha de Acompanhamento.

Subitens	Descrições do protocolo	Correspondência
Sono e vigília	Verificar a presença de distúrbios do sono primários (quando é o principal ou único sintoma, por exemplo, insônia, terror noturno, pesadelo), secundários (quando é parte do primeiro problema clínico complexo, por exemplo, depressão, esquizofrenia, disfunção da tireoide) e parassonias (atividades consideradas normais durante a vigília, porém não usuais durante o sono, por exemplo, sonambulismo, sonilóquio, bruxismo, enurese noturna)	X
Eliminações intestinais e vesicais	É importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança	X
	Para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos	X
Alimentação	Em torno de 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite.	X

A descrição do protocolo que orienta o profissional sobre os “distúrbios do sono: primários (quando é o principal ou único sintoma, por exemplo, insônia, terror noturno, pesadelo), secundários (quando é parte do primeiro problema clínico complexo, por exemplo, depressão, esquizofrenia, disfunção da tireoide) e parassonias (atividades consideradas normais durante a vigília, porém não usuais durante o sono, por exemplo, sonambulismo, sonilóquio, bruxismo, enurese noturna)” (pp.45-46) teve como correspondente na ficha de acompanhamento o item “sono”. Portanto, uma correspondência parcial; oferece ao profissional a oportunidade de registrar parte da descrição que o protocolo apresenta. Mesmo assim, considera-se importante que sejam incluídas na ficha de acompanhamento itens mais específicos sobre as características do sono da criança, como itens sobre os distúrbios do sono para que o profissional apenas assinale se a criança apresenta ou não tais distúrbios. Dessa forma, ao longo do processo de vigilância do desenvolvimento seria possível verificar se alterações do sono ocorreram frequentemente ou se se trata de um episódio circunstancial. O registro de

dados deste tipo, em conjunto com outros, poderia contribuir para um diagnóstico diferencial em caso de suspeita de TEA.

As mesmas considerações feitas sobre as correspondências entre as descrições sobre *Sono e Vigília* e as da ficha de acompanhamento se aplicam as descrições do subitem *Eliminações Intestinais e Vesicais* do protocolo. Nessas, as orientações das descrições são “é importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança” (p.46) e “para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos” (p.46). Contudo, os itens correspondentes na ficha de acompanhamento se referem a “evacuação” e “micção”, respectivamente.

Com relação a descrição do subitem *Alimentação* foi considerado correspondente a descrição do protocolo que diz “em torno de 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite” (p. 52) com o item da ficha de acompanhamento “Outros alimentos”, juntamente com a informação da idade da criança. A ficha, nesse sentido, possibilita ao profissional acompanhar os tipos de alimentos que são introduzidos no cardápio da criança. Em caso de restrições de consumo de novos alimentos, típico em crianças autistas, encaminhamentos precoces podem ser feitos. Estes dados, em conjunto com outros, podem também contribuir para um diagnóstico diferencial em caso de suspeita de TEA.

Das quatro descrições referentes à seção *Ações Preventivas*, apresentadas na Tabela 16, duas delas “verificar no primeiro atendimento se o teste (pezinho) foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo” (p.61) e “verificar se no primeiro atendimento foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo” (p.61) foram considerados correspondentes, uma vez que há na ficha de acompanhamentos itens que permitem ao profissional registrar se esses testes foram realizados.

Tabela 16

Correspondências Entre as Descrições dos Subitens da Seção Ações Preventivas do Protocolo e os Itens da Ficha de Acompanhamento

Subitens	Descrições do protocolo	Correspondência
Triagem metabólica neonatal	O exame deve ser coletado a partir de 24 horas de vida até o sétimo dia preferencialmente.	-
	Verificar no primeiro atendimento se o teste foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo.	X
Triagem auditiva	Verificar se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo	X
	Verificar preocupações dos pais quanto a audição, fala e desenvolvimento	-

Duas descrições daquela seção “o exame deve ser coletado a partir de 24 horas de vida até o sétimo dia preferencialmente” (p.61) e “considerar como fatores de risco para encaminhamento preocupações dos pais quanto a audição, fala e desenvolvimento” (p.61) não foram consideradas correspondentes. Não havia na ficha de acompanhamento nenhum item no qual o profissional pudesse registrar a data em que os testes foram feitos e nem as preocupações dos pais sobre a audição, fala ou desenvolvimento da criança. Sugere-se, que aquelas descrições do protocolo sejam incluídas como itens na ficha de acompanhamento e itens que os profissionais registrem as preocupações dos pais, tão salientadas na literatura como fundamentais para a identificação precoce do TEA (Filipeck, 1999; Glascoe, 1997).

É interessante notar que os índices de correspondência das descrições contidas nas Tabelas 15 e 16 foram altos. Das oito descrições, seis foram consideradas correspondentes com as descrições da ficha de acompanhamento. Todas diziam respeito à investigação de exames médicos e às condições biológicas da criança. Quando se trata das descrições do subitem *Desenvolvimento Neuropsicomotor e Linguagem* (Tabela 14), o índice de correspondência foi muito baixo.

Num primeiro momento, pode-se pensar que os dados sobre DNPM e linguagem foram desconsiderados no processo de avaliação. Não há itens na ficha de acompanhamento para que se façam os registros dos dados referentes aos mesmos. Por outro lado, se descrições aparecem no protocolo, então elas se referem a aspectos importantes do desenvolvimento da criança. Na avaliação feita neste Estudo, essa

ausência de correspondência é mais um fator que compromete o acompanhamento da vigilância do desenvolvimento e a identificação precoce de sinais do TEA. Isto porque, mesmo que o profissional possa ter avaliado um determinado comportamento que não está contemplado por algum item da ficha de acompanhamento, sua avaliação do ponto de vista do acompanhamento fica comprometida, pois nos próximos atendimentos o dado não estará presente para que se possa compará-lo e identificar retrocessos, verificar alterações. Por isso a importância de um instrumento de coleta que tenha o maior número de itens correspondentes com o protocolo.

Os itens de um instrumento de coleta podem ajudar o profissional a se lembrar dos comportamentos que devem ser avaliados em cada faixa etária, desde é claro que eles tenham uma história de aprendizagem com as descrições verbais propostas no protocolo. Assim, não haver correspondência entre as descrições do protocolo e os itens da ficha de acompanhamento pode aumentar as chances do profissional deixar de avaliar alguns comportamentos. “As técnicas de rememoração não estão relacionadas com buscar no depósito da memória, mas em aumentar a probabilidade de respostas” (Skinner, 1974; p.97) via controle de estímulos estabelecidos por uma história particular de reforçamento.

Outros objetivos da Etapa II do Estudo 1 foram identificar quais e quês tipos de registros estavam presentes nos instrumentos de coleta de dados do atendimento de puericultura e se havia na amostra de prontuários investigada, ocorrência de registro de diagnóstico do TEA. Os dados das fichas de acompanhamento correspondentes com as descrições do protocolo, feito por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, podem ser vistos a seguir.

Observa-se na Figura 2 que em 42 fichas de acompanhamento, de um total de 45, haviam registros nos itens sobre a realização do “pré-natal”.

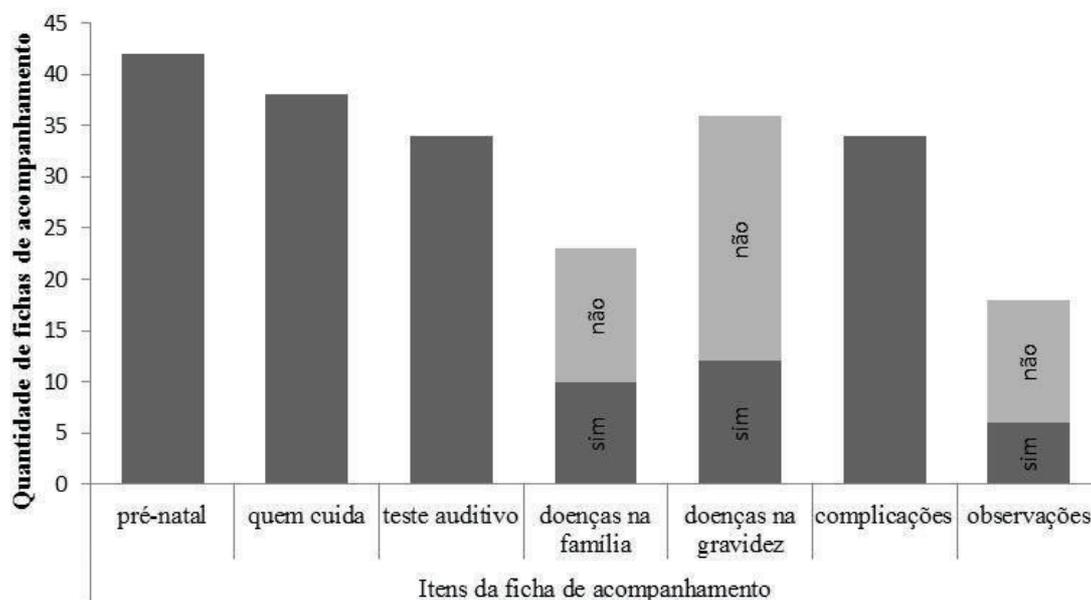


Figura 2. Número de fichas de acompanhamento ($n=45$) que continham registros nos itens que foram consideradas correspondentes com as descrições do protocolo selecionadas como importantes para a identificação de sinais precoces do TEA.

Legenda: (sim) Havia algum tipo de registro e (não) Ausência de registros.

Com relação aos registros sobre “quem cuida da criança”, esses foram encontrados em 38 fichas de acompanhamento, sendo que em sete não havia qualquer registro. Vale destacar aqui que a descrição encontrada no protocolo era para que o profissional obtivesse “dados sobre a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)” (p.22) e, referente a esta descrição, o tipo de registro encontrado foi somente sobre quem cuida da criança. Dados sobre os horários e as atividades realizadas pela criança não estavam registradas, nem mesmo no campo observações presente na ficha de acompanhamento. Saber os horários e as atividades da criança é importante. É desses dados que o profissional pode avaliar se os interesses da criança são restritos, se há variabilidade nas atividades, se ela brinca e do quê brinca. Dados como esses podem orientar o profissional sobre possíveis sinais do TEA (Filipeck et al., 1999; Klin, et al., 2006).

Registros sobre a realização do teste auditivo (teste da orelhinha) e sobre as complicações ocorridas no parto foram identificadas em 34 fichas de acompanhamento e em 11 os espaço destinados ao registro desses dados estavam em branco.

Em 36 fichas de acompanhamento foram identificados registros sobre as doenças na gravidez. Em 12 havia o registro sobre as doenças da mãe durante a gravidez. Em 24 o registro foi de que a mãe não havia tido nenhuma doença durante a gravidez e em nove não havia nenhum dado registrado.

De 23 fichas de acompanhamento nas quais havia algum registro sobre “doenças na família”, 13 indicavam não haver doenças e em 10 havia o registro sobre o tipo de doença. Em 22 não havia nenhuma informação registrada. Ter disponível esse tipo de informação é importante para a identificação precoce do TEA. A literatura aponta para a probabilidade de correlação de transtornos mentais, diagnósticos de X frágil, de esclerose tuberosa e de diagnóstico de TEA em familiares e problemas relacionados ao período pré-natal e variáveis obstétricas (Filipeck, 1999, Silva, 2011). Portanto, deixar de obter informações desses tipos é perder a oportunidade de investigar aspectos importantes do histórico da pessoa que pode ajudar a identificar precocemente riscos autísticos.

Ao final da primeira parte da ficha de acompanhamento havia um item denominado de “observações” e na frente varias linhas em branco. Em 18 fichas de acompanhamento foram identificados registros. Contudo, apenas em seis fichas havia algum tipo de descrição que sugerisse a observação do profissional sobre aspectos do desenvolvimento da criança importantes para a identificação precoce do TEA. Foram eles “corado, ativo, reflexos presentes” (5) e “ótima interação com pai e mãe” (1). Esse espaço poderia ser utilizado para o registro de qualquer informação que tivesse sido considerada importante pelo profissional ou que tivesse chamado sua atenção durante a consulta. É a oportunidade de registro de comportamentos ou de informações que não estavam presentes nos itens da ficha de acompanhamento.

Os resultados apresentados a seguir se referem à segunda parte da ficha de acompanhamento, correspondentes aos registros obtidos a cada atendimento de puericultura (idade, peso, altura, alimentação, exame físico, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), queixas, dentição, imunização, hipótese diagnóstica e orientação). Os registros foram obtidos dos atendimentos ($n=176$) realizados por enfermeiro ou por auxiliar de enfermagem. Os dados da Figura 3 indicam que do total de 176 atendimentos registrados na ficha de acompanhamento, em 175 havia o registro

sobre alimentação, seguidos por 172 registros de medidas do perímetro cefálico e 170 registros sobre eliminações intestinais e vesicais (hábitos fisiológicos). Registros sobre o sono foram encontrados em 167 atendimentos e em 123 atendimentos havia algum registro sobre o DNPM da criança.

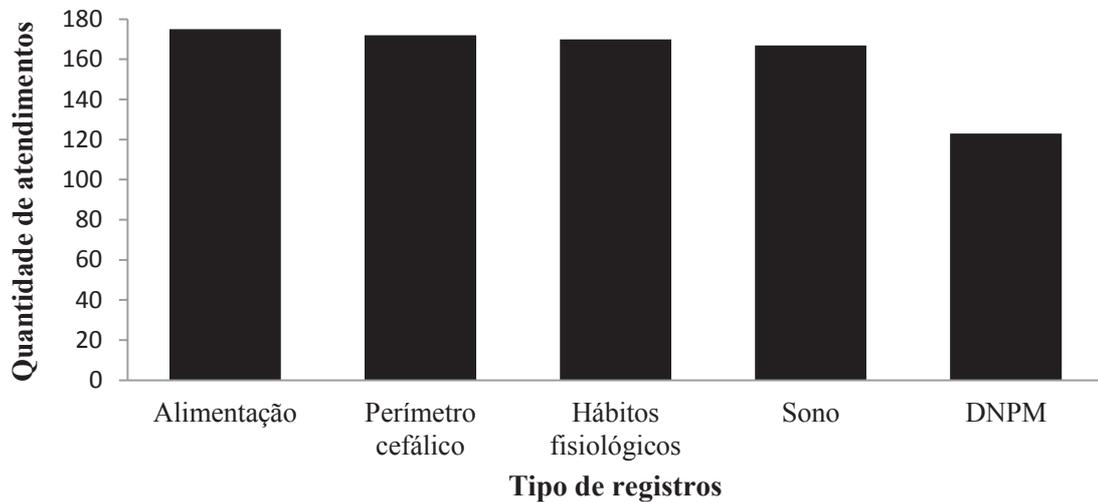


Figura 3. Quantidade de atendimentos ($n=176$) nos quais foram identificados registros nos itens da segunda parte da ficha de acompanhamento, realizado por enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Com relação à alimentação, os itens presentes na ficha de acompanhamento referiam-se à quantidade de leite ingerida, tempo de amamentação, número de vezes que amamenta e tipo de aleitamento oferecido à criança de acordo com a idade. Os tipos de registros encontrados foram, por exemplo, 50 ml, 30 minutos duas vezes ao dia, três vezes ao dia, suco de laranja, banana, arroz feijão.

No item sobre o perímetro cefálico, o registro referia-se à medição em centímetros da circunferência craniana.

No item sono o tipo de dados registrados com maior frequência foi “tranquilo” (104 atendimentos). Identificou-se também dois atendimentos com registros indicando que o sono da criança era interrompido durante a noite e dois que indicavam que a criança acordava chorando.

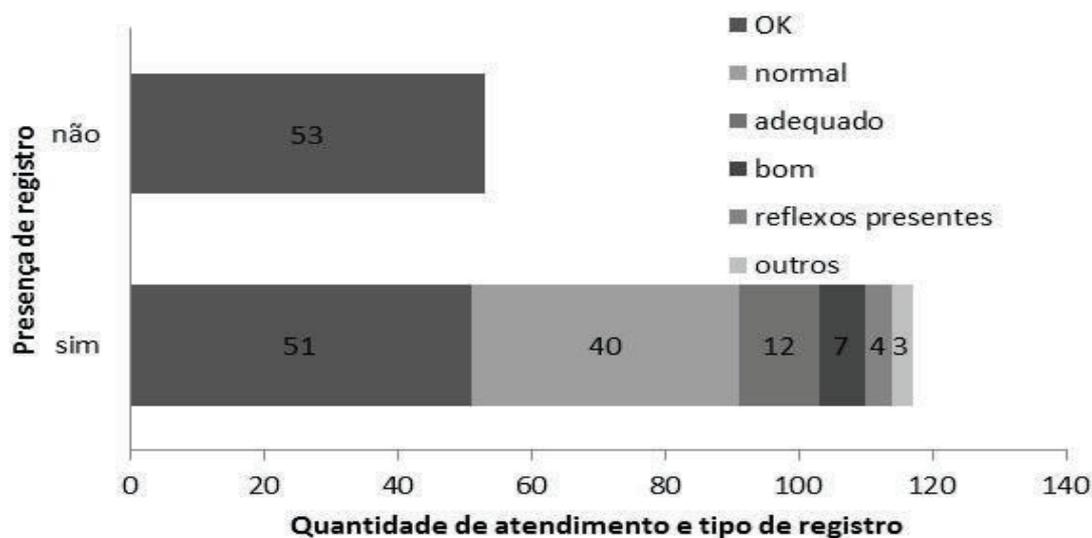


Figura 4. Quantidade atendimentos em que foram encontrados registros referentes a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança.

Observa-se na Figura 4 que todos os registros são genéricos. As descrições “OK” e “normal” estiveram presentes em 51 e 40 atendimentos. O registro “adequado” foi identificado em 12 atendimentos, “esperado” em três e “compatível com a idade” em dois. Em sete atendimentos os registros encontrados eram “Bom”, “bom, porém não engatinha, acompanhamento fisio”, “bom, reflexos presentes” e “reflexos presentes”, encontrado em quatro atendimentos.

Outros tipos de registros foram encontrados em três atendimentos, foram eles, “Ativo, reativo, reflexos presentes, fontanelas e abdômen normotensas, queda do coto umbilical” (uma vez), “Ativo, corado, afebril, reflexos ok, BCG ok” (uma vez), “Quadril instável, ativo, reativo, reflexos presentes, fontanelas e abdômen normotensos, coto umbilical, períneo íntegro” (uma vez).

Em 53 atendimentos realizados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem não foram identificado registros. Os espaços foram deixados em branco ou ocupados com informações que não diziam respeito ao DNPM. Ou o profissional não achou importante fazer o registro ou se esqueceu de anotar ou a ficha de acompanhamento é inadequada para isso. Muitas vezes o espaço estava ocupado com os dados do item anterior ao DNPM.

Os registros como os que foram encontrados sobre o DNPM são de difícil análise, em parte por conta de generalidade. O rótulo “Normal” e “Ok” pode indicar que o profissional examinou a criança seguindo todas as orientações previstas no protocolo e detectou que o DNPM da criança estava dentro dos parâmetros esperados. Ou que o profissional, de forma intuitiva, entendeu que a criança estivesse se desenvolvendo de acordo com os parâmetros esperados. Mas essas são hipóteses. O que foi avaliado pelo profissional não se deduz apenas daqueles registros.

Nos 176 atendimentos realizados, havia um registro que reportava que a criança de 11 meses não engatinhava e outro que reportava que a criança de 11 dias estava com o quadril instável. Nem só de registros do tipo ok e adequado se reportavam o DNPM da criança. Isso é bom indicativo. As crianças – a despeito daqueles rótulos – podem ter sido bem avaliadas.

Deve-se lembrar a ficha faz parte do prontuário da criança e é um documento. Tem que conter registros legíveis, detalhados e específicos, de maneira que profissionais da área tenham condições de compreender apropriadamente sobre o desenvolvimento da criança, de acompanhar e dar continuidade ao atendimento com segurança. As informações contidas nas fichas de acompanhamento, em seu conjunto, são falhas nesses quesitos.

A seguir serão apresentadas as análises dos registros obtidos das folhas avulsas. Os dados referem-se aos registros dos atendimentos realizados pelo pediatra ($n=184$), nos quais se considerou haver alguma correspondência com as descrições do protocolo.

Na coleta dos dados das folhas avulsas predominou-se a ilegibilidade dos registros. Todos os registros eram escritos à mão e muitas vezes nome do profissional que havia realizado o atendimento estava ausente. Quando o nome estava especificado, a profissão não estava; denotando um desacordo com a Resolução 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002). Por conta desses dois problemas, dados de algumas dessas folhas deixaram de ser coletados.

A resolução 1.638/2002 (CFM, 2002) estabelece em seu Art. 5º que “Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que

atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM”.

Uma alternativa seriam os prontuários eletrônicos. Eles parecem ser uma eficiente estratégia de coleta de dados para a vigilância do desenvolvimento infantil. Contudo, são estratégias que demandam vontade política em função de custos e logísticas envolvidas. Outra alternativa imediata seria a elaboração de instrumentos nos quais o profissional escreva o menos possível e que os aspectos a ser investigados já estivessem presentes no instrumento, bastando ao profissional assinalar o campo apropriado.

Os registros das folhas avulsas, correspondentes com as descrições do protocolo, estão na Tabela 17.

Observa-se que registros sobre alimentação (119 registros), eliminações intestinais (115 registros), eliminações vesicais (107) e agravos progressivos da criança (43 registros) foram os mais frequentes. Por outro lado, os registros com menor quantidade de ocorrências foram os que diziam respeito linguagem (um), rotina (três), realização de pré-natal (oito) e mensuração do perímetro cefálico (nove). Os registros sobre parto e gestação (20), DNPM (21), teste do pezinho (18), sono (14) e teste da orelhinha (11) foram os de frequências intermediárias.

Há descrições cuja probabilidade de ocorrência é menor. Os dados sobre pré-natal, tipo de parto e intercorrências gestacionais e triagem metabólica neonatal (teste do pezinho e da orelhinha) são do tipo que, uma vez obtidos e registrados, não precisam ser novamente avaliados.

Tabela 17

Quantidade de Registros dos Atendimentos Pediátricos Correspondentes com Descrições do Protocolo

Descrições do protocolo	Quantidade de registros correspondentes
Anamnese	
Obter dados sobre a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)	03
Registrar a alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidade oferecida e aceita pela criança, história de intolerância e/ou alergia alimentar	119
Obter dados sobre agravos progressivos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento	43
Obter dados sobre a realização do pré-natal, idade gestacional de início, números de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação	08
Obter dados sobre o tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso nascimentos e intercorrências neonatais	20
Desenvolvimento neuropsicomotor	
do nascimento até os 15 meses verificar reflexos (Moro, sucção, preensão palmar e plantar, protusão da língua, Marcha)	06
Entre 3 e 6 meses verificar se a criança segura e transfere objetos de uma mão para a outra	00
Entre 6 e 9 meses verificar se a criança senta sozinho no chão com as mãos livres	05
Entre 9 e 12 meses verificar se a criança engatinha livremente	05
Entre 12 e 18 meses verificar se a criança anda segurando-se com uma das mãos ou anda sozinho	05
Linguagem	
Aos 12 meses surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: Papai, mamãe, papá)	01
Exame Físico	
Mensuração do Perímetro Cefálico (P.C.)	09
Sono e vigília	
Verificar a presença de distúrbios do sono primários (quando é o principal ou único sintoma, por exemplo, insônia, terror noturno, pesadelo), secundários (quando é parte do primeiro problema clínico complexo, por exemplo, depressão, esquizofrenia, disfunção da tireoide) e parassonias (atividades consideradas normais durante a vigília, porém não usuais durante o sono, por exemplo, sonambulismo, sonilóquio, bruxismo, enurese noturna)	14
Eliminações intestinais e vesicais	
É importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança	115
Para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos	107
Triagem metabólica neonatal (teste do Pezinho)	
Verificar no primeiro atendimento se o teste foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo	18
Triagem auditiva	
Verificar se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo	11

A análise desses dados identificou, como esperado, uma concentração dos registros nos primeiros meses de vida. Registros sobre pré-natal, parto, teste do pezinho e teste da orelhinha, não foram encontrados nas faixas etárias subsequente aos 3 meses de idade.

O mesmo não se espera com os registros das descrições sobre rotina da criança, alimentação, agravos progressos ao longo da vida da criança, sono e vigília, eliminações intestinais e vesicais, DNPM e linguagem. Dados dessa natureza deveriam ser obtidos em todos os atendimentos independentes da idade, portanto, com probabilidade maior de ocorrências. A porcentagem de ocorrência desses dados, exceto DNPM e linguagem, é mostrada na Figura 6. Pela importância do DNPM e linguagem para a identificação precoce do TEA, a porcentagem de ocorrência desses registros e a faixa etária das crianças as quais os registros se referiam são mostradas na Figuras 6.

Pode se observar na Figura 5 que os mais frequentes em todas as faixas etárias são os registros sobre alimentação e hábitos fisiológicos, seguidos pelos de agravos de saúde da criança, sobre o sono, sobre a medida do perímetro cefálico e registros sobre a rotina da criança.

Os tipos de registros mais frequentes sobre alimentação foram os de que a criança estava mamando ou comendo bem, com indicação do tipo de alimento e quantidade que a criança comia . Foram encontrados, em nove atendimentos, registros de que a criança estava comendo pouco e de que estava com dificuldade em mamar.

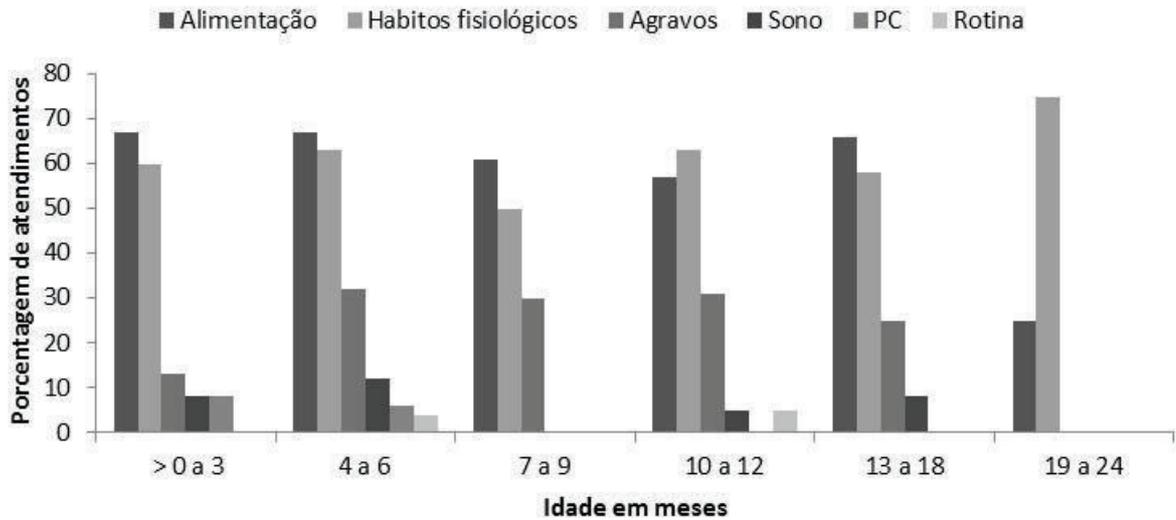


Figura 5. Porcentagem de registros de atendimentos pediátricos nos quais foram identificados dados sobre alimentação, hábitos fisiológicos (evacuação e micção), agravos de saúde, sono, perímetro cefálico e rotina da criança, distribuídas em faixas etárias.

Com relação aos hábitos fisiológicos, o tipo de registro de mais frequente foi “HF: nl” (hábitos fisiológicos normais). Outros registros encontrados foram sobre diarreia, ressecamento intestinal e quantidade de urina eliminada.

Os registros sobre agravos de saúde eram referentes ao acompanhamento do profissional a respeito de uso de medicamentos e seus efeitos, histórico de ocorrência de internamentos; cirurgias ou tratamentos da criança foram identificados em torno de 30% dos atendimentos, com exceção da faixa etária de >0 a 3 meses (13% dos atendimentos) e de 19 a 24 nas quais não foram encontrados nenhum registro deste tipo.

Ao contrário do que foi observado nos registros das fichas de acompanhamento, registros sobre perímetro cefálico e sono foram identificados em uma pequena porcentagem dos atendimentos em diferentes faixas etárias (mais ou menos 10% dos atendimentos). Os tipos de dados registrados sobre sono eram “tranquilo” ou “bom”. Na faixa etária de >0 a 3 meses foram identificado cinco atendimentos nos quais havia o registro de que a criança tinha o sono interrompido, em três se descreveu que ela acordava assustada e chorando.

Dados sobre alimentação, sono, perímetro cefálico, hábitos fisiológicos não devem ser negligenciado nos atendimentos de vigilância do desenvolvimento. Quando analisados em conjunto com outros comportamentos podem ajudar a identificar precocemente o TEA (Courchesne, et al., 2007; Filipeck et al, 1999; Levy, et al., 2007; Silva, 2011).

Registros sobre a rotina da criança foram identificados em apenas duas faixas etárias (4 a 6 e 10 a 12 meses) em um número reduzido de atendimentos e o tipo de registro foi de que a criança estava frequentando a creche, que a avó era quem cuidava da criança. Mais nada sobre as atividades da criança.

Dados sobre a rotina da criança, como horários e atividades realizadas, são importantes. Eles ajudam o profissional a avaliar se os interesses da criança são restritos, se há variabilidade nas atividades, se ela brinca e do quê. Esses dados podem orientar o profissional sobre possíveis sinais do TEA (Filipeck et al., 1999; Klin, et al., 2006).

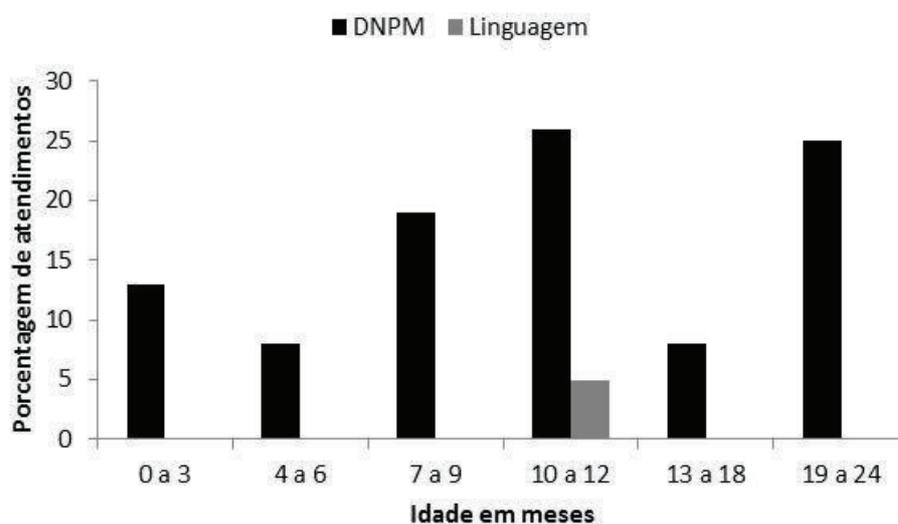


Figura 6. Porcentagem de registros de atendimentos pediátricos nos quais foram identificados dados sobre desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e linguagem, distribuídas em faixas etárias.

Nota-se na Figura 6 que a maior porcentagem de registros sobre DNPM (26% dos atendimentos) foi identificada nos atendimentos da faixa etária de 10 a 12 meses e, nessa mesma faixa, foi identificado um único registro sobre linguagem de uma criança

de 12 meses; era uma descrição sobre a criança falar as primeiras palavras. Essas porcentagens são baixas se comparadas às porcentagens de registros sobre alimentação (média de 57% dos atendimentos) e hábitos fisiológicos (média de 61% dos atendimentos).

Com relação aos tipos de registros sobre DNPM, foram encontrados seis atendimentos com registros de que os reflexos da criança estavam ok e em quatro que estavam adequado a idade. Na faixa etária de 4 a 6 meses foram identificados três registros sobre o comportamento de sentar da criança e um de que o DNPM da criança estava adequado a idade. Na faixa etária de 7 a 9 meses foram identificados cinco tipos de registros: um sobre sentar, três sobre engatinhar e um que descrevia que a criança tinha dificuldade em se manter firme, seguida dos dizeres “atraso motor?”. Dos 10 aos 12 meses foram identificados dois registros sobre o engatinhar e três sobre o andar. Dos 13 aos 18 e dos 19 aos 24 meses foram identificados registros sobre o andar da criança em apenas um atendimento em cada faixa etária.

Nota-se que o padrão de registro identificado nas fichas de acompanhamento repete-se nos registros das folhas avulsas: alta frequência e porcentagens de registros de dados relacionados a alimentação e funcionamento biológico. Dados sobre o desenvolvimento das interação da criança com seu meio, principalmente, as que produzem comportamentos sociais e conseqüentemente, linguagem apareceram poucas vezes.

Há uma diferença quando os registros sobre DPNM são feitos pelo pediatra. Eles são mais descritivos, não se resumindo apenas a “OK” ou “adequado”, comuns nas fichas de acompanhamento. Nessas fichas, como já dito acima, havia apenas uma linha para registros sobre DPNM; essa limitação não aplicava às folhas avulsas.

Contudo, espaço disponível para registro não pode ser a única variável para que o comportamento ocorra; o profissional precisa saber o quê registrar. Saber e fazer são comportamentos diferentes e, portanto, dependem de variáveis específicas para a sua ocorrência (Skinner, 1974). Depende, portanto, da história de aprendizagem de comportamentos necessários para o atendimento infantil e identificação de possíveis

atipicidades no desenvolvimento da criança. A formação profissional foi objeto de investigação do Estudo 2.

Nas fichas de acompanhamento havia espaços destinados ao registro das queixas trazidas pela mãe da criança e nas folhas avulsas também haviam registros sobre queixas trazidas. Os registros dos tipos de queixas mais frequentes obtidas das fichas de acompanhamento e das Folhas Avulsa em suas respectivas faixas etárias estão apresentados na Figura 7.

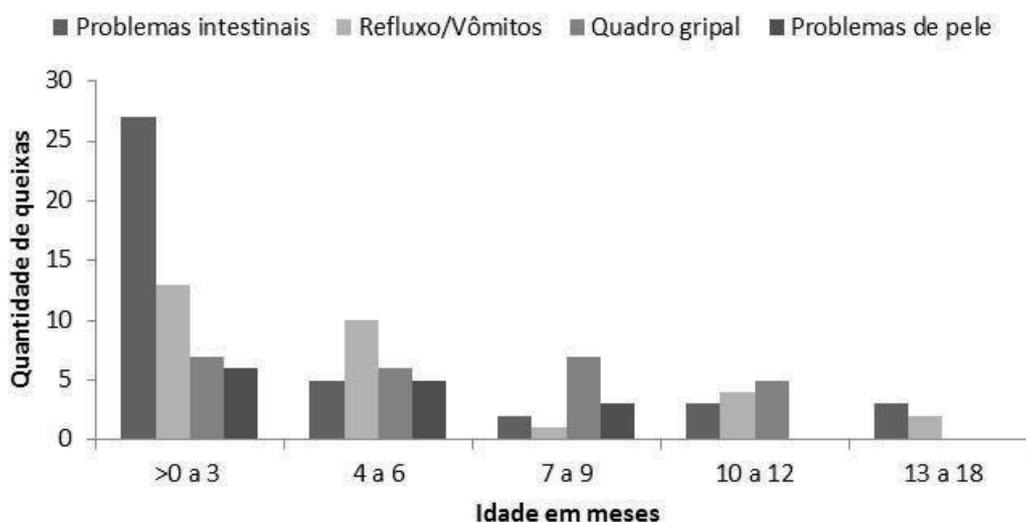


Figura 7. Quantidade e tipo de queixas registradas nas fichas de acompanhamento e nas folhas avulsas distribuídas em faixas etárias.

A análise dos registros de todos os atendimentos indicou que os tipos de queixas mais frequentes trazidos pelas mães referem-se a problemas intestinais de seus filhos (cólicas, diarreias, prisão de ventre), refluxo e vômitos, quadro gripal (obstrução nasal, coriza, febre, peito chiando, tosse) e problemas de pele (alergias e escamação). Não foram identificados nenhum registro de queixas sobre marcos de desenvolvimento, comportamentos sociais e linguagem.

Foram identificadas, dentre os 184 atendimentos registrados nas folhas avulsas, quatro descrições de queixas referentes a problemas motores e linguagem. Um registro na faixa etária de 7 a 9 meses “criança não apoia pé no chão” e dois na faixa etária de 13 a 18 meses “criança chora quando vai andar, não quer andar” e “pé torto”; sobre

linguagem, o registro foi de que a “criança não completa frases, fala com dificuldade” na faixa etária de 7 a 9 meses.

Não foram identificados registros de queixas sobre relacionamentos sociais, sobre o brincar e desenvolvimento da fala, todos importantes para a identificação precoce do TEA (Barbaro & Dissanayake, 2009; Bosa, 2002; Filipeck et al., 1999).

Isso sugere que tudo estava correndo bem com a criança e, portanto, não havia porque a mãe trazer qualquer queixa sobre esses comportamentos ou que a mãe talvez não tenha sido estimulada a falar de seu filho, no que se refere a essas interações. Se fosse o caso, ou o instrumento não servia como dica para o questionamento, ou o profissional não achou importante ou não teve tempo para perguntar. Os dados disponíveis não permitem optar por uma ou outra possibilidade.

Por outro lado, a análise dos registros das orientações feitas pelos profissionais, apresentadas na Figura 8, pode indicar a possibilidade de que o comportamento das mães seja influenciado pelo dos profissionais. A ausência de perguntas das mães pode indicar ausência de orientações dos profissionais, orientações imprecisas ou confusas, falta de oportunidade para a mãe relatar aspectos marcos do desenvolvimento da criança, interações sociais e linguagem.

O momento das orientações é uma oportunidade para os profissionais destacarem aspectos do desenvolvimento da criança para os quais os pais devem ficar atentos. Se as orientações referem-se a uma determinada categoria, como por exemplo, alimentação, pode aumentar as chances de que os pais fiquem atentos a alimentação dos filhos e assim, aumentem suas chances de identificar alguma atipicidade no comportamento alimentar da criança e trazer isso como uma queixa.

Os dados da Figura 8 tenta contribuir para esta análise. Nesta figura pode-se observar a quantidade e os tipos de orientações registradas nas fichas de acompanhamento e nas folhas avulsas distribuídas em faixas etárias.

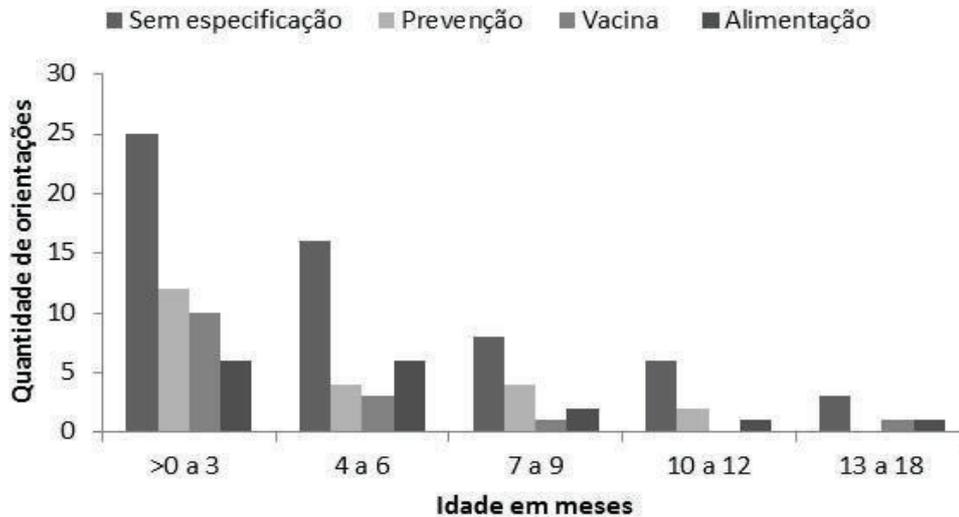


Figura 8. Quantidade e tipo de orientações registradas nas fichas de acompanhamento e nas folhas avulsas distribuídas em faixas etárias.

Em 184 atendimentos das folhas avulsas e em 176 das fichas de acompanhamento foram identificados 43 e 85 registros de orientações, respectivamente. Os tipos de registros mais frequentes em todas as faixas etárias foram os da categoria *Sem especificação* nos quais foram identificadas descrições como “orientações adequadas à idade”, “orientação gerais” ou apenas “feito orientações”. A categoria *Prevenção* do protocolo refere-se a descrições sobre como evitar acidentes ou problemas com regurgitação, por isso a frequência maior na faixa etária de >0 a 3 meses. Os profissionais orientavam a mãe, por exemplo, a elevar a cabeceira do berço, a não dormir com a criança na mesma cama do casal e a não deixar objetos ao alcance das crianças.

Os registros da categoria *Vacina* referiam-se a orientações sobre possíveis reações adversas da vacina e sobre o agendamento das datas nas quais a criança deveria ser vacinada e as consequências de não administrar as vacinas em dia. Os registros sobre alimentação referiam-se às orientações sobre a amamentação e introdução de novos alimentos, por isso as altas frequências nas faixas etárias de >0 a 3 meses e 4 a 6 meses. Segundo o protocolo, novos alimentos devem ser introduzidos na dieta da criança por volta dos seis meses e a literatura indica que são observadas em crianças diagnosticadas com TEA alta frequência de restrição alimentar por recusa em aceitar novos alimentos.

Nesse período e no seguinte, dos 7 aos 9 meses, deveria ser dada uma atenção maior ao estabelecimento dos comportamentos alimentares da criança.

Dentre os 360 atendimentos registrados (ficha de acompanhamento e folhas avulsas) foram identificados três registros que merecem destaque por sua relação com os sinais do TEA. Um por descrever “criança muito irritada e se não melhorar, oriento levar ao neuro” (pediatra – faixa etária dos 4 aos 6 meses), outro que descrevia “cabeça cambaleante” (pediatra – faixa etária 4 a 6 meses) e por último o que descrevia “oriento estimular para engatinhar (enfermeiro ou auxiliar de enfermagem – faixa etária dos 7 aos 9 meses).

Como se observa na Figura 8, registros sobre DNPM, principalmente sobre marcos do desenvolvimento, sobre a importância das interações sociais e linguagem, não estavam entre os registros mais frequentes.

Defende-se aqui a inclusão, nos atendimentos, de orientações às mães ou pais no sentido de os preparar para observar e produzir comportamentos que contribuam para o desenvolvimento saudável de seus filhos e para a identificação de sinais do TEA, principalmente sobre as interações sociais que estabelecem a linguagem. Dados apresentados por Barbaro e Dissanayake (2009) demonstram que os comportamentos sociais como, pobre contato ocular, falha na orientação ao nome, défices em comportamentos de atenção compartilhada e pouco engajamento em interações sociais foram os melhores indicadores de diagnóstico diferencial. Portanto, a esses deve ser dada atenção especial na vigilância do desenvolvimento.

Os profissionais devem estar preparados para orientar a mãe a conversar com seu filho, olhando em seus olhos enquanto o amamenta; a estimulá-lo fazendo cócegas, mexendo em seus pés e mãos enquanto lhe dá banho ou durante a troca de roupas; a apontar em direção as coisas e pessoas enquanto estiverem andando pela rua ou mesmo dentro de casa; a brincar com seus filhos ou a observá-los enquanto eles brincam com outras crianças ou irmãos. Segundo Filipeck et al., (1999, Figueira, 2005), todo profissional da atenção primária (pediatras, neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) devem ser capacitados em

desenvolvimento infantil, típico e atípico, além de familiarização com os sinais do autismo.

Os dados sobre a capacitação e a familiarização com os sinais do TEA dos profissionais da UBS foram objeto de investigação do Estudo 2.

Estudo 2 – Análise da Capacitação do Profissional de Saúde e dos Atendimentos de Puericultura.

Este Estudo foi dividido em duas Etapas. Na Etapa I investigou-se (a) a formação acadêmico-profissional de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e pediatras por meio de entrevista, (b) os seus conhecimentos sobre o TEA, (c) a ocorrência de diagnóstico ou suspeita de TEA e (d) os encaminhamentos realizados. Já o objetivo da Etapa II foi o investigar as ações daqueles profissionais durante os atendimentos de puericultura para identificar comportamentos favoráveis à identificação precoce de comportamentos que pudessem vir a se tornar critério de diagnóstico do TEA.

Etapa I – Investigação da Formação Acadêmico-profissional de Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem e Pediatras e de seus Conhecimentos Sobre o Transtorno do Espectro Autista

Método

Participantes

Foram entrevistados sete profissionais, um pediatra, um enfermeiro (coordenador da UBS) e cinco auxiliares de enfermagem. Três auxiliares possuíam diploma de curso técnico em enfermagem e destes, dois tinham formação de terceiro grau. Um formado em fisioterapia e outro em enfermagem. Ambos fizeram o curso depois de terem sido contratados como auxiliares. Todos esses profissionais possuíam algum curso de pós-graduação ou capacitação. Os outros dois auxiliares possuíam apenas curso técnico de auxiliar de enfermagem.

Local

Dependências de uma UBS localizada em uma região cuja população é considerada como de baixa renda.

Materiais

Equipamento – um *tablet* da marca Apple (Ipad) com o aplicativo Sound Note instalado. Esse aplicativo permitiu a gravação de áudio e registro simultâneos das entrevistas.

Roteiro de entrevista – A elaboração do roteiro (Apêndice C) foi orientada pelas informações da literatura sobre aspectos das práticas e formação dos profissionais para a identificação precoce de sinais do TEA. As questões do roteiro versaram sobre: formação profissional, treinamento ou capacitação para realização de atendimentos de puericultura, materiais de orientação para realização de puericultura e para registro dos atendimentos, conhecimentos sobre TEA, procedimentos de conduta em caso de suspeita ou confirmação de TEA.

Procedimento

O primeiro passo foi solicitar à coordenadora da UBS permissão para que as entrevistas fossem realizadas durante o período de trabalho, quando houvesse disponibilidade de tempo por parte dos profissionais. Dessa forma, as atividades diárias não seriam prejudicadas.

Na época em que as entrevistas foram feitas trabalhavam na unidade um pediatra, quatro enfermeiros e 14 auxiliares de enfermagem. Esses profissionais foram escolhidos para tomar parte da pesquisa em função de a seção *Atribuições da Equipe de Saúde* do protocolo declarar que a puericultura é uma das atividades atribuída ao auxiliar de enfermagem e ao enfermeiro: “Atribuições do (a) enfermeiro (a) (...) Realizar o 1º atendimento de puericultura, de preferência, nos primeiros 15 dias após o nascimento. (...) Atribuições do (a) auxiliar de enfermagem (...) Realizar a puericultura e o atendimento conforme o protocolo” (pp. 18-19).

No subitem *Atribuições do pediatra*, a puericultura não consta como uma de suas atribuições. Contudo, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) estabelece-a como uma atividade dessa especialidade.

A Pediatria quando trata de doenças da criança pode ser considerada uma especialidade, mas quando incorpora a puericultura transforma-se na anti-especialidade porque não trata de só um órgão ou sistema, mas do indivíduo como um todo, um ser indivisível do ponto de vista físico e psíquico. A meta é a saúde, um processo continuado de preservação da vida com qualidade (...) A puericultura se baseia na consulta médica (p.5)

E, de acordo com *Cronograma de Atendimento* do protocolo (Figura 1), estão previstas consultas com o pediatra. Quando a criança é considerada de risco, é o pediatra quem assume o acompanhamento. Por essas razões, o pediatra também foi convidado a tomar parte da amostra de entrevistados.

Foram convidados 12 profissionais e 7 concordaram em participaram da entrevista. O número de profissionais entrevistados foi definido pela disponibilidade deles em participar. Com a concordância, data e horários definidos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) lhes foi entregue para leitura e coleta de assinatura.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas de atendimento nas instalações da UBS e duraram em média 30 minutos. Todas foram gravadas em um *Ipad*^R o qual continha também o roteiro de perguntas que orientou a pesquisadora nas entrevistas. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e seus dados analisados.

Resultados e Discussão

A Tabela 18 apresenta o tempo de formado dos profissionais no momento da entrevista, o tempo que atuam na UBS (em que o trabalho foi realizado) e os cursos de graduação e de pós-graduações ou capacitações que já realizaram. Observa-se na tabela referida que o tempo de formado variou entre 6 e 32 anos e o tempo de trabalho na UBS variou entre 1 mês e 20 anos.

Tabela 18

Função, Tempo de Formado, Tempo de Atuação Profissional na UBS, Cursos e Níveis de Graduação e Pós-Graduações Realizados Pelos Profissionais Entrevistados.

Profissionais da saúde	Função	Tempo de formado	Tempo na UBS	Curso	Nível
P1	Pediatra	19 anos	17 anos	Medicina	Graduação
				Medicina da Família	Especialização
				Auditoria SUS	Especialização
				Saúde Pública	Mestrado
P2	Enfermeira	12 anos	1 mês	Enfermagem	Graduação
				Saúde Coletiva	Especialização
				Saúde da Família	Especialização
P3	Auxiliar de Enfermagem	23 anos	20 anos	Técnico em enfermagem	Técnico
				Enfermagem	Graduação
				Saúde Coletiva	Especialização
P4	Auxiliar de Enfermagem	32 anos	20 anos	Auxiliar de enfermagem	Técnico
P5	Auxiliar de Enfermagem	12 anos	7 anos	Técnico em enfermagem	Técnico
				Fisioterapia	Graduação
				Cardiologia	Especialização
P6	Auxiliar de Enfermagem	7 anos	7 anos	Auxiliar de enfermagem	Técnico
P7	Auxiliar de Enfermagem	6 anos	1 ano	Técnico em enfermagem	Técnico
				Primeiros socorros SAMU	Curso de capacitação

Os profissionais 3 e 4, apesar de contratados como auxiliares de enfermagem, têm formação de terceiro grau. Um em enfermagem e o outro em fisioterapia. O tempo

de formado dos profissionais foi contato a partir do término da graduação ou do curso técnico.

Nas entrevistas investigou-se a capacitação dos profissionais através de perguntas sobre a realização de cursos de capacitações ou pós-graduações. Cinco dos sete profissionais entrevistados (P1, P2, P3, P5 e P7) haviam feito pós-graduação ou capacitação. As pós-graduações relatadas pelo pediatra foram duas especializações, uma em medicina da família, uma em auditoria SUS e um mestrado em saúde pública. O enfermeiro realizou duas especializações: uma em saúde coletiva e uma em saúde da família. Os auxiliares de enfermagem com formação de nível superior, enfermagem e fisioterapia, relataram ter realizado especializações em saúde coletiva e em cardiologia, respectivamente. Um auxiliar de nível técnico relatou ter realizado um curso de capacitação de primeiros socorros pelo SAMU e dois auxiliares de enfermagem relataram não ter realizado nenhum curso pós-graduação ou capacitação.

Nota-se que apesar da maior parte dos profissionais (cinco de sete) terem feito cursos ao longo de seu tempo de formado, nenhum é sobre desenvolvimento infantil. A literatura de avaliação e diagnóstico do TEA indica que o profissional de saúde, da área de atenção primária, deve ter conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil típico e atípico, bem como experiência clínica e formação específica sobre características do desenvolvimento na primeira infância (AAP, 2001; Figueiras et al., 2005; Filipeck et al., 1999).

De acordo com a Figura 1 (p.32), os auxiliares de enfermagem são os profissionais responsáveis pela realização de cinco dos 10 atendimentos estabelecidos pelo *Cronograma* apresentado no protocolo. Daí a importância desse profissional na vigilância do desenvolvimento e na identificação precoce do TEA. O Ministério da Saúde, em documento que aborda a política nacional de educação permanente em saúde (2009), defende que

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em

vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde (p.25).

E, ainda, que todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde orientada pela integralidade da atenção à saúde.

Profissionais com défices em formação sobre desenvolvimento infantil e vigilância do desenvolvimento parece ser uma realidade também em outras regiões do Brasil. Trabalhos realizados no estado de São Paulo (Della Barba, 2002 e 2007) e em Belém do Pará (Figueiras, Puccini, Silva & Pedromônico, 2003) apontam que a formação dos profissionais daquelas localidades é deficiente na área de desenvolvimento infantil e na vigilância do desenvolvimento. Os dados de Della Barba (2007) indicam que os currículos objetivam preparar os profissionais para a avaliação de patologias e o tema desenvolvimento é pouco trabalhado. As autoras sugerem a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais para a prática de vigilância.

Tabela 19

Respostas dos Profissionais Sobre a Realização da Puericultura e Sobre o Protocolo

Questão	Tipo de resposta e frequência		Profissional
Quando você veio trabalhar nesta UBS recebeu algum tipo de treinamento ou curso para a realização da puericultura?	Não	(6)	AE (P3, P4, P5, P6, P7) Enfermeira
	Houve oficinas que prepararam os enfermeiros e estes deveriam preparar os auxiliares	(1)	Pediatra
	Fazendo uma oficina em outro trabalho	(1)	AE (P4)
Como você aprendeu a fazer puericultura?	Perguntando ou vendo outros colegas fazerem	(2)	AE (P6, P7)
	Durante a formação acadêmica	(4)	AE (P3, P5) Enfermeira Pediatra
Você conhece o protocolo que orienta o profissional na realização da Puericultura?	Sim	(6)	AE (P3, P4, P5 P7) Enfermeira Pediatra
	Não	(1)	AE (P6)

Quando perguntado aos profissionais se eles haviam recebido algum treinamento ou curso de capacitação para a realização da puericultura, após sua entrada na UBS, seis auxiliares de enfermagem disseram que não. Todos trabalhavam naquela

unidade por períodos que variaram de 1 a 20 anos. Nos termos de suas respostas, durante esse período não lhes foram oferecidos treinamentos e capacitações continuadas, como propõem o Ministério da Saúde (2009).

O pediatra relatou que quando o protocolo foi implantado a Secretaria de Saúde, o município ofereceu aos enfermeiros treinamento e eles deveriam repassar aos auxiliares de enfermagem de sua UBS o que haviam aprendido. Entretanto, após esse episódio, nenhum outro treinamento foi realizado, nem mesmo quando da chegada de novos profissionais a UBS. Essa informação, no entanto, não fora confirmada pelos auxiliares de enfermagem. O enfermeiro relatou não ter recebido ou oferecido treinamentos e estava se organizando para o exercício de suas funções, pois havia chegado a UBS há apenas um mês.

Quando lhes foi perguntado sobre como aprenderam a fazer puericultura, um auxiliar de enfermagem (P4) relatou ter realizado uma oficina na qual foram apresentadas as diretrizes do protocolo. As oficinas geralmente são realizadas durante o período de trabalho e corresponde aproximadamente 4 horas. Dois auxiliares (P6 e P7) relataram ter aprendido a fazer puericultura perguntando aos colegas e/ou os vendo realizá-la. A maior parte dos profissionais (dois auxiliares de enfermagem – P3 e P5, o enfermeiro e o pediatra) disse que aprenderam a fazer puericultura durante sua formação acadêmica. Nota-se que esses profissionais são os que possuem curso superior.

Investigou-se ainda se os profissionais conheciam o protocolo que orientava os atendimentos de puericultura. Exceto um auxiliar de enfermagem (P6), os outros relataram que sim. De fato, P6 relatou nunca ter manuseado o protocolo; sabe que ele existe e onde fica guardado, mas não conhece seu conteúdo. Os relatos indicaram que todos os profissionais consideraram o protocolo um bom instrumento; contudo, muito extenso.

Os dados da Tabela 20 se referem aos resultados sobre o conhecimento dos profissionais a respeito do TEA. Para investigar esse tipo de conhecimento, a pesquisadora inquiriu os entrevistados se haviam recebido informações sobre o TEA. Três profissionais (pediatra e auxiliares P4 e P5) responderam que sim, mas durante a graduação. De acordo com eles, aquelas informações se referiam a exemplos de casos

Tabela 20

Respostas dos Profissionais às Questões Sobre o TEA.

Questão	Tipo de resposta e frequência		Profissional
Durante sua formação obteve algum conhecimento sobre autismo?	Sim, mas de forma superficial	(3)	AE (P4, P5) Pediatra
	Não	(3)	AE (P3, P6, P7)
	Não se lembra	(1)	Enfermeira
Durante o tempo que trabalha na UBS teve algum curso, oficina sobre autismo?	Não	(7)	Todos
Quais os comportamentos de uma criança com autismo?	Olhar	(4)	AE (P3, P6, P7) e pediatra
	Isolamento	(3)	AE (P3, P4, P5)
	Problemas de fala	(2)	AE (P7) e enfermeiro
	Não responder ao nome	(1)	Pediatra
	Falta de estimulação; uso de drogas	(1)	AE (P4)
O que você acha que causa o autismo?	Não sabe	(4)	AE (P3, P6, P7) Enfermeiro
	Problema emocional da criança	(1)	AE (P5)
	Talvez genética e comportamento	(1)	Pediatra
	Ouviram falar	(2)	AE (P4, P7)
Durante o tempo que trabalha na UBS já atendeu ou ouviu falar de alguma criança diagnosticada com autismo ou com suspeita de?	Não	(4)	AE (P3, P5, P6) Enfermeiro
	Dois diagnosticados e um em suspeita	(1)	Pediatra
	Comunicaria a pediatra	(4)	AE (P3, P4, P6) Enfermeiro
Caso houvesse uma suspeita de que a criança pudesse ser autista qual seria seu encaminhamento?	Comunicaria uma enfermeira	(1)	AE (P7)
	Encaminharia para neurologista e psicólogo	(1)	AE (P5)
	Encaminharia para especialista e neurologista	(1)	Pediatra

ou apenas por meio de citações, apontando-o como um dos possíveis transtornos do desenvolvimento. Esses relatos corroboram os achados de Della Barba (2007) e Figueiras et al. (2003), que apontam a fragilidade dos cursos de formação em prover conhecimentos sobre desenvolvimento infantil. A enfermeira disse não se lembrar dessas informações durante a graduação e três auxiliares de enfermagem (P3, P4 e P7) afirmaram nunca ter recebido nenhuma informação sobre o TEA. E, durante o período

em que trabalham na UBS, os profissionais foram unânimes em afirmar não terem sido informados, orientados ou capacitados sobre o TEA. Para os profissionais entrevistados, os comportamentos que caracterizam ou são sinais do TEA foram: (a) o olhar, (b) seguido do isolamento, (c) problemas de fala e (d) não responder ao nome quando chamado (ver Tab. 19). Destaca-se o relato do pediatra que apontou para os comportamentos de agressividade e do não responder da criança quando esta é chamada. Adicionalmente, um auxiliar de enfermagem (P7) apontou para a audição aguçada da criança como sinal de TEA. É importante salientar, contudo, que estes dois entrevistados relataram já ter tido contato com crianças que foram diagnosticadas com TEA.

Nota-se que, mesmo sem um treinamento especializado sobre TEA, todos os comportamentos apontados pelos entrevistados podem ser observados em crianças diagnosticadas. Contudo, isso é insuficiente para que se garanta a identificação precoce do TEA. Muitos outros comportamentos, principalmente os mais precoces, como ausência do sorrir contingente a uma ação do outro, do balbuciar, do apontar, da presença de estereotípias, entre outros, não foram citados. Também não foram apontadas nenhuma das condições médicas correlacionadas. Com relação às causas do TEA, quatro profissionais disseram não saber e três apontaram, entre as possibilidades, variáveis genéticas, emocionais e ambientais.

Quando os entrevistados foram perguntados se sabiam de algum caso de diagnóstico do TEA na UBS, dois disseram ter ouvido falar de um possível diagnóstico e quatro disseram que não. Sobre os encaminhamentos, em caso de suspeita durante os atendimentos de puericultura, a opção de encaminhar ao pediatra foi relatada por três auxiliares de enfermagem e enfermeiro. Um auxiliar comunicaria o caso ao enfermeiro e outro acredita que o caso deveria ser encaminhado para neurologista e psicólogo. O pediatra relatou que encaminharia para um neurologista e um especialista em TEA.

Quando se investigou como os casos foram identificados, o profissional relatou que a suspeita se iniciou pelos comportamentos da criança durante o atendimento “*não foi feito nenhum teste, foi clinicamente observando na hora que entra (...) eu canto e brinco com a criança para facilitar o exame*”, em uma das crianças foi percebida uma “*involução do desenvolvimento, não motor, mas cognitivo, parou de falar, chamar*

mamãe, ficou alheio ao mundo (...) ele tinha dois anos”. Em outro caso “chamou atenção não olhar para mim, isso é que me chamou a atenção (...) e agressividade ele tentava abrir a porta e não conseguia e ficava histérico e aí eu intervia ele ficava ainda mais histérico. Mas o que mais me chamou a atenção é o não olhar, nem na hora que eu chamo nem a hora que a mãe também fala”.

Ao relatar sobre o processo de avaliação até que a suspeita fosse formalizada, o pediatra relatou que nos dois casos os exames clínicos foram solicitados e anamneses foram conduzidas. Em um dos casos, durante a anamnese, o profissional descobriu que o tio (irmão da mãe) tinha o diagnóstico de autismo. Quando os exames clínicos retornaram e estavam dentro dos padrões esperados, mas os comportamentos das crianças se mantinham alterados, o profissional suspeitou de um possível transtorno do desenvolvimento e encaminhou as crianças para uma avaliação neurológica. A avaliação foi feita fora da UBS; não havia e não essa especialidade na unidade. Mais tarde o pediatra foi informado de que os diagnósticos de TEA eram positivos.

Vê-se que os procedimentos que o profissional relata ter realizado estão de acordo com práticas profissionais apontadas pela literatura como adequadas à identificação precoce do TEA (ver Tabela 3, p.26). Entre essas práticas estão a realização de anamnese para investigar histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde, como a existência de familiares com autismo), histórico de desenvolvimento da criança (checar os marcos do desenvolvimento), regressões do desenvolvimento (Tabela 3, item 3.1), observação e interação com a criança durante o atendimento (ver Tabela 3, item 3.2), encaminhamentos para avaliação quando houver preocupações com relação a atrasos da linguagem, problemas sociais e comportamentais (ver Tabela 3, item 3.8) e atenção à vigilância do desenvolvimento da criança no período de 12 a 24 meses (período crítico para a identificação precoce dos sinais de TEA – ver Tabela 3, item 3.9).

Depois do encaminhamento, as crianças diagnosticadas com TEA não retornaram mais a UBS, razão porque o pediatra não acompanhou o desenvolvimento delas. O prontuário é o histórico da criança disponível na UBS. Entretanto, como já fazia alguns anos que os diagnósticos haviam sido feito, o profissional não soube

informar o nome completo das crianças. Sem esse dado não foi encontrar seus IDs no sistema Web de Saúde.

Ausência de um sistema eletrônico para registro das informações coletadas nos atendimentos de vigilância do desenvolvimento infantil prejudica o desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias de saúde preventivas. Um sistema de prontuário eletrônico do paciente traz muitas vantagens em relação ao prontuário de papel. Uma delas é permitir acesso remoto e simultâneo dos dados do paciente por vários profissionais. Segunda, garante registros legíveis e segurança dos dados, diversidade na apresentação dos dados (ordem cronológica, tipo de problema, estatísticas), armazenamento de resultados de exames, assistência à pesquisa, atualização e acesso imediato dos dados do paciente. (Silva, Cubas, Fedalto, Silva & Lima, 2010; Thofelrn & Lima, 2006).

Além dos casos apresentados, o pediatra indicou que havia uma criança com suspeita de TEA (ver Tabela 20). O prontuário dela estava disponível e as informações ali registradas puderam ser avaliadas. De acordo com os registros, tratava-se de uma criança do sexo feminino, nascida em 01/02/2010, que será referenciada neste Estudo pela letra *S*. A primeira coleta de dados de seu prontuário, feita por esta pesquisadora, foi em 12/09/2012. Naquela época *S* estava com dois anos e sete meses de vida.

Desde a data do nascimento de *S* foram identificadas, em seu prontuário (ficha de acompanhamento e folhas avulsas), 16 datas nas quais havia algum registro referente aos atendimentos. Destas, quatro referem-se aos atendimentos realizados por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Em sete havia o registro de que a criança não fora levada para o atendimento; havia uma, quando *S* estava com 31 meses, em que a mãe compareceu à UBS queixando-se que *S* não falava, era brava e batia em sua boca (da mãe). As três datas restantes referem-se a registros de atendimentos pediátricos.

Os registros contidos na ficha de acompanhamento, parte 1 (correspondente aos dados de identificação e anamnese obtidos durante a puericultura) e parte 2 (correspondente aos dados de cada atendimento de puericultura como, idade, peso, altura, alimentação, exame físico, desenvolvimento neuropsicomotor), foram analisados.

Outros dados como queixas, dentição, imunização, hipótese diagnóstica e orientação fizeram parte da análise. Esses dados são apresentados na Tabela 21.

Na análise da parte I foram identificados registros de que a mãe não realizou pré-natal, que o teste do pezinho foi realizado e de que a criança nasceu com 36 semanas (prematura). Não foram observados registros sobre doenças da mãe durante a gravidez, complicações no parto ou gravidez, doenças na família ou sobre a realização do teste da orelhinha. Os espaços para registros referentes a esses itens da ficha estavam em branco. A literatura recomenda, como uma prática importante para a identificação precoce do TEA, que o profissional de saúde realize anamnese que investigue: histórico familiar (aspectos comportamentais e de saúde), histórico das condições pré, peri e neo natal da mãe e da criança e exames que possam indicar alguma deficiência, a presença de familiares com diagnóstico de TEA, em especial irmãos, deve servir de alerta para o profissional aumentar a vigilância da criança que está sendo acompanhada (Anderson et al., 2007; Filipeck e al. 1999). Portanto, na *ficha de acompanhamento* de S foram identificados registros apenas em parte dos itens considerados importantes para a identificação do TEA

Tabela 21

Registros Realizados por Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros obtidos da Ficha de Acompanhamento de uma Criança sob Suspeita de Diagnóstico de TEA.

Dados	1º atendimento	2º atendimento	3º atendimento	4º atendimento
Idade da criança	23 dias	1 mês	3 meses	5 meses
Alimentação	Tipo, quantidade e frequência	Tipo, quantidade e frequência	Tipo, quantidade e frequência	Tipo.
Perímetro Cefálico	33 cm	31 cm	40 cm	42 cm
Evacuação	2 vezes ao dia	A cada 2 dias	3 vezes ao dia	3 vezes ao dia
Micção	Toda troca de fralda	Normal	Normal	Normal
Sono	Dorme bem; acorda para mamar	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo
Queixas	Sem registro	Não tem queixas	Sem registro	Não tem queixas
DNPM	Normal	Sem registro*	Sem registro	Normal
Orientações	Em prontuário**	Sem registro	Sem registro	Sobre introdução de sucos, frutas, gema de ovo e papas.

Nota: *Nesta data o espaço para registro estava ocupado com outras informações que não faziam referência ao DNPM. ** indica que foram feitas anotações nas folhas avulsas.

A importância da obtenção desses dados é constatada no próprio exemplo dado pelo pediatra. Quando ele suspeitou sobre o TEA de uma criança, investigou o histórico de doenças da família e descobriu que um tio tinha o diagnóstico de TEA. É de se questionar se essa informação estava disponível na *ficha de acompanhamento* da criança. O registro de informações desse tipo coloca os profissionais em alerta sobre o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Aí avaliações específicas podem ser feitas e os primeiros sinais de TEA podem ser identificados precocemente.

É intrigante a razão pela qual o profissional não registrou informações sobre o histórico de doenças familiares, doenças da mãe durante a gravidez, complicações no parto ou gravidez ou sobre a realização do teste da orelhinha, já que há na ficha de acompanhamento a indicação de que o profissional deve investigar tais condições.

Essa omissão pode indicar que as práticas adequadas e recomendadas durante o atendimento de puericultura não dependam exclusivamente de um material que oriente o profissional na atividade. Talvez valha considerar quais contingências vigentes aumentam a probabilidade de usar ou seguir o material orientador. Condutas omissivas como as acima referidas talvez fossem prevenidas se os profissionais que realizam a puericultura tomassem parte de cursos sobre o desenvolvimento infantil, com foco sobre as consequências da intervenção precoce. Nesse caso, enfatizar a importância da identificação precoce de eventuais problemas da infância, em particular o TEA. A relação entre a qualidade de vida de uma criança precocemente diagnosticada com TEA e o papel dos profissionais da saúde na produção dessa consequência precisa estar explícita.

Adicionalmente, um sistema de registro que facilite ou promova eficientemente o compartilhamento dos dados do paciente entre os profissionais parece ser uma variável que contribua com a identificação precoce. Quanto mais profissionais tiverem acesso aos dados de avaliação dos comportamentos de uma criança, melhores as chances de que problemas relacionados ao desenvolvimento não sejam ignorados.

A análise dos dados dos registros da parte 2 da ficha de acompanhamento indica um padrão dos registros encontrado em outros prontuários (ver Figuras. 3 e 4 e Tabela. 16). Ou seja, a maior frequência de registro é sobre alimentação, perímetro

cefálico, evacuação e micção. Os registros sobre sono e desenvolvimento neuropsicomotor eram descrições genéricas do tipo “tranquilo” e “normal”.

Segundo o protocolo “em crianças pré-termo, o perímetro cefálico de nascimento é em torno de 33 cm. O aumento médio é de: no 1º trimestre: 02 cm por mês; No 2º trimestre: 01 cm por mês; No 3º trimestre: 0,5 cm por mês e no 4º trimestre: 0,5 cm por mês” (p.23). De acordo com estas orientações, os dados de *S* sobre sua medida craniana estavam dentro dos valores esperados e, portanto, não representavam sinais de alerta.

Contudo, estudos indicam que no primeiro anos de vida, a criança – que mais tarde é diagnosticada com TEA – apresenta circunferência craniana próximo do normal ou ligeiramente abaixo da média. Quando atingem a idade de 2-4 anos, o volume total do cérebro é 10% maior em relação a crianças de 2-4 anos com desenvolvimento típico (Courchesne et al., 2007; Dissanayake et al., 2006; Morgan et al., 2010). Assim, essa característica física deve ser acompanhada pelo profissional em todo atendimento, até por volta de seus quatro anos, como uma prática que pode auxiliá-lo no diagnóstico diferencial do TEA. Falhar no registro dessa informação, ou de qualquer outra que indique alerta para o desenvolvimento do TEA, pode atrasar o início de intervenções que diminuam os efeitos dos défices de desenvolvimento identificados.

Pode-se levantar a hipótese de que a falta de orientações sobre o desenvolvimento infantil é influenciada pela ausência de descrições sobre orientações desse tipo no protocolo. Este instrumento deveria conter descrições que orientassem os profissionais a perguntar, investigar e registrar eventos específicos sobre o desenvolvimento infantil. Um exemplo disso pode ser como se segue. “Na faixa etária de 7 a 12 meses é esperado que bebês imitem os gestos das pessoas, alternem o olhar entre uma pessoa e algo no ambiente e respondam ao nome quando chamado. Portanto, oriente os pais: a) a interagirem com seus filhos fazendo caretas, mandando beijo ou dando tchau e que incentivem o bebê a imita-los; b) a observar se enquanto ela esta fazendo algo, como lavando louça, o bebê alterna o olhar em direção a ela e aos utensílios que esteja lavando; c) a chamar a criança pelo nome e verificar se ela responde prontamente ou se ignora. Estes comportamentos podem indicar um bom

desenvolvimento social e da linguagem da criança. Demonstre aos pais como eles podem fazer isso dando exemplos durante o atendimento”.

Para além disso, que os profissionais da UBS sejam treinados a observar comportamentos que indiquem o desenvolvimento da criança, principalmente os sociais e verbais. Cursos que façam uso de vídeos podem prover treino para modelar a prática observacional dos profissionais em relação ao comportamento infantil

Na Tabela 22 estão demonstrados os registros feitos por pediatra, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem nas folhas avulsas do prontuário de *S*. De acordo com o *cronograma de atendimento* (ver Figura. 1, p.32), até os 39 meses *S* deveria ter passado por 10 atendimentos de puericultura. Observam-se na Tabela 22 que foram registrados oito atendimentos. Não há registros referentes às idades de seis, nove, 12 e 18 meses. *S* deixou de ser avaliada em períodos críticos do desenvolvimento de comportamentos considerados autísticos, como sugerem Barbaro e Dissanayake (2009).

O protocolo orienta que a avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, na qual se deve observar as interações da criança e suas reações às outras pessoas, que o profissional deve observar e questionar os

Tabela 22

Registros Realizados por Pediatra, Enfermeiro ou Auxiliar de Enfermagem Obtidos das Folhas Avulsas do Prontuário de uma Criança sob Suspeita de Diagnóstico de TEA.

Idade da criança	23 dias	1 mês	2 meses	3 meses	5 meses	31 meses	39 meses	39 meses
	22/02/2010	18/03/2010	13/04/10	27/05/2010	29/07/2010	10/09/2012	17/05/2013	29/05/2013
								12.300KG.
	Parto Cesária (premature), não realizou pré-natal, aleitamento misto (leite NAN, 3 vezes ao dia/50 ml).	Peso. Veio puericultura sem queixas, fontanelas abertas, coto umbilical normal.	Peso 3450 Kg s/roupa.	3 meses, 4600 Kg. Retorno puericultura sem queixas. Feito orientações de rotina e vacina. Agendamento próxima puericultura e consulta pediátrica	5 meses, 5800 Kg. Retorno para puericultura sem queixas. Feito as orientações de rotina mais vacina. Agendado retorno	Paciente sem acompanhamento adequado. Mãe leva apenas no plantão. Vem hoje com queixa que criança não fala e está agressiva. Fica o tempo todo batendo as mãos. HF: nl. Sono bom. Não frequenta a escola.	Criança com pouca interação. Fica o tempo todo batendo as mãos. As vezes fica agressiva.	Não fez acompanhamento correto. Não consegue oftalmo. Mantém atraso motor e cognitivo. Come bem, dorme bem, hábitos fisiológicos nl. Continua com o mesmo comportamento.
Registros	Orientações sobre amamentação, cuidados com o bebê, limpeza genital, banho de sol. Agendamento pediatra. Vacina.	Feito orientações de rotina mais vacina. Agendado e avaliação de peso.	Eutrófica. (ilegível) Paracetamol. Retorno em 30 dias.	Agendamento puericultura e consulta pediátrica	Agendado retorno	HD: autismo? EF: criança com pouca interação bate as mãos com frequência. HD: autismo? CD: Exames/oftalmo/a valiação audiológica. Deixar prontuário separado para enfermeira da área. (nome)	HD: autismo? Agendo consulta médica 24/05/2013 às 7hs. Obs.: oftalmo dia 19/10/12. (nome)	Não fez avaliação audiológica (2x agendado). EF: agitada, irritada, não contactua, não interage. Aumento V braço D, não movimentação o mesmo. HD: fratura MS?
			Pós: orientada pelo médico.					Autismo neuropediatra. (nome)

Nota: As colunas em cinza referem-se aos atendimentos realizados por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem e as colunas em branco aos atendimentos pediátricos.

pais sobre o desenvolvimento global da criança (motor, linguagem, socialização e habilidades). Orienta ainda a avaliação de vários comportamentos que indicam o DPNM e linguagem da criança dos três aos 18 meses como, por exemplo, se a criança reconhece pessoas, se a criança vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro, se balbucia, se fala as primeiras palavras e frases, se faz gestos com a mão e cabeça.

A literatura indica que os sinais precoces do TEA podem ser observados a partir de avaliações diligentes desses comportamentos. Entretanto, os registros do prontuário de *S* não fazem referência a observações de comportamentos desse tipo. Assim, não é possível saber se até os cinco meses esses comportamentos foram avaliados pelos profissionais. Se sim, não foram registrados. Também não havia registro de regressão do desenvolvimento de *SA* regressão caracteriza-se, principalmente, pela ausência de linguagem e de habilidades sociais (Barbaro & Dissanayake, 2009). A literatura indica a ocorrência de regressão no desenvolvimento de crianças com idades entre 15 e 21 meses. Nesse período, contudo, *S* não foi acompanhada pelos profissionais da UBS.

Os registros das folhas avulsas, que descreviam as ações dos profissionais da UBS quando *S* faltava ao atendimento, contentam somente em propor à mãe uma nova data, seja via telefonema ou por visita domiciliar feita pelos agentes de saúde. Os novos agendamentos resultaram eficaz em apenas uma oportunidade, quando *S* tinha dois meses de idade e a mãe levou a uma consulta com o pediatra. Após os cinco meses foram feitos outros agendamentos, mas resultaram em fracassos.

É importante que estratégias de adesão ao programa de puericultura sejam propostas. Talvez vincular os atendimentos de puericultura ao programa Bolsa Família⁹, como é feito com a vacinação, seja uma alternativa viável. Outra seria o planejamento de um sistema de fidelização. Mães que participem regularmente do programa de vigilância do desenvolvimento ganham pontos que podem ser trocados por algum benefício.

⁹ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda do governo federal que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. A contrapartida é que as famílias beneficiárias mantenham seus filhos e/ou dependentes com frequência na escola e vacinados. Fonte Ministério de Desenvolvimento Social (www.mds.gov.br/bolsafamilia)

Os registros do prontuário de *S* são uma descrição pobre sobre seu desenvolvimento. Referem-se aos dados do exame físico, do crescimento de *S* (peso e altura) e agendamento de consultas. Quando *S* tinha 32 meses de idade, o pediatra levantou a hipótese de autismo e aí se observam registros mais descritivos como “criança com pouca interação, bate as mãos com frequência” (31 meses), “criança com pouca interação. Fica o tempo todo batendo as mãos, às vezes fica agressiva; agitada, irritada, não contactua, não interage” (32 meses) e “mantém atraso motor e cognitivo. Continua com os mesmos comportamentos” (39 meses). Registros sobre solicitações de exames e consultas médicas foram constatados.

Na solicitação de avaliação neurológica, feita pelo pediatra em 29/05/2013, constava como justificativa o seguinte registro: “paciente com atraso cognitivo importante, atraso na fala, movimentos estereotipados, irritada, não interage. Não fez puericultura. HD: autismo”. Nesse mesmo documento havia um espaço denominado “resultados” e nele havia um registro ilegível e uma anotação de que a paciente compareceu a UBS no dia 15/07/2013. É possível que esse registro fosse sobre os resultados da avaliação neurológica, mas a ilegibilidade tornou impossível a confirmação. Nota-se que a data de 15/07/2013 não está registrada no prontuário de *S* como pode ser observado na Tabela 22. Isso indica que uma informação a respeito dos resultados dos exames dela não fora registrada no prontuário. Falhas nos registros de dados podem comprometer o acompanhamento do desenvolvimento por outros profissionais, em longo prazo. Não foi encontrado registro de como a avaliação foi realizada pelo neurologista.

O último acesso da pesquisadora ao prontuário de *S* foi em 02/10/2013 e não havia registros sobre a confirmação ou não do diagnóstico. Em conversas informais, uma semana após, a pediatra relatou que o diagnóstico de TEA havia sido confirmado. Uma agente de saúde informou que foram feitas várias solicitações à mãe de *S* para que comparecesse a UBS para agendamento de consulta com o pediatra, mas todos em vão. Como a caderneta de vacinação de *S* estava atrasada, a agente comunitária avisou sua mãe que a persistir a situação irregular o benefício Bolsa Família seria cortado. Após isso, a mãe compareceu à UBS para a realização das vacinas em *S*, mas a agente não soube informar sobre a consulta ao pediatra.

De acordo com a literatura (Tabela 3, p. 27) e com os registros encontrados no prontuário de *S*, pode-se dizer que os encaminhamentos feitos pelo pediatra foram adequados. Entretanto, ao se considerar a data da queixa (10/09/2012), quando *S* já estava com 31 meses, e a possível data do diagnóstico (15/07/2013 – data de retorno dos resultados da avaliação), vê-se aí um lapso de nove meses. Isso mostra que a *praxis* do sistema de saúde, pelo menos da forma como foi aqui identificado, não contribuiu para o diagnóstico precoce. Claramente, também não para a intervenção precoce. Afinal, até o primeiro terço de outubro de 2013, quando *S* estava com 44 meses de vida, aparentemente nenhum tratamento havia sido iniciado.

Etapa II – Observação de Comportamentos de Profissionais Relacionados à Identificação Precoce do Transtorno do Espectro Autista em Atendimentos de Puericultura

Nesta Etapa do Estudo 2 investigou se os comportamentos dos profissionais de saúde quando realizam atendimentos de puericultura são apropriados para a identificação precoce de sinais que possam vir a se tornar critério de diagnóstico do TEA.

Método

Participantes

Para a execução desta etapa foram feitas filmagens em vídeo de 13 atendimentos de puericultura realizados por 10 profissionais, sete auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros e um pediatra, servidores da UBS onde o estudo foi realizado. Durante as filmagens havia também 13 mães e 13 crianças, com idades entre 16 dias e 18 meses. Dos 10 profissionais que aceitaram ser filmados enquanto atendiam, quatro foram entrevistados na Etapa I deste Estudo.

A discriminação das idades da criança, do profissional que realizou o atendimento filmado e quais participaram da entrevista na Etapa I estão apresentadas na Tabela 23.

Tabela 23

Idade das Crianças e Profissional que Participaram dos Atendimentos Filmados

Atendimento	Idade da Criança	Profissional
A1	16 dias	Enfermeiro*
A2	02 meses	Auxiliar de Enfermagem
A3	02 meses	Auxiliar de Enfermagem*
A4	03 meses	Pediatra*
A5	04meses	Auxiliar de Enfermagem
A6	05 meses	Enfermeiro
A7	05 meses	Enfermeiro*
A8	06 meses	Auxiliar de Enfermagem
A9	12meses	Auxiliar de Enfermagem
A10	13 meses	Auxiliar de Enfermagem
A11	14 meses	Pediatra*
A12	15meses	Auxiliar de Enfermagem*
A13	18meses	Auxiliar de Enfermagem

Nota: O asterisco à frente da descrição do profissional indica ser o mesmo profissional que realizou o atendimento. Os espaços marcados em tons de cinza indicam os profissionais que foram entrevistados na etapa 1.

Local

Sala de puericultura de uma UBS. Na sala havia uma maca com gavetas, uma mesa, duas cadeiras, uma balança para bebês, uma pia, duas janelas que ocupavam toda a extensão de uma das paredes. Nas paredes havia figuras de animais, de circo, de palhaços; todas as figuras eram coloridas. Havia também cartazes informativos.

Material

Equipamento – um Tablet da marca Apple (Ipad) usado para a filmagem dos atendimentos de puericultura.

Ficha de Observação – a construção dessa ficha foi orientada pelos dados das Tabelas 1, 2 e 3 (pp. 24, 25, 26), referentes a comportamentos, condições médicas e práticas profissionais para identificação precoce do TEA (Apêndice E).

A partir das filmagens e da ficha foi possível registrar os tipos de perguntas feitas pelas mães ao profissional e vice-versa, os comportamentos de avaliação dos

profissionais em interação com a criança, os comportamentos dos profissionais que facilitam a participação das mães no processo de avaliação da criança, os comportamentos da criança relacionados ao TEA e as orientações feitas pelos profissionais.

O registro de tipos de perguntas que as mães fizeram aos profissionais e, vice-versa, foi agrupado em categorias, a saber:

Médicas – pergunta sobre doenças, histórico de infecções, vômitos, refluxos, dores de cabeça, diarreia, cólicas, convulsões, uso de medicamentos, histórico de doenças, teste do pezinho, teste da orelhinha ou outros.

Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) – pergunta sobre marcos do desenvolvimento, sentar, engatinhar, andar, manipular objetos, rolar com o corpo, formas de interação com os objetos.

Linguagem – pergunta sobre balbuciar, falar (palavras), reações a sons, formas de solicitações, compreensão por parte da criança de solicitações feitas a ela ou outros.

Socialização – pergunta sobre sorrir em interação, imitar comportamentos, responder ao nome quando chamada, dar tchau, mandar beijos, abraçar, beijar, tempo que permanece sozinha, formas de interação com outras pessoas (adultos e crianças), agressividade, tipos de brincadeiras (sozinho ou em pares), ou outros.

Sono – pergunta sobre tempo, interrupções, agitação, sonambulismo, terror noturno ou outros.

Alimentação – pergunta sobre alergias ou intolerâncias, tipos de alimentos consumidos, reações a texturas e cheiro, quantidade de alimento consumido ou outros.

Além do registro dos tipos de perguntas realizadas tanto por mães como pelos profissionais, o material permitiu o registro de comportamentos de avaliação sobre DNPM, linguagem e socialização. Perguntas sobre esses aspectos eram formuladas pelo profissional em interação com a criança durante a puericultura. Os comportamentos registrados foram agrupados em categorias, a saber:

Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) – verifica se a criança sustenta a cabeça, coloca a criança sentada, coloca a criança em posição de engatinhar, coloca a criança de pé e observa se ela anda, entrega diferentes objetos/brinquedos para a criança manipular e verifica os reflexos.

Linguagem – conversa com a criança olhando para ela, estimula respostas de atenção usando diferentes objetos sonoros e em diferentes posições, chama-a pelo nome, aponta para objetos e estimula criança a olhar para eles.

Socialização – sorri em interação com a criança, pede para a criança mandar beijo ou dar tchau, pega a criança no colo.

Considerando que os pais são uma rica fonte de informações sobre o desenvolvimento dos filhos e, portanto, devem ser valorizados no momento da avaliação, a ficha de observação contemplou o registro de tipos de interações do profissional com a mãe. Foram elas: olhar para a mãe enquanto ela fala, sem a interromper e olhar para a mãe enquanto faz perguntas a ela.

Com o objetivo de verificar se comportamentos indicadores precoces do TEA ou que indiquem desenvolvimento típico ocorrem durante a sessão e se são passíveis de observação, a pesquisadora registrou na ficha de observação a presença de alguns comportamentos da criança durante o atendimento. Esses comportamentos foram agrupados em categorias, a saber:

Interação social – manter contato ocular, olhar em direção a voz humana, alternar o olhar entre pessoa e objeto, apontar para objetos e ou pessoas, gesticular (bater palmas, dar tchau), imitar gestos ou comportamentos e esquivar ao toque

Linguagem – responde ao apontar de alguém, balbucia, fala, executa uma ordem, responde ao nome, faz solicitações por meio da fala.

Padrões restritos e estereotipados – explora o ambiente físico (mexe em objetos, olha para coisas e pessoas), apresenta atipicidade motora ou a estímulos sonoros, ecolalia, atenção hiperselativa (interage mais com partes do objeto), consome substâncias não comestíveis (papel, lápis, cadeira, cortina etc.)

Para uma análise complementar o material possibilitou ainda o registro dos tipos de orientações dadas aos pais pelos profissionais.

Procedimento

O primeiro passo foi solicitar à coordenadora da UBS permissão para filmar os atendimentos de puericultura. O passo seguinte foi acessar o caderno de agendamento das puericulturas e verificar dias, horários e profissional responsável pelo atendimento. Cada profissional foi procurado, individualmente, pela pesquisadora e a ele foi explicado os objetivos do trabalho. Em seguida foi solicitada a permissão para filmar o atendimento. Se ele aceitasse, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice F) lhe era entregue para assinatura. O número de profissionais foi definido pela disponibilidade em participar, 13 foram convidados. Três não aceitaram participar.

O passo seguinte foi contatar as mães. O objetivo do contato era solicitar permissão para filmar o atendimento de sua criança. Os contatos ocorreram na sala de espera da UBS enquanto as mães aguardavam pelo atendimento. Elas foram abordadas pela pesquisadora que se apresentava, dizia sobre o estudo, seus objetivos e solicitava a permissão para filmar. Eventuais dúvidas eram esclarecidas e com o aceite da mãe o Termo de Consentimento Livre Esclarecido lhe era entregue para a assinatura. Quinze mães foram convidadas e duas não quiseram participar.

Resultados e Discussão

Os atendimentos de puericultura de maneira geral seguiram uma rotina de ações. Primeiro, a mãe, juntamente com sua criança, era conduzida à sala de puericultura pelo profissional responsável pelo atendimento. Sentava-se em uma cadeira que estava próxima de uma mesa. Profissional com papeis em mãos e mãe segurando criança no colo. Profissional fazia perguntas à mãe e vice-versa. Após esse primeiro contato, o profissional pedia que a mãe tirasse a roupa da criança (sobre uma maca) para que ela fosse examinada. Geralmente era a mãe quem tirava a roupa da criança. O profissional às vezes permanecia do lado olhando, às vezes – ainda sentado na cadeira – continuava com as perguntas à mãe. A ação seguinte do profissional era pesar a criança, medir seu tamanho, o tamanho do tórax e da cabeça.

Exames físicos eram feitos e mãe e profissional continuavam conversando. Terminado as medições, a criança era novamente vestida. Profissional e mãe continuavam interagindo. Contudo, nessa fase já sem muito contato visual, pois o profissional preenchia os papeis do prontuário. Enquanto profissional escrevia, algumas mães mostravam vários objetos (cartazes, figuras de animais e flores coladas nas paredes, cartazes etc.) para a criança. Geralmente o profissional não estava olhando para as interações entre mãe/criança e entre criança ambiente. O atendimento era finalizado com as orientações do profissional à mãe e agendamento de retorno.

No processo de avaliação de uma criança, anamnese é importante para identificação precoce do TEA (American Academy of Pediatrics, 2001; Barbaro & Dissanayake, 2009; Filipeck et al., 1999; Glascoe, 1997). A anamnese é o momento em que o profissional faz perguntas à mãe e deve estimulá-la a falar sobre seu filho. Esse momento deve ser valorizado pelo profissional por ser a oportunidade que obtém dados sobre o histórico de desenvolvimento da criança, histórico familiar, sobre os comportamentos atuais da criança, dificuldades, habilidades, sobre o que acontece fora do contexto de atendimento e sobre situações que não são possíveis de serem reproduzidas no atendimento.

Nas pesquisas sobre identificação precoce do TEA os dados indicam que uma anamnese detalhada e uma rotina de monitoramento de comportamentos através da

infância são as estratégias mais úteis em detectar o TEA antes dos 12 meses do que o uso de instrumentos padronizados de rastreamento em uma dada idade (Barbaro & Dissanayake, 2009; Glascoe, 1997).

Portanto, analisar as perguntas feitas por ou para os profissionais são importantes já que elas dão pistas sobre os aspectos do desenvolvimento infantil que são prioridades dos atendimentos.

Na Figura 9 são apresentadas as frequências de atendimentos filmados nos quais a mãe ou profissional fizeram perguntas um ao outro e a categoria na qual essas perguntas estavam incluídas. Observa-se que as perguntas, feitas pelos profissionais, em todos os 13 atendimentos filmados, foram das categorias alimentação e sono, seguidas pelas da categoria médicas (12 atendimentos). Perguntas referentes às categorias sobre socialização e DNPM ocorreram em um número menor de atendimentos, 7 e 4, respectivamente.

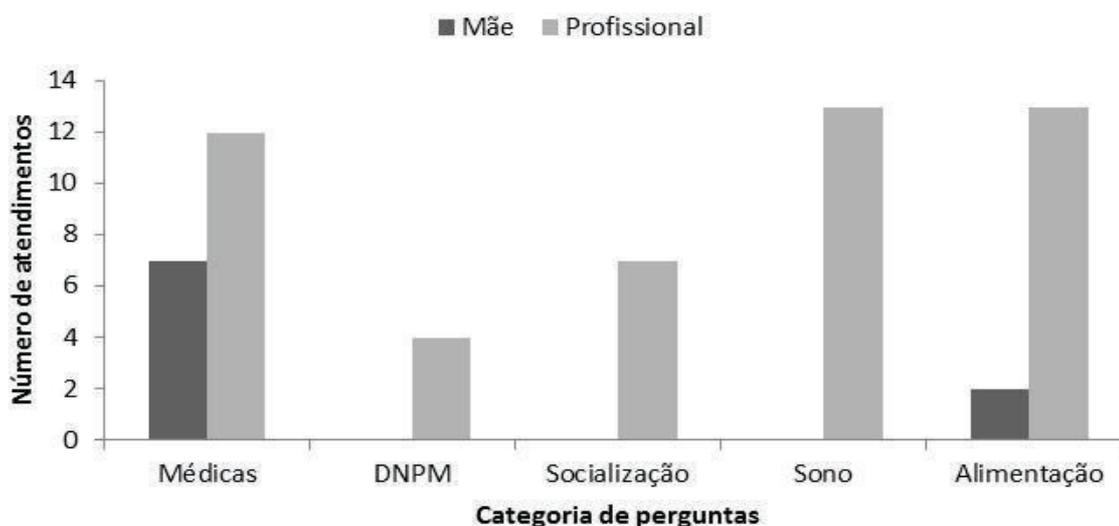


Figura 9. Número de atendimentos e categorias de perguntas feitas por mães aos profissionais e vice-versa durante os atendimentos de puericultura filmados.

A frequência de atendimentos e de tipos de perguntas feitas pelas mães é menor que a as feitas pelos profissionais. As perguntas mais frequentes delas também foram as da categoria médicas (sete atendimentos) e alimentação (dois atendimentos). Em um atendimento foi observado que a mãe perguntou ao profissional se era normal a

criança (com 15 meses) fazer tantas travessuras “*ele sobe em tudo, que pega tudo que vê, não para, só pensa em fazer travessuras, é normal?*”. Não foram observadas perguntas das categorias DNPM, linguagem, socialização.

Os dados sugerem que as perguntas feitas pelos profissionais podem ter sido modelo para os pais. Indício dessa possibilidade pode ser observado nos dados já apresentados. Foram encontradas similaridades entre as categorias de perguntas feitas por mães e profissionais (Figura 10), entre os registros dos prontuários (Figura 3, p.71) e os tipos de queixas trazidas pelas mães (Figura 5, p. 76).

Esses comportamentos, tanto de profissionais como das mães, podem ser o reflexo de práticas culturais herdadas dos séculos IXX e XX e que estabeleceram o fenômeno saúde do ponto de vista físico e biológico e, no qual, o conceito de saúde e doença é considerado de forma dicotômica e invariavelmente separado (Botomé & Kubo, 2001; Figueiras et al., 2005).

No caso da identificação do TEA é importante que os profissionais, além de investigar as condições biológicas da criança, sejam preparados para avaliar e orientar os pais sobre as interações sociais e o desenvolvimento da linguagem de seus filhos. Os comportamentos apontados como os principais precursores de comportamentos critérios de diagnóstico do TEA são os comportamentos de atenção compartilhada. Comportamentos esses que são produtos das interações da criança com seus cuidadores (Barbaro & Dissanayake, 2009; Drash & Tudor, 2004; Lampréia, 2008).

Para demonstrar de forma mais detalhada os dados da Figura 9, com relação às perguntas que foram feitas pelos profissionais nos atendimentos, elaborou-se a Tabela 24. Nesta estão presentes as descrições do protocolo que se referiam às categorias de análise que foram contempladas no momento em que profissionais e mães conversavam. Há também indicação do profissional que fez as perguntas e a idade da criança que estava sendo atendida.

As categorias de análise e as descrições do protocolo podem ser vistas nas primeira e segunda colunas, respectivamente, da Tabela 24. Imediatamente após estas estão as siglas correspondentes ao profissional que realizou o atendimento e abaixo de cada um desses a idade em meses, das crianças que foram atendidas. As lacunas

marcadas com um sinal de “X” representam que o profissional fez perguntas referentes à descrição do protocolo. As lacunas pintadas em cinza indicam o momento (idade da criança) que, segundo o protocolo, o profissional deveria fazer a investigação.

Por exemplo, os profissionais que realizaram os atendimentos 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13 (representados na Tabela 24 por Aux, Aux*, P*, Aux, Enf*, Aux, Aux, Aux) deveriam ter feito perguntas sobre “as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global da criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)”, mas não o fizeram. Portanto, a lacuna referente a essa pergunta está pintada de cinza.

Na última coluna está o total de atendimentos em que a pergunta foi feita e na última linha o total de perguntas que cada profissional fez em cada atendimento filmado.

Tabela 24

Frequência de Perguntas Feitas por Cada Profissional nos Atendimentos de Acordo Com as Descrições do Protocolo.

Categoria	Descrições do protocolo	Profissionais e idades das crianças em meses																		Total					
		Enf*	Aux	02m	Aux*	P*	03m	Aux	04m	Enf	05m	Enf*	Aux	06m	Aux	12m	Aux	13m	P*		14m	Aux*	15m	Aux	18m
Alimentos	Aleitamento materno e artificial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Introdução de outros alimentos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
	História de alergias ou intolerâncias																								
Alimentos	O que a criança come atualmente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	
	Idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global da criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)																								
DNPM	Rotina de vida da criança (quem cuida, principais atividades)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	04	
	Informações sobre pais e irmão (idade, profissão, horário de trabalho, grau de escolaridade)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	03	
Socialização	Presença de moléstias importantes na família	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01	
	Histórico de diagnóstico psiquiátrico na família ou outra doença mental.																							00	
	Realização de pré natal.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	00	
	Condições da gestação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01	
	Condições do parto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01	
	Agravos progressos ao longo de vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento																							02	
	Eliminações vesicais e intestinais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	
	Teste de emissão otoacústica (audição)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01	
	Teste do pezinho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01	
	Sono	Qualidade do sono	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
Total		11	05	06	07	06	07	06	06	08	08	06	06	05	06	06	05	05	07	07	06	06	05	05	

Nota. As siglas representam Enf = enfermeiro, Aux = Auxiliar de enfermagem, P = pediatra. As idades das crianças estão descritas em meses. As marcações em cinza representam a idade em que o profissional deveria, segundo o protocolo, ter feito perguntas referentes às descrições do subitem anamnese do protocolo.

Assim como demonstrado na Figura 9, observa-se na Tabela 24 que foram identificadas perguntas referentes a cinco das seis categorias consideradas importantes para a identificação do TEA. A única categoria não contemplada foi a da linguagem.

Independente do tipo de profissional ou da idade da criança, as perguntas mais frequentes (13 atendimentos) foram as que investigaram o tipo de aleitamento (por exemplo, *“você está amamentando?”*) e de alimento que a criança come (por exemplo, *“você está dando mais alguma coisa para ela comer, além do leite?”*, *“Você já está dando suquinho ou fruta para ele?”*, *“O que ele costuma comer?”*) e a qualidade do sono (por exemplo, *“ele está dormindo bem?”*, *“como está o sono dele?”*, *“dorme a noite inteira?”*) seguido por perguntas sobre eliminações intestinais e vesicais (12 atendimentos) (por exemplo, *“ele está fazendo xixi direitinho, quantas vezes por dia?”*, *“você sente algum cheiro na urina?”*, *“quantas vezes ele faz cocô por dia?”*, *“como está a consistência do cocô?”*).

Com relação às perguntas da categoria alimentação, nota-se que não foram feitas perguntas sobre possíveis alergias alimentares, mas por outro lado perguntas sobre a introdução de novos alimentos à dieta da criança foram feitas em 11 atendimentos. Essas perguntas podem informar se a criança tinha dificuldades em aceitar novos alimentos, ou se havia restrições quanto ao tipo de alimento ingerido; esses são aspectos presentes em crianças diagnosticadas com TEA.

As perguntas da categoria DNPM feitas às mães eram se a criança estava andando (aos 12, 14 e 15 meses), se transferia objetos de uma mão para outra (aos 12 meses), se a rolava na cama e se já estava seguindo com o olhar as pessoas que passavam por ela (aos cinco meses). Nota-se que as perguntas desta categoria são feitas em maior frequência às mães de crianças com idades entre 12 e 15 meses.

Na categoria socialização foram feitas perguntas sobre quem cuida da criança (< 1 mês, 2, 4, 5, 12 e 14 meses), se a criança sorria bastante (aos três meses) e se a criança tinha irmãos (< 1 mês, 5 e 14 meses). Nota-se que a frequência maior dessas perguntas é feita às mães de criança com idades entre <1 mês e cinco meses.

Na Figura 9 observa-se que as perguntas da categoria médicas ocorreram em 12 dos 13 atendimentos filmados, mas quando se observa a Tabela 24 constata que o tipo de pergunta feita concentra-se na investigação sobre as eliminações vesicais e intestinais da criança, as quais se referiam à quantidade, frequência, aparência e consistência das fezes e da urina. Perguntas sobre condições de gestação, parto e realização dos testes do pezinho e da orelhinha ocorreram em um único atendimento (< 1 mês), que na verdade foi o primeiro atendimento. Era esperado que perguntas sobre o pré-natal também fossem feitas, mas não o foram.

Perguntas sobre presença de moléstias e diagnóstico psiquiátrico na família não foram observadas. Informações derivadas dessas perguntas são importantes porque a partir delas pediatra descobriu que uma criança sob suspeita de TEA tinha um tio com o diagnóstico. Perguntas dessa natureza deveriam ser feitas às mães em todos os atendimentos. Seja porque a qualquer momento um membro da família pode ser diagnosticado com autismo ou outra doença que pode haver relação entre aspectos biológicos e o desenvolvimento de comportamentos autísticos, como sugerem os dados de literatura apontados nos trabalhos de Silva e Mulick (2009) e Filipeck et al. (1999), seja pelos aspectos comportamentais envolvidos quando uma mãe com comportamentos depressivos, por exemplo, tem que cuidar de seu filho. Essas condições podem gerar prejuízos para a produção e manutenção de comportamentos eficientes nas interações sociais e de comunicação da criança (Drash & Tudor, 2004).

Com o objetivo de analisar se a função do profissional e o tempo de cada atendimento foram variáveis que interferiram na frequência de perguntas em cada atendimento, compararam-se as porcentagens de perguntas realizadas (obtidas do total de perguntas esperadas, segundo o protocolo, e total de perguntas realizadas por cada um dos profissionais) com as durações dos atendimentos de cada profissional de acordo com sua função.

Das categorias de perguntas que foram identificadas nos atendimentos filmados (ver Tab. 23), são mostradas na Tabela 25 a quantidade de perguntas que, segundo o protocolo, deveria ter sido realizada pelo profissional, a quantidade de perguntas que foi realizada e a porcentagem de perguntas que deveria ter sido realizadas pelo profissional em cada atendimento filmado.

Tabela 25

Porcentagem de Perguntas Realizadas por Cada Profissional em Cada Atendimento de Acordo com o Indicado pelo Protocolo.

Profissional	Idade da criança em meses	Quantidade de perguntas esperadas	Quantidade de perguntas realizadas	% de perguntas
Enfermeiro *	<1	15	11	73
Auxiliar de enfermagem	2	11	05	45
Auxiliar de enfermagem*	3	11	06	54
Pediatra*	3	11	07	63
Auxiliar de enfermagem	4	11	06	54
Enfermeiro	5	12	08	67
Enfermeiro*	5	12	06	50
Auxiliar de enfermagem	6	12	05	42
Auxiliar de enfermagem	12	12	06	50
Auxiliar de enfermagem	13	12	05	42
Pediatra*	14	12	07	58
Auxiliar de enfermagem*	15	12	06	50
Auxiliar de enfermagem	18	12	05	42

Nota: O asterisco indica ser o mesmo profissional. As linhas em tons de cinza e branco destacam as funções de cada profissional.

Os enfermeiros foram os com a maior porcentagem de realização de perguntas previstas no protocolo (73%, 67% e 50%). O pediatra realizou 63% e 58% das perguntas previstas no protocolo para a idade das crianças atendidas (três meses e 14 meses, respectivamente). Os auxiliares de enfermagem alcançaram índices percentuais que variaram entre 42% e 54%.

Considerando apenas a formação base de cada profissional (graduação em medicina, enfermagem ou curso técnico em enfermagem), percebe-se que a formação profissional não interferiu na frequência de perguntas realizadas. Os dois auxiliares de enfermagem obtiveram um índice de 54% de perguntas, porcentagem bem próxima à obtida pelo pediatra (58%) em um atendimento; o enfermeiro obteve a maior porcentagem (73%).

Aparentemente, a idade da criança influencia a frequência de perguntas visto que as maiores porcentagens (73%, 67% e 63%) foram encontradas nos atendimentos das crianças com idades até cinco meses (<1 mês, cinco e três meses, respectivamente).

As porcentagens de perguntas previstas pelo protocolo e identificadas nas filmagens feitas por cada profissional e comparadas às durações de seus respectivos atendimentos podem ser observadas na Figura 11.

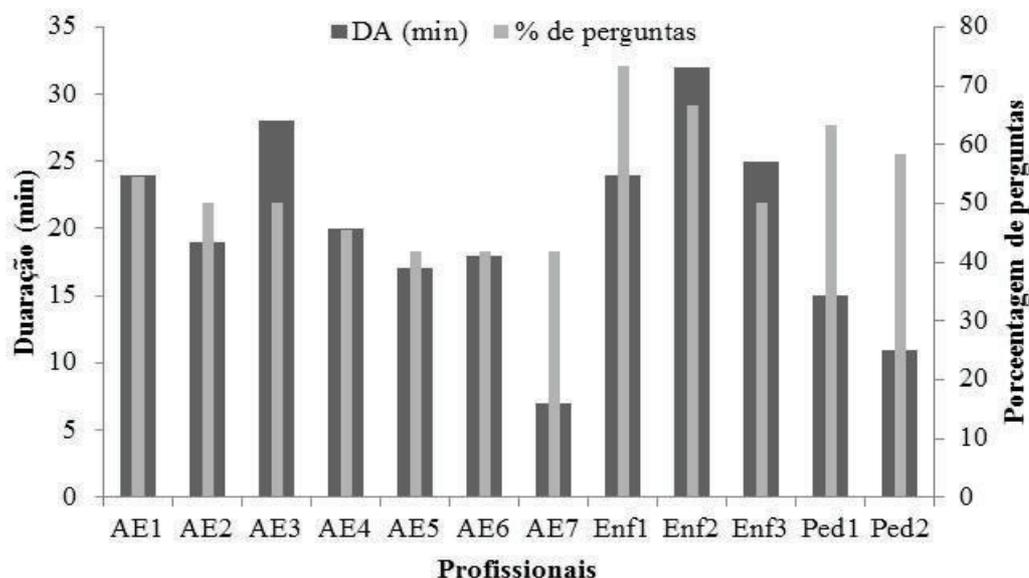


Figura 10. Porcentagens de perguntas realizadas por cada profissional comparada à duração do seu respectivo atendimento.

Legenda: AE = auxiliar de enfermagem; Enf.= enfermeiro; Ped.= pediatra; DA= duração do atendimento em minuto. AE2 e AE6 referem-se ao mesmo profissional, Enf1 e Enf3 referem-se ao mesmo profissional, Ped1 e Pe2 referem-se ao mesmo profissional.

A partir dos dados apresentados na Figura 10, parece que a duração do atendimento não guarda correlação com a frequência de perguntas feitas. Foram observados atendimentos em que 63% das perguntas esperadas foram realizadas em 15 minutos (pediatra), atendimento com 32 minutos em que se realizou 67% das perguntas esperadas (enfermeiro) e atendimento com 7 minutos no qual 42% das perguntas esperadas foram realizadas (auxiliar de enfermagem). Estes dados sugerem que, mais que aumentar o tempo da consulta, um profissional bem treinado pode produzir resultados melhores.

Os pais são uma fonte importante de informações sobre o desenvolvimento de seus filhos e devem ser valorizados no momento da avaliação. Sendo assim, foi verificado se durante os atendimentos ocorreram interações entre o profissional e a mãe que produzissem um contexto favorável para que as mães falassem de seus filhos. As categorias que orientaram a observação dos comportamentos dos profissionais foram

olhar para a mãe enquanto ela fala, sem interrompê-la e olhar para a mãe enquanto faz perguntas a ela.

Nos atendimentos foi observado que o profissional olhava para a mãe enquanto fazia perguntas e enquanto ela falava, sem a interromper. Isso ocorreu de forma variada no mesmo atendimento e entre os profissionais. Parte das perguntas era feita no início do atendimento, geralmente quando mãe e profissional estavam sentados. Nesse momento a frequência do comportamento de olhar para mãe enquanto o profissional fazia perguntas e quando a mãe as respondia ou fazia perguntas era que quando as perguntas eram feitas durante o exame físico da criança. Esses dados sugerem que os comportamentos dos profissionais eram adequados à investigação dos comportamentos da criança, contribuindo para um contexto favorável à participação da mãe.

Considerando que os profissionais poderiam avaliar a criança interagindo diretamente com ela além de fazer perguntas à mãe, considerando que o processo de vigilância do desenvolvimento depende não só da anamnese mas também de avaliações diretas dos comportamentos da criança, foram feitos registros das interações entre o profissional e a criança a partir das filmagens.

Os dados sobre as interações estão apresentados na Tabela 26. Nesta encontram-se os comportamentos que deveriam ter sido realizados pelo profissional, para avaliar o desenvolvimento social, da linguagem e o DNPM da criança, de acordo com o protocolo e os indicados pela literatura, relacionados a identificação precoce do TEA.

Na primeira coluna à esquerda estão os comportamentos que o profissional deveria realizar no atendimento. As colunas à direita referem-se aos profissionais que realizaram o atendimento e as respectivas idades, em meses, das crianças. As lacunas marcadas com um sinal de “X” representa que o profissional investigou os comportamentos interagindo diretamente com a criança. E as lacunas pintadas em cinza indicam o momento (idade da criança) adequado em que o profissional deve avaliar o comportamento da criança.

Por exemplo, os profissionais que realizaram os atendimentos 2, 3, 4, 5, 7, 8, (representados na Tabela 26 por Aux, Aux*, P*, Aux, Enf*, Aux) deveriam ter

estimulado “resposta auditiva e de atenção usando diferentes objetos sonoros e em diferentes posições”, mas não o fizeram. Portanto, a lacuna referente a esse comportamento está pintada de cinza.

Na penúltima coluna está o total de atendimentos em que determinado comportamento foi observado e na penúltima linha o total de comportamentos realizados por cada profissional durante um atendimento. Como a ocorrência de comportamentos varia de acordo com a idade e as observações foram realizadas com crianças de diferentes idades, na última coluna e na última linha da Tabela estão as porcentagens de ocorrência dos comportamentos esperados e dos comportamentos realizados por cada profissional.

Tabela 26

Frequência e Porcentagem de Comportamentos Profissionais Indicados no Protocolo e na Literatura e os Observados nos Atendimentoos de Puericultura

Comportamento dos profissionais em interação com a criança	Profissionais e idades das crianças																		Total	% C.E.
	Enf* <01	Aux	Aux*	P*	Aux	Enf	Enf*	Aux	Aux	Aux	Aux	Aux	Aux	P*	Aux*	Aux	Aux			
Verifica reflexos?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	08	100	
Mede perímetro cefálico?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	92	
Eleva e sustenta a cabeça																		01		
Pega a criança no colo?	X	X	X	X	X	X	X	X										04	30	
Estimula a resposta auditiva e de atenção usando diferentes objetos sonoros e em diferentes posições?					X									X				02	14	
Entrega objetos/briquetados para a criança manipular/brincar														X	X	X		03	30	
Verifica se rola de decúbito ventral?				X	X													02	40	
Conversa com a criança sorrindo e estimulando-a a emitir sons ou vocalizações (dada, gugu, mãmãmã)?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	100	
Coloca a criança sentada?				X	X	X	X	X					X		X	X		06	60	
Coloca a criança em posição de engatinhar e observa seus movimentos?					X							X						02	50	
Pede para a criança executar uma ação (mandar beijo, dar tchau, vem aqui) ou que repita palavras ou pede para a mãe que o faça e observa a execução do comportamento da criança?												X		X	X			03	60	
Coloca a criança de pé (segurando a mesma) ou coloca no chão para verificar como esta andando?														X	X			02	40	
Aponta para objetos e estimula a criança a olhar em direção a eles?																		00	00	
Chama a criança pelo nome e observa o comportamento da criança?													X					01	20	
Total	02	04	03	06	05	08	03	04	05	03	05	03	06	06	06	04				
% C.E.P	33	75	50	67	55	89	33	40	55	25	62	37	62	62	37					

Nota. As siglas representam Enf. = enfermeiro, Aux. = Auxiliar de enfermagem, P. = pediatra; % C.E = Porcentagem de ocorrência de comportamentos esperados; % C.E.P. Porcentagem de ocorrência de comportamentos esperados realizado por cada profissional As idades das crianças estão descritas em meses. As marcações em cinza representam a idade em que o profissional deveria, segundo o protocolo, ter avaliado a criança de acordo com o protocolo e a literatura sobre o TEA

Os comportamentos dos profissionais que ocorreram em 100% das vezes em que eram esperados foram os de verificar reflexos e conversar com a criança sorrindo, estimulando-a a emitir sons ou falar, seguido pelo comportamento de medir o perímetro cefálico da criança (92% das vezes).

Os comportamentos de conversar e sorrir, ocorrido em 100% dos atendimentos, são positivos e servem como ótima oportunidade de avaliação de sinais do TEA. É nesse momento que o profissional pode observar se a criança imita seus comportamentos, se olha em direção à sua voz, se mantém contato ocular, se sorri responsivamente, todos considerados marcadores importantes para o desenvolvimento de comportamentos sociais e da linguagem (Barbaro & Dissanayake, 2009; Filipeck et al., 1999; Lampreia, 2008, 2009).

Apesar de ter ocorrido em menor frequência (60% das vezes em que era esperado), o comportamento do profissional de pedir para que a criança executasse uma ação também foi avaliado de forma positiva. Por meio desse tipo de interação o profissional pode avaliar, à medida que a criança executa a ação, a compreensão que ela tem de regras. Isso pode indicar bom desenvolvimento verbal e pode ser uma condição para avaliar a coordenação motora na execução da ação e respostas emocionais (chora, sorri, movimentação braços e pernas). Avaliações essas importantes para a identificação do TEA. Por outro lado, a porcentagem do comportamento de avaliar as respostas da criança a diferentes estimulações sonoras e chamar a criança pelo nome foram baixas (14% e 20%, respectivamente). Esses tipos de interações são os que permitem ao profissional avaliar se a criança apresenta hipersensibilidade a algum tipo de som, o que é muito frequente em crianças diagnosticadas com TEA, e se a criança responde prontamente quando chamada pelo nome, um marcador que tem se mostrado eficiente como critério de identificação do TEA (Filipeck et al., 1999; Lane, Young, Amy, Baker & Angley, 2010).

É importante ressaltar que estes dados se referem aos comportamentos observados durante os atendimentos. Não se deduz das observações que a função daqueles comportamentos fosse a de avaliação. Ao conversar sorrindo com a criança e

avaliar todos os comportamentos envolvidos com o TEA requer que os profissionais estejam treinados para responder discriminativamente a eles.

Com relação aos marcos do desenvolvimento, observou-se que o comportamento mais frequente foi o que avaliou o sentar (60%), seguido pelos comportamentos de avaliação do engatinhar (50%) e andar (40%) e da coordenação motora (30%) da criança. O total e as porcentagens de comportamentos profissionais observado em cada atendimento pode ser visto na Tabela 26.

A análise dos dados apresentados na Tabela 26 revelou que o pediatra realizou, em dois atendimentos filmados, 67% e 62% dos comportamentos esperados. Já os enfermeiros realizaram 89%, 33% dos comportamentos esperados. Os atendimentos dos auxiliares de enfermagem foram marcados por uma variabilidade ainda maior. Os resultados indicam que, em diferentes atendimentos, eles realizaram 75%, 62%, 55%, 50%, 40%, 37% e 25% dos comportamentos esperados. Nota-se que a maior porcentagem foi obtida por um enfermeiro (89%), seguido por um auxiliar de enfermagem (75%) e pelo pediatra (67%) e as menores por um enfermeiro (33%) e um auxiliar de enfermagem (25%). Aparentemente, a formação base de cada profissional não interferiu na frequência de comportamentos avaliativos esperados.

Na Tabela 27 são mostrados os comportamentos indicadores do TEA ou indicadores de desenvolvimento típico. Esses comportamentos foram observados pela pesquisadora durante os atendimentos. As observações mostraram 12 tipos de comportamentos que, segundo a literatura, se ocorrerem com baixa frequência até aproximadamente os 18 meses de vida, podem sinalizar alerta para o TEA. Nove deles fazem parte da categoria interação social e três da categoria linguagem. A ocorrência de comportamentos dessas duas categorias é importante porque indica que o desenvolvimento social e verbal adequado afasta os riscos do TEA. Não foram observados comportamentos pertencentes a categoria padrões repetitivos e estereotipados.

Tabela 27

Tipos de Comportamentos Infantis de Risco de TEA Observados pela Pesquisadora Durante os Atendimentos de Puericultura

Categoria	Comportamentos da criança	Profissionais e idades das crianças em meses																			
		Enf*	Aux	Aux*	P*	Aux	P*	Aux	Aux	Aux	Aux	Enf*	Enf	Enf	Aux	Aux	P*	Aux*	Aux	Total	
		<01	02	02	03	04	04	04	04	04	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	18
	Olha em direção às pessoas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
	Olha em direção ao ambiente físico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Segue o apontar de alguém													X							2
	Aponta para objetos e ou pessoas do ambiente													X							3
	Alterna olhar entre pessoa e objeto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7
	Mantem contato ocular	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Imita													X							1
	Mostra objeto ou pessoa para alguém																		X		1
	Expressões faciais/emocionais				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
	Balbucia ou emite sons	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7
	Fala (primeiras palavras papa, mamã, nenê, tchau)													X							2
	Executa uma ação (por exemplo, dá para mamãe, olha para a mamãe, vem aqui)														X	X	X	X	X	X	3

Nota. As siglas representam Enf. = enfermeiro, Aux. = Auxiliar de enfermagem, P. = pediatra. As idades das crianças estão indicadas em meses, logo abaixo da siglas referentes aos profissionais.

Nos 13 atendimentos filmados as crianças observadas passaram a maior parte do tempo olhando em direção a aspectos do ambiente físico (desenhos e cartazes pregados nas paredes da sala), em direção às pessoas que estavam dentro da sala (12 delas agiram assim) e mantiveram contato ocular com a mãe ou profissional ($n=12$). Todavia, uma delas apenas olhou apenas em direção ao ambiente físico, mas ela tinha menos de mês de idade. Balbuciar ou emitir sons foi observado em seis crianças. Falar palavras como *mamã*, *dá*, *nenê* foi observado em três delas. Expressões faciais como sorrir, fazer barulho com a boca ou franzir a testa diante de estímulo sonoro foram observadas em sete crianças com idades três e 18 meses.

Em algumas crianças observou-se comportamentos de atenção compartilhada como seguir o apontar (duas crianças com 13 e 18 meses de idade), apontar para objetos alternando o olhar entre a mãe e o objeto (três crianças com 13, 15 e 18 meses de vida), alternar olhar entre objeto e pessoa (sete crianças com 4, 5, 12, 14, 15 e 18 meses de vida), mostrar objeto ou pessoa a alguém (uma criança com 15 meses de vida) e falar as primeiras palavras referindo-se a um objeto ou pessoa da sala (duas crianças com 13 e 15 meses de vida).

Os comportamentos de atenção compartilhada surgem por volta dos nove meses de idade e se estabelecem por volta dos 15-18 meses. Têm sido apontados como preditores do diagnóstico de TEA por haver indicações de que sejam cruciais para o desenvolvimento de comportamentos simbólicos, linguísticos, cognitivos e/ou sociais. Portanto, falhar nesses tipos de interação pode indicar alerta de risco para o desenvolvimento do TEA (Klin, et al., 2006; Lampréia, 2009; Oliveira & Gil, 2007).

Contudo, é importante destacar que a maior parte desses comportamentos ocorreu em momentos nos quais o profissional não estava olhando para a criança. Geralmente, ocorreram enquanto o profissional preenchia a Ficha de Acompanhamento, estava escrevendo nas folhas avulsas ou consultando o livro de agendamento de puericultura. Quem estimulou a criança na maior parte das vezes foi a mãe. Enquanto os profissionais faziam os registros as mães ficavam em pé, andando pela sala, com a criança no colo, mostrando coisas do ambiente e conversando com a criança.

Seria importante que durante os atendimentos fossem estabelecidos, deliberadamente pelo profissional, momentos de observação das interações da criança com sua mãe e com o meio físico e que houvesse um instrumento de coleta que permitisse o registro dos comportamentos da criança.

Os dados sugerem que é possível observar precocemente, durante o atendimento de puericultura, comportamentos que indicam risco de desenvolvimento do TEA. Contudo, como muitos desses comportamentos, principalmente os de atenção compartilhada e linguagem não estavam anotados no prontuário, fica difícil dizer se eles foram observados ou não pelo profissional.

De uma maneira geral, pode dizer-se que é preciso melhorar aspectos técnicos na atuação dos profissionais para que se garanta a identificação precoce de sinais do TEA. Contudo, é preciso ressaltar que todos os profissionais em todos os atendimentos foram receptivos às mães e às suas crianças. O ambiente foi considerado amistoso e cordial, aspectos esses esperados como prática profissional e que também contribuem para a vigilância do desenvolvimento infantil (Filipeck et al., 1999).

Discussão Geral

Segundo Dworkin (1989) a vigilância do desenvolvimento pode ser descrita como um conjunto de atividades relacionadas a promoção e identificação de problemas durante a atenção primária à criança. Essas atividades envolvem o monitoramento do desenvolvimento pela obtenção de informações sobre o histórico completo da criança, as preocupações dos pais e observações dos comportamentos da criança de forma longitudinal. O objetivo é o de detectar o mais precocemente possível défices de desenvolvimento e sinais de riscos de incapacidades, para assegurar encaminhamentos e intervenções precoces. Contudo, o sucesso da vigilância depende, em alguma medida, da qualificação e da prática dos profissionais envolvidos e de seus procedimentos serem baseados em dados de pesquisas empíricas (Foxy, 2008).

O TEA é um transtorno sem etiologia definida. As variáveis que o determinam relacionam-se com a história de vida da criança, principalmente, intercorrências médicas e das interações sociais. O grau de comprometimento do transtorno depende, em parte, do quão precocemente os primeiros sinais de seu desenvolvimento são detectados e de a criança ser encaminhada, o quanto antes, para tratamento adequado. A identificação precoce do TEA é dependente de um sistema de vigilância do desenvolvimento infantil nos moldes apresentados por Dworkin (1989).

Neste trabalho propôs-se investigar se um programa de vigilância do desenvolvimento infantil realizado em uma UBS pode constituir meio apropriado para a identificação precoce de sinais do TEA. A resposta a esta questão foi obtida a partir de levantamento de dados na própria UBS e por meio da avaliação : (a) de materiais que orientavam os comportamentos de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e pediatra na condução de atendimentos de puericultura; (b) dos registros feitos em prontuários infantis; (c) do relato dos profissionais sobre a própria formação acadêmica e referente aos próprios conhecimentos sobre o TEA, e (d) de comportamentos dos profissionais na condução do atendimento de puericultura.

Um material de vigilância do desenvolvimento infantil, segundo Figueiras et al. (2005), deve conter informações básicas sobre o desenvolvimento dos primeiros anos de vida da criança. Essas informações ajudam a orientar os profissionais da atenção

primária a identificar atrasos ou desvios do desenvolvimento infantil, por meio da observação da criança ao longo dos atendimentos de rotina na UBS, de questionamentos feitos aos pais sobre rotinas e formas de interações sociais da criança, assim como pela orientação aos pais para que promovam ações que contribuam com o desenvolvimento saudável de seu filho. E, ainda, que suportem o profissional de vigilância nas decisões a serem tomadas com relação à criança.

Portanto, quanto mais descritivas e detalhadas forem as orientações destes materiais sobre *o que, como e quando* avaliar os comportamentos da criança, maiores as possibilidades de que indícios de problemas sejam detectados precocemente e os pais sejam adequadamente orientados a procurar ajuda ou adotar estratégias de interação que promovam comportamentos apropriados ao contexto de desenvolvimento da criança.

Desta perspectiva, a análise do protocolo utilizado na UBS como material de orientação ao profissional na vigilância do desenvolvimento e também para a identificação precoce do TEA, revelou aspectos positivos e aspectos que merecem atenção. O material contém informações básicas sobre o desenvolvimento dos primeiros anos de vida de uma criança e orienta, em parte, os profissionais da atenção primária a identificar atrasos ou desvios do desenvolvimento via observação e questionamentos. Mesmo não sendo material especificamente voltado para a identificação precoce do TEA, foram identificadas orientações que podem auxiliar o profissional nesse sentido. Os exemplos são as orientações sobre (1) a importância da observação das interações da criança com a mãe no momento do atendimento; (2) os elementos básicos de uma anamnese; (3) o acompanhamento dos comportamentos alimentares e de funções fisiológicas; (4) a investigação da rotina da criança; e (5) a avaliação de marcos do desenvolvimento e da linguagem.

Considerou-se, porém, que essas orientações precisam ser mais descritivas e menos genéricas para que se cumpram com a função de preparar o profissional para *o que, como e quando avaliar*. Para a identificação precoce do TEA sugere-se que sejam feitas algumas alterações. São elas: a) aumentar o número de atendimentos estabelecido no cronograma, especialmente no intervalo entre 12 e 24 meses, período crítico para o desenvolvimento de comportamentos de atenção compartilhada. Até os 12 meses são previstos nove oportunidades de contato da criança com profissionais, o que foi

considerado adequado. Nesse período seria possível avaliar muitos comportamentos relacionados ao TEA, tais como, verificar se a criança reage a diferentes sons, se a criança sorri, faz contato ocular, emite sons, balbucia, reconhece pessoas, dá tchau, estica os braços em direção à mãe, se responde ao ser chamada pelo nome. Depois dos 12 meses são previstas apenas duas oportunidades de contato da criança com profissionais (uma com o enfermeiro ou auxiliar de enfermagem) e outra o pediatra, aos 18 meses de idade. Esse tempo parece insuficiente para que se faça um acompanhamento adequado do desenvolvimento verbal e social da criança. Por isso, sugere-se que dos 13 aos 24 meses os intervalos entre um atendimento e outro seja de três meses. Com intervalos menores, diminuem também a quantidade de orientações que o profissional precisa passar à mãe em cada atendimento, podendo aumentar assim as possibilidades de que essas orientações sejam seguidas. Sugere-se, ainda, incluir orientações detalhadas e descritivas sobre *o que* exatamente, *como* e *quando* avaliar o desenvolvimento social como, por exemplo, orientações que indiquem ao profissional a importância de fazer contato ocular com a criança, de conversar com ela, sorrindo, de apontar em direção a objetos e pessoas da sala de atendimento, alternando o olhar com a criança e o objeto ou pessoa para o qual se está apontando. Orientações de como solicitar a atenção da criança para o comportamento do profissional, interagir de forma a produzir comportamentos imitativos e imaginativos (de faz-de-conta) e pegar a criança no colo ou tocá-la. No último caso será possível observar, por exemplo, verificar se a criança fica com o corpo muito rígido ou mole, sem sustentação, se evita o toque ou reage de forma agressiva.

Com relação a linguagem sugerem-se que sejam incluídas novas orientações, como chamar a criança pelo nome, pedir que ela execute uma ação, que o profissional manipule diferentes objetos sonoros com as indicações sobre as posições e distância do objeto em relação à criança. Todas as orientações devem indicar ao profissional que os comportamentos da criança em resposta aos comportamentos dele, assim como comportamentos “espontâneos”, inesperados devem ser observados e registrados.

Notou-se no protocolo a ausência de descrições que indicassem aos profissionais como orientar os pais sobre *o que* observar e *como* devem estimular os filhos, principalmente sobre o desenvolvimento de comportamentos sociais. Um exemplo de descrições desse tipo, ausente no protocolo, refere-se ao momento da

amamentação. Deveria estar descrito o que as mães poderiam fazer durante essa relação com a criança, como por exemplo, realizar contato ocular, estimular respostas sensoriais por meio da voz humana (conversar com a criança, cantar para a criança, mexer na mão e nos pés da criança, sorrir enquanto olha para a criança). E, além disso, descrevesse o que deveria ser observado pela mãe com relação ao seu filho, como por exemplo, se a criança mantém contato ocular, como reagem as estimulações sensoriais da mãe (enrijece o corpo, fica agitada, parece gostar), se olha em direção à voz da mãe, se sorri responsivamente. Interações como essas podem ser oportunidade de estabelecimento de operantes verbais como tato e mando, entre outros repertórios verbais (Drash & Tudor, 2004; Sundberger & Michael, 2001; Oliveira & Gil, 2007).

Com descrições desse tipo, supõe-se que os profissionais teriam mais elementos para esclarecer eventuais dúvidas e para orientação adequada aos pais sobre desenvolvimento infantil. O momento de orientação é muito importante, pois nele tem-se a oportunidade de instruir os pais, dividindo com eles a responsabilidade sobre a vigilância do desenvolvimento e a promoção da saúde das crianças. Os pais são fundamentais nesse processo. Além de supervisionarem o desenvolvimento de seus filhos, podem servir de mediadores na comunidade da qual fazem parte. Ter alguns pais bem orientados pode aumentar a probabilidade de que as orientações sejam disseminadas para outras pessoas do grupo (Blank, 2003).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil cujo objetivo seja detectar precocemente eventuais problemas, inclusive sinais do TEA, não depende apenas de um material de orientação adequado, mas também de recursos que permitam o registro e acompanhamento da evolução biológica e comportamental da criança. Dessa forma, materiais de coleta e registro de dados são importantes no processo de vigilância. Eles devem conter o máximo possível de elementos que façam referência ao documento que orienta *o que e quando* avaliar os comportamentos da criança, e sejam estruturados de forma que, os registros realizados ao longo da história de atendimentos da criança produzam a visualização imediata da evolução do desenvolvimento da criança em seus vários aspectos. No caso do TEA, a clareza e precisão dos registros dessa natureza podem ajudar o profissional a verificar a ocorrência de regressões ou mudanças no ritmo do desenvolvimento (frequência e variabilidade menor de certos comportamentos

em dado período de tempo) comum no histórico de crianças diagnosticadas com o problema.

Os materiais de coleta usados na UBS foram avaliados em parte como adequados e em parte como inadequados em relação a esses aspectos. Na avaliação foram encontradas correspondências entre varias descrições do protocolo e os itens da ficha de acompanhamento, o que é considerado adequado, contudo, para muitas outras descrições não foram encontradas correspondência, principalmente, referentes a DNPM e linguagem. A organização da ficha foi considerada como um aspecto a ser modificado. Os profissionais tinham pouco espaço para registro e não era possível avaliar de imediato o desenvolvimento da criança. Além disso, os dados ficam dispersos por ser registrados em dois instrumentos diferentes (ficha de acompanhamento e folhas avulsas) dificultando a leitura eficiente dos registros e o acompanhamento deles de forma cumulativa, ao longo do tempo.

Com base nesses elementos, sugere-se que sejam realizadas algumas alterações nos materiais de coleta (ficha de acompanhamento e folhas avulsas) usados na UBS para registro dos atendimentos de puericultura. A primeira sugestão de alteração refere-se à produção de um material que contemple todas as informações necessárias ao acompanhamento da criança e que seja de uso comum a todos os profissionais envolvidos na vigilância do desenvolvimento na UBS. O uso comum visa prevenir a duplicação de registros. Essa medida acarretaria em ganho de tempo (que poderá ser usado pelo profissional na avaliação da criança) e permitiria o acompanhamento simultâneo de vários profissionais, promovendo uma visão multiprofissional do processo, aspecto considerado positivo na literatura (Hagan, Shaw & Duncan, 2008).

Propõem-se também alterações mais específicas. Uma delas é a inclusão da indicação de ausência ou de comparecimentos da criança nos períodos estabelecidos pelo cronograma. Isso ajudaria o profissional a identificar de imediato se o acompanhamento do ponto de vista do cumprimento do cronograma está adequado. Sugere-se, ainda, incluir espaços destinados ao registro das preocupações e percepções da mãe sobre o desenvolvimento do filho e sobre as características do sono da criança.

Os pontos avaliados como mais frágeis referem-se às formas de registros sobre comportamento social, linguagem e DNPM. Não foi identificado nos materiais de coleta nenhum item no qual o profissional pudesse fazer anotações sobre o desenvolvimento dos comportamentos sociais e nem sobre a linguagem. O item destinado ao registro de dados sobre ao DNPM não trazia nenhuma referência aos diferentes comportamentos, descritos no protocolo, que deveriam ser avaliados pelos profissionais de puericultura. A única referência a esse respeito era a sigla DNPM, com espaço de apenas uma linha, permitindo apenas registros genéricos, do tipo *OK* e *adequado*.

Sugere-se que sejam acrescentados, na ficha de acompanhamento, itens mais descritivos sobre os comportamentos de DPNM, sociais e da linguagem a serem avaliados em suas respectivas idades. Por exemplo, itens que possibilitem o registro de que a criança faz contato ocular e sorri responsivamente aos 6 meses, que entre 9 e 12 meses engatinha, que balbucia por volta dos 11 meses, que começa falar as primeiras palavras por volta dos 12 meses, que aponta em direção a objetos e pessoas por volta dos 13 meses, que imita comportamentos por volta dos 15 meses e, por volta dos 24 meses, brinca de forma imaginativa (faz-de-conta).

Como já se discutiu anteriormente, a organização dos itens deve possibilitar o registro progressivo dos comportamentos da criança, de forma que o profissional verifique de imediato a evolução desses comportamentos ao longo do desenvolvimento. Os itens que compõem o instrumento de coleta deveriam se estabelecer como estímulos que possam evocar comportamentos profissionais de observar e registrar os comportamentos da criança e esse registro, por sua vez, contribua para manter os comportamentos profissionais críticos para a realização de uma vigilância efetiva.

Levantou-se como possibilidade a implantação de um sistema de prontuário eletrônico. Mas na atual situação, e considerando-se as exigências e complexidades envolvidas em um processo de informatização como esse, considerou-se que seria um passo muito grande. Portanto, para uma ação em curto prazo, as sugestões aqui apresentadas são dirigidas ao formato de prontuário de papel.

Com relação a formação da equipe e seus conhecimentos sobre os sinais precoces do TEA, a partir do relato de alguns profissionais entrevistados identificou-se

que eles não possuem especialização ou capacitação formais na área de desenvolvimento infantil. Conforme relatado, seus conhecimentos sobre os sinais do TEA concentraram-se na atipicidade do olhar, no isolamento e nos problemas de fala da criança. Contudo, a fonte dessas informações era, na maior parte, informal: *ouviram falar* a respeito na televisão, na revista ou em conversa com o vizinho. A literatura recomenda que todo profissional da atenção primária à saúde (pediatras, enfermeiros, neurologistas, psiquiatras, psicólogos, audiologistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) tenha capacitação em desenvolvimento típico e atípico e esteja familiarizado com os sinais do TEA (Filipeck, 1999).

A recomendação de Filipeck (1999) não se estende de forma direta aos profissionais técnicos. Contudo, como se observou nos dados deste trabalho, os auxiliares de enfermagem estão na linha de frente dos atendimentos de puericultura. O cronograma prevê para esses profissionais praticamente o mesmo número de atendimentos previstos aos enfermeiros e ao pediatra para crianças até 18 meses de vida. Além disso, o Ministério da Saúde (2009) recomenda a promoção da educação permanente aos profissionais de nível técnico, dada sua importância na vigilância na promoção à saúde da criança. Por essa razão é importante que sejam oferecidos a esses profissionais cursos de capacitação que aprimorem seus conhecimentos e práticas com relação ao desenvolvimento infantil de modo geral.

No que diz respeito ao questionamento sobre a existência de diagnósticos de TEA, ou conhecimento de suspeita de casos de TEA na UBS, apenas o pediatra respondeu positivamente. Os outros profissionais relataram não terem conhecimento ou não terem ouvido falar de casos do TEA. As análises realizadas do acompanhamento de um caso com suspeita de diagnóstico do TEA indicou que os encaminhamentos realizados pelo pediatra foram adequados (realização de exames laboratoriais, de visão, audição e avaliação neurológica). Contudo, não foram encontrados registros, no prontuário da criança, que indicassem a realização, por qualquer profissional, de avaliações por meio de observações, uso de instrumentos padronizados ou de qualquer outro tipo. Nem laudos. Foram encontrados resultados de exames laboratoriais. Os dados disponíveis não permitiram avaliar com clareza o tempo entre a suspeita da pediatra e o laudo indicando o diagnóstico de TEA, mas aparentemente foram 9 meses.

Não foram encontrados também registros de que indicasse que a criança estivesse em tratamento ou não.

Depois dos encaminhamentos realizados pelo pediatra ao neurologista, não foram encontrados novos registros no prontuário disponível na UBS, o que sugere que a criança não retornou aos atendimentos de puericultura. Estes dados indicam que o sistema de comunicação entre o pediatra e profissionais de outras instâncias do serviço público, o acompanhamento do desenvolvimento infantil e os materiais de registros usados nesse acompanhamento merecem atenção dos órgãos públicos. A *praxis* do sistema de saúde, pelo menos no que se refere aos aspectos aqui investigados, não contribuiu para o diagnóstico precoce de TEA. Logo, não favorece a intervenção precoce.

As análises das filmagens dos atendimentos dos diferentes profissionais indicaram eles fazem mais perguntas às mães do que as mães a eles, o que pode ser considerado um aspecto importante para uma anamnese* (entrevista entre médico e paciente) adequada. Espera-se que os profissionais instiguem os pais a falarem sobre seus filhos (Green & Palfrey, 2002). Contudo, a análise dos tipos de perguntas feitas pelos profissionais às mães revelou uma concentração em questões sobre condições médicas, sono e alimentação, entre outras; e baixa frequência de questões a respeito do DNPM, socialização, e ausência de questões sobre o desenvolvimento da linguagem da criança. O tempo do atendimento e a formação (curso de graduação, medicina, enfermagem e técnico em enfermagem) não apareceram como variáveis relacionadas aos tipos de perguntas feitas aos pais.

A baixa frequência de perguntas dos profissionais aos pais sobre DNPM e comportamentos sociais das crianças, assim como a ausência de perguntas sobre linguagem, podem estar relacionadas, como indicado na discussão anterior, a ausências de descrições específicas no protocolo, ausência de itens mais descritivos nos instrumentos de coleta relacionados à avaliação do DNPM, de comportamentos sociais e da linguagem. Tanto o protocolo como os materiais de coleta parecem não subsidiar o profissional para o momento da anamnese, no que se refere a identificação precoce do TEA.

Além das frequências e dos tipos de perguntas ocorridas nos atendimentos analisaram-se também os comportamentos de avaliação dos profissionais em interação direta com a criança. Os comportamentos observados mais frequentemente foram os de verificar reflexos, conversar com a criança sorrindo estimulando-a a emitir sons ou falar, medir perímetro cefálico (variando de 90% a 100% dos atendimentos), pedir para a criança executar uma ação (60% dos atendimentos) e verificar marcos do desenvolvimento motor (30% a 60% dos atendimentos). Sobre esses elementos não foi possível estabelecer claramente as variáveis que podem ter influenciado a diferença de avaliação entre profissionais referente a marcos do desenvolvimento. Comportamentos de avaliar as respostas da criança a diferentes estimulações sonoras e de chamar a criança pelo nome (14% e 20%, respectivamente) foram observados em baixas porcentagens de ocorrência.

Nesses aspectos os dados possibilitaram à pesquisadora avaliar a ocorrência dos comportamentos, mas não possibilitaram a avaliação da função do comportamento do profissional. Como não havia nos materiais de coleta, com exceção para a medição do perímetro cefálico, itens para o registro da avaliação dos reflexos da criança ou para identificar se a criança conseguiu segurar objetos e o que fez com eles, se respondeu aos sorrisos do profissional, se foi capaz de sentar, engatinhar ou andar, a observação da pesquisadora de que o profissional, por exemplo, colocou a criança, sentada na maca ou entregou-lhe um objeto, não indica que ele tenha feito com o objetivo de avaliar marcos do desenvolvimento. O profissional pode ter colocado a criança sentada apenas para observar a garganta ou ouvido dela ou ter colocado objetos nas mãos da criança com o objetivo de distraí-la durante o exame ou a entrevista com a mãe.

Os registros sobre DNPM encontrados nos prontuários, como já indicado, foram do tipo *OK* e *adequado*, o que não esclarece o que foi avaliado pelo profissional. Dessa forma, qualquer outro profissional, por exemplo, o pediatra, que fizer o próximo atendimento à criança, não conseguirá fazer uma avaliação e acompanhamento adequados do desenvolvimento da criança. Assim, poderá repetir avaliações ou deixar de avaliar comportamentos importantes, induzidos por registros como *OK* e *adequado*.

No que diz respeito à identificação do TEA seria importante que comportamentos profissionais como os de avaliar se a criança imita comportamentos ou

gestos, como ela reage a diferentes sons, verificar se balbucia, se dá tchau, estica os braços em direção à mãe, se fala, se aponta para objetos, fossem observados durante os atendimentos. É possível que a não ocorrência destes comportamentos por parte dos profissionais esteja relacionada aos problemas já referidos, com relação ao protocolo, aos materiais de coleta, mas também relativo ao conhecimento restrito dos profissionais sobre o desenvolvimento e sinais do TEA. Esses dados fortalecem a defesa que aqui vem sendo feita da necessidade de que sejam ofertados cursos de capacitação aos profissionais.

A análise das filmagens sobre a frequência de ocorrência de comportamentos indicadores do desenvolvimento do TEA ou de desenvolvimento típico, realizado pela pesquisadora, sugere ser possível observar precocemente, durante o atendimento de puericultura, comportamentos que indiquem risco de desenvolvimento do TEA. A partir dos vídeos foram identificados comportamentos pertencentes à categoria interação sociais e linguagem, inclusive comportamentos de atenção compartilhada, como seguir o apontar, apontar para objetos alternando o olhar entre a mãe e o objeto, alternar olhar entre objeto e pessoa, mostrar objeto ou pessoa a alguém e falar as primeiras palavras referindo-se a um objeto ou pessoa da sala. Défices desses comportamentos são apontados como preditores do diagnóstico de TEA (Klin, et al., 2006; Lampréia, 2009; Oliveira & Gil, 2007). Não foram observados comportamentos pertencentes à categoria padrões repetitivos e estereotipados.

Como sugestão, com o objetivo de aumentar as possibilidades de identificação precoce do TEA, indica-se aos profissionais de puericultura a oferta de cursos sobre desenvolvimento infantil e, em particular, sobre o TEA. Busca-se, com isso, não só capacitar esses profissionais para a avaliação da criança, mas torná-los capazes de orientar pais, de forma que estes possam além de levar seus filhos regularmente aos atendimentos de puericultura, dar prosseguimento a vigilância infantil deles fora do contexto médico. O curso contemplaria aspectos práticos e teóricos com o fim de facilitar o reconhecimento dos sinais precoces do TEA, estabelecer critérios para realizar entrevistas e definir estratégias de orientações.

A proposta deste trabalho foi a de investigar se um programa de vigilância do desenvolvimento infantil de um serviço público como o das Unidades Básicas de Saúde

(UBS) constitui-se meio apropriado para a identificação precoce de sinais de TEA. Para isso, avaliaram-se a disponibilidade de materiais de orientação à prática profissional de vigilância e os instrumentos de coleta e registros de dados sobre o desenvolvimento da criança, bem como a adequação desses materiais para a identificação precoce dos sinais do TEA, considerando orientações contidas na literatura sobre o tema. Comparou-se também o conhecimento relatado pelos profissionais sobre o que já conheciam com relação a indicadores do desenvolvimento do TEA com a prática desses profissionais. Pelo conjunto dos dados e análises realizadas a resposta é positiva: os serviços de puericulturas disponíveis das UBS podem constituir-se sim ótimas oportunidades para a identificação precoce de sinais de TEA. Foram identificados vários elementos no material de orientação e habilidades profissionais consideradas adequados à identificação precoce do TEA.

Contudo, avaliou-se necessário realizar aprimoramentos em todas as instâncias avaliadas. Os aprimoramentos se dariam primeiro pela inclusão, no protocolo, de novas descrições de orientações aos profissionais; segundo, pela inclusão do maior número possível de itens correspondentes às descrições do protocolo no material de coleta dos atendimentos de puericultura; terceiro, pela oferta de cursos de capacitações nos quais os profissionais sejam treinados a observar a criança, a registrar seu desenvolvimento, questionar os pais sobre o desenvolvimento dos próprios filhos, orientá-los de forma adequada para quem fiquem atentos com défices de desenvolvimento que possam indicar risco de TEA.

A seguir serão apresentadas as contribuições deste trabalho no sentido dos aprimoramentos indicados.

Cartaz ilustrativo com os principais sinais precoces do TEA

A primeira contribuição deste trabalho refere-se à elaboração de um cartaz ilustrativo com os principais sinais precoces do TEA levantados no presente trabalho.

O cartaz foi elaborado com objetivo de alertar os pais a observarem os comportamentos de seus filhos no que diz respeito aos sinais do TEA e de indicar aos pais que caso observe algum dos comportamentos ali descrito, ele deve conversar com algum profissional de saúde (enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou pediatra).

O Cartaz foi planejado para ser colocado na sala de espera da UBS.



VOCÊ ESTÁ DE OLHO NO SEU FILHO?



OS SEGUINTES COMPORTAMENTOS PODEM INDICAR SINAIS DE AUTISMO. FIQUE ALERTA!

■ Se ele **NÃO** estiver se comportando assim, converse com o pediatra, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem

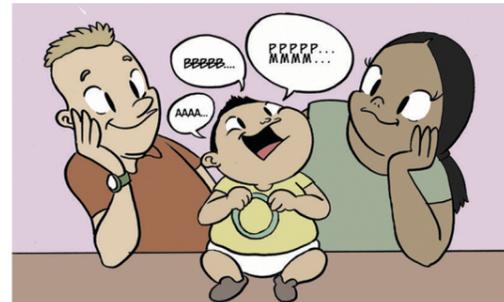
0 A 6 MESES



Olha para o seu olho quando você conversa com ele



Sorri quando você sorri e brinca com ele



Balucia

6 A 12 MESES



Olha quando alguém chama seu nome



Dá tchau, manda beijos quando você pede



Estica o braço em sua direção

12 A 18 MESES



Aponta o dedo para lhe mostrar uma pessoa ou algo



Olha para o que você está apontando



Fala as primeiras palavras (papá, mamã, au au)

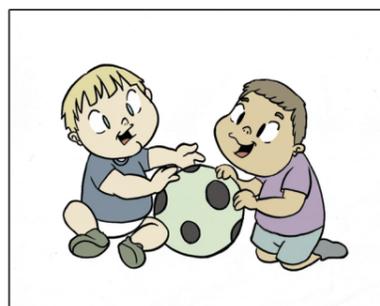
18 A 24 MESES



Imita comportamentos ou gestos



Brinca de faz de conta



Brinca com outras crianças



Fala frases com pelo menos duas palavras (qué água, dá água, não qué)

■ Se ele **ESTIVER** se comportando assim, converse com o pediatra, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem

6 A 12 MESES



Pode ter dificuldade para tolerar sons



Come objetos incomuns como roupas, madeira, ferro



Sempre puxa você pela mão para pedir ao invés de falar o que quer



Fica isolado



Fica irritado com mudanças de rotina

18 A 24 MESES

Proposta de Aprimoramento da Ficha para Coleta de Dados dos Atendimentos de Puericultura.

A seguir serão apresentadas apenas algumas sugestões de elementos a serem incluídos na ficha de acompanhamento utilizada na UBS, a saber, a sugestão de inclusão de um cronograma de atendimento, o acompanhamento do desenvolvimento social e da linguagem da criança. Isto porque, a construção de uma ficha completa depende de análises de outros elementos presentes no protocolo. Como exemplo pode-se citar a seção do protocolo denominada exame físico. Nela havia descrições importantes para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, mas sem relação direta com a identificação precoce do TEA. Portanto, um novo estudo que avaliasse o Protocolo tendo como referência todos os elementos considerados importantes para a vigilância do desenvolvimento, poderia contribuir na construção de uma ficha de coleta de puericultura completa.

A Tabela 28 é o exemplo de cronograma de atendimento sugerido para ser incluído na ficha de acompanhamento, a partir dos resultados do presente trabalho.

O profissional deve marcar com um X a idade da criança no dia do comparecimento ao atendimento de puericultura. O objetivo da formatação da tabela e sua inclusão é permitir que o profissional visualize de imediato a adequabilidade do acompanhamento da criança com relação a periodicidade de seus atendimentos.

Proposta de Cronograma de Atendimento a ser Incluído na Ficha para Coleta de Dados dos Atendimentos de Puericultura

	Idade em meses																									
	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Pediatra																										
Enfermeiro																										
Auxiliar de enfermagem																										

Nota. Os espaços pintados em cinza representam os momentos nos quais a criança deve comparecer ao atendimento

As Tabelas 29 e 30 são exemplos de elementos referentes a avaliação do desenvolvimento social e da linguagem, respectivamente, a serem incluídos na ficha de acompanhamento sugeridos como resultado da análise deste trabalho. A sugestão da disposição dos dados, a serem obtidos em cada atendimento, teve como objetivos: a) permitir ao profissional visualizar facilmente a evolução dos comportamentos da criança ao longo de seu desenvolvimento, b) manter o comportamento de fazer perguntas à mãe e o tipo de pergunta a ser feita, uma vez que, o comportamento de perguntar passa a ter mais uma consequência imediata que é a marcação na ficha e o traçado de evolução comportamental da criança, c) servir como indicação para o que deve ser avaliado pelo profissional e em que momento, pois discrepâncias entre o que é esperado e o comportamento da criança que está sendo avaliado, pode levar o profissional a fazer avaliações mais específicas ou encaminhamentos e, para que nos próximos atendimentos, o aspecto que gerou a discrepância seja mais precisamente avaliado e d) servir como estímulo para que o profissional converse com a mãe sobre os comportamentos avaliados de seu filho, aumentando assim as possibilidades de observá-los com maior frequência.

Proposta de Quadro para Acompanhamento do Desenvolvimento da Linguagem da Criança

Acompanhamento do Desenvolvimento da Linguagem										
Idade (meses)	Comportamentos da criança	Reage a sons	Emitte sons	Balucia	Localiza sons	Responde ao nome	Fala 1 palavra	Fala 3 palavras	Solicita algo por meio da fala	Fala frases com 2 palavras
24										
23										
22										
21										
20										
19										
18										
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										

Proposta de Quadro para Acompanhamento do Desenvolvimento Social da Criança

Acompanhamento do Desenvolvimento Social

Idade (meses)	Comportamentos da criança	Sorri	Faz contato ocular	Reconhece pessoas	Dá tchau, manda beijo	Estica os braços na direção de uma pessoa	Aponta para pessoas ou objetos	Imita	Olha para algo quando alguém aponta	Brinca adequadamente com brinquedos
24										
23										
22										
21										
20										
19										
18										
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										

Proposta de Aprimoramento da Capacitação Profissional.

Título

Curso de capacitação em identificação de sinais precoces do Transtorno do Espectro Autista.

Justificativa

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th ed. (DSM-5) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido por um conjunto de défices de interação verbal e não verbal, que ocorrem de forma persistente em diferentes contextos. Abrange défices em reciprocidade social, em interações não verbais e falta de habilidade para compreender determinadas relações. Défices estes acompanhados da existência de padrões comportamentais restritivos ou repetitivos (American Psychiatric Association, 2013)

A caracterização do TEA foi estabelecida, desde 1911, pelo médico Leo Kanner, mas a busca pelos fatores que o determinam é ainda um desafio constante para os pesquisadores da área. A heterogeneidade do quadro, ausência de base biológica estabelecida e o aparecimento logo nos primeiros meses de vida parecem formar a base desse desafio.

Os números indicadores de casos de TEA nos últimos anos chama atenção. Estudos recentes estimaram a prevalência em 40 a 60 casos em cada 10.000 crianças (Barbarese, et al., 2006; Chakrabarti & Fonbonne, 2001; Fombonne, et al., 2006). O relatório produzido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2012) dos Estados Unidos, baseados em dados de 2008, indica 01 em cada 88 crianças.

Na última década o número de pesquisas que procuram identificar o mais cedo possível os comportamentos da criança que possam ser preditores de TEA cresceu (Barbaro e Dissanayake, 2009; DiGray & Tonger, 2000; Klin, et al., 2006; Mars, et al., 1998; Oliveira & Gil, 2007; Osterling & Dawson, 1994; Zwaigenbaum, et al., 2007; Gamliel, Yirmiya, Shaked & Sigman, 2007; Young, et al., 2003).

O conjunto dessas investigações culminou no estabelecimento dos comportamentos considerados preditores do TEA e que podem ser identificados precocemente em bebês. E Identificar precocemente os sinais do TEA é importante,

uma vez que estudos demonstram que quanto mais cedo se começa a intervenção junto a pessoas com diagnóstico do TEA, melhores são os resultados e os ganhos na qualidade de vida dos indivíduos (Goulart & Assis, 2002; Silva & Mulick, 2009; Taques & Rodrigues, 2006). Os dados mostram que a intervenção precoce melhora a fala, o desenvolvimento geral e o desempenho intelectual, na maior parte das crianças (Dawson & Osterling, 1997; Rogers, 1996). Entretanto, essas melhoras são alcançadas quando a criança é exposta a dois ou mais anos de serviços de intervenção intensivos durante a idade pré-escolar – entre dois e seis anos (Lovaas, 1987; Ozonoff & Cathcart, 1998).

A literatura recomenda que os serviços mais eficientes para a identificação precoce do TEA são os de vigilância do desenvolvimento infantil (Fiipek et al., 1999; Lampreia, 2008) por se configurarem no primeiro contexto de atenção à saúde de uma criança. Entretanto, trabalhos realizados no Brasil (Della Barba, 2002 e 2007; Figueiras et al., 2003) apontam que a formação dos profissionais é deficiente na área de desenvolvimento infantil e na vigilância do desenvolvimento. Portanto, oferecer oportunidades para que profissionais, responsáveis pela vigilância, se capacitem para a identificação e encaminhamentos precoces do TEA é tarefa que se faz necessária.

Objetivos

Apresentar a fundamentação teórica sobre o TEA e os principais sinais de alerta do seu desenvolvimento. Preparar os profissionais no reconhecimento precoce dos sinais do TEA, na anamnese dos pais e na observação da criança durante os atendimentos de puericultura para a identificação precoce do TEA.

Público Alvo

Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários da rede pública de saúde atuantes em Unidades Básicas de Saúde.

Carga horária

Esta prevista uma carga horária total de 30 horas divididas em 10 semanas com 3 horas atividades.

Metodologia

O curso será ministrado por meio de aulas expositivas e interativas (atividades práticas) divididas em quatro unidades (Definição e caracterização do TEA segundo DSM-5; Desenvolvimento infantil; Identificação precoce do TEA; O atendimento de puericultura como oportunidade de identificação do TEA).

As aulas expositivas serão realizadas por meio de data show apoiadas por materiais científicos. A cada unidade de estudo serão entregues materiais de leitura aos participantes. Ao final de cada aula os participantes responderam a questões relacionadas às aulas e ao material de leitura.

As aulas interativas serão realizadas por meio de exercícios de análise de casos e de observação de vídeos. Nestas aulas os profissionais terão a oportunidade de treinar o comportamento de reconhecer os sinais do TEA em diferentes crianças e em diferentes situações. Serão ainda, sugeridos e discutidos os encaminhamentos mais adequados a cada situação. Buscar-se-á destacar nessas atividades práticas a importância de que cada caso seja avaliado como um caso de acordo com suas particularidades.

Formas e critérios de avaliação

Os participantes serão avaliados continuamente ao final de cada aula e por meio das atividades práticas realizadas. A cada atividade será atribuído uma pontuação a ser obtida pelo participante. Ao final do curso o participante deverá ter obtido uma pontuação entre 7 e 10 pontos e ter participado de pelo menos 75% das aulas para que receba a certificação de participação do curso. Será entregue a cada participante, no início do curso, um cartão no qual ele deverá fazer as anotações de suas pontuações e assim poder acompanhar de forma mais imediata seu desempenho (ver modelo a baixo).

Exemplo de Ficha para registro cumulativo da pontuação obtida em cada atividade realizada no curso de capacitação.

instrumentos de rastreamento do TEA, (d) realizadas atividades de treino em entrevista para que sejam explorados os comportamentos profissionais sobre *Como e o que* perguntar aos pais nos atendimentos de puericultura. A importância da orientação para prevenção e identificação do TEA e (d) realizadas atividades de observação para treino do reconhecimento dos sinais do TEA.

Unidade 4: *O atendimento de puericultura como oportunidade de identificação do TEA.* Nesta unidade será trabalhado (a) o papel fundamental dos profissionais de saúde na tarefa de identificar e encaminhar precocemente pessoas com suspeitas de TEA, (b) A importância da equipe multiprofissional e (c) informações sobre serviços existentes na cidade para atendimento de crianças com diagnóstico do TEA.

Referências Básicas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Figueira, A. C. M., Souza, I. C. N., Rios, V. G. & Benguigui, Y. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Organização Panamericana da Saúde. Washington, D.C.: OPAS.
- Lampreia, C. (2009). Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 160-171.
- Lampreia, C. & Lima, M. M. R. (2011). Instrumento de vigilância precoce do autismo: Manual e vídeo. Rio de Janeiro: Ed. PUC – Rio.
- Silva, M., & Mulick, J. A. (2009). Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 116-131.
- Vasconcelos, L.A.; Naves, A. R. C. X. & Ávila, R. R. (2010). Abordagem analítico-comportamental do desenvolvimento. Em: E. Z. Tourinho & S. V. De Luna *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas*. São Paulo:Roca.

Referências

- Adrien, J. L., Faure, M., Perrot, A., Hameury, L., Garreau, B., Barthelemy, C., & Sauvage, D. (1991). Autism and family home movies: preliminary findings. *Journal of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 21, 43-49.
- American Academy of Pediatrics (2001). The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorders in children. *Pediatrics*, 107(5), 1221-1226.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric.
- Anderson, G. M., Jacobs-Stannard, A., Chawarska, K., Volkmar, F. R., & Klinan, H. J. (2007). Placental trophoblast inclusions in autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 61(4), 487-491.
- Aparas, T. J. (2008). *Sono-vigília em crianças com e sem perturbações do Espectro do autismo*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Assumpção, F. B. Jr., & Pimentel, A. C. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 37-9.
- Autism Society (s.d). *The Budget Crisis*. Retirado de <http://www.autism-society.org/get-involved/the-budget-crisis.html> em janeiro de 2014.
- Autismo & Realidade (s.d). *Quantas pessoas estariam no espectro autista? Quanto custa cuidar dessas pessoas?* Retirado de <http://www.autismoerealidade.com.br/informe-se/sobre-o-autismo/autismo-e-epidemiologia/> janeiro, 2013.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho e S. V. de Luna (Org.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas*, pp. 175-191. São Paulo: Roca.

- Barbarese, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinician. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 1167-1175.
- Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2009). Autism Spectrum Disorders in infancy and toddlerhood: A review of the evidence on early signs, early identification, and early diagnosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30, 447-459.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillbert, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press.
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1976). *Psicología Del Desarrollo Infantil: Teoría empírica y sistemática de la conducta*. México: Editorial Trillas.
- Bijou, S. W. (1995). *Behavior Analysis of Child Development*. Reno: Context Press.
- Bolton, P. F., Pickles, A., Murphy, M., & Rutter, M. (1998). Autism, affective and other psychiatric disorders: Patterns of familial aggregation. *Psychological Medicine*, 28(2), 385-395.
- Bosa, C. A. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 77-88.
- Bosa, C. A. (2006). Autismo: Intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 47-53.
- Brickers, D., & Squires, J. (1999). *The ages and Stages Questionnaire*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., & Rizzolatti, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104, 17825-17830.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 2008.

Retirado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/documents/ADDM-2012-Community-Report.pdf> em janeiro de 2014.

Chakrabarti, S., & Fonbonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285, 3093-3099.

Charman, T. (2002). The Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Recent Evidence and Future Challenges. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(6), 249-256.

Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorders in 2-and-3 years-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289-305.

Conselho Federal de Medicina (2002). Resolução CFM n.1 1638/2002. Retirado de http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm em julho de 2013.

Courchesne E., Pierce K., Schumann C. M., Redcay E., Buckwalter J. A., Kennedy D. P., & Morgan J. (2007). Mapping early development in autism, *Neuron*, 56(2), 399-413.

Dawson, G., & Osterling J. (1997). Early intervention in autism. In: Guralnick M. J., (Ed.) *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 307–326). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Della Barba, P.C.S. (2002). *Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento CHAT e levantamento das necessidades de pediatras para a capacitação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Della Barba, P.C.S. (2007). *Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Dinstein I., Pierce K., Eyley L., Solso E., Malach R., Behrmann M., & Courchesne E. (2011). Disrupted Neural Synchronization in Toddlers with Autism. *Neuron*, 70, 1218–1225.

- Dissanayake, C., Bui, Q. M., Huggins, R., & Loesch, D. Z. (2006). Growth in stature and head circumference in high-functioning autism and Asperger disorder during the first 3 years of life. *Development and Psychopathology*, 18, 381–393.
- Drash, P. W., & Tudor, R. M. (2004 a). An analysis of autism as a contingency-shaped disorder of verbal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 5-23.
- Drash, P. W., & Tudor, R. M. (2004 b). Is autism a preventable disorder of verbal behavior? A response to five commentaries. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 55-62.
- Dworkin, P. H. (1989). Bristh and recommendations for developmental monitoring: The role of surveillance. *Pediatrics*, 84(6), 1000-1010.
- Dworkin, P. H. (1993). Detection of behavioral, developmental and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Current Opinion in Pediatrics*, 5, 532-536.
- Dworkin, P. H. (2004). Award lecture: Enhancing developmental services in child health supervision: An idea whose time has truly arrived. *Pediatrics*, 114, 827-831.
- Faria, A. J. N. (2008). *Influência da atenção compartilhada no autismo: Revisão da literatura*. Dissertação de mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, São Paulo.
- Fazzio, D. F. (2002) *Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento: Uma análise dos repertórios propostos em manuais de treinamento*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ferster, C. B. (1961). Positive reinforcement and the behavioral deficits of autistic children. *Child Development*, 32, 437-456.
- Filipek, P. A., Accardo, P.J., Baranek, G. T., Cook Jr., E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. F., & Volkmar, F. R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 439-484.

- Figueiras, A.C.M., Puccini, R.F., Silva, E.M.K., & Pedromônico, M.R.M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1691-99.
- Figueiras, A. C. M., Souza, I. C. N., Rios, V. G. & Benguigui, Y. (2005). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Organização Panamericana de Saúde. Washington:OPAS.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennet, A., Meng, L., & Mclean-Heyhood, D. (2006). Pervasive developmental in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and links with immunizations. *Pediatric*, 118(1), 139-150.
- Foxx, R.M. (2008). Applied behavior analysis (ABA) treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 821–834.
- Frankenburg, W. K. (1994). Preventing developmental delays: Is developmental screening suficiente? *Pediatrics*, 93(4), 586-593.
- Gadia, C., Tuchman, R.; & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 83-94.
- Gamiliel, I., Yirmiya, N., & Sigman, M. (2007). The Development of Young Siblings of Children with Autism from 4 to 54 Months. *Journal Autism Development Disorders*, 37, 171–183.
- Gilbert, C. (1990). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1), 99-119.
- Glascoe, F. P.; MacLean, W. E., & Stone, W. L. (1991). The importance of parents' concerns about their child's behavior. *Clinical Pediatrics*, 30, 8–11.
- Glascoe, F. P. (1994). It's not what it seems. The relationship between parents' concerns and children with global delays. *Clinical Pediatrics*, 33, 292–296.
- Glascoe, F. P. & Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, 95, 829-836.
- Glascoe, F. P. (1997). Parents' Concerns About Children's Development: Prescreening Technique or Screening Test? *Pediatrics*, 99(4), 552-528.

- Glascoc, F.P., & Mark, K. P. (2011). Detecting children with developmental behavioral problems: The value of collaborating with parents. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 53(2), 258-279.
- Goldberg, A., Osann, K., Filipek, P. A., Lauthere, T., Jarvis, K., Modahl, C., Flodman, P., & Spence, M. A. (2003). Language and Other Regression: Assessment and Timing Wendy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 607-616.
- Gongora, M. A. (2003). Noção de Psicopatologia na Análise do Comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Org.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETec
- Goulart, P. R. K., & Assis, G. J. A. (2002). Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 151-165.
- Gray, K. M., & Tonger B. J. (2001). Are there early features of autism in infants and preschool children? *Journal Pediatric Child Health*, 37(3), 221–226.
- Gupta, A. R., & State, M. W. (2006). Autismo: Genética. *Revista Brasileira de Pediatria*, 28 (1), 29-38.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore:Brookes.
- Herndon, A. C., DiGuseppi, C., Johnson, S. L., Leiferman, J., & Reynolds, A. (2009). Does nutritional intake differ between children with autism spectrum disorders and children with typical development? *Journal of Autism Developmental Disorders*, 39, 212-222.
- Holth, P. (2005). An operant analysis of joint attention skill. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 160-175.
- Kanner, L., & Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism: 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 55-65.
- Kaplan, H. I. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Séries Médicas.
- Klin, A., Chawarska, K., Rubin. E., & Volkmar, F. (2006). Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. *Educação*, 1(58), 255-297.

- Klukiewcz, P. (2007) *Procedimentos para promover habilidades relacionadas ao brincar em crianças diagnosticadas com autismo*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- . Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Formação e atuação do psicólogo para o trabalho em saúde em organizações em atendimento de saúde. *Interação (Curitiba)*, 5, 93-122.
- Lacerda, D., & Aiello, A.L.R. (1998). *Caracterizando a prática de diagnóstico de autismo realizada por médicos da cidade de São Carlos*. Trabalho de monografia. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.
- Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E. Z. & Angley, M. T. (2010). Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior. *Journal Autism Development Disorders*, 40, 112-122.
- Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativas e qualitativas de um menino autista: Uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 57-65.
- Lampreia, C. (2004). Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 7, 111-120.
- Lampreia, C. (2008). Algumas considerações sobre a identificação precoce do autismo. Em E. G. Mendes, M. A. Almeida, & M. C. P. I. Hayashi (Org), *Temas em Educação Especial: Conhecimentos para fundamentar a prática* (pp.397-421). Araraquara: Junqueira & Marins editores.
- Lampreia, C. (2009). Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 160-171.
- Levy, S. E., Sounders, M. C., Ittenbach, R. F., Giarelli, E. Mulberg, A. E., & Pinto-Martin, J. A. (2007). Relationship of dietary intake to gastrointestinal symptoms in children with autism spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 61, 492-497.
- Lovaas, O.I. (1981). *Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book*. Baltimore:Univerity Park Press.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

- Lovaas, O. I. (1993). The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 617-630.
- McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Suckling, J., Lam, G. Y., Tai, K. S., Yip, L., Murphy, D. G. M., Chua, S. E. (2005). Mapping the brain in autism. A voxel-based MRI study of volumetric differences and intercorrelations in autism. *Brain*, 128, 268-276
- Malott, R. W. (2004). Autistic Behavior, Behavior Analysis, and the Gene. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 31-36.
- Mars, A. E., Mauk, J. E., & Dowrick, P. W. (1998). Symptoms of pervasive developmental disorders as observed in prediagnostic home videos of infants and toddlers. *Journal Pediatric*, 132, 500-504.
- Marklova, E., Makovickova, H., Krakorová, I. (2000). Screening for defects in tryptophan metabolism. *Journal of Chromatography A*, 870, 289-293.
- Mello, A. M., Ho, H., Dias, I., & Andrade, M. (2013). *Retratos do Autismo no Brasil*. São Paulo: AMA.
- Ministério da Saúde (2009). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Retirado de bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf em setembro de 2013.
- Ministério da Saúde (2012). Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica*, n.33. Retirado de www.saude.gov.br/bvs em maio de 2013.
- Morales, M., Mundy, P., Delgado, C., Yale, M., Neal, A.R., & Schwartz, H.K. (2000). Gaze following, temperament, and language development in 6-month-olds: a replication and extension. *Infant Behavior and Development*, 23, 231-236.
- Morgan, J. T., Chana, G., Pardo, C. A., Achim, C. Semendeferi, K., Courchesne, E., & Everall, I.P. (2010). Microglial activation and increased microglial density observed in the dorsolateral prefrontal cortex in autism. *Biological Psychiatry*, 68(4), 368-376.

- National Autism Center (2009). *National Standards Report*. Retirado de www.nationalautismcenter.org em novembro de 2009.
- Northup, J., Vollmer, T. R., & Serret, K. (1993). Publication trends in 25 years of the Journal of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(4), 527-537.
- Oliveira, T. P., & Gil, M. S. C. A. (2007). Elementos fundamentais para aquisição de operantes verbais por bebês: Análise comportamental da atenção compartilhada. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 217-225.
- Ornitz, E. M., & Ritvo, E. R. (1976). The syndrome of autism: A critical review. *The American Journal of Psychiatry*, 133, 609-621.
- Osterling, J. A., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of 1st birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25-32.
- Paula, C.S., Ribeiro, S.H., Fombonne, E., & Mercadante, M.T. (2011). Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12), 1738-1742.
- Pessotti, I. (2001). Depressão: tradição e moda. Sobre Comportamento e Cognição. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz, (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. Santo André: Esetec.
- Piven, J., & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multipleincidence autism families. *The American Journal of Psychiatry*, 156(4), 557-563.
- Presidência da República (1988). *Constituição Federal*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm em janeiro de 2014.

- Presidência da República (1990). *Estatuto da criança e do Adolescente*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm em janeiro de 2014.
- Presidência da República (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm em janeiro de 2014.
- Presidência da República (2009). *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm em janeiro de 2014.
- Presidência da República (2012). Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12764.htm em janeiro de 2014.
- Redcay, E., & Courchesne, E. (2005). When is the brain enlarged in autism? A meta-analysis of all brain size reports. *Biological Psychiatry*, 58(1), 1-9.
- Richdale, A. L. (1999). Sleep problems in autism: prevalence, cause, and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41, 60–66.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-143.
- Rogers, S. J. (1996). Brief report: early intervention in autism. *Journal Autism Developmental Disorders*, 26, 243–246.
- Sampaio, A. A. S., & Andery, M. A. P. A. (2010). Comportamento Social, produção agregada e prática cultural: Uma análise Comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 183-192.
- Schreck, K. A., Mulick, J. A., & Smith, A. F. (2004). Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 57–66.

- Silva, R. C, Cursino, E. A., & Dias, L. B. S. (1993). Acompanhamento do desenvolvimento psicomotor infantil em unidades básicas de saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(3), 521-534.
- Silva, N. I. (2011). *Relação entre hábito alimentar e síndrome do espectro autista*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Piracicaba, São Paulo.
- Silva, M., & Mulick, J. A. (2009). Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(1), 116-131.
- Silva, S. H., Cubas, M. R., Fedalto, M. A., Silva, S. R., & Lima, T. C. C. (2010). Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 68-75.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1978). *O Comportamento Verbal*. São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1987). What is wrong with daily life in the western world? Em B. F. Skinner, *Upon Further Reflection* (pp.15-31). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Skinner, B. F. (1998). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2004). *Documento científico – pediatria ambulatorial- resgate do pediatra geral*. Editora da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Sundberg, M. L., & Michael, J. (2001). The enefits of Skinner’s analysis of verbal behavior for children with autism. *Behavior Modification*, 25(5), 698-724.
- Taques, D. C. S. R., & Rodrigues, O. M. P. R. (2006). Avaliação de repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: uma proposta de análise. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(2), 77-87.
- Thofehn, C., & Lima, W. C. (2006). Prontuário eletrônico do paciente: A importância da clareza da informação. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação*, 5(1). Retirado de <http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/view/168> em dezembro d 2013.

- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 675-735.
- Tomasello, M., & Farrar, J. (1986). Joint attention and early language. *Child Development*, 57, 1454-1463.
- Tomasello, M., & Todd, J. (1983). Joint attention and lexical acquisition style. *First Language*, 4, 197-211.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first years of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2-3), 143-152.
- Zwaigenbaum, L., Thurm, A., Stone, W., Baranek, G., Bryson, S., Iverson, J., Kau, A., Klin, A., Lord, C., Landa, R., Rogers, S., & Sigman, M. (2007). Studying the emergence of autism spectrum disorders in high-risk infants: Methodological and practical issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 466-480.
- Zwaigenbaum, L., Bryson S., Lord C., Rogers S., Carter, A., Carver, L., Chawarska, K., Constantino, J. Dawson, G.; Dobkins, K.; Fein, D.; Iverson, J.; Klin, A.; Landa, R., Messinger, D., Ozonoff, S.; Sigman, M.; Stone, W., Tager-Flusberg, H., & Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123, 1383-1391.
- Young, R. L., Brewer, N., & Pattison, C. (2003). Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism*, 7(2), 125-143.
- Waller, S. A., Armstrong, K. J., McGrath, A. M., & Sullivan, C. L. (1999). A review of diagnostic methods reported in the Journal of Autism and Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 485-90.
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.
- Windholz, M. H. (1988). *Guia curricular para ensino de habilidades básicas*. São Paulo: Edicon. Apendices

Apêndices

Apêndice B

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu SILVIA CRISTIANE MURARI, BRASILEIRA, DOCENTE, inscrita no CPF/ MF sob o nº 158278708-54, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “O ATENDIMENTO INFANTIL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS PRECOSES DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTÍSTICO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA”, a que tiver acesso nas dependências da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, ____/____/____

Silvia Cristiane Murari
Pesquisadora

Apêndice C

Roteiro de entrevista

1. Qual a sua função aqui na UBS?
2. Qual a sua formação?
3. Quando você se formou?
4. Qual a universidade ou escola ?
5. Você tem alguma pós-graduação?
6. Desde quando você trabalha nesta unidade?
7. Quais são as atividades que você desenvolve aqui?
8. Quando você veio trabalhar aqui recebeu algum tipo de treinamento para a realização da puericultura?
9. Você conhece o protocolo que orienta as ações do profissional para a realização da puericultura?
10. Quando e como foi seu primeiro contato com ele?
11. Você teria algum comentário a fazer sobre o Protocolo?
12. Você poderia me informar como o Programa de puericultura é realizado aqui nessa unidade?
13. Há algum acompanhamento dos atendimentos de puericultura realizados por você?
14. Qual a sua opinião sobre a ficha de acompanhamento?
15. Qual a sua opinião sobre o prontuário (papel e eletrônico)
16. Durante a sua formação acadêmica, graduação ou pós, você recebeu algum tipo de informação sobre o autismo ou transtornos globais do desenvolvimento?
17. E durante seu tempo de trabalho aqui?
18. Você saberia me dizer quais os sinais que identificam uma criança com autismo?
19. O que você acha que pode causar o autismo?
20. Durante o tempo que trabalha aqui você já se deparou com alguma criança ou caso de autismo ou ouviu falar?
21. Se sim, Quais foram seus encaminhamentos diante desta situação?
22. Quais seriam os comportamentos de uma criança que a faria suspeitar que ela pudesse ter autismo?
23. Em caso de você se deparar com ua criança autista durante seu atendimento quais os encaminhamentos que você acredita devam ser feitos?
24. Você sabe se existe, ou você já fez, algum programa de capacitação sobre desenvolvimento infantil ou para avaliação de crianças autistas destinados aos profissionais da saúde, oferecidos pela UBS ou prefeitura?

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O ATENDIMENTO INFANTIL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS PRECOSES DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTÍSTICO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “**o atendimento infantil nas Unidades básicas de Saúde como possibilidade de identificação dos sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autístico no município de Londrina**”, que está sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo da pesquisa é **investigar, na cidade de Londrina, como são realizados os diagnósticos do Transtorno do Espectro Autístico (TEA) nas Unidades Básicas de Saúde e, a partir disso, detectar se este processo é eficiente na identificação de sinais precoces do TEA**. A sua participação é muito importante e ela se daria por meio de uma entrevista na qual serão feitas perguntas sobre o processo de puericultura realizado nesta Unidade Básica de Saúde, sobre o protocolo Clínico de Saúde da Criança utilizado neste processo, sobre a clientela atendida e procedimentos gerais de atendimento. A entrevista será realizada por um dos pesquisadores desta pesquisa no local, dia e horário escolhidos por você. Caso seja permitido a entrevista será gravada para que não se perca nenhuma informação.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Com os resultados obtidos nesta pesquisa pretende-se sistematizar os comportamentos considerados sinais de identificação precoce do autismo e os procedimentos de como são identificados nas crianças. Assim, ao identificar precocemente crianças com sinais de autismo estas poderão iniciar precocemente um tratamento e, dessa forma, alcançar melhor qualidade de vida.

Informamos que você não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode me procurar, meu nome é Silvia Cristiane Murari, resido na Rua: XXXXXXXX e meu telefone é XXXXXX ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na AvenidaXXXXXXXX, ou no telefone XXXXXX. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 20__.

Silvia Cristiane Murari
Pesquisadora

(nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Apêndice F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O ATENDIMENTO INFANTIL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS PRECOSES DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTÍSTICO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “**o atendimento infantil nas Unidades básicas de Saúde como possibilidade de identificação dos sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autístico no município de Londrina**”, que está sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo da pesquisa é **investigar, na cidade de Londrina, como são realizados os diagnósticos do Transtorno do Espectro Autístico (TEA) nas Unidades Básicas de Saúde e, a partir disso, detectar se este processo é eficiente na identificação de sinais precoces do TEA**. A sua participação é muito importante e ela se daria por meio da autorização de filmagem e registro do atendimento de puericultura. Esta filmagem ajudará a colocar o pesquisador em contato com as contingências vivenciadas pelos profissionais e verificar as relações que facilitam ou dificultam a identificação de sinais precoces do Transtorno do Espectro Autista.

Gostaria esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Com os resultados obtidos nesta pesquisa pretende-se sistematizar os comportamentos considerados sinais de identificação precoce do autismo e os procedimentos de como são identificados nas crianças. Assim, ao identificar precocemente crianças com sinais de autismo estas poderão iniciar precocemente um tratamento e, dessa forma, alcançar melhor qualidade de vida.

Informamos que você não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode me procurar, meu nome é Silvia Cristiane Murari, resido na Rua: XXXXXX, telefone XXXXXXXX ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida XXXXXXXX, ou no telefone XXXXXX. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 20 __.

Silvia Cristiane Murari
Pesquisador Responsável

(nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____ Data: _____

Apêndice G

Documento de Aprovação do Comitê de Ética



Universidade
Estadual de Londrina

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 268

Parecer CEP/UEL:	128/2011
CAAE:	1163.0.000.268-11
Processo:	13364/2011
Folha de Rosto:	427853
Pesquisador(a):	Silvia Cristiane Murari
Unidade/Órgão:	CCB – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"O Atendimento Infantil nas Unidades Básicas de Saúde como Possibilidade de Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autístico no Município de Londrina"

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 15 de agosto de 2011.

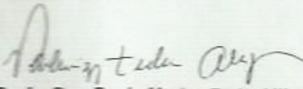

Prof. Dra. Paula Mariza Zedu Alliprandini
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

Tabela 12

Descrições para Identificação Precoce do TEA Selecionadas do Protocolo

Subtens do Protocolo	Descrições do Protocolo
População alvo	População alvo para atendimento são crianças de zero a 10 anos.
Cronograma de atendimento	Cronograma de atendimento
População de Risco	Crianças de risco evolutivo são as de zero a 10 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças crônicas
Atribuições da equipe de saúde	Acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas e estabelecendo vínculo. Realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos Verificar e ou realizar o teste do pezinho.
Exame físico	Mensuração do perímetro cefálico

Continua

Subitens do Protocolo	Descrições do Protocolo
Anamnese	<p>A anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se podem observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores</p> <p>A avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas</p> <p>Nos locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem sua atenção</p> <p>Obter dados sobre a rotina da criança (quem cuida, horários das principais atividades)</p> <p>Obter dados sobre pais e irmão (idade, profissão, horário de trabalho, grau de escolaridade)</p> <p>Registrar a alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidade oferecida e aceita pela criança, história de intolerância e/ou alergia alimentar</p> <p>Obter dados sobre a duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos</p> <p>Obter dados sobre agravos progressos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento</p> <p>Obter dados sobre o histórico de diagnóstico psiquiátrico na família ou outra doença</p> <p>Obter dados sobre antecedentes de consanguinidade e moléstias importantes na família</p> <p>É importante registrar as idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global de sua criança (motor, linguagem, socialização, habilidades)</p> <p>Obter dados sobre a realização do pré-natal, idade gestacional de início, números de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação</p> <p>Obter dados sobre o tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso nascimentos e intercorrências neonatais</p>
Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	<p>Entre 3 e 6 meses verificar se a criança eleva e sustenta a cabeça sem deixá-la desabar</p> <p>Entre 3 e 6 meses verificar se a criança reconhece pessoas</p> <p>Entre 3 e 6 meses verificar se a criança vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro</p> <p>Entre 3 e 6 meses verificar se a criança segura e transfere objetos de uma mão para a outra</p> <p>Entre 3 e 6 meses verificar se a criança rola de decúbito ventral</p> <p>Entre 6 e 9 meses a criança emite sons, vocaliza</p> <p>Entre 6 e 9 meses verificar se a criança senta sozinho no chão com as mãos livres</p> <p>Entre 9 e 12 meses verificar se a criança engatinha livremente</p> <p>Entre 9 e 12 meses responde diferentemente às pessoas familiares e estranhas</p> <p>Entre 12 e 18 meses verificar se a criança faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas etc.)</p> <p>Entre 12 e 18 meses verificar se a criança emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá)</p> <p>Entre 12 e 18 meses verificar se a criança anda segurando-se com uma das mãos ou anda sozinho</p>
Linguagem	<p>Verificar se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo</p> <p>A partir de 06 meses os sons do balbucio são mais diferenciados e repetitivos (dada, gugu, mãmãmã)</p> <p>Aos 12 meses surgimento das primeiras palavras (normalmente, são sons nasais labiais: Papai, mamãe, papá)</p> <p>Aos 18 meses usa palavras isoladas para representar suas ideias.</p> <p>Investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos.</p> <p>A partir dos 24 meses ocorre o surgimento de frases simples (quê água, dá papá mim, não quê, naná)</p>

Continua

Subtens do Protocolo	Descrições do Protocolo
Sono e vigília	<p>Verificar a presença de distúrbios do sono primários (quando é o principal ou único sintoma, por exemplo, insônia, terror noturno, pesadelo), secundários (quando é parte do primeiro problema clínico complexo, por exemplo, depressão, esquizofrenia, disfunção da tireoide) e parassonias (atividades consideradas normais durante a vigília, porém não usuais durante o sono, por exemplo, sonambulismo, somnolência, bruxismo, enurese noturna)</p>
Eliminações intestinais e vesicais	<p>É importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspectos para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança</p> <p>Para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspectos, odor, além da quantidade de líquidos ingeridos</p>
Alimentação	<p>Em torno de 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite</p>
Triagem metabólica neonatal	<p>O exame deve ser coletado a partir de 24 horas de vida até o sétimo dia preferencialmente</p> <p>Verificar no primeiro atendimento se o teste foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo</p>
Triagem auditiva	<p>Verificar se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para a realização do mesmo</p> <p>Verificar preocupações dos pais quanto a audição, fala e desenvolvimento</p>