



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

PUC-SP

Dinara Cassia de Souza

O Transtorno do Espectro do Autismo: Oportunidade de Educação Interprofissional

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

Sorocaba

2023

Dinara Cassia de Souza

O Transtorno do Espectro do Autismo: Oportunidade de Educação Interprofissional

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> **Cibele Isaac Saad Rodrigues**

Sorocaba

2023

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -  
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Souza, Dinara Cassia

O Transtorno do Espectro do Autismo:  
Oportunidade de Educação Interprofissional /  
Dinara Cassia Souza. -- Sorocaba, SP: [s.n.], 2023.  
p ; cm.

Orientador: Cibele Isaac Saad Rodrigues.  
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, Programa de  
Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da  
Saúde, 2023.

1. Transtorno do Espectro Autista; . 2. Educação à  
Distância2023. 3. Educação Interprofissional. 4.  
Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. I.  
Rodrigues, Cibele Isaac Saad . II. Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, Mestrado  
Profissional em Educação nas Profissões da Saúde.  
III. Título.

CDD

Banca Examinadora

---

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais por todo cuidado, amor e sacrifícios feito em nome da família.

A minha irmã pela maternagem, parceria e amor incondicional.

Aos mestres, professores, educadores e amigos que me acompanharam nessa jornada e me instigaram a conhecer e aprender mais acerca da potência do ensino interprofissional e dos métodos ativos de aprendizado.

A todes os participantes desse estudo, em especial a Secretaria de Saúde do Município de Itapetininga, pela abertura, disposição e parceria, sem essa não teríamos conseguido concretizar esse sonho.

A todas as famílias e pessoas autistas que tive o privilégio de conhecer ao longo desses anos.

A minha filha, melhor amiga, companheira e fiel escudeira Brisa, minha cachorra.

A todes Zamigos, Zamigas e Zamigues que conheci, convivi e aprendi a amar ao longo dos últimos anos.

E por último, não menos importante, minha querida mestre, orientadora e amiga professora Cibele Rodrigues

## RESUMO

O aumento crescente da incidência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na população mundial conduziu à necessidade da formação de equipes multiprofissionais de saúde qualificadas para assistir essa clientela. **Objetivos:** Elaborar e aplicar um modelo de Educação Interprofissional em Transtorno do Espectro do Autismo aos profissionais da saúde do município de Itapetininga. Trata-se de estudo com delineamento quase experimental, utilizando modelo de Educação Interprofissional por meio de métodos ativos e tradicionais de ensino aprendizagem, baseado nas demandas problematizadas pelos profissionais participantes da pesquisa, que atuam direta ou indiretamente com TEA. A intervenção ocorreu por meio da construção de um curso com aulas pré-gravadas e disponibilizadas em um canal do Youtube, ministradas por professores e pesquisadores em TEA de diferentes áreas de atuação. O curso ocorreu de forma síncrona e assíncrona, sendo três encontros *online* utilizando a plataforma Zoom e as atividades/videoaulas *on line*. A proposta inicial era de capacitação presencial e com metodologias ativas, mas a pandemia do Covid 19 exigiu a adequação para a modalidade *online*. Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados: o primeiro para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes no primeiro encontro; o segundo, elaborado pelas pesquisadoras e validado por nove juízes, e foi baseado no inquérito KAP (Knowledge, Attitudes and Pratices), que foi aplicado pré e pós-intervenção imediata e tardia, após 3 meses do término; e o terceiro constituiu-se em pesquisa de satisfação. A descrição das características demográficas e de percepção sobre o TEA dos participantes foi feita por meio de média e desvio padrão, para variáveis quantitativas, e por meio de frequência absoluta e relativa, para qualitativas. Para análise do questionário KAP foram criados 4 escores e, para verificar se a intervenção educacional promoveu mudanças nos níveis de conhecimento, nas práticas ou atitudes profissionais em relação ao TEA foi realizado o teste t de Student pareado, e para os itens que apresentaram significância estatística na variação do escore inicial e final, foi proposta análise de regressão linear multinível. As análises foram realizadas por meio do Software Stata®, versão 15.1. Observou-se ganho significativo no componente conhecimento associado a fatores como pontuação elevada no escore inicial no teste pré-intervenção e ao maior tempo desde a graduação até a aplicação da intervenção. Os participantes demonstraram satisfação em participar da capacitação e mencionaram o estreitamento na relação e comunicação entre os dispositivos da rede RAPS de assistência ao TEA. Foi possível elaborar e aplicar um modelo de Ensino Interprofissional em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) aos profissionais da saúde e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas desses profissionais. Apesar de notarmos significativo aumento entre o escore pré e pós-intervenção imediata para todos os componentes avaliados, mas esse mesmo dado não se repetiu na análise da retenção após três meses, exceto para o atributo conhecimento. Portanto, a continuidade do processo educativo é sugerida fortemente como mola propulsora de melhor assistência ao TEA.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista; Educação à Distância; Educação Interprofissional; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

## ABSTRACT

The growing incidence rate of Autism Spectrum Disorder (ASD) in the world population leads to the necessity of the capacitation of qualified multi-professional health groups to assist these customers. **Objectives:** Elaborate and apply an interprofessional education model of ASD for health professionals in the city of Itapetininga. The model consists of a quasi-experimental study method, using an interprofessional education model through active and traditional learning-teaching methods based on demands problematized by professionals who participated in the research and work, either directly or indirectly with ASD. The intervention occurs by developing a course with pre-recorded classes available on a Youtube channel and taught by professors and ASD researchers from different areas. The course took place both asynchronous and synchronously, with three online meetings on the Zoom platform and with online activities/video lessons. Initially, the proposal was an in-person training program with active methodologies, but the COVID-19 pandemic required its adaptation to the virtual mode. To carry it out, three data collection tools were applied: the first one aimed at identifying the sociodemographic profile of the participants in the first meeting; the second tool was used before and after in both immediate and late intervention three months after its end, and was based on the KAP survey model (Knowledge, Attitudes and Practices), being developed by researchers and validated by nine judges; finally, the third tool consisted of a satisfaction survey. The description of the demographic characteristics of the participants and their perception of ASD was made through mean and standard deviation to quantitative variables and through absolute and relative frequency for qualitative variables. Four scores were made for the KAP survey model analysis, and to verify if the educational intervention promoted changes either in the levels of knowledge or in the professionals' practices and attitudes towards ASD, the paired student's t-test was done. Besides that, a multilevel linear regression analysis was conducted on the items with meaningful statistical variation between their final and initial scores. This analysis was carried out through Stata@ Software, version 15.1. In the knowledge component, a meaningful improvement occurred, associated with two factors: the high number at its initial score on the pre-intervention test and the increased length of time between graduation and the application of the intervention. The participants demonstrated to be satisfied with participating in the training and mentioned the narrowing in the relationship and the communication between mechanisms of the Psychosocial Attention Network (PAN) of assistance to ASD. Although observing a meaningful increment between the pre and post-immediate intervention scores to all components assessed, this data was not repeated in the retention analysis three months later, except for the knowledge feature. Therefore, one must highly recommend the continuity of the educational process as the driving force of the best assistance to ASD.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; Education, Distance; Interprofessional Education; Health Human Resource Training.

## LISTA DE SIGLAS

ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i> ou Análise do Comportamento Aplicada
ADIR	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
ADOS	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
AMA	Associação Amigos dos Autistas
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CECOS	Centro de Convivência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSA	Comunicação Suplementar e Alternativa
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBPs	Práticas Baseadas em Evidências
EP	Educação Permanente
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice Desenvolvimento Humano
IVC	Índice Validade de Conteúdo
KAP	<i>Knowledge, Attitudes and Practice</i> (Conhecimento, Atitude e Prática)
MEC	Ministério Educação Cultura
MS	Ministério da Saúde
MSI	Integração multissensorial (MSI)
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEBs	Prática Baseada em Evidências
PECS	<i>Picture Exchange Commucation System</i>
PVC	Programa Volta para Casa
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo



RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Emergência
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACHH	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação
TEAMM	Serviço especializado em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) ligado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
TND	Transtorno do Neurodesenvolvimento
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
TPS	Transtorno de Processamento Sensorial
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma amostral.....	31
Figura 2 - Etapas da Pesquisa.....	33
Figura 3 - Quatro categorias ou eixos temáticos identificados, a partir dos objetivos de aprendizagem descritos no Quadro 5 e estabelecidos para atender às demandas dos participantes.....	36
Figura 4 - Consolidação dos 11 temas escolhidos para as vídeo atividades a partir dos quatro eixos temáticos da Figura 2 e validados pelos juízes .....	37
Figura 5– Profissional considerado o maior responsável pela prestação de cuidados ao TEA. Itapetininga, 2022 .....	46
Figura 6 - Percepção sobre responsabilidade no tratamento de pacientes com TEA. Itapetininga, 2022.....	47
Figura 7 - Percepção sobre demandas, suporte, acompanhamento e condutas relacionadas ao tratamento de pacientes com TEA. Itapetininga, 2022 .....	48
Figura 8 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Conhecimento. Itapetininga, 2022.....	49
Figura 9 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Atitude. Itapetininga, 2022.....	49
Figura 10 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Prática. Itapetininga, 2022 .....	50
Figura 11 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao Escore Global. Itapetininga, 2022.....	50
Figura 12 - Net Promote Score e avaliação da satisfação dos 24 participantes da intervenção. Itapetininga, 2022.....	52

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Continua).....	14
Quadro 2 - Condições co-ocorrentes no TEA.....	17
Quadro 3 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos de atenção à saúde mental 25 (continua).....	19
Quadro 4 - Objetivos extraídos dos conteúdos que emergiram no primeiro encontro com os participantes da pesquisa, após contato com os vídeos do Youtube disparadores da discussão (continua).....	34
Quadro 5 - Descrição da qualificação dos juízes que analisaram os questionários pré e pós-intervenção (continua).....	40
Quadro 6 - Definição das questões selecionadas para cada escore avaliado no estudo e pontuações mínima e máxima. Itapetininga, 2022.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e educacionais de profissionais participantes do estudo. Itapetininga, 2022 .....	45
Tabela 2 - Avaliação da diferença média (desvio padrão) de escores pré e pós-intervenção. Itapetininga, 2022.....	51
Tabela 3 - Fatores associados à variação média do escore de conhecimento pós-intervenção entre participantes do estudo. Itapetininga, 2022.....	51

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Definição e epidemiologia do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) ..</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Condições Co-ocorrentes e prejuízos na funcionalidade do TEA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Rede de assistência psicossocial no SUS e modalidades de tratamentos multiprofissionais para o TEA no Brasil .....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Educação permanente e Ensino Interprofissional (EIP) na área da saúde ..</b>	<b>21</b>
1.4.1 Educação Interprofissional (EIP) em saúde .....	22
1.4.2 Metodologias Ativas e Educação na Saúde .....	24
<b>1.5 Qualificação e capacitação dos profissionais de saúde em TEA.....</b>	<b>25</b>
<b>2 Motivação .....</b>	<b>27</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Objetivo específico .....</b>	<b>29</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Desenho do estudo.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Participantes da pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Local do estudo .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Fases de Desenvolvimento do Estudo.....</b>	<b>32</b>
4.5.1 Previamente ao Início do Estudo.....	33
4.5.2 Primeiro Encontro no Formato Online .....	34
4.5.3 Fase da Concordância entre os Tópicos Gerados no Primeiro Encontro online para Elaboração do Conteúdo das Videoaulas .....	35
4.5.4 Fase de Convite ao Corpo Docente para Ministras as Videoatividades .....	37
4.5.5 Fase de Gravação e Veiculação das Atividades .....	38
4.5.6 Segundo Encontro <i>Online</i> .....	38
4.5.7 Terceiro Encontro Online de Fechamento da Capacitação .....	39
4.5.8 Retenção do conhecimento proporcionado pela capacitação.....	39
<b>4.6 Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>39</b>
4.6.1 Questionário pré e pós-intervenção.....	39
4.6.2 Questionários sociodemográfico e de satisfação .....	41

4.6.3 Proposta de atividade a ser entregue ao final de cada videoatividade.....	42
4.7 Análise estatística .....	42
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
5.1 Apresentação do perfil sociodemográfico, profissional e tempo de formação dos participantes .....	44
5.2 Percepção dos profissionais acerca de suas responsabilidades e dos demais integrantes da equipe nos cuidados .....	46
5.3 Sensações frente às demandas envolvendo as ações práticas do cotidiano da assistência ao TEA .....	47
5.4 A avaliação pré e pós-intervenção .....	48
5.5 Avaliação de Satisfação e Qualitativa .....	52
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES (TCLE).....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM DOS PARTICIPANTES E DOS DOCENTES ENVOLVIDOS NA CAPACITAÇÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO INICIAL .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE D – CONVITE PARA PARTICIPAR COMO JUIZ DA PESQUISA NA FASE 1: CONCORDÂNCIA ENTRE TEMAS ABORDADOS PARA AS VIDEOAULAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DOCENTES ENVOLVIDOS NA CAPACITAÇÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE F – CONTEÚDOS DAS VIDEOAULAS .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO COM AVALIAÇÃO DOS JUÍZES. ....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE H- QUESTIONÁRIO FINAL DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A – CARTA AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE da PUC-SP.....</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Definição e epidemiologia do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

O transtorno do espectro autista é um constructo usado para descrever indivíduos com uma combinação específica de deficiências na comunicação social e comportamentos repetitivos, interesses altamente restritos e/ou comportamentos sensoriais que iniciam precocemente antes dos 3 anos, sendo dividido nos níveis descritos no Quadro 1<sup>1-3 4</sup>.

Quadro 1 – Níveis do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Continua)

<b>Nível 1 – Necessidade de pouco apoio</b>	<b>Nível 2 – Necessidade de apoio substancial</b>	<b>Nível 3 – Necessidade de apoio muito substancial</b>
<b>Comunicação Social</b>		
A criança necessita de apoio contínuo para que as dificuldades na comunicação social não causem maiores prejuízos.	A criança apresenta um déficit notável nas habilidades de comunicação tanto verbal como não-verbal.	Há severos prejuízos na comunicação verbal e não verbal.
Apresenta dificuldade em iniciar interações com outras pessoas, sejam adultos ou crianças, ocasionalmente oferecem respostas inconsistentes às tentativas de interação por parte do outro.	Percebe-se acentuado prejuízo social devido à pouca tentativa de iniciar uma interação social com outras pessoas.	Apresenta grande limitação em iniciar uma interação com novas pessoas e quase nenhuma resposta às tentativas dos outros.
Aparentemente, demonstra não ter interesse em se relacionar com outras pessoas.	Quando o outro inicia o diálogo, as respostas geralmente mostram-se reduzidas ou atípicas.	

Quadro 1 – Níveis do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (conclusão)

<b>Comportamentos repetitivos e restritos</b>		
Esse padrão de comportamento repetitivo e restrito ocasiona uma inflexibilidade comportamental na criança, gerando assim, dificuldade em um ou mais ambientes.	Apresenta inflexibilidade comportamental e evita a mudança na rotina, pois tem dificuldade em lidar com ela.	Há presença de inflexibilidade no comportamento. Extrema dificuldade em lidar com mudanças na rotina e apresenta comportamentos restritos e repetitivos que interferem diretamente em vários contextos.
A criança fica por muito tempo em uma única atividade (hiperfoco) e apresenta resistência quando necessita mudar para uma outra.	Essas características podem ser notadas por um parente ou amigo que raramente visita a casa da família.	Alto nível de estresse e resistência para mudar de foco ou atividade.
Alterações na organização e planejamento podem atrapalhar o trabalho pela busca de independência e autonomia da pessoa.	A criança se estressa com facilidade e tem dificuldade de modificar o foco e a atividade que realiza	Presença de estereotípias motoras em demasia.

Fonte: Adaptada de Sena T. (2014).

Baseado nos dados do Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estima-se que uma em cada 44 crianças com 8 anos de idade nos Estados Unidos da América (EUA) são diagnosticadas com TEA <sup>5</sup>. Segundo Paiva Jr. (2021), se esses dados americanos fossem parâmetro para o Brasil, o nosso País teria cerca de 4,84 milhões de autistas. Entretanto, a prevalência brasileira de TEA é ainda desconhecida e temos apenas estudos esparsos em alguns estados. <sup>6</sup>

O autismo é atualmente uma das condições humanas mais visíveis e amplamente discutidas. Sua crescente prevalência pode ser atribuída a critérios diagnósticos mais amplos, adoção de estratégias de avaliação dimensional, aumento da conscientização, vinculação de diagnósticos de serviços e inclusão de especialistas em desenvolvimento de diferenças na anormalidade <sup>7 2</sup>.

Até o presente momento, as evidências científicas descrevem o TEA como sendo um distúrbio neurobiológico influenciado por múltiplos fatores genéticos e ambientais que afetam o cérebro em desenvolvimento, mas as pesquisas continuam



aprofundando a compreensão dos seus possíveis mecanismos etiológicos, sendo que ainda não encontramos nenhuma causa unificadora elucidada <sup>8</sup>.

O conhecimento atual permite elencar as seguintes hipóteses:

1. Os fatores genéticos desempenham um papel na suscetibilidade ao TEA. Irmãos de pacientes com TEA apresentam risco aumentado de diagnóstico (em gêmeos monozigóticos) quando comparados aos controles <sup>9,11</sup>. Os estudos de associação ampla do genoma e os métodos de sequenciamento completo do exoma ampliaram a compreensão dos genes de suscetibilidade ao TEA e, ao aprender mais sobre a função desses genes, pode-se lançar luz sobre os possíveis mecanismos biológicos <sup>11</sup>, mas, de qualquer forma, o risco genético pode ser modulado por fatores ambientais pré, peri e pós-natais em alguns pacientes<sup>12</sup>.
2. As possíveis correlações com as causas do TEA identificadas foram: a idade avançada da mãe e do pai, apresentando um risco aumentado de ter um filho no espectro <sup>13</sup>.
3. Os bebês nascidos prematuramente apresentam maior risco para TEA, além de outros distúrbios do desenvolvimento neurológico<sup>14</sup>.
4. Uma metanálise revelou que todos esses achados demonstram a natureza complexa, heterogênea e multifatorial da condição, que resulta em incapacidade de efetuar uma determinação individual verdadeira quanto à importância de cada um dos fatores, e, isoladamente, contribui para o TEA <sup>12</sup>.
5. Desde o primeiro diagnóstico, até o início da década de 1980, a gênese da tríade sintomatológica que caracteriza a apresentação clínica do autismo em crianças foi interpretada, pelos estudiosos da época, como uma reação de fechamento, mais ou menos consciente, da criança em relação à falta de afeto da mãe (mãe geladeira), porém esse dado foi refutado e descartado <sup>15</sup>

Quadro 2 - Condições co-ocorrentes no TEA

<b>Condições co-ocorrentes</b>	<b>Proporção de indivíduos</b>
<b>Comorbidades no Desenvolvimento</b>	
Rebaixamento intelectual	~ 45%
Desordens da linguagem	Variável
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperreatividade (TDH)	28 a 44%
Tiques	14 a 38%
Alterações motoras	~ 79%
<b>Condições Médicas</b>	
Epilepsia	8 a 30%
Problemas gastrointestinais	9 a 70%
Desregulação imunológica	≤38%
Síndromes genéticas	~5%
Problemas de sono	50 a 80%
<b>Quadros Psiquiátricos</b>	
Ansiedade	42 a 56%
Depressão	12 a 70%
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	7 a 24%
Psicose	12 a 17%
Abuso de substâncias	≤16%
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	16 a 28%
Distúrbios alimentares	4 a 5%
Transtorno de personalidade: paranoica, esquizoide, de personalidade, limítrofe, obsessivo-compulsivo	0 a 26%
Transtorno esquelético da personalidade	13 a 25%
Comportamentos agressivos	≤68%
Comportamentos auto prejudiciais ou auto lesivo	≤50%
Pica	~ 36%
Ideação suicida ou tentativa de suicídio	11 a 14%

Fonte: o próprio autor. Adaptado de <sup>16</sup>

## 1.2 Condições Co-ocorrentes e prejuízos na funcionalidade do TEA

Mais de 70% dos indivíduos com autismo apresentam condições médicas, de desenvolvimento ou psiquiátricas, concomitantes aos sintomas de base, conforme descritas no Quadro 2 <sup>16-20</sup>

### 1.3 Rede de assistência psicossocial no SUS e modalidades de tratamentos multiprofissionais para o TEA no Brasil

No Brasil, especificamente, segundo Souza <sup>21</sup>, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica foram fatores essenciais para a melhoria do atendimento no campo da Saúde Mental, que era o espaço prioritário para atendimento do TEA na saúde pública no Brasil. O SUS consolidou princípios importantes para o atendimento do TEA: a universalização da saúde, a integralidade das ações e a intersetorialidade das políticas. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro, no final da década de 1970, questionou de modo contundente a psiquiatria tradicional, que pautava o atendimento dos portadores de transtornos mentais no isolamento, na contenção e na marginalização desses indivíduos. Esse movimento propôs que o tratamento aconteça sob a ótica dos direitos humanos, valorizando o indivíduo no âmbito social e substituindo os hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias solidárias, inclusivas e libertárias <sup>22,23</sup>. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial e hospitalocêntrico estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros <sup>23,24</sup>.

Em um estudo realizado sobre o mapeamento dos serviços que prestam suporte e atendimento ao TEA no Brasil, verificaram-se 650 instituições, das quais a maioria concentrava-se nas regiões Sudeste e Sul. A maior parte consistia em Associações de Pais Amigos dos Excepcionais (APAEs), seguidas pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS ij) e Associação dos Amigos do Autista (AMAs). Há nítida predominância do atendimento à infância e adolescência, sendo geralmente de caráter multiprofissional.

As abordagens teóricas que mais se destacaram foram os métodos de Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (TEACCH®, na sigla em inglês), Psicoeducação e *Applied Behavior Analysis* ou Análise do Comportamento Aplicada (ABA, na sigla em inglês)<sup>25</sup>.

Segundo as linhas de cuidado previstas pelo SUS para pessoas com TEA e suas famílias, na rede de atenção psicossocial (RAPS), destaca-se o conceito de integralidade em duas dimensões fundamentais, no âmbito individual e no coletivo: no que se refere ao reconhecimento de um sujeito integral e, por conseguinte, na

organização de uma rede de cuidados que se pautem em responder integralmente à diversidade das demandas. Tal direcionamento justifica-se na reflexão, nas relações, e nas variadas interações relativas aos sujeitos que se apresentam nas diversas frentes de atuação, como nas políticas de saúde, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos e articulações intra e intersetoriais <sup>25</sup>.

A política pública de atenção ao TEA se inclui na Política Nacional de Saúde Mental e busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo não somente o TEA, mas também os usuários sob os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS se divide na prestação de serviços <sup>25</sup>, conforme observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos de atenção à saúde mental <sup>25</sup> (continua)

Atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório de Rua;</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
Atenção psicossocial estratégica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades (CAPS).</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</li> <li>• Sala de Estabilização;</li> <li>• Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto-socorro;</li> <li>Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento;</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>

Quadro 3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos de atenção à saúde mental 25 (conclusão)

Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em hospital geral;</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</li> </ul>
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);</li> <li>• Programa de Volta para Casa (PVC).</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.</li> </ul>

Fonte: adaptada de Ministério da Saúde (2015).

Na particularidade aos cuidados à população com TEA, o SUS direciona para a construção de um projeto terapêutico singular, individualizado, que implique a criatividade de propostas que vão nortear a família/cuidadores na direção do tratamento, preferencialmente oferecido por equipe multiprofissional qualificada junto à família e ao próprio sujeito, sem que cada intervenção se torne um modelo padronizado e reprodutível para todos <sup>25</sup>.

Recomenda-se que a escolha entre os diversos enfoques terapêuticos existentes considere sua efetividade e segurança e seja tomada de acordo com cada caso. Estão preconizadas pelo MS <sup>25</sup>:

- Tratamento Clínico de Base Psicanalítica;
- Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavioral Analysis* – ABA);
- Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA);
- Integração Sensorial;
- Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH);
- Acompanhamento terapêutico;
- Aparelhos de alta tecnologia;
- Tratamento medicamentoso.

Por fim, podemos observar a disparidade acerca das diretrizes de tratamento que nosso Sistema de Saúde orienta para o atendimento do indivíduo com TEA. Assim, na atualização dos Protocolos Internacionais em 2020 há discrepâncias entre as principais abordagens direcionadas pelo SUS e as práticas baseadas em evidências que estão dispostas nos *Guidelines* e diretrizes internacionais<sup>19</sup>. O SUS não atualizou suas diretrizes até o presente momento, que deveriam ser baseadas em evidências científicas, e conseqüentemente, indica a seus profissionais de saúde um número reduzido de práticas, incluindo algumas que não possuem respaldo na literatura pertinente. Há muito o que melhorar na oferta de possibilidades terapêuticas ao indivíduo com TEA e, entre os especialistas da área, é voz corrente que uma revisão profunda seria bem-vinda e, mais que isso, necessária.

Compreende-se, então, a necessidade da atualização das diretrizes do SUS vigentes, mediante ações envolvendo a revisão propriamente dita e, particularmente, direcionando a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados em TEA, ofertando, assim, o melhor tratamento possível.

#### **1.4 Educação permanente e Ensino Interprofissional (EIP) na área da saúde**

O termo Educação Permanente (EP) foi criado na década de 1950 na França e a partir da década de 1960 difundido internacionalmente pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Surge da necessidade de processos educativos constantes voltados a profissionais<sup>26</sup>.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores desse setor. Considerada uma política pública, vem sendo construída como uma prática formativa contínua, que propõe a reflexão sobre o trabalho e a aprendizagem no ambiente laboral, norteadas por processos coletivos, colaborativos e significativos, com compartilhamento de saberes, diálogos horizontais e participação social. Como favorecedor da aprendizagem significativa utilizam-se preferencialmente metodologias ativas de ensino aprendizagem, pois busca-se através de sua política de ensino gerar reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, que facilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas

pessoas, favorecendo uma melhor articulação nas diversas capilaridades dentro do SUS. Estabeleceu-se a priorização de métodos ativos como práticas pedagógicas na educação permanente em saúde em contraponto aos métodos tradicionais, pois a medida em que esses são organizados apenas com base na transmissão de conhecimentos e descontextualizados da realidade, vivências e saberes prévios dos sujeitos envolvidos na ação educativa, não garantem transformação plena nos processos de aquisição de conhecimento e das mudanças nas práticas e atitudes no cotidiano do trabalho<sup>27-31</sup>.

#### 1.4.1 Educação Interprofissional (EIP) em saúde

A Educação interprofissional (EIP) foi definida como membros de mais de uma profissão da saúde e/ou assistência social aprendendo juntos e interativamente, com o propósito explícito de melhorar a saúde e/ou bem-estar dos pacientes/clientes. A história da EIP mostra seu surgimento como estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa<sup>32</sup>.

A EIP foi invocada internacionalmente (OMS 1988) e nacionalmente por formuladores de políticas, profissionais de saúde e assistência social, bem como educadores, como meio de melhorar a colaboração e a prestação de serviços em áreas como proteção infantil, assistência à comunidade, saúde mental e para implantar a força de trabalho da saúde de forma mais flexível<sup>33</sup>.

A EIP requer participação ativa do aluno e uma troca constante entre este e os demais estudantes de outras áreas de assistência à saúde. Os estudos mais recentes indicam que os alunos reagem positivamente a EIP, relatam melhorias em suas atitudes, suas percepções, bem como seu conhecimento e suas habilidades colaborativas. A sua evidência continua a se expandir e fornecer uma indicação clara de que essa forma de educação pode melhorar as atitudes, percepções colaborativas, conhecimentos e habilidades. Pondera-se que, apesar das evidências de sua capacidade de melhorar comportamentos colaborativos e prestação de serviços, há ainda espaço para estudos mais aprofundados desses resultados a longo prazo<sup>33,34</sup>.

Um ponto a se destacar é que foram percebidas lacunas e iniquidades gritantes na assistência à saúde, que persistem entre os distintos países e dentro destes,

enfatizando falha coletiva em compartilhar os avanços da saúde equitativamente. Percebeu-se que os problemas eram sistêmicos: incompatibilidade de competências para necessidades do paciente e da população em geral; ausência ou deficiência de trabalho em equipe; persistente estratificação de gênero do *status* profissional; limitação no foco técnico sem compreensão contextual mais ampla; encontros episódicos ou inexistentes para discussão e construção de saberes, ao invés de convergências contínuas; hegemonia da orientação hospitalocêntrica às custas da atenção primária; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional e liderança despreparada para incrementar o desempenho do sistema de saúde <sup>35</sup>.

Segundo Costa, as bases e recomendações da EIP merecem especial atenção por trazerem aspectos relevantes e coerentes com o atual projeto político de fortalecimento e consolidação do SUS <sup>32</sup>.

Na última década, induzidos por importantes políticas interministeriais, muitos problemas da formação profissional em saúde foram superados e houve ganhos no fortalecimento da interação ensino, serviço, comunidade, adoção de estratégias, debates metodológicos mais ativos e mudanças curriculares, que incorporaram relevantes transformações na dinâmica da educação dos profissionais de saúde. Acredita-se na necessidade de clareza, apesar dos avanços obtidos, pois ainda há resistência para o rompimento do modelo atual de formação profissional, pautado na forte divisão do trabalho, em que os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS <sup>32</sup>.

Um estudo realizado descrevendo o nível de conhecimento sobre TEA dos estudantes de graduação em psicologia nos alerta sobre a necessidade de atualização permanente das propostas curriculares dos projetos pedagógicos e a necessidade da formação continuada após a graduação e inclusão no mercado de trabalho. Apenas conteúdos curriculares aprofundados não garantirão um núcleo básico de competências e uma prática profissional de alto nível, mas sabemos que, durante a graduação, a abordagem conteudista ocupa espaço e tempo quando se compara à dedicação mais aprofundada e contextualizada na prática de temas relevantes <sup>36</sup>.



Acredita-se que oferecer uma intervenção educacional utilizando o modelo de EIP possa auxiliar na formação dos profissionais e formulação de um novo olhar para as práticas em saúde e cuidados no campo do TEA.

#### 1.4.2 Metodologias Ativas e Educação na Saúde

Os métodos ativos de ensino dão ênfase ao papel do aluno como protagonista em seu processo de aprendizado e o seu envolvimento direto, sua participação e reflexão em todas as etapas do processo, não apenas uma figura passiva que recebe o conhecimento que será depositado em si pelo professor/educador.

As metodologias ativas de ensino surgiram na perspectiva de romper com os métodos tradicionais, centrados no professor, e permitir que os alunos construam habilidades e competências que vão além do domínio técnico-científico, possibilitando assim que ele seja protagonista do seu processo de construção de conhecimento e não meramente um receptor. Através dessas práticas ativas, o indivíduo vivencia ações participativas, dinâmicas, instigadoras, favorecendo assim a aprendizagem significativa, sendo agentes potentes de transformação de suas realidades <sup>37</sup>.

Segundo Moran as metodologias ativas são grandes diretrizes que orientam os processos de ensino e aprendizagem e que se concretizam em estratégias, abordagens e técnicas concretas, específicas e diferenciadas <sup>38</sup>

Metodologias ativas são estratégias de ensino centradas na participação efetiva do estudante na construção do processo de aprendizagem, de forma flexível, interligada e híbrida. Metodologias ativas, num mundo conectado e digital, expressam-se por meio de modelos de ensino híbridos, com muitas possíveis combinações. A junção de metodologias ativas com modelos flexíveis e híbridos traz contribuições importantes para o desenho de soluções atuais para os aprendizes de hoje.<sup>38</sup>

A sala de aula invertida é um exemplo de metodologia ativa. Diferente do modelo tradicional, onde o professor transmite informação ao aluno, que após a aula deve estudar o material abordado e realizar alguma atividade de avaliação para mostrar que o material foi assimilado, na sala de aula invertida o aluno deve estudar previamente um conteúdo proposto pelo professor, que pode ser um texto, um vídeo, um artigo, uma reportagem jornalística, e a aula torna-se o lugar onde o grupo discute o conteúdo estudado previamente e com isso a aprendizagem se transforma em um método ativo, com reflexões, perguntas e discussões <sup>38</sup>.

## 1.5 Qualificação e capacitação dos profissionais de saúde em TEA

Com o aumento das taxas de prevalência, surge a necessidade de mais prestadores de cuidados com treinamento especializado em TEA, para atender às necessidades desses indivíduos e de suas famílias. Essas necessidades são variadas e muitas vezes envolvem uma multiplicidade de prestadores de cuidados, cada um com sua própria perspectiva e filosofia em relação às intervenções mais eficazes. Para fornecer a programação mais dinâmica e resolutiva, a equipe deve ter conhecimento sólido sobre o TEA e suporte para prática baseada em evidências, bem como ser capaz de trabalhar em um esforço coordenado e colaborativo com a equipe multidisciplinar e multiprofissional <sup>39</sup>.

Os prestadores de cuidados em todas as configurações possíveis precisam ser treinados em Autismo, atualizar-se acerca das práticas e intervenções baseadas em evidências científicas robustas para resultar em eficácia. Além disso, essa capacitação deve ser abrangente e incluir oportunidades de aprendizado interativo, discussão de casos reais, além dos formatos tradicionais baseados unicamente em aulas e palestras <sup>39</sup>.

Os profissionais da educação, da saúde e da assistência social são o público estratégico das iniciativas de educação continuada e permanente para lidar com as dificuldades enfrentadas por crianças com Transtorno do Neurodesenvolvimento (TND) que apresentam algum nível de deficiência, incluindo o TEA. A maioria dos estudos traz os profissionais da saúde como público central das iniciativas de capacitação na busca pelo tratamento mais assertivo, quando essas crianças recebem o diagnóstico de algum tipo de impedimento ao seu desenvolvimento pleno <sup>40</sup>.

Uma das maiores limitações referentes às capacitações dos profissionais do setor da saúde, refere-se ao fato de que suas atitudes são bastante fragmentadas nos serviços, limitando-se a prática da atenção coletiva preventiva e curativa aplicada em programas essencialmente verticais. A outra limitação está relacionada à porta de entrada dessas crianças, que pode acontecer por diferentes profissionais, não apenas na área da saúde, mas também em creches e escolas, que alcançam profissionais da área de educação e de assistência social <sup>40</sup>.

Por fim, entende-se que serviços de suporte e estruturação de programas intersetoriais facilitariam a participação interdisciplinar para um melhor

acompanhamento e prognóstico do desenvolvimento infantil dessas crianças <sup>41 42</sup>. Devido à complexidade e variabilidade das configurações clínicas no caso de crianças com TEA, é necessário treinamento especializado para os profissionais que trabalham com essa população.

Estudos realizados no Brasil e no exterior têm demonstrado que a falta de formação especializada em saúde mental, particularmente em relação ao TEA, representa um grande desafio para o atendimento a essa população, que destaca a necessidade de educação continuada entre profissionais da área. Para atender a essa demanda, vários modelos de treinamentos foram testados e implementados, especialmente em países desenvolvidos <sup>43</sup>. No Brasil, uma série de ensaios têm sido realizados na atenção básica do SUS nos grandes centros metropolitanos, e embora preliminares, seus resultados são promissores <sup>44 45</sup>.

## 2 MOTIVAÇÃO

O conhecimento sobre TEA dos profissionais de saúde no Brasil ainda é escasso, pois a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764 de 27/12/2012) é muito recente, assim como os programas governamentais voltados à saúde das pessoas com TEA <sup>25 46</sup>.

A despeito dos avanços no reconhecimento das pessoas com TEA e na publicação destas garantias legais, há grande estigma e escassez de recursos destinados ao cuidado integral e humanizado.

A história de construção e consolidação do SUS é marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão de trabalho em saúde eminentemente coletivo. Nessa direção, a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementa e fortalece os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada da saúde <sup>32</sup>.

Por ser terapeuta ocupacional, ter residido em Itapetininga e ter vivido os nove primeiros anos da minha vida profissional nesse município, conheço a realidade e necessidade dos profissionais da rede pública de saúde acerca das lacunas de conhecimentos específicos para atuar na clínica do TEA, desde os níveis mais básicos de assistência, como as UBS consideradas possíveis locais de identificação precoce do quadro, até os centros de referência em assistência e reabilitação. Frequentemente, os profissionais da rede pública do município alegam angústia, despreparo e lacunas de conhecimento e, muitas vezes, sentem-se incapazes de lidar com as necessidades da população com TEA e as demandas de seus familiares/cuidadores.

Atuo desde 2011 no Ambulatório de TEA - Teamm da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com atividades de educação continuada (em forma de capacitações verticais, envolvendo a especialidade da terapia ocupacional e o processamento sensorial), mas igualmente atuo por meio de supervisão de equipes multiprofissionais, contribuindo para ampliação dos olhares acerca da clínica da Terapia Ocupacional no TEA.

Sinto-me familiarizada com intervenções educacionais de forma interprofissional e interdisciplinar para auxiliar na formulação desse novo olhar para

as práticas em saúde e cuidados no campo do TEA, com o propósito de diminuir esse estigma, considerando a realidade local, convertendo as problemáticas em possibilidades de mudança para uma melhor assistência à população TEA e colaborando para uma visão mais integral no cuidado.

Assim, surgiu o interesse em realizar um estudo relevante a essa temática, através da elaboração de um modelo de Intervenção Educacional em forma de EIP, pois é de fundamental importância o conhecimento e visão diferenciada de todas as especialidades envolvidas para a atuação na assistência ao indivíduo com TEA, e, desse modo, atender às demandas individuais do sujeito e de sua família, bem como colaborar para a resolutividade dos problemas nos ambientes de assistência a essa clientela.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar e aplicar um modelo de Educação Interprofissional em Transtorno do Espectro do Autismo aos profissionais da saúde do município de Itapetininga.

#### **3.2 Objetivo específico**

Avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da saúde sobre TEA, antes e após a intervenção.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Desenho do estudo

Dada a necessidade de se entender o efeito da intervenção proposta, foi elaborado um estudo com delineamento quase experimental que visou identificar as reais contribuições da capacitação realizada <sup>47</sup>.

Há quatro aspectos que devem ser considerados na construção de estudos com delineamento de quase-experimentos. São eles em grau decrescente de importância: 1) considerar que os efeitos sejam os mesmos para os dois grupos; 2) supor quais seriam os efeitos potenciais decorrentes da intervenção; 3) construir grupo de controle simples (aqueles que não receberam a intervenção); e 4) coletar dados dos efeitos antes (*baseline*) e depois da intervenção de forma imediata e tardia <sup>48</sup>.

### 4.2 Participantes da pesquisa

Inicialmente, havia uma listagem fornecida pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itapetininga com 50 possíveis interessados, de ambos os sexos, sem preferência por raça ou idade, que não estivessem de férias ou de licença de qualquer natureza, mas apenas 41 desses preencheram os questionários iniciais. Destes 41, 37 participantes iniciaram o programa de capacitação, mas apenas 24 preencheram todas as avaliações previstas pré e pós-intervenção.

Foram incluídos apenas os profissionais com ensino superior completo, pertencentes a rede RAPS de assistência ao TEA do município de Itapetininga (SP), conforme definido previamente com a SMS. A Secretaria Municipal não convocou equipes médicas para receber a capacitação.

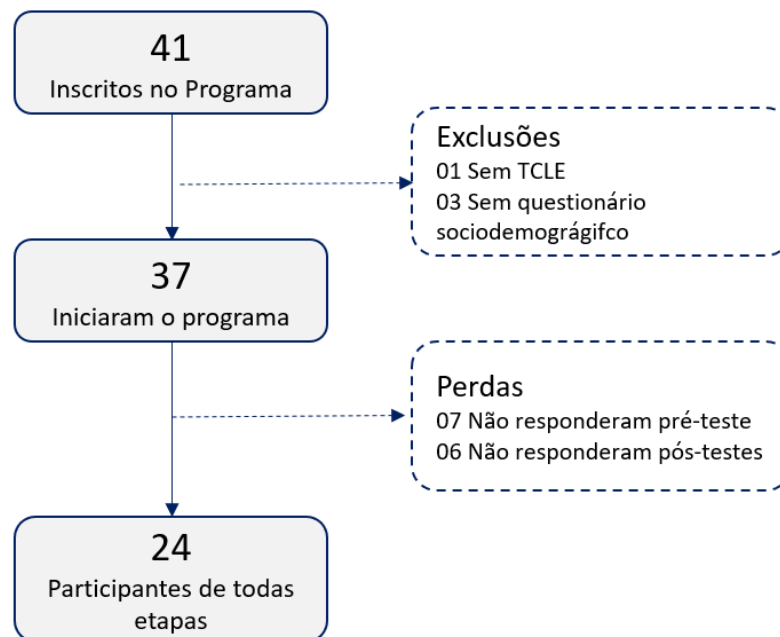
A pesquisa foi conduzida totalmente no modelo *online*, sendo que os participantes assistiram às videoaulas no município de origem e participaram dos encontros *online* em seus ambientes de trabalho ou em suas residências. É importante lembrar que toda a coleta de dados se deu no período crítico da pandemia de COVID-19.

Os 37 participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário sociodemográfico inicialmente aplicado, porém 7 não responderam ao instrumento pré-teste e 6 não retornaram o questionário pós-teste.

O estudo contou, portanto, com a participação efetiva de 24 profissionais da saúde.

Foram considerados nas análises subsequentes os participantes que responderam aos questionários iniciais, aplicados como pré-intervenção, assim como os questionários pós-intervenção, aplicados após a finalização da mesma e no *follow-up* de três meses. A figura 1 apresenta o fluxograma amostral.

Figura 1 - Fluxograma amostral



Fonte: Elaboração própria, 2022.

### 4.3 Local do estudo

Itapetininga foi a sede da pesquisa. Trata-se de um município do interior do Estado de São Paulo, cuja população estimada pelo IBGE é de cerca de 167 mil habitantes em 2021, com uma área geográfica de 1.789,350 km<sup>2</sup>. Atende basicamente uma população carente, sendo que, em 2019, o salário médio mensal era de 2,1



salários-mínimos. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupou, nesse mesmo ano, a posição 364 de 645. O IDH em 2010 foi de 0,73 (IBGE, 2022).

#### **4.4 Aspectos éticos**

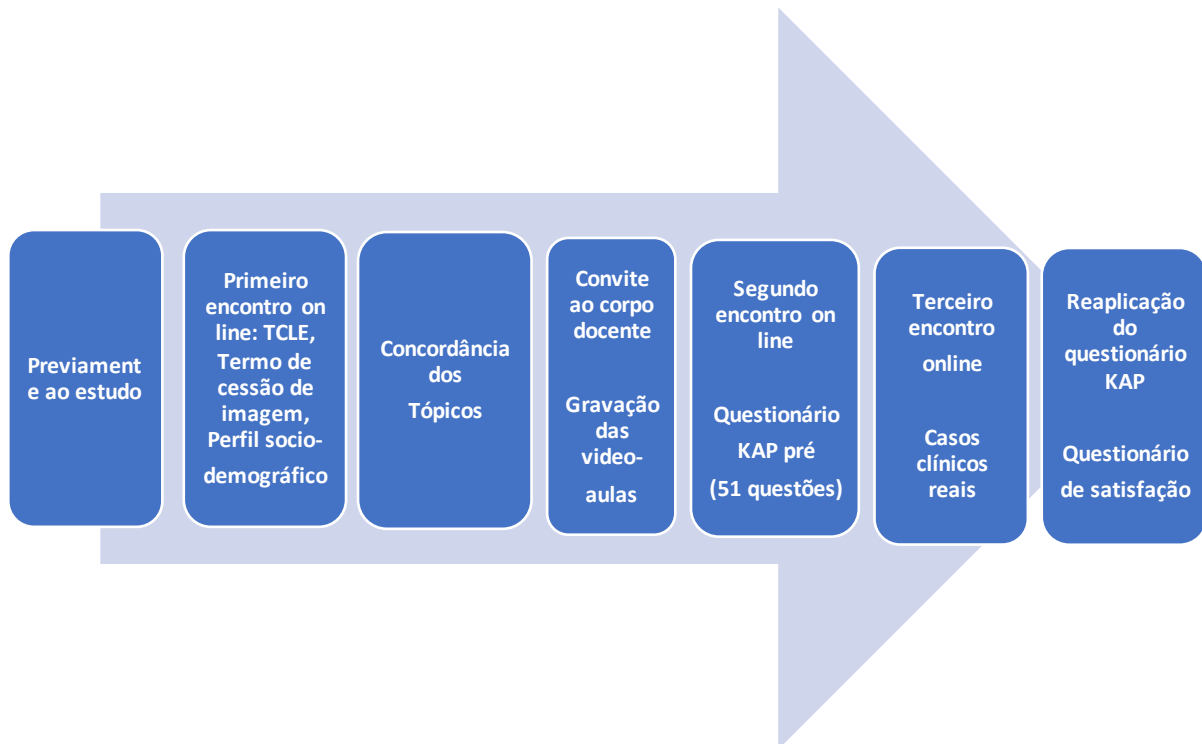
O projeto foi apresentado a secretária da saúde do município de Itapetininga que emitiu e assinou um documento autorizando a realização do estudo em seu município (Anexo A). Após a assinatura, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *campus* Sorocaba (CEP da PUC-SP). Após sua análise e aprovação, sob CAAE número 39610120.1.0000.5373 (Anexo B), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itapetininga convocou para participação do estudo os profissionais de saúde, graduados em nível superior, envolvidos com a rede RAPS de assistência ao TEA de todo o município, excluindo as equipes médicas.

A pesquisa ofereceu risco mínimo a seus participantes, tanto aos profissionais de saúde quanto aos docentes, pois eles puderam desistir da participação da pesquisa a qualquer momento. Tiveram acesso direto aos pesquisadores responsáveis pelo estudo em todos os momentos, sendo-lhes facultada a retirada do consentimento, sem que fosse implicada qualquer penalidade ou prejuízo a si ou à SMS. Os dados coletados foram mantidos em sigilo e, quando analisados, privilegiaram a privacidade e confidencialidade das informações.

#### **4.5 Fases de Desenvolvimento do Estudo**

O estudo foi delineado em fases sequenciais, abaixo descritas e sintetizadas na Figura 2.

Figura 2 - Etapas da Pesquisa



Legenda: KAP: *Knowledge, Attitudes and Practice*; TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

#### 4.5.1 Previamente ao Início do Estudo

Esta fase estava prevista para ser presencial, porém com a pandemia de COVID-19, foi solicitado pela SMS de Itapetininga que fossem realizados de forma virtual.

Como a SMS apresentou grande interesse na capacitação, antes mesmo do primeiro encontro, comunicou aos profissionais da saúde que atuam com TEA, sobre a disponibilidade de participarem dessa oportunidade, que era de interesse dos gestores e que seria oferecida gratuitamente por ser material da dissertação de mestrado da pesquisadora. A pesquisadora estimulou a adesão dos participantes encaminhando previamente um *e-mail* (através do e-mail institucional da SMS) com dois links referentes a dois vídeos educativos, que estavam disponíveis no *Youtube* e se referiam a programas televisivos retratando o cotidiano de crianças com TEA e de seus familiares. Esses vídeos serviram de material prévio e disparadores para a

discussão que ocorreria no próximo encontro, onde foi aplicado o método de sala de aula invertida.

#### 4.5.2 Primeiro Encontro no Formato Online

Este encontro ocorreu em 16/03/2021, em formato síncrono, através da plataforma ZOOM cedida pela SMS, bem como todos os demais encontros *online*.

A pesquisadora apresentou aos participantes do estudo os objetivos e o método a ser desenvolvido durante o estudo, e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Cessão do Uso de Imagem (Apêndices A e B) e preencheram o Questionário Sociodemográfico para que fosse traçado seus perfis (Apêndice C).

Ainda nesse encontro, foram resgatados os conteúdos dos vídeos disparadores via e-mail, utilizando a estratégia de roda de conversa e aplicado o método de sala de aula invertida, para que os participantes entrassem em contato com seus conhecimentos prévios acerca do TEA e discutissem livremente possíveis dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho. O encontro foi gravado e, considerando as questões levantadas pelos profissionais, as pesquisadoras definiram todos os tópicos expressos como possíveis lacunas de conhecimentos teórico e prático, estabelecendo objetivos de aprendizagem (Quadro 4).

Quadro 4 - Objetivos extraídos dos conteúdos que emergiram no primeiro encontro com os participantes da pesquisa, após contato com os vídeos do Youtube disparadores da discussão (continua)

1-	Conhecer Modelos de Intervenção Existentes para TEA
2-	Descrever e Analisar os Protocolos de Avaliação para TEA
3-	Identificar as Diferenças e Semelhanças entre Autismo e Deficiência intelectual
4-	Debater o Uso da Terapia Ocupacional para TEA
5-	Examinar Modelos Assistenciais de Intervenções
6-	Esclarecer os Protocolos de Avaliação Fonoaudiológica
7-	Empregar Diferentes Formas de Apoio às Famílias e Cuidadores

Quadro 4 – Objetivos extraídos dos conteúdos que emergiram no primeiro encontro com os participantes da pesquisa, após contato com os vídeos do *Youtube* disparadores da discussão (conclusão)

8-	Elaborar o Diagnóstico, sua Comunicação, Impacto e Aceitação dos Pais e Cuidadores
9-	Compreender a Relação do TEA com Prematuridade e outros Fatores Causais
10-	Identificar o estado nutricional no TEA (especialmente quando há seletividade alimentar)
11-	Apreciar a Assistência TEA no SUS
12-	Conhecer a Síndrome de Asperger
13-	Articular a Assistência de Enfermagem no TEA
14-	Diferenciar Precocemente Crianças com TEA (rastreamento diagnóstico)
15-	Estimulação Sensorial
16-	Diagnóstico Diferencial
17-	Lidar com Crianças que apresentam hipersensibilidade

Fonte: Elaboração própria, 2022.

#### 4.5.3 Fase da Concordância entre os Tópicos Gerados no Primeiro Encontro online para Elaboração do Conteúdo das Videoaulas

Da análise dos conteúdos dos temas levantados pelos participantes no primeiro encontro *online*, foi elaborada a primeira fase de concordância, de onde emergiram quatro categorias ou eixos temáticos (Figura 3). A partir deles, realizou-se nova concordância, e foram decodificados 10 temas principais para as videoaulas.

Figura 3 - Quatro categorias ou eixos temáticos identificados, a partir dos objetivos de aprendizagem descritos no Quadro 5 e estabelecidos para atender às demandas dos participantes



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Uma vez consolidadas as análises pela pesquisadora e sua orientadora, o processo foi encaminhado para duas juízas, sendo uma psiquiatra infantil e uma neuropediatra, ambas doutoras, com experiência clínica e em pesquisa no TEA e que assinaram o TCLE concordando com suas participações (Apêndice D).

Dessa avaliação externa, sobreveio a sugestão de introdução de dois temas adicionais e especializados para aulas, um voltado aos profissionais de enfermagem e um para profissionais de fisioterapia. A primeira sugestão foi acatada integralmente e inserida no programa de capacitação, que ficou com 11 tópicos e a outra, optou-se por convidar um profissional de fisioterapia especializado em TEA para participar do último encontro *online*, a fim de esclarecer possíveis dúvidas específicas existentes na área. A consolidação dos temas escolhidos para atingir os objetivos de aprendizagem estão descritos na Figura 4.

Figura 4 - Consolidação dos 11 temas escolhidos para as vídeo atividades a partir dos quatro eixos temáticos da Figura 2 e validados pelos juízes



Legenda: *Applied Behavior Analysis* ou Análise do Comportamento Aplicada (ABA), *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADIR), *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), Sistema Único de Saúde (SUS), Transtorno Espectro Autista (TEA) e Terapia Ocupacional (T.O).

Fonte: Elaboração própria, 2022.

#### 4.5.4 Fase de Convite ao Corpo Docente para Ministras as Videoatividades

O contato com os docentes ocorreu de forma individualizada através de chamada de vídeo pelo aplicativo WhatsApp. Foram explicados pormenorizadamente os objetivos, o método utilizado nesse estudo e o conteúdo a ser transmitido. Os docentes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos Professores do Programa de Capacitação (Apêndice E) e o Termo de Cessão do Uso de Imagem (Apêndice B) e escolheram gravar suas aulas através de diferentes recursos e utilizando seus próprios dispositivos. Encaminharam os arquivos com os vídeos via *e-mail* para a pesquisadora e, posteriormente, esses foram enviados para edição profissional.

Cada docente recebeu o tema da sua aula, bem como um roteiro norteador acerca dos conteúdos previstos e a forma de abordagem, além dos objetivos de aprendizagem a serem alcançados e de que forma. Foi solicitado que durante a ministração e gravação das aulas fossem utilizados métodos ativos de ensino aprendizagem. A participação dos docentes foi voluntária, sem envolvimento de pagamento. Essa fase ocorreu no período de abril a maio de 2021.

#### 4.5.5 Fase de Gravação e Veiculação das Atividades

As atividades foram gravadas pelos docentes em seus locais de preferência e, após sua gravação, foram encaminhadas a um profissional de edição, que se responsabilizou, não só pela edição propriamente dita, mas também pela criação do canal privado no Youtube e inserção dos vídeos na plataforma digital. O canal foi acessado apenas pelos participantes do estudo, utilizando seus *e-mails* cadastrados na SMS e foi aberto após o segundo encontro *online* e fechado no último encontro *online*, o que correspondeu a aproximadamente dois meses. Os vídeos foram postados semanalmente.

O detalhamento dos conteúdos de cada videoaula encontra-se descrito no Apêndice F.

#### 4.5.6 Segundo Encontro *Online*

Neste encontro foram apresentados os conteúdos das videoaulas e o mini currículo do corpo docente. Foram explicadas cada uma das fases que antecederam esse encontro.

Os participantes responderam ao questionário pré-intervenção para avaliação dos conhecimentos prévios e receberam a explicação, com demonstração real de como acessar as aulas no canal do Youtube, que foi acessado juntamente com eles, propiciando uma interação e familiarização com o recurso. Os integrantes foram divididos em 4 grupos, de forma aleatória pela pesquisadora, e solicitado que elaborassem e apresentassem um caso clínico baseado em seu cotidiano de trabalho no último encontro *online*. A pesquisadora colocou-se à disposição via *e-mail* e telefone para auxiliá-los na elaboração dos casos.

#### 4.5.7 Terceiro Encontro Online de Fechamento da Capacitação

Foram apresentados pelos participantes da pesquisa três casos clínicos obtidos de suas realidades, encaminhados previamente para a pesquisadora e docentes convidados, via *e-mail*, sendo que um dos grupos não encaminhou e não apresentou nenhum caso.

O corpo docente convidado para o último encontro foi composto por 6 profissionais especialistas em TEA, a saber, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, duas fonoaudiólogas, uma fisioterapeuta e uma neuropediatra.

Os casos clínicos apresentados pelos participantes foram discutidos à luz das dúvidas trazidas pelos próprios profissionais. E, ao final, foi aberto diálogo interativo para *feedback* dos participantes e dos docentes, sendo esses dados anotados no formato de pontos positivos e fatores limitantes do modelo de intervenção.

A pesquisadora anotou as colocações dos integrantes e aplicou dois instrumentos previstos para essa etapa: o questionário pós-intervenção, para avaliação da retenção imediata dos conhecimentos adquiridos (Apêndice G) e o questionário de satisfação aos participantes, baseado no NPS (Apêndice H).

#### 4.5.8 Retenção do conhecimento proporcionado pela capacitação

Após 3 meses do terceiro encontro, foi reaplicado o mesmo questionário KAP pós-intervenção (Quadro 6).

### 4.6 Instrumentos de coleta de dados

#### 4.6.1 Questionário pré e pós-intervenção

Foi construído após o levantamento das necessidades e demandas dos participantes, valorizando assim seu conhecimento prévio sobre o assunto e suas necessidades baseadas no cotidiano do trabalho.

Esse questionário (Apêndice G) foi baseado no inventário/inquérito KAP, que significa, do inglês, (*Knowledge*= conhecimento), (*Attitude*= atitude) e (*Practice*= prática/habilidade). Os questionários KAP têm sido usados desde a década de 1950



para coletar dados sobre vários problemas de saúde, e pode medir níveis de conhecimento dos participantes sobre assuntos específicos, bem como os comportamentos dos respondentes diante de problemas específicos (LAUNIALA, 1970). O KAP não é um questionário pré-definido; devendo ser preparado com itens específicos para determinada pesquisa em particular.

Assim, nesse estudo, o questionário KAP incluiu os temas a serem abordados durante o programa de treinamento. Foi composto por 51 questões estruturadas em uma escala Likert de 05 pontos, variando de: concordo totalmente = 1; concordo parcialmente = 2; nem concordo, nem discordo = 3; discordo parcialmente = 4; e 5 discordo totalmente. O questionário foi elaborado pela pesquisadora e revisado por 9 juízes, cujas qualificações encontram-se descritas no quadro 5. O KAP foi auto administrado durante a segunda e, na última reunião, para identificar quaisquer melhorias detectáveis no conhecimento, atitudes e níveis de prática/habilidade <sup>50 49</sup>.

O questionário final consolidado e aplicado, aprovado pelos 9 juízes, após as adequações, recebeu um índice de validade do conteúdo (IVC) de 100%) <sup>51</sup>.

O questionário na íntegra encontra-se disposto no Apêndice G

Quadro 5 - Descrição da qualificação dos juízes que analisaram os questionários pré e pós-intervenção (continua)

Numeração dos juízes	Perfil dos juízes
1	Psiquiatra da infância, mestre, psicanalista e experiência clínica de 30 anos na clínica do TEA
2	Neuropediatra, mestre e experiência clínica e docência na Infância
3	Psiquiatra infantil e experiência clínica de 5 anos no serviço público e privado
4	Psiquiatra infantil, analista do comportamento, mestre e experiência clínica de 5 anos em assistência pública e privada ao TEA
5	Enfermeira, docente no curso de enfermagem e da disciplina de metodologias ativas de ensino aprendizagem na pós-graduação de Educação nas Profissões de Saúde
6	Endocrinologista, doutora, docente da graduação na área de especialidade e da pós-graduação da disciplina de Metodologia Científica, com grande experiência em Educação

Quadro 5 - Descrição da qualificação dos juízes que analisaram os questionários pré e pós-intervenção (conclusão)

7	Psicóloga e analista do comportamento, doutora, com experiência clínica e docência há mais de 30 anos
8	Psiquiatra, docente da graduação, doutora, experiente no atendimento público e privado
9	Psiquiatra, docente da graduação, mestre, experiente no atendimento público e privado

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No quadro 6 pode-se verificar a definição das questões selecionadas para cada escore (conhecimento, atitudes e práticas) e a variação do escore de acordo com a pontuação mínima e máxima, de tal sorte que o escore total poderia variar de 0 a 51 pontos, correspondente a 51 questões que compuseram o questionário final ajuizado.

Quadro 6 - Definição das questões selecionadas para cada escore avaliado no estudo e pontuações mínima e máxima. Itapetininga, 2022

ESCORE	QUESTÕES SELECIONADAS	VARIAÇÃO DO ESCORE
Conhecimento	1-9, 12-16, 20-24, 28, 30, 33-36, 38, 47 e 48	0-28
Atitudes	10,11,17-19,37,39,41-45, 49-51	0-15
Práticas	19, 25-27, 29, 31, 32, 39, 40, 46 e 49	0-11
TOTAL	Soma da pontuação de todas as 51 questões avaliadas	0-51

Fonte: Elaboração própria, 2022.

#### 4.6.2 Questionários sociodemográfico e de satisfação

A elaboração dos questionários sociodemográficos (Apêndice C) e de pesquisa de satisfação no final do curso (Apêndice H) foi realizada pelas pesquisadoras, mediante pesquisa em diferentes estudos envolvendo a temática da capacitação em TEA <sup>39,44,45</sup>.

O questionário de fechamento tem natureza quantitativa e qualitativa e visou investigar o nível de satisfação dos profissionais ao participar da capacitação e acolher

possíveis críticas sobre o modelo para que possa ser aprimorado, quando reproduzido.

O instrumento foi baseado no estudo sobre a construção de uma escala de satisfação acadêmica para universitários<sup>52</sup>.

O Net Promoter Score, ou NPS®, utilizado na pesquisa de satisfação, é uma métrica criada por Fred Reichheld nos EUA, com o objetivo de realizar a medida do Grau de Lealdade dos Consumidores de qualquer tipo de negócio/empresa à uma marca, produto ou serviço. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia. Para seu cálculo se utilizam perguntas simples e os clientes são classificados em promotores, neutros e detratores<sup>53</sup>.

**Net Promoter Score = [% CLIENTES PROMOTORES, notas 9 e 10] – [% CLIENTES DETRATORES, notas de 0 a 6] = %NPS**, sendo os neutros os demais (notas 7 e 8).

#### 4.6.3 Proposta de atividade a ser entregue ao final de cada videoatividade

Trata-se de atividade teórico/prática proposta para ser entregue ao final de cada aula, com a elaboração de um texto (mínimo 100 e máximo 300 palavras), à semelhança de um portfólio resumido, articulando as necessidades iniciais acerca da temática proposta na aula e avaliando crítica e reflexivamente se o conhecimento pode ser aplicado em sua prática de trabalho e de que maneira. A pesquisadora colocou-se a disposição aos participantes via e-mail e *WhatsApp* para auxiliar na elaboração da atividade.

### 4.7 Análise estatística

A descrição das características demográficas e de percepção sobre o TEA dos participantes do estudo foi feita por meio de média e desvio padrão, para variáveis quantitativas, e por meio de frequência absoluta e relativa, para qualitativas.

O questionário aplicado para avaliar conhecimento, práticas e atitudes relacionadas ao TEA (quadro 6) foi avaliado por meio de quatro pilares: Escore de

conhecimento, Escore de Atitudes, Escore de Práticas e Escore Global. As questões selecionadas para compor cada escore e a variação mínima e máxima passível de ser atingida para cada sub-escore e o escore global podem ser conferidas no quadro 6.

Para verificar se a intervenção educacional promoveu alguma mudança nos níveis de conhecimento, nas práticas ou atitudes profissionais em relação ao transtorno foi realizado o teste t de Student pareado e para os itens que apresentaram significância estatística na variação do escore inicial e final, foi proposta análise de regressão linear multinível para verificar demais possíveis fatores associados à variação entre período de aplicação do questionário (pré- pós-teste imediato/tardio).

A análise qualitativa da satisfação com o treinamento é descrita na parte final dos resultados e traz a percepção dos alunos, captada no último encontro e na discussão nele fomentada.

As análises foram realizadas por meio do Software Stata®, versão 15.1. Considerou-se alfa de 5%, desta forma, valores p menores ou iguais a 0,05 foram tidos como relações estatisticamente significantes.

## 5 RESULTADOS

A fim de proporcionar melhor visualização e interpretação dos resultados, apresenta-se os dados obtidos em formato de tabelas e gráficos, sob a sequência de relevância estatística dos questionários sociodemográfico, pré e pós-intervenção e finaliza-se com os dados do questionário de satisfação e *feedback* oral coletado no último encontro. Os participantes não realizaram a atividade teórico prática proposta alegando diferentes motivos. A análise das percepções em relação ao curso foi apreendida e anotada levando-se em conta os pontos levantados pelos participantes em uma conversa final no último encontro.

Foram considerados nas análises subsequentes os participantes que responderam aos questionários iniciais, pré-teste, assim como os questionários pós-teste, aplicados após a finalização do curso e no *follow-up* de três meses.

### 5.1 Apresentação do perfil sociodemográfico, profissional e tempo de formação dos participantes

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente, o estudo contou com a participação de 24 profissionais de saúde em todas as etapas pré-determinadas, sendo a maioria do sexo feminino (95,8%). Os participantes apresentavam idade média de 39 anos e encontram-se distribuídos entre 6 diferentes profissões, sendo que todos possuíam graduação, apenas 1 mencionou possuir mestrado e apenas 2 mencionaram não atuar diretamente com a população com TEA. O tempo de formação na graduação variou entre 0 anos (recém-formados) e 38 anos e metade da amostra trabalhava no Centro Municipal de Reabilitação (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e educacionais de profissionais participantes do estudo. Itapetininga, 2022

	n	%
Total	24	100
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	95,8
Masculino	1	4,2
Idade (média, dp)	38,9	11,2
<b>Cor da pele declarada</b>		
Branca	21	87,5
Preta	1	4,2
Parda	2	8,3
<b>Profissão</b>		
Psicólogo	6	25,0
Enfermeiro	1	4,2
Terapeuta ocupacional	6	25,0
Fonoaudiólogo	6	25,0
Fisioterapeuta	2	8,3
Assistente social	3	12,5
<b>Escolaridade</b>		
Graduação	23	95,8
Mestrado	1	4,2
Doutorado	0	0,0
	n	%
Tempo em anos desde a graduação (mediana, mínimo/máximo)	15	(0 a 38)
<b>Local de trabalho</b>		
Centro Municipal de Reabilitação	12	50,0
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Infante Juvenil	5	20,8
Secretaria da Educação	2	8,3
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	4,2
Estratégia Saúde da Família	0	0,0
Unidade Básica de Saúde	3	12,5
Núcleo de Assistência à Saúde da Família	1	4,2
Tempo de atuação em anos (mediana, mínimo/máximo)	3	(0-3)

Fonte: Elaboração própria, 2022.

## 5.2 Percepção dos profissionais acerca de suas responsabilidades e dos demais integrantes da equipe nos cuidados

A figura 5 representa a percepção dos profissionais acerca de quem seria o profissional considerado o maior responsável pela prestação de cuidados ao TEA. Cerca de 42% dos profissionais entrevistados percebem que o cuidado ao TEA é um trabalho compartilhado entre toda a equipe multiprofissional. Cinco participantes optaram por não responder a essa questão.

Figura 5– Profissional considerado o maior responsável pela prestação de cuidados ao TEA. Itapetininga, 2022

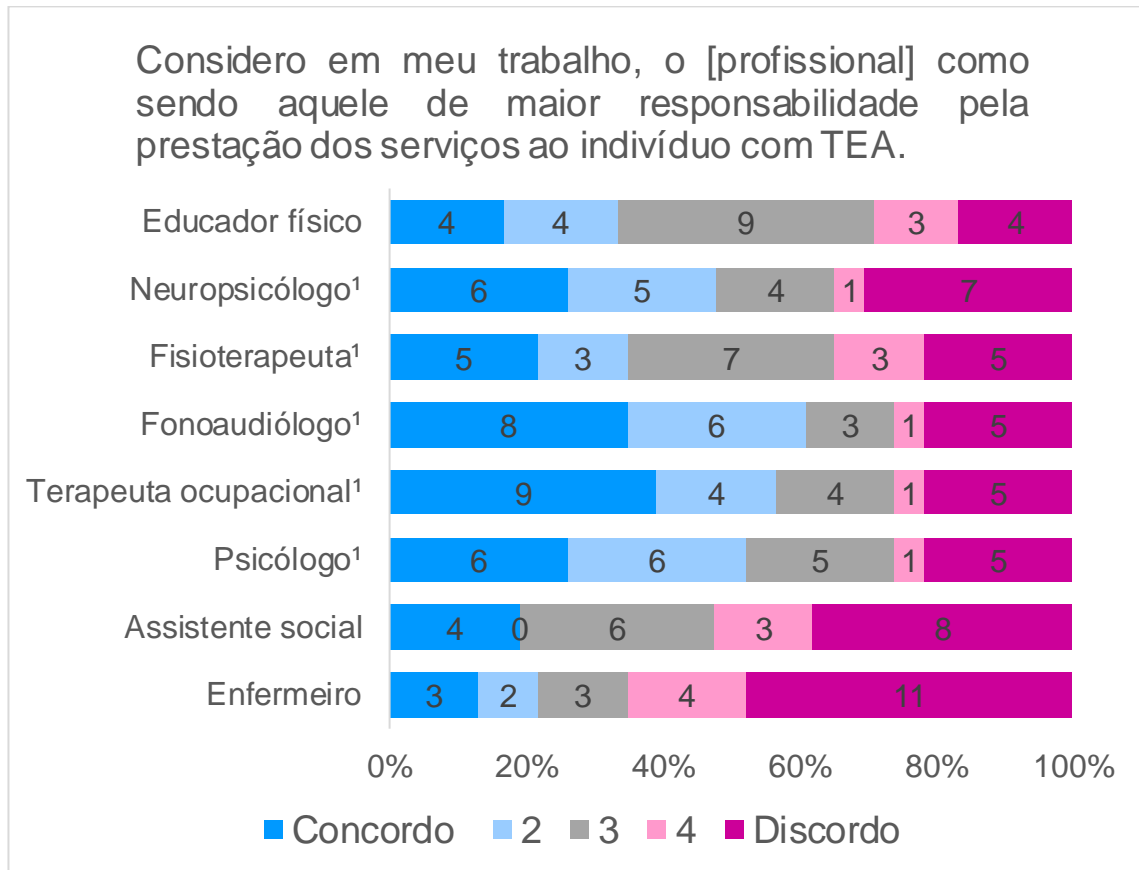


Fonte: Elaboração própria, 2022.

A figura 6 foi elaborada com base nas questões que utilizaram escala Likert, que versavam sobre a percepção do profissional em relação à responsabilidade quanto ao cuidado do paciente com TEA. A afirmação era apresentada da seguinte forma: “Considero em meu trabalho, o Assistente Social como sendo o profissional de maior responsabilidade pela prestação dos serviços ao indivíduo com TEA”. Abaixo, a distribuição de respostas em cada uma das categorias apresentadas e para cada profissão investigada. Terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo figuram como os profissionais mais responsáveis pelo paciente com TEA.

Figura 6 - Percepção sobre responsabilidade no tratamento de pacientes com TEA.

Itapetininga, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2020.

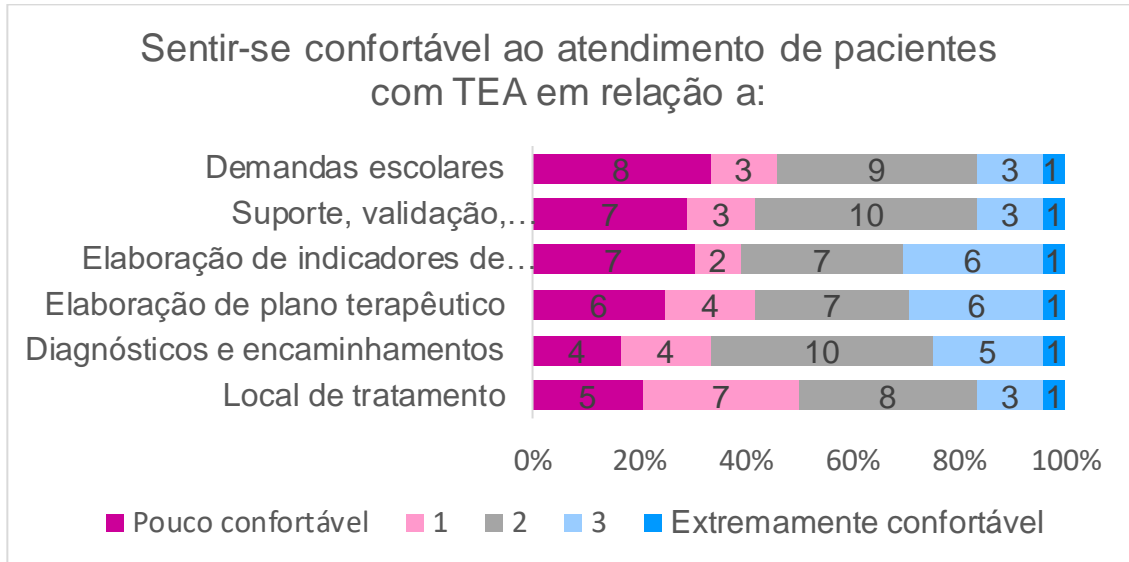
<sup>1</sup>Questões que tiveram 1 resposta inválida ou não respondida.

### 5.3 Sensações frente às demandas envolvendo as ações práticas do cotidiano da assistência ao TEA

Os profissionais também foram indagados sobre sentir-se confortável em diferentes níveis para o atendimento ao paciente com TEA. A figura 7 remete aos resultados obtidos.



Figura 7 - Percepção sobre demandas, suporte, acompanhamento e condutas relacionadas ao tratamento de pacientes com TEA. Itapetininga, 2022



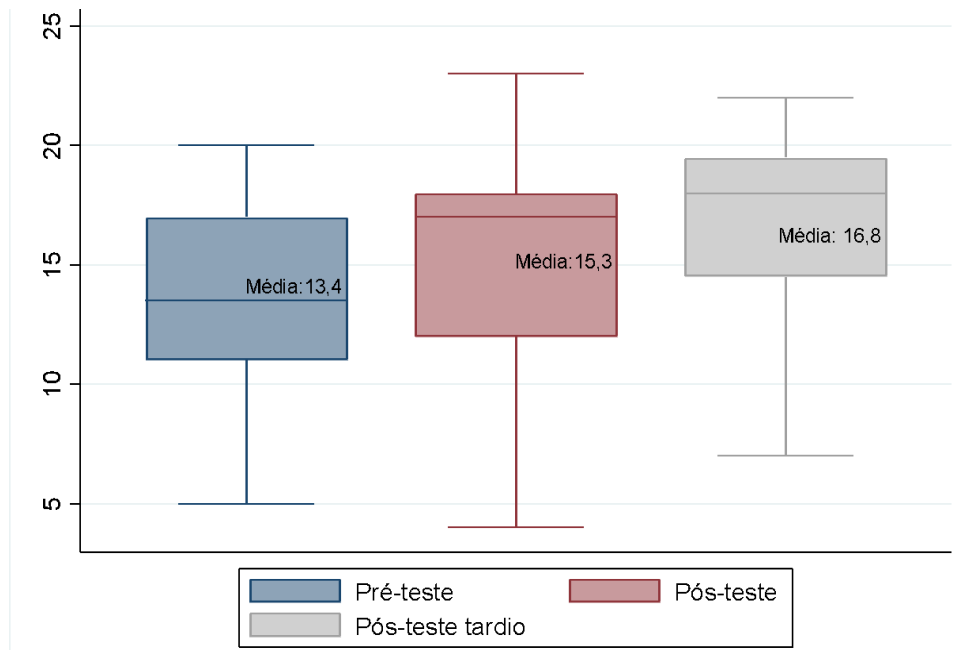
<sup>1</sup>Questão com 1 resposta inválida ou não respondida.

Fonte: Elaboração própria, 2022

#### 5.4 A avaliação pré e pós-intervenção

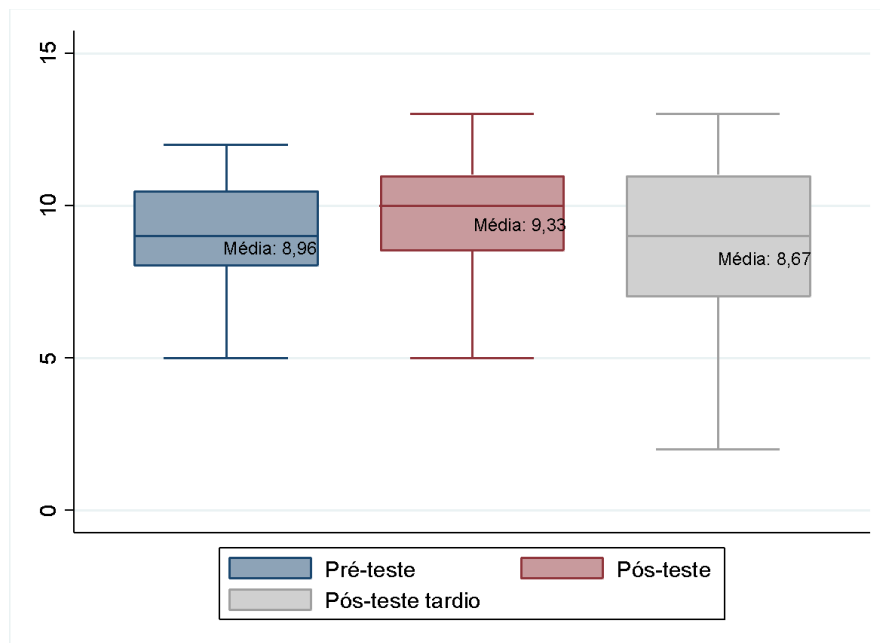
A avaliação pré e pós-intervenção foi realizada para os escores de conhecimento, atitudes e práticas, além de contar com uma visão global desses fatores. Os resultados podem ser observados nas figuras de 8 a 11. Apenas o subgrupo de Conhecimento apresentou variação crescente entre os momentos em que os questionários foram aplicados.

Figura 8 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Conhecimento. Itapetininga, 2022



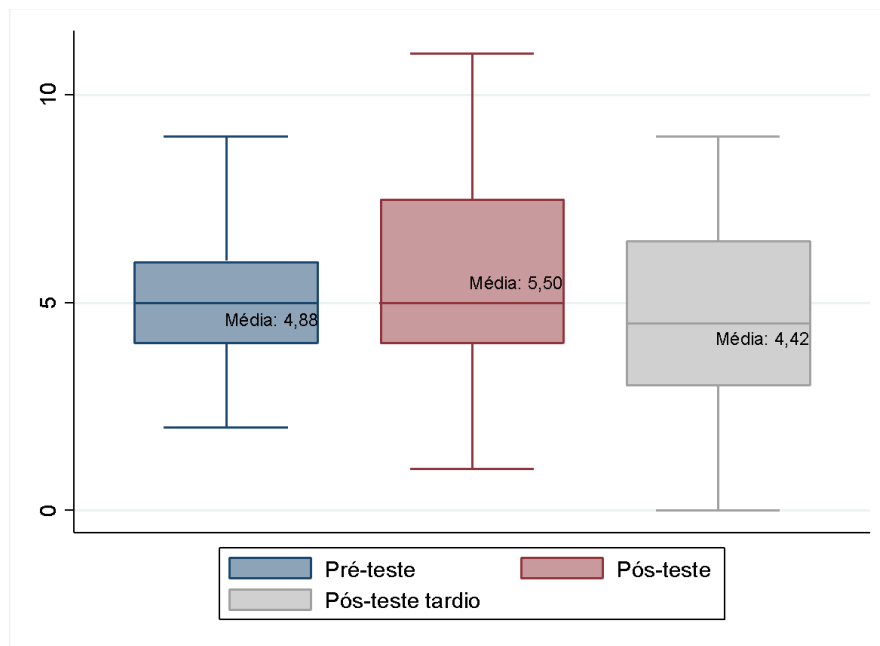
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Figura 9 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Atitude. Itapetininga, 2022



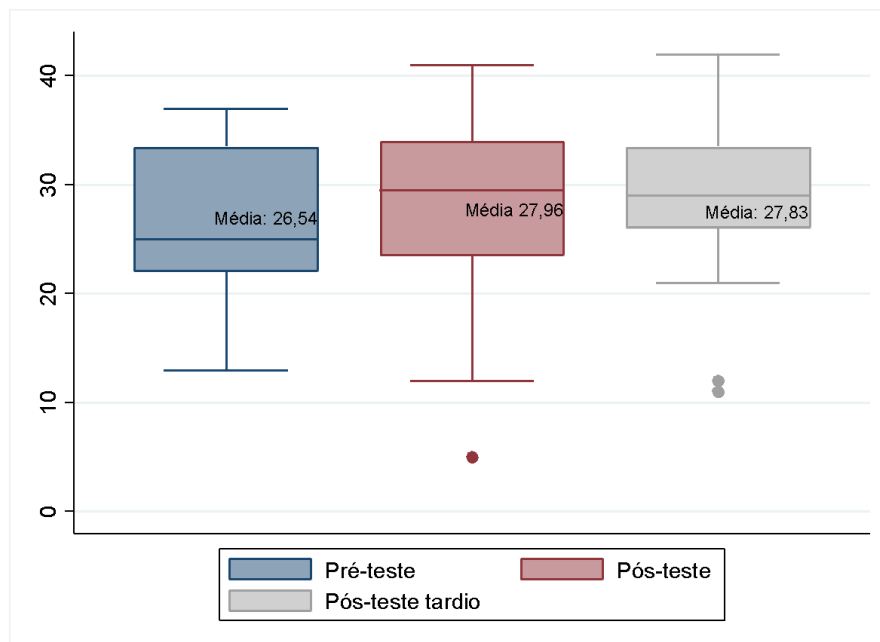
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Figura 10 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao subgrupo Prática. Itapetininga, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Figura 11 - Escore inicial, pós-treinamento imediato e tardio em relação ao Escore Global. Itapetininga, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Complementando as figuras 8 e 9, a tabela 2 apresenta os resultados dos testes estatísticos que avaliaram a relação entre os escores pré-intervenção e pós-

intervenção imediata e tardia, na qual foi verificado se os resultados pós-intervenção imediatos permaneciam na avaliação tardia.

Observa-se que apenas o Escore de Conhecimento apresenta significância estatística com aumento da pontuação relacionado ao treinamento proposto (pré-pós -  $p$  0,015 e pré-pós-tardia  $p$  0,007). A significância estatística do componente Prática na avaliação de pós-intervenção imediata e tardia ( $p$  0,006) indica que a redução na pontuação entre os dois momentos de tempo é significativa do ponto de vista estatístico (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da diferença média (desvio padrão) de escores pré e pós-intervenção. Itapetininga, 2022

Item avaliado	Pré	Pós	Pós Tardia	p valor (pré - pós)	p valor (pré - pós tardio)	p valor (pós - pós tardio)
Conhecimento	13,4(0,86)	15,25(0,93)	16,79(0,86)	0,015	<b>0,007</b>	0,153
Atitude	8,96(0,40)	9,33(0,59)	8,67(0,72)	0,70	0,664	0,210
Prática	4,88(0,35)	5,50(0,52)	4,42(0,51)	0,285	0,425	<b>0,006</b>
Avaliação global	26,5(1,39)	37,9(1,77)	27,8(1,59)	0,289	0,438	0,929

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para verificar quais outros possíveis fatores influenciaram no incremento da pontuação do escore de Conhecimento, foi proposto um modelo de regressão linear ajustado (tabela 3).

Tabela 3 - Fatores associados à variação média do escore de conhecimento pós-intervenção entre participantes do estudo. Itapetininga, 2022

	Coefficiente	p	IC 95%
Conhecimento pré-intervenção	0.62	<b>0.003</b>	0.24;1.00
Tempo desde a graduação	0.17	<b>0.046</b>	0.003;0.33
Ter pacientes com diagnóstico de TEA	-2.20	0.564	-10.04;5.64

Fonte: Elaboração própria, 2022.

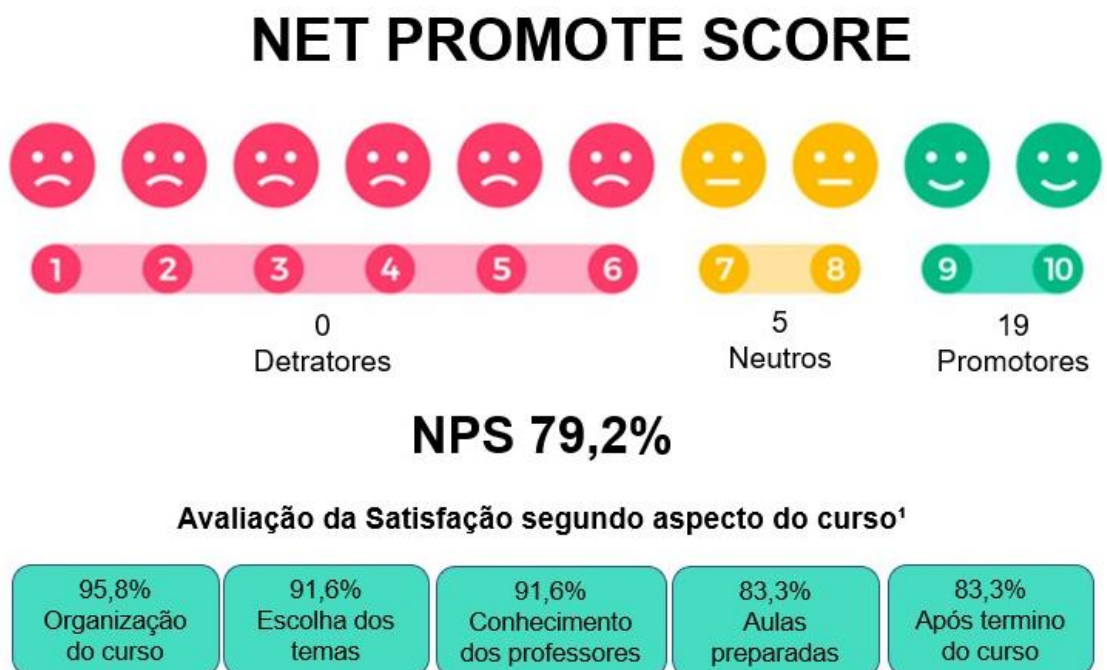
Observa-se que o tempo desde a graduação foi um fator associado ao aumento de conhecimento, sendo que participantes com maior tempo de graduação apresentaram maior ganho no quesito conhecimento, conforme avaliação proposta (p 0,046).

Ter pacientes com diagnóstico de TEA não foi um fator associado à variação do Escore, mas foi considerado uma variável de ajuste para o modelo. O modelo final apresentou um R<sup>2</sup> de 0,53 o que indica que 53% da variação observada no escore de Conhecimento no pós-treinamento foi explicada pelas variáveis contidas no modelo.

### 5.5 Avaliação de Satisfação e Qualitativa

Após a finalização da intervenção foi aplicado o questionário de satisfação para compreensão das percepções dos profissionais sobre o treinamento oferecido. Dentre os 24 participantes do estudo, 19 foram considerados promotores (pontuação entre 9 e 10), os demais eram neutros (pontuação entre 7 e 8), convergindo em um Net Score Promoter (NPS) de 79,2% (Figura 12).

Figura 12 - Net Promote Score e avaliação da satisfação dos 24 participantes da intervenção. Itapetininga, 2022



<sup>1</sup>Considerados satisfeitos aqueles que avaliaram como “satisfeito” ou “muito satisfeito”

Dentre os aspectos do curso avaliados, a organização foi o componente mais bem avaliado (95,8%). Mediante análise de campo aberto do questionário, observou-se que ao final da capacitação os participantes compararam o encontro final (online e presencial) com as demais etapas do estudo. Nesse encontro final ocorreu a discussão do caso clínico preparado por eles e os participantes verbalizaram maior satisfação e preferência por momentos presenciais (online) e por espaços de discussão de casos clínicos reais do seu cotidiano. A interação multiprofissional e o fato da capacitação ser no formato *online*, alguns alunos desejavam que as aulas ocorressem de modo presencial para possibilitar maior interação entre alunos e professores. As aulas gravadas permitiam pouca interação e por isso, o último encontro – realizado no modo síncrono – foi considerado preponderante para avaliação do curso e para sedimentação do aprendizado. Os professores selecionados para compor o time de especialistas que gravaram os conteúdos foram considerados muito capacitados e com linguagem acessível, permitindo a compreensão mesmo de conteúdos mais densos e complexos.

Uma queixa sistêmica foi relacionada ao modo de aplicação dos questionários, os participantes compreenderam, em sua maioria, que os questionários deveriam ser encaminhados por e-mail antes do início da aula para que o tempo do curso não fosse utilizado para preenchimento de dados demográficos e para avaliação dos conhecimentos sobre TEA.

Como durante o último encontro foi possível maior interação entre os participantes do curso, moderadores e organizadores, alguns pontos foram elencados pelos alunos e merecem reflexão.

Os participantes do curso tiveram espaço de fala para apontar os pontos positivos e potenciais melhorias da organização do curso e sobre o aprendizado construído. Uma das enfermeiras participante mencionou que foi nítida a ampliação do seu olhar sobre o TEA após assistir às videoaulas e participar da discussão de casos.

A intervenção também estimulou a criação de redes de conexões entre os diferentes dispositivos referente à RAPS do município e a solicitação de criação de um centro especializado para o cuidado e seguimento de pacientes com TEA. Essa solicitação é fundamentada no aumento de casos observados na prática clínica, como ressaltado por um participante do curso:

*“O curso apresentou temas importantes para a necessidade do nosso município indo ao encontro da realidade do aumento dessa demanda” (Participante 23).*

A troca de experiências, ampliação da visão terapêutica e proximidade com profissionais que atuam diretamente com TEA, proporcionados do último encontro, foram os pontos mais preponderantes para os participantes do curso. Muitas vezes o tratamento de pacientes com TEA pode ser muito solitário e a integração das equipes promove a revisão de condutas e melhora do cuidado na visão dos profissionais que foram capacitados.

O último encontro despertou os profissionais para revisão dos conteúdos ministrados, dessa forma, eles solicitaram à pesquisadora que reabrisse as aulas do canal do *YouTube* para que pudessem revisitar alguns conteúdos, o que foi atendido.

Também foram reportados alguns pontos para aprimoramento, como o levantado pelo participante 42 que transparece o desejo por conteúdo específico para sua profissão/ área de atuação:

*“O curso foi de grande valia para meu crescimento profissional, visto que meu contato com crianças com TEA é recente e via dificuldades que puderam ser sanadas através do mesmo. Como dito na questão anterior senti falta de algo relacionado a fisioterapia, como a abordagem para a execução dos exercícios, mas concluo com grande satisfação e um olhar clínico muito mais apurado e preparado. O curso além de tudo nos fez enxergar a importância do trabalho interdisciplinar e do contato com outros setores do SUS para uma melhor assistência.”*

Ainda que o objetivo primário do treinamento desenvolvido não tenha sido uma capacitação específica, mas sim a troca de conhecimentos de modo mais genérico e inclusivo a todas as profissões, é interessante notar que o material e aulas preparadas possibilitam o despertar para o conhecimento e a percepção de que ainda existe um caminho longo a ser percorrido.

Para aprimoramento, os profissionais sugeriram que outras versões do curso possam contemplar avaliação conjunta de pacientes em encontros presenciais.

A avaliação de alguns dos participantes do curso reforçou a necessidade da educação continuada entre os profissionais de saúde:

*“Foi incrível. Necessário e extremamente importante para a realidade SUS. A formação de profissionais de UBS, principalmente, certamente, ajudará muitas famílias a chegarem precocemente aos serviços de apoio. Ainda é latente o pensamento " Cada criança tem seu tempo... " essa iniciativa sana essa falha do sistema. Parabéns! Sucesso!” (Participante 12).*

*“O curso apresentou temas importantes para a necessidade do nosso município indo ao encontro da realidade do aumento dessa demanda” (Participante 40)*

Nas falas apresentadas ao final do curso foi possível identificar o desejo pelo conhecimento, como nas falas apresentadas abaixo:

*“É muito importante estar em aprendizado agregar novos conhecimentos.” (Participante 20).*

*“A capacitação foi de muito valia para crescimento profissional!” (Participante 36).*



## 6 DISCUSSÃO

Na descrição do perfil sociodemográfico obteve-se uma maioria dos participantes definindo-se pertencentes ao gênero feminino e de cor branca. Esse perfil também foi identificado em outros estudos envolvendo educação continuada aos profissionais da saúde no Brasil e em Arkansas, nos Estados Unidos <sup>54,55</sup>.

O estudo baseou-se na necessidade da SMS do município de Itapetininga, a quem coube a escolha dos profissionais da saúde a serem capacitados, e foi projetado de forma a atender as demandas do município e dos participantes. A SMS reportou que o público-alvo do curso em TEA seria dirigido a profissionais com nível superior completo e pertencentes a rede RAPS de assistência.

O fato da amostra do estudo ser composta por profissionais pertencentes a todos os dispositivos de assistência da RAPS descritos pelo SUS (UBS, CER, CAPSij e NASF), expressa-se como algo possivelmente passível de replicação em qualquer outro município do Estado de São Paulo e no Brasil como um todo, sendo esse fator um diferencial, pois grande parte dos estudos publicados no Brasil acerca de capacitação em TEA se concentra em poucos participantes provenientes de um ou dois dispositivos da RAPS <sup>44,45,56</sup>.

Os participantes do estudo, em sua maioria, expressaram algum desconforto para atuar na assistência ao TEA nas mais distintas demandas que esse apresenta, como a elaboração de plano terapêutico, construção de indicadores para mensurar suas intervenções, diagnósticos e encaminhamentos pertinentes, dentre outros pontos.

Um estudo de revisão sistemática do conhecimento dos profissionais de saúde, autoeficácia e atitudes para trabalhar com pessoas autistas indicou que os profissionais de saúde relatam apenas níveis moderados de conhecimento e autoeficácia sobre autismo e, muitas vezes, carecem de treinamento <sup>57</sup>, o que corrobora também com resultados de outros estudos envolvendo capacitação à equipe de saúde em TEA, evidenciando-se a necessidade e relevância de educação permanente à esses profissionais <sup>45</sup>.

O dinamismo com que se configura o fenômeno do TEA mundialmente se deve à inúmeros fatores, entre eles destacam-se: mudanças em seus critérios diagnósticos, aumento progressivo de incidência, novas evidências sobre práticas clínicas e

tratamentos e, mudanças legislativas brasileiras. Tal cenário tende a gerar nos profissionais da saúde, que assistem essa clientela, enormes desafios e insegurança, corroborando de forma incisiva para necessidade contínua de capacitação interprofissional.<sup>3,5,19,25</sup>

A experiência em capacitação interprofissional que a pesquisadora responsável possui trabalhando ininterruptamente no “Ambulatório de Cognição Social Marcos Mercadante”, vinculado a UNIFESP, e o fato de conhecer a realidade dos serviços de saúde do município de Itapetininga, foram variáveis facilitadoras para a elaboração desse modelo. Também foi fundamental poder contar com profissionais de diferentes áreas com domínio dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para se atuar na assistência ao TEA, possibilitando trazer para o modelo a riqueza emanada das relações interprofissionais<sup>58</sup>.

A prioridade sempre foi planejar e executar a capacitação pautada na prática do Ensino Interprofissional e utilizar predominantemente métodos ativos de ensino aprendizagem, como forma mais eficiente de realizar a capacitação profissional na área da saúde, indo ao encontro das necessidades do SUS, principalmente no que se refere à integralidade dos serviços. A conexão de áreas do saber em um mesmo campo de práticas assistenciais favorece e fortalece as profissões e a multi e interprofissionalidade das equipes de saúde, bem como as práticas colaborativas, constructos que atualizam a noção de trabalho em equipe. Esses pontos garantem a transformação plena nos processos de aquisição de conhecimento e as mudanças das práticas e das atitudes no cotidiano do trabalho. Ressalte-se, ainda, que a prática e o ensino interprofissional estão em consonância com as políticas de indução conjuntas do MEC e MS para a mudança na formação profissional em saúde no Brasil<sup>27-31,59-62</sup> 63.

Baseado na proposta diretiva do Ministério da Saúde (MS) para a rede de assistência ao TEA, o modelo proposto por esse estudo contempla todos os dispositivos da rede RAPS, foi elaborado para assistir a esses, aproximar e estreitar a integralidade dos serviços, a fim de gerar uma maior discussão e consonância entre esses profissionais<sup>25</sup>.

O modelo foi pensado não só para suprir uma necessidade previamente apresentada pelo gestor em saúde do município, o que se reveste de importância, mas considerou as dificuldades e anseios dos próprios participantes, conforme

relataram durante as dinâmicas aplicadas nos encontros online, (roda de conversa e sala de aula invertida). Ouviu-se as demandas dos participantes e concluiu-se pela formulação dos conteúdos a serem ministrados de forma a atendê-los naquilo que a vivência prática exigia.

Segundo Biscarde, 2014:

“A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido”<sup>64</sup>.

Na Andragogia, a aprendizagem é direcionada ao aluno adulto, como ocorreu nesta pesquisa. Os profissionais da saúde inseridos no processo de capacitação pela SMS de Itapetininga puderam exercer sua independência e a autogestão de sua aprendizagem, objetivando aplicabilidade prática, portanto, com grande potencial de utilidade para o enfrentamento dos problemas reais de sua vida profissional. A confrontação da experiência de adultos envolvidos com o mesmo tipo de problema faz do professor um mediador do processo de ensino aprendizagem e do educando um aprendiz, numa ação de reciprocidade e de troca de experiências, sendo um aprendizado de mão dupla.

O período em que a capacitação foi proposta (durante a pandemia da Covid 19) justificaria por si só a desistência em massa de grande parte dos participantes, devido à sobrecarga, o estresse e o sofrimento psíquico sofrido por esses profissionais de saúde, porém eles aderiram e demonstraram a potência que a motivação, o interesse e o objetivo em comum podem gerar no processo de ensino aprendizagem<sup>65 66 67,68 69</sup>.

A atuação na rede de assistência ao TEA exige diferentes e complexos conhecimentos, atitudes e habilidades, sendo assim, a retenção da aprendizagem demanda uma capacitação mais prolongada e repetida para a fixação dos conteúdos e um desempenho assistencial sustentado.<sup>70</sup>

A proposta inicial do modelo era de uma capacitação presencial, minimamente nos 3 primeiros encontros, que utilizasse tão somente métodos ativos de ensino aprendizagem, e a parte das aulas também deveriam priorizar os métodos ativos. No entanto, com a pandemia de COVID 19, houve a imposição da SMS pela mudança para a modalidade à distância e nem todos os docentes convidados possuíam

experiência com tais métodos, principalmente na modalidade online. Assim, concordou-se com a mesclagem metodológica, sendo utilizados como recursos educacionais: videoaulas, com textos associados a animações, imagens e vídeos; vinhetas e dinâmicas em forma de entrevista entre os docentes, que visaram dinamizar a informação, facilitando a adesão à capacitação <sup>71</sup>.

O modelo de intervenção não pôde priorizar as vivências práticas envolvendo simulações de cuidados ou atuação direta de implementação do conhecimento na rotina assistencial dos participantes, o que seria um diferencial, mas foi possível utilizar a discussão de casos como finalizador processual no terceiro encontro. Propôs-se ainda, a utilização de uma atividade teórico-prática através de uma atividade em grupo, a partir de um caso real, sendo esta não executada pelos participantes, que alegaram sobrecarga de trabalho pela pandemia de COVID 19, como motivo principal.

Apesar da preocupação inicial das pesquisadoras em relação aos participantes não assistirem todas as aulas propostas, percebeu-se ao final da capacitação que a turma estava coerente em seu raciocínio no momento da discussão dos casos e demonstraram realmente entender e situar a atuação de cada categoria profissional frente às problemáticas apresentadas.

Referente à adesão e desistência dos participantes em capacitações no formato *online* na área da saúde, Bussot *et al.*, ressaltam a importância de adequar a modalidade oferecida ao perfil dos participantes, pois no modelo autoinstrucional, é importante manter o incentivo do aluno, a fim de superar barreiras inerentes a modalidade e a sua habilidade com a ferramenta *web*. A adoção de um curso *on-line*, sem tutoria, pode resultar na ausência motivacional, por exemplo, pela falta de resposta imediata das dúvidas quanto ao conteúdo, o que contribuiria no estímulo de continuidade no desenvolvimento do aluno nos módulos. Em contrapartida, os autores dessa pesquisa também identificaram que uma oportunidade de melhoria para capacitações *online* seria a inclusão de videoaulas como forma de enriquecer o material didático e o processo de aprendizagem <sup>72</sup>.

A inserção de material didático em forma de videoaulas foi contemplada em nossa intervenção, mas infelizmente não foi possível prever e sanar as desistências obtidas durante a intervenção, particularmente em um período tão difícil de pandemia,

em que os profissionais da saúde tiveram que lidar com tantas variáveis e agentes estressores.

Um outro estudo que buscou investigar os fatores que influenciaram a surpreendente evasão de 1.113 alunos em dois cursos à distância oferecidos pelo Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília obteve respostas de 170 desistentes, que ofereceram subsídio de análise por meio do uso de instrumento aplicado por meio eletrônico, postal e telefone. Os comentários foram analisados e categorizados em quatro motivos: fatores situacionais, falta de apoio acadêmico, problemas com a tecnologia, e falta de apoio administrativo. Esses motivos reforçam os poucos achados de literatura sobre evasão em educação a distância <sup>73</sup>.

Infelizmente, a pandemia do COVID-19 trouxe fatores inesperados que culminaram no afastamento social e na necessidade de transformar cursos presenciais em modalidades EAD, que embora tenha a virtude de ampliar e democratizar a educação, ainda necessita passar por processo de mudança cultural, em que o engajamento realmente aconteça e os distratores sejam superados <sup>74 75</sup>.

Acolheu-se a solicitação da SMS para a mudança da modalidade presencial para a híbrida e EAD, não apenas por não se poder prever por quanto tempo as pessoas permaneceriam em isolamento social, mas igualmente, por qual período os órgãos federais manteriam tal determinação como uma das principais medidas de prevenção.<sup>76</sup>

Tentou-se adequar ao máximo, as evidências científicas sobre educação permanente em saúde, a experiência das pesquisadoras em capacitação educacional e em TEA, as demandas dos participantes e as solicitações dos gestores, pois em todo o momento esse estudo foi pensado para ser desenvolvido e construído “a muitas mãos”, como uma costura artesanal cuidadosa que resultasse numa colcha de retalhos dimensionada para cobrir a cama da pandemia. Tentou-se evidenciar a possibilidade real de se projetar uma capacitação que pudesse ser ao mesmo tempo extremamente personalizada, mas também totalmente passível de replicação a todos os demais municípios e serviços brasileiros de assistência ao TEA.

Os participantes não relataram nenhum problema ou contratempo envolvendo o uso de recursos tecnológicos ou conexão com a internet, ao contrário, mencionaram terem gostado da disponibilidade das videoaulas pelo período de dois meses na rede, pois assim puderam rever os conteúdos que mais os interessaram quantas vezes

quisessem. Esse dado pode ser considerado um ponto a se justificar a avaliação positiva de satisfação dos participantes em realizar a intervenção educacional.

O instrumento construído para mensurar o nível de conhecimento, atitudes e práticas pré e pós-intervenção, em consonância com outros autores, foi concebido de forma personalizada às necessidades trazidas pelos participantes, portanto, com potencial de oferecer maior eficácia para o modelo. Ele foi construído após o delineamento dos objetivos de aprendizagem e de todo o conteúdo que seria ministrado, e algumas perguntas foram baseadas na experiência das pesquisadoras e no conhecimento prévio dos alunos que foi identificado por meio do método da sala de aula invertida, realizada no primeiro encontro <sup>45,56,77</sup>.

Observou-se nos resultados que apenas o Escore de Conhecimento apresentou significância estatística com aumento da pontuação relacionado ao treinamento proposto (pré-pós e pré-pós-pós tardia). O componente Atitude não apresentou mudança e o componente Prática apresentou variação no escore de pós-intervenção imediata e tardia, indicando que a redução na pontuação entre os dois momentos de tempo é significativa do ponto de vista estatístico.

Os fatores associados à variação média do escore de conhecimento pré e pós-intervenção foi associado ao fato dos participantes apresentarem um escore elevado na pontuação inicial do questionário de pré-intervenção. Para entender esse fenômeno pode-se utilizar a Teoria da Aprendizagem significativa de Ausubel, em que um dos pontos centrais se dedica em valorizar o conhecimento prévio do aprendiz, definindo-os como “subsunçores”. Para Ausubel, o conhecimento prévio do aprendiz serve de ancoragem para o conhecimento vindouro através do processo de ensino aprendizagem e, assim, gera a aprendizagem significativa dos conteúdos. Deste modo, quanto maior o nível de conhecimento prévio – subçunçores - para ancorar o novo conhecimento proposto por meio da intervenção educacional, possivelmente maior será o ganho e manutenção do conhecimento <sup>38,79</sup>.

Segundo Blanco-Vieira *et al*, algumas características são identificadas como relevantes para o sucesso das intervenções educacionais em saúde envolvendo a saúde mental, e algumas pode-se afirmar que foram utilizadas no estudo, sendo proposto pelo autor: (1) foco em temas relacionados às práticas cotidianas dos aprendizes; (2) usar vários métodos de ensino com ênfase em métodos interativos e práticos, como dramatizações, *feedback* constante e ferramentas práticas (por

exemplo, diretrizes, livros de exercícios e painéis de discussão); (3) desenhar os programas para aumentar o interesse e a motivação dos participantes; (4) envolver especialistas no desenvolvimento do programa; (5) inscrição de participantes maduros e experientes; (6) trabalhar em grupos interdisciplinares; (7) ofertar programas com horários flexíveis; (8) utilização de recursos de *e-learning*; (9) reestruturar o serviços para otimizar a implementação do conhecimento na rotina prática de trabalho; e (10) fornecer tempo suficiente para executar os currículos planejados <sup>79</sup>.

Utilizando essas bases, identifica-se no modelo de intervenção alguns dos itens mencionados acima, sendo eles os 1º, 4º, 7º, 8º e 10º. Referente ao 1º item, durante nossa intervenção foi proposto abordar nas videoaulas os temas que os próprios participantes pontuaram no segundo encontro, relacionados às demandas de suas próprias práticas cotidianas. Em relação ao 4º item, convidou-se especialistas experientes, de múltiplas áreas afeitas ao TEA, para auxiliar no desenvolvimento dos conteúdos em todos os momentos do planejamento da intervenção. Relacionado ao 7º item, a disponibilização das videoaulas ocorreu por um período de 2 meses, e os participantes puderam escolher o melhor dia e horário para assisti-las, podendo revê-las nos momentos que quisessem durante o período estabelecido. Ainda, foram utilizados recursos de *e-learning*, conforme já descrito, e houve tempo suficiente para a execução do que foi planejado.

O 5º item do estudo de Blanco-Vieira *et al.*, não foi utilizado para desenhar o modelo de intervenção, mas pode-se correlacioná-lo com o dado obtido com significância estatística quanto ao tempo de graduação dos participantes até a data de aplicação da intervenção. O tempo desde a graduação pode ser entendido como a experiência e a maturidade dos participantes e outros estudos também trouxeram dados similares, ou seja, foram fatores de impacto positivo em programas de treinamento, as características dos participantes envolvendo maturidade e nível de formação dos aprendizes <sup>80,81</sup>.

Na avaliação dos participantes pelo questionário, houve modificação significativa no escore pré e pós-intervenção no domínio de prática, porém não se manteve no pós-intervenção tardia. Talvez fosse interessante ter realizado um acompanhamento mais próximo, sistemático e intensivo por maior tempo para que esses escores se mantivessem em ascensão. A atuação mais próxima nos acompanhamentos, envolvendo atividades mais práticas e baseadas na problemática

do cotidiano são diferenciais preditores de modificação nas atitudes e práticas dos participantes dos estudos envolvendo capacitação profissional em saúde.

Alguns estudos referenciam a importância fundamental de momentos de discussão e reflexão para a consolidação do processo de ensino aprendizagem principalmente de aprendizes adultos, e esse fator é particularmente importante para aprendizes da área da saúde. Essa pode ser uma boa hipótese para o achado de não manutenção do escore de aquisição registrado no domínio de atitudes e práticas, no questionário pós imediato, mas que não se sustentou na aplicação após três meses<sup>79,81</sup>. Um estudo de revisão concentrou-se em analisar o impacto dos programas de treinamento relacionados ao autismo no conhecimento médico, autoeficácia e comportamento prático, e um dos resultados encontrados foi a necessidade de desenvolvimento e avaliação dos programas de treinamento em autismo e recomenda-se que eles se concentrem em melhorar o comportamento do profissional da saúde e o impacto disso nos resultados do paciente, não apenas a aquisição de conhecimento<sup>82</sup>. É certo que esse problema se reproduz nas áreas de saúde, mesmo com treinamentos eminentemente práticos, mostrando a necessidade de repetição de capacitações, mesmo que a temporalidade ideal para a aquisição e retenção de conhecimentos e habilidades ainda permaneça obscura na literatura científica<sup>52,70</sup>.

Finalizando, no geral, o *feedback* fornecido pelos questionários e através da videoconferência final do terceiro encontro demonstrou um bom nível de satisfação expresso pelos participantes.

### **6.1 Fragilidades e pontos fortes do estudo.**

As principais fragilidades do estudo estão relacionadas à utilização de uma amostra relativamente pequena, cerca de metade dos profissionais possíveis, de acordo com o solicitado pela SMS do município. Não se pode, portanto, generalizar os resultados para uma população mais ampla de profissionais que prestam serviços de assistência direta ou indiretamente ao TEA.

A solicitação da SMS para a mudança do modelo presencial dos encontros para a modalidade *online* e a inexperience dos docentes convidados em adequar suas aulas para o formato gravado e empregando métodos ativos, foram fatores que podem



ter contribuído para os resultados e estes poderiam ser outros, se o modelo fosse implantado conforme o planejado inicialmente.

Apesar dessas limitações, o presente estudo forneceu informações importantes para o desenvolvimento e avaliação de futuros modelos de intervenções educacionais em saúde para profissionais que atuam direta ou indiretamente com o TEA, sendo que o questionário KAP se constituiu em instrumento de grande valia por ter alto IVC e ter sido corroborado por nove juízes muito qualificados.

Detectou-se como pontos fortes da capacitação, a elaboração de um modelo interprofissional de capacitação, pensado a partir das demandas dos participantes, reproduzível em outros municípios e estados e com docentes experientes em TEA.

Essa capacitação foi a primeira a ser realizada no município, sendo considerada como um marco, e garantiu-se com ela a capacitação de um ou dois profissionais da saúde de todos os dispositivos da rede RAPS de assistência ao TEA, ou seja, passível de replicação de conhecimento apreendido entre todos os demais profissionais dos dispositivos.

Outro ponto muito positivo foi o estímulo a criação de redes de conexões entre os dispositivos do SUS referentes à RAPS do município (Centro de Reabilitação e o CAPS-IJ), o que gerou demanda legítima junto à SMS de criação de um centro especializado para o cuidado integral e seguimento de pacientes com TEA, que se encontra sob análise da SMS de Itapetininga.

## 7 CONCLUSÃO

Foi possível elaborar e aplicar um modelo de Ensino Interprofissional em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) aos profissionais da saúde do município de Itapetininga e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas desses profissionais da saúde sobre TEA, antes e após intervenção delineada no formato *online*.

Apesar de notar-se significativo aumento entre o escore pré-intervenção e pós-intervenção imediata para todos os componentes avaliados, esse mesmo dado não se repetiu na análise da retenção após três meses, exceto para o atributo conhecimento. Portanto, a continuidade do processo educativo é sugerida fortemente como mola propulsora de melhor assistência ao TEA. Os fatores associados a esse aumento foram um melhor escore inicial no pré-teste e maior tempo desde a graduação até a aplicação da intervenção.

Encontrou-se altos níveis de satisfação com o programa e esse estudo contribuiu para a compreensão da aceitabilidade e eficácia dos programas de aprendizagem *online* para os profissionais da saúde. Foi também um marco na integração dos diferentes dispositivos de apoio e assistência ao TEA na rede RAPS do município de Itapetininga, pois foi informado que após a intervenção foram agendadas reuniões entre os coordenadores dos serviços CAPS IJ e Centro de Reabilitação Municipal, com o intuito de alinhamento de estratégias visando uma política de assistência integral aos pacientes.

Com o intuito de demonstrar o quanto esse tema é inesgotável, levanta-se a reflexão sobre as condições ambientais e emocionais em que o estudo foi desenvolvido, necessitando uma adequação às pressas para um formato híbrido. Ter-se-ia o mesmo resultado se o estudo fosse realizado no desenho e formato inicialmente proposto à SMS? Se fossem aplicadas vivências práticas, ao lado do arcabouço teórico, aos participantes, os resultados dos escores de atitudes e práticas teriam sido mantidos em ascensão ou apresentado ganhos ainda maiores?

Tais indagações e reflexões impulsionam o anseio das pesquisadoras em continuar perseguindo tais investigações e convida a ações que visem a replicação do estudo em outros municípios, com brevidade, neste momento em que é possível planejar atividades educacionais presenciais, possibilitando uma exposição

abrangente e contextualizada a todos os profissionais de saúde da RAPS e com resultados que poderão ser comparados com aqueles por nós obtidos.

## REFERÊNCIAS

1. Halfon N, Kuo AA. What DSM-5 could mean to children with autism and their families. *JAMA Pediatrics*. julho de 2013;167(7):608–13.
2. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, Jones EJH, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL VVJ. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;Jan 6(1):1–23.
3. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*. 2014;11(2):96–117.
4. Tomoya Hirota BHK. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*. 2023;329(2):157–68.
5. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian A V., Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ*. 2021;70(11):1–16.
6. Paiva Jr F. EUA publica nova prevalência de autismo: 1 a cada 44 crianças, com dados do CDC [Internet]. Canal autismo. 2021 [citado 5 de junho de 2022]. Available at: <https://www.canalautismo.com.br/noticia/eua-publica-nova-prevalencia-de-autismo-1-a-cada-44-criancas-segundo-cdc/#:~:text=%2Cjornalista%2Cempreendedor.,EUA publica nova prevalência de autismo%3A1 a cada,crianças%2C com dados do CDC&text=Uma em cada 44>
7. Graf WD, Miller G, Epstein LG, Rapin I. The autism epidemic Ethical, legal, and social issues in a developmental spectrum disorder. *Neurology*. 2017;88(14):1371–80.
8. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*. fevereiro de 2020;9:S55–65.
9. Kim H, Keifer C, Rodriguez-Seijas C, Eaton N, Lerner M, Gadow K. Quantifying the Optimal Structure of the Autism Phenotype: A Comprehensive Comparison of Dimensional, Categorical, and Hybrid Models . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(9):876–86.
10. Risch N, Hoffmann TJ, Anderson M, Lisa Croen MA, Grether JK, Windham GC. Familial Recurrence of Autism Spectrum Disorder: Evaluating Genetic and Environmental Contributions. *Am J Psychiatry* . 2014;Nov 1;171:1206–13.
11. Walsh CA, Morrow EM, Rubenstein JLR. Autism and Brain Development. Vol. 135, *Cell*. 2008. p. 396–400.

12. Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(18):e6696.
13. Fajardo J, Albores-Gallo L, Genis-Mendoza AD, Martínez-Magaña JJ, Nicolini H. Advanced paternal age as a risk factor for autism spectrum disorder in a Mexican population. *Salud Mental*. 2020;43(3):113–8.
14. Agrawal S, Rao SC, Bulsara MK, Patole SK. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Preterm Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20180134.
15. Parisi A, Parisi S. Autism, 75 years of history: From psychoanalysis to neurobiology. *AIMS Molecular Science*. 2019;6(1):20–6.
16. Souza D. Transtorno do Espectro do Autismo e a História do seu cuidado. In: *Terapia Ocupacional e sua representatividade no Transtorno do Espectro do Autismo: Teoria e Prática*. Ribeirão Preto: Booktoy; 2022. p. 398.
17. Lai MC, Kasseh C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):819–29.
18. Quedas, Carolina Lourenço Reis et al. Avaliação motora de crianças com Transtorno do Espectro Autista entre 7 e 10 anos. *Brazilian Journal of Motor Behavior*. 2020;14 (4):04–5.
19. Hume K, Steinbrenner JR, Odom SL, Morin KL, Nowell SW, Tomaszewski B, et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021;51:4013–32.
20. Deboth KK, Reynolds S. Research in Autism Spectrum Disorders A systematic review of sensory-based autism subtypes. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2017;36:44–56.
21. Souza RA, Santos JA, Silva J, Soares SA. Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com transtorno do espectro autista. *Cadernos UniFOA*. 2019;v. 14, n.:95–105.
22. Figueiredo AC. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Rev psicol polit*. 2019;19(44):78–87.
23. Degner D, Brasil R. Reforma Psiquiátrica Brasileira : dos seus Antecedentes aos Dias Atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*. 2021;10(1):14–32.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue no Brasil Informe epidemiológico 16 / 2009 Monitoramento CGPNCD [Internet]. 2009 [citado 9 de junho de 2022]. Available at: <https://docplayer.com.br/63679973-Ministerio-da-saude-secretaria-de-vigilancia-em-saude-dengue-no-brasil-informe-epidemiologico-16-2009-monitoramento-cgpncd.html>
25. Brasil. Ministerio da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde . 2015.
26. Lemos CLS. Educação permanente em saúde no Brasil: Educação ou gerenciamento permanente? *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016;21(3):913–22.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 [Internet]. Brasília; 2004 [citado 11 de junho de 2022]. p. 303. Available at: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>
28. Brasil.Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2014.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília; 2018.
30. Brasil M da S. Plano Estadual De Educação Permanente em saúde de São paulo 2020-2023. São Paulo; 2019.
31. Jacobovski R, Ferro LF. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(3):e39910313391.
32. Costa M. A educação interprofissional no contexto brasileiro : algumas reflexões. *Interface Comunicação e Saúde*. 2016;20(56):197–8.
33. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no . 9. *Medical Teacher*. 2007;29:735–51.
34. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Mcfadyen A, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education : BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*. 2016;(39):656–68.
35. Pagliosa FL, Ros MA. The Flexner Report: for Good and for Bad. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(4):492–9.
36. Paula CS, Mackenzie UP, Paulo S, Brasil SP, Mackenzie UP, Paulo S, et al. Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo ? *Revista PsicologiaTeoria e Prática*. 2016;18(1):206–21.

37. Pereira JC, Monte LRS, Souto CC, Carvalho AHM, Teixeira L dos S, Renovato RD, et al. Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa: Processo Educativo no Ensino em Saúde. *Revista de Ensino Educação Ciências Humanas*. 2021;22(1):11–9.
38. Moran LB& J. Metodologias ativas para uma educação inovadora. Uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso; 2018. 238 p.
39. Swiezy N, Stuart M, Korzekwa P. Bridging for Success in Autism: Training and Collaboration Across Medical, Educational, and Community Systems. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008;17(4):907–22.
40. Andrade AM, Girardi J da M, Mello NF, Köptcke LS, Elias FTS. Recursos educacionais para capacitação de profissionais que cuidam de crianças com deficiências : um overview. *Tempus, actas de saúde colet, Brasília*, 1. 2021;14(2):169–89.
41. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014;67(6):1000–7.
42. Love AR, Jensen PS, Khan L, Brandt TW, Jaccard J. The Basic Science of Behavior Change and Its Application to Pediatric Providers. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2017;26(4):851–74.
43. Clark A, Browne S, Boardman L, Hewitt L, Light S. Implementing UK Autism policy & national institute for health and care excellence guidance- assessing the impact of Autism training for frontline staff in community learning disabilities teams. *British Journal of Learning Disabilities*. 2016;44(2):103–10.
44. Bordini D, Lowenthal R, Gadelha A, de Araujo Filho GM, Mari J de J, Paula CS. Impact of training in autism for primary care providers: A pilot study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015;37(1):63–6.
45. Silva LC, Teixeira MCTV, Ribeiro E, Paula C. Impact of a provider training program on the treatment of children with autism spectrum disorder at psychosocial care units in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2018;40(3):296–305.
46. Brasil. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98. [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2012 [citado 1 de dezembro de 2022]. Available at: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm#:~:text=LEI N° 12.764%2C DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.&text=Institui a Política Nacional de,11 de dezembro de 1990](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm#:~:text=LEI N° 12.764%2C DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.&text=Institui a Política Nacional de,11 de dezembro de 1990).
47. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. sexta. São paulo: Atlas; 2009. 53 p.

48. Salles Filho SLM, Castro PD de, Zeitoum C, Colugnati F, Alonso JEOS, Firpo SP. Aplicação do Método Quase-experimental para Avaliação de Resultados e Impactos de Programas de CT & I : um estudo a partir do Programa Biota / FAPESP. In: XIV Congresso Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica. Lima-Perú; 2011.
49. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters*. 1970;11(1):1–13.
50. World Health Organization. Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) surveys during cholera vaccination campaigns: Guidance for Oral Cholera Vaccine Stockpile Campaigns “WORKING COPY”. Working Group on Monitoring & Evaluation. 2014.
51. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. 2017;26(3):649–59.
52. Sisto FF, Muniz M, Bartholomeu D, Pasetto NSV, Oliveira AF de, Lopes WMG. Estudo para a construção de uma escala de satisfação acadêmica para universitários. *Aval psicol*. 2008;7(1):45–55.
53. Duarte T. Net Promoter Score: entenda o que é o NPS e como implementar esta métrica na sua empresa [Internet]. track.co. 2021 [citado 29 de novembro de 2022]. p. <https://track.co/blog/net-promoter-score>. Available at: <https://track.co/blog/net-promoter-score>
54. Bynum AB, Irwin CA, Cohen B. Satisfaction with a distance continuing education program for health professionals. *Telemedicine and e-Health*. 2010;16(7):776–86.
55. Silva, R P; Feijó, L P; Serralta FB. “Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Usuários de um Ambulatório de Saúde Mental.” *Revista de Psicologia da IMED*. 2021;13.1:41–54.
56. Lowenthal R, Silva LC e, Miranda CT de, Coelho JAP de M, Paula CS de. Autistic spectrum disorders in Brazilian primary care: Telehealth and face-to-face training method. *Psicologia - Teoria e Prática*. 2019;21(3):501–16.
57. Corden K, Brewer R, Cage E. A Systematic Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Self-Efficacy and Attitudes Towards Working with Autistic People. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022;9(3):386–99.



58. TEAMM. TEAMM. Ambulatório de Cognição Social Marcos Mercadante. [Internet]. 20.03.2020. 2020 [citado 29 de novembro de 2022]. Available at: <https://teammunifesp.com/>
59. Montanari PM. Work training in undergraduate degrees in health. *Saude e Sociedade*. 2018;27(4):980–6.
60. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, da Silva JAM, de Souza GC. Interprofessional education: Training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2013;47(4):973–9.
61. Lawlor MC, Mattingly CF. The Complexities Embedded in Family-Centered Care. *American Journal of Occupational Therapy*. 1998;52(4):259–67.
62. Batista SHS da S, Jansen B, de Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Education in Health: Reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs. *Interface: Communication, Health, Education*. 2015;19(c):743–52.
63. Rosa OM, Teo CRPA, Mattia BJ, Ribeiro KP. Educação Interprofissional em Saúde: elucidando conceitos. *Research, Society and Development*. 2022;11(12):e74111234216.
64. Biscarde DG dos S, Pereira-Santos M, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e sistema único de saúde (SUS): Conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface: Communication, Health, Education*. 2014;18(48):177–86.
65. Mombelli JMR, Barbosa GC, Claro HG, Boska G de A, Oliveira MAF de. Preditores de sobrecarga dos trabalhadores de saúde mental durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(suppl 3):1–8.
66. Barros R. Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. *Educacao e Pesquisa*. 2018;44:1–19.
67. Knowles MS. The Modern Practice of Adult Educationa From Pedagogy to Andragogy Revised and Update 4 What Is Andragogy? In the Beginning Was Pedagogy [Internet]. *Religious Education*. 1980 [citado 1 de dezembro de 2022]. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/8948/296248bbf58415cbd21b36a3e4b37b9c08b1.pdf>
68. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. 38º ed. São paulo: Paz na Terra; 1996. 21 a 47.

69. Dantas ESO. The mental health of brazilian health professionals within the context of the COVID-19 pandemic. *Interface: Communication, Health, Education*. 2021;25:1–9.
70. Araújo PRS, Santana B de S, Nogueira JW da S MM da S. Simulação Clínica na Retenção tardia de Conhecimento e Autoconfiança de Profissionais de Enfermagem: Estudo Quase Experimental. *Cogitare Enfermagem*. 2022;v 27:e81568.
71. Bethânia M, Bueno T, Isabel M, Moreira G, Augusto F, Brod T. Video Aulas como ferramenta complementar na aprendizagem em saúde: Reflexões sobre o discurso de estudantes da área . *Revista Tecnologias Educacionais em Rede (ReTER)*. 2021;10:1–20.
72. Bussotti EA, Leite MTM, Alves AC da C, Cristensen K. Capacitação on-line para profissionais da saúde em três regiões do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69(5):981–5.
73. De Souza De Almeida OC, Abbad G, Meneses PPM, Zerbini T. Evasão em Cursos a Distância: Fatores Influenciadores. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2013;14(1):19–33.
74. Dias JAA, Dias MFSL, Oliveira ZM, Freitas LMA de, Santos NCN, Freitas M da CA. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2020;10:e3795.
75. Garcia FW, Kantoviscki ALL, Vettorazzi MLT, Ogradowski KRP, Kantoviscki AR. Percepção de docentes de cursos da área da saúde sobre adaptação ao ensino remoto. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2022;23:1–13.
76. São Paulo. Sistema de Monitoramento Inteligente do Governo de São Paulo atualiza diariamente índice de adesão ao isolamento social no Estado [Internet]. Governo do Estado de São Paulo. 2023 [citado 10 de janeiro de 2023]. Available at: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/isolamento/>
77. Frisanco FM, Carbol M, Dos Santos LL, Fabbro MRC. Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde sobre pré-natal: construção e validação de questionário / Knowledge, attitudes and practices of health professionals about prenatal care: construction and validation of a questionnaire. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(5):21510–30.
78. Ausubel, David Paul; Novak, Joseph D; Hanesian H. *Psicologia Educacional*. 2. ed. Interamericano, organizador. Rio de Janeiro: Interamericano; 1980.
79. Blanco-Vieira T, Cunha Ramos FA, Lauridsen-Ribeiro E, Vieira Ribeiro MV, Meireles EA, Nóbrega BA, et al. A guide for planning and implementing

- successful mental health educational programs. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2018;38(2):126–36.
80. Calabro K, Mackey TA, Williams S. Evaluation of Training Designed to Prevent and Manage Patient Violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002;23(1):3–15.
81. Jayatilleke N, Mackie A. Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: A literature review. *Journal of Public Health (United Kingdom)*. 2013;35(2):308–12.
82. Clarke, L., & Fung LK. The impact of autism-related training programs on physician knowledge, self-efficacy, and practice behavior: A systematic review. *Autism*. 2022;26(7):1626–1640.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa intitulada “*Elaboração e Implementação de Modelo de Ensino Interprofissional (EIP) aos Profissionais de Saúde que atuam com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)*”. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

Os objetivos da pesquisa são: elaborar e aplicar capacitação em modelo EIP em TEA aos profissionais da saúde do município de Itapetininga (SP) e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da saúde sobre TEA, antes e após a capacitação.

Você foi informado(a) que pode esperar alguns benefícios porque a capacitação aumentará seu conhecimento e segurança no trato com a população TEA, podendo assim, identificar, acompanhar e encaminhar mais facilmente os pacientes para acompanhamento multiprofissional, desenvolvendo habilidades e atitudes positivas para sua atuação profissional. A pesquisa oferece riscos mínimos de danos às suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, mas poderá se sentir desconfortável por lidar com coisas que não sabe e receber críticas construtivas acerca da sua atuação, porém a pesquisadora responsável se compromete em mediar as devolutivas para que sejam feitas sempre de forma positiva, visando seu crescimento profissional. Poderá também sentir-se cansado por ter assumido o compromisso com as atividades que não fazem parte de sua rotina, mas terá tempo para realizar as tarefas propostas que procuraremos fazer de forma agradável.

Os seus dados serão coletados através da aplicação de questionários antes e após a capacitação. Será pedido que participe de todas as fases da pesquisa que são: dois encontros iniciais presenciais gravados e fotografados, sendo um de levantamento das demandas e necessidades das equipes e assinatura deste Termo de Consentimento; e outro, para apresentação da metodologia de ensino, currículo do corpo docente, ensino do uso da plataforma *on line* e aplicação do questionário pré intervenção. A partir daí, com a disponibilização das aulas na plataforma *on line* você deverá desenvolver todas as atividades propostas e, haverá um encontro final em formato de roda de conversa (gravado e fotografado) com todos os participantes da capacitação e os docentes para discussão, fechamento e aplicação dos questionários pós-intervenção imediata e de pesquisa de satisfação. Para uso de imagens será assinado um termo de cessão de uso de imagens. Haverá a reaplicação do questionário após 3 meses do término da capacitação para que os pesquisadores possam avaliar se reteve os conhecimentos ensinados, ou seja, se a capacitação foi produtiva para você e para o seu local de trabalho.

As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, expor sua identidade, será mantido em absoluto sigilo.

A pesquisa não envolve custos de participação. Caberá ao pesquisador providenciar todo material e condições para a pesquisa, não havendo nenhuma compensação ou

gastos financeiros para você.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são DINARA CASSIA DE SOUZA, mestranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Educação nas Profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba e Prof.a Dra. CIBELE ISAAC SAAD RODRIGUES, sua orientadora, com quem poderá manter contato pelos telefones (15) 98117-6027 e (15) 32323609, respectivamente.

Fica assegurada sua assistência durante toda pesquisa, em relação ao que está sendo pesquisado e seus desdobramentos, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas possíveis consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de qualquer reclamação, dúvidas ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão que protege os participantes de pesquisas, é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Fica localizado na Rua Joubert Wey, 290. Sala 506, no 5º andar da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Jd. Vergueiro. CEP 18030-070. Você poderá também entrar em contato pelo telefone (15) 32129896 ou enviar e-mail para cepfcms@pucsp.br.

Fica claro que poderá retirar seu consentimento, a qualquer tempo, deixando de participar, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo, pena ou responsabilidade.

Após ter sido apresentado(a) e esclarecido(a) sobre todos os procedimentos que foram aqui mencionados e, ainda, tendo compreendido a natureza e os objetivos do estudo, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento, que foi elaborado em duas vias, devendo uma ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário e outra ficará com o pesquisador.

Itapetininga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Itapetininga, \_\_\_\_\_

### **Declaração do pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Dinara Cassia de Souza

Itapetininga, \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM DOS PARTICIPANTES  
E DOS DOCENTES ENVOLVIDOS NA CAPACITAÇÃO**

Pelo presente instrumento particular, EU  
 .....,  
 portador(a) da Carteira de Identidade RG nº ..... e do CPF  
 nº....., na qualidade de **CEDENTE**, cedo à pesquisadora Dinara  
 Cassia de Souza e à sua orientadora Prof.a Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues, através  
 do projeto de pesquisa “ **Elaboração e Implementação de Modelo de Ensino  
 Interprofissional aos Profissionais de Saúde que atuam com Transtorno do  
 Espectro do Autismo**” ....., que  
 será desenvolvido no Programa de Estudos Pós-graduados em Educação nas  
 Profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia  
 Universidade Católica, campus Sorocaba, na qualidade de **CESSIONÁRIA**, os direitos  
 de publicação e/ou exibição pública ou privada, compreendendo imagem, nome em  
 artes e obra, em gravações, reproduções em vídeo, inclusive pelo sistema home-  
 vídeo, transmissões ao vivo e pré-gravadas por televisão, e quaisquer outros, para  
 fins **exclusivamente** de divulgação da pesquisa acima citada, não podendo ser  
 comercializadas. A presente cessão é outorgada em caráter definitivo e irrevogável,  
 sendo certo que o (a) **CEDENTE** renuncia a toda e qualquer remuneração pelo uso  
 de sua imagem.

Itapetininga, ..... de ..... de 202.....

Assinatura do Cedente:

---

Obs: Modelo desenvolvido pela assessoria jurídica da Fundação São Paulo.

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO INICIAL

Muito obrigada por participar da avaliação da nossa capacitação. Nosso objetivo é entender melhor os fatores que podem tornar a capacitação mais ou menos bem-sucedida e, assim, podermos melhorar as próximas.

Ficamos agradecidos com quaisquer comentários adicionais, em resposta às nossas perguntas. Nós gostaríamos se você puder responder as perguntas, da melhor forma possível, utilizando as categorias fornecidas. No entanto, se você quiser incluir informações adicionais nas margens ou ao final, por favor, sinta-se livre para fazê-lo e seus comentários só engrandecerão nossa pesquisa.

1. 1.Nome:

\_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_ (anos completos)

3. Cor da pele: \_\_\_\_\_ (branco, preta, parda, amarela, outra)

4. Gênero: \_\_\_\_\_

5. Profissão: \_\_\_\_\_

6. Escolaridade: \_\_\_\_\_

7. Ano da graduação: \_\_\_\_\_

8. O seu curso de graduação utilizou métodos tradicionais de ensino?  
( ) sim ( ) não

Quais foram utilizados? \_\_\_\_\_

9. Especialização: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

10. Ano(s) da(s) especialização(ões) : \_\_\_\_\_

11. Mestrado: ( ) Sim ( ) Não

Indique o local: \_\_\_\_\_

12. Doutorado: ( ) Sim ( ) Não

Indique o local: \_\_\_\_\_

13. Local onde trabalha:

---

14. Cargo (função) nesse local:

---

15. Número de anos nesse cargo: ( ) Menos de 1 ano ( ) 1 a 3 anos  
( ) 3 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos

16. Em relação ao programa de capacitação em TEA apresentado, coloque o número correspondente na frente de cada alternativa, de acordo com sua percepção de utilidade, utilizando a escala abaixo:

1. Muito pouco útil 2. Pouco útil 3. Moderadamente útil 4. Boa utilidade 5. Muito boa utilidade

- a. Dinâmica inicial para levantamento da problemática. N<sup>o</sup>
- b. Aula em vídeos. N<sup>o</sup>
- c. Atividade após as aulas (assistir filme e responder perguntas). N<sup>o</sup>
- d. Discussão em miniequipes. N<sup>o</sup>
- e. Discussão com todos os participantes. N<sup>o</sup>
- f. Elaboração do portfólio. N<sup>o</sup>
- g. As situações apresentadas durante a capacitação foram relevantes para a sua prática. N<sup>o</sup>



**APÊNDICE D – CONVITE PARA PARTICIPAR COMO JUIZ DA PESQUISA NA  
FASE 1: CONCORDÂNCIA ENTRE TEMAS ABORDADOS PARA AS  
VIDEOAULAS**

Elaboração dos temas das videoaulas gravadas, baseados na problematização da realidade e demandas apresentadas pelos profissionais da saúde do município de Itapetininga acerca do transtorno do espectro do autismo. Parte assíncrona da intervenção educacional interprofissional proposta através do projeto de pesquisa descrito abaixo.

Caro (a) Professor (a),

Meu nome é Dinara Cassia de Souza, sou aluna do Curso de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde, da Pontifícia Universidade Pontifícia Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba. Estou desenvolvendo pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Cibele I. Saad Rodrigues, com o título: Elaboração e Implementação de um Modelo de Intervenção Educacional aos Profissionais de Saúde que Atuam com Transtorno do Espectro do Autismo.

São objetivos do estudo elaborar e aplicar um modelo Ensino Interprofissional em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) aos profissionais da saúde do município de Itapetininga e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas desses profissionais da saúde sobre TEA, antes e após intervenção.

A primeira etapa da coleta de dados e da intervenção educacional foi um encontro *online*, onde foi disponibilizado um material teórico previamente para os integrantes lerem e durante o encontro foi aplicado o método de sala de aula invertida associado a uma roda da conversa para problematização da realidade profissional dos participantes e coletar suas principais demandas e necessidades sobre seus conhecimentos teóricos e as lacunas de suas práticas profissionais. Após essa coleta de dados, foi organizada uma lista com todos os itens mencionados pelos integrantes e realizada uma organização sobre os campos e constructos apresentados por eles como demandas. A partir dessa primeira categorização elaboramos uma lista com

temas para as sustentações teóricas e convidaremos especialistas nas áreas para ministrá-las.

Sendo assim, gostaria de convidá-lo a analisar essa organização e categorização temática para a elaboração dos temas das aulas e relatar se há concordância com a nossa percepção ou se sugere adaptações ou outros temas a serem abordados baseado nas demandas dos profissionais.

## **APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DOCENTES ENVOLVIDOS NA CAPACITAÇÃO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) docente/e ou juiz da pesquisa intitulada “Elaboração e Implementação de Modelo de Ensino Interprofissional (EIP) aos Profissionais de Saúde que atuam com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)”. Sua contribuição é importante para que seja uma capacitação multiprofissional, inter e transdisciplinar, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

Os objetivos da pesquisa são: elaborar e aplicar capacitação em modelo EIP em TEA aos profissionais da saúde do município de Itapetininga (SP) e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da saúde sobre TEA, antes e após a capacitação.

Você foi informado(a) que pode esperar alguns benefícios indiretos porque a capacitação colaborará para que possa transferir meus conhecimentos no trato com a população TEA, possibilitando aos profissionais identificar, acompanhar e encaminhar mais facilmente os pacientes para acompanhamento multiprofissional, desenvolvendo habilidades e atitudes positivas para suas atuações profissionais. A pesquisa oferece riscos mínimos de danos às suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, mas poderá se sentir desconfortável por lidar com profissionais com pouco conhecimento sobre a temática, precisando dar devolutivas, embora estas serão sempre no sentido construtivo (*feedback* positivo). Também poderá ter benefícios diretos advindos da troca de experiências, aprendizado de métodos de ensino inovadores e modalidades de avaliação de capacitação, interagindo com outros profissionais na área de TEA, melhorando assim suas práticas. As fases da pesquisa que necessitarão de sua presença são: Um encontro no formato *on line*, quando serão apresentadas as demandas levantadas pelos profissionais das equipes multiprofissionais que participarão da capacitação e auxílio na construção do questionário KAP (*Knowledge, Attitudes and Practices*), baseado nessas demandas. No final da capacitação haverá encontro presencial em Itapetininga, em formato de

roda de conversa, com os profissionais das equipes que participarão da capacitação. Você deverá desenvolver a atividade proposta e gravá-la utilizando métodos ativos de ensino, tais como filmes, quiz e estudos de casos. Esta atividade e a roda de conversa ao final da capacitação serão gravadas e você assinará um termo de cessão do uso de imagem.

As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, expor sua identidade, será mantido em absoluto sigilo.

A pesquisa não envolve custos de participação. Caberá ao pesquisador providenciar todo material, transporte, alimentação e condições para a pesquisa, não havendo nenhuma compensação ou gastos financeiros para você.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são DINARA CASSIA DE SOUZA, mestranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Educação nas Profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba e Prof.a Dra. CIBELE ISAAC SAAD RODRIGUES, sua orientadora, com quem poder manter contato pelos telefones (15) 98117-6027 e (15) 32323609, respectivamente.

Fica assegurada sua assistência durante toda pesquisa, em relação ao que está sendo pesquisado e seus desdobramentos, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas possíveis consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de qualquer reclamação, dúvidas ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão que protege os participantes de pesquisas, é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Fica localizado na Rua Joubert Wey, 290. Sala 506, no 5º andar da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Jd. Vergueiro. CEP 18030-070. Poderá também entrar em contato pelo telefone (15) 32129896 ou enviar e-mail para [cepfcms@pucsp.br](mailto:cepfcms@pucsp.br).

Fica claro que poderá retirar seu consentimento, a qualquer tempo, deixando de participar, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo, pena ou responsabilidade. Após ter sido apresentado(a) e esclarecido(a) sobre todos os procedimentos que foram aqui mencionados e, ainda, tendo compreendido a natureza e os objetivos do estudo, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento, que foi elaborado em duas vias, devendo uma ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário e outra ficará com o pesquisador.

Itapetininga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Itapetininga, \_\_\_\_\_

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Dinara Cassia de Souza

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE F – CONTEÚDOS DAS VIDEOAULAS

As atividades administradas em videoaulas contemplaram os seguintes conteúdos:

Primeira: Abordagem geral sobre autismo. Comorbidades. Definição, dados epidemiológicos, etiologias e comorbidades associadas. Definição dos níveis e sua relevância para o prognóstico. Obs: Todos os vídeos veiculados durante as aulas foram devidamente autorizados pelos responsáveis das crianças e os demais vídeos foram retirados de canais do Youtube (como: Pathways, Vídeos Top Mais, vídeos engraçados e Mais bebês).

Segunda: Sinais precoces de risco para identificação de TEA. Marcos demonstrativos do desenvolvimento infantil e como identificar esses sinais de risco para TEA precocemente. Apresentação de instrumentos de rastreio evidenciados cientificamente (M-CHAT), servindo de sugestão para utilização de equipes responsáveis pela triagem ou campo da enfermagem nas UBS.

Terceira: Processo de avaliação em TEA. (ADOS e ADIR) e testes neuropsicológicos. Apresentação dos protocolos padrões ouro padronizados para diagnóstico e seus respectivos treinamentos, fundamentos da avaliação neuropsicológica e sua importância para o diagnóstico diferencial no TEA. Habilidades básicas das funções executivas e sua manifestação no TEA.

Quarta: Processo de avaliação fonoaudiológica e diagnóstico diferencial.

Prompting (PP): Assistência verbal, gestual ou física dada aos alunos para apoiá-los na aquisição ou envolvimento em um comportamento ou habilidade direcionada. Compreensão do processo de avaliação da fonoaudiologia no TEA. Observação do comportamento da criança e suas formas de comunicação e linguagem, diferenciação dos quadros de TEA X transtorno da comunicação Social X apraxia da fala e suas possíveis associações.

Quinta: Processo de avaliação da terapia ocupacional no TEA e construção do raciocínio clínico. Através do diálogo entre 3 Terapeutas Ocupacionais e utilizando 1 vinheta, discutiu-se a atuação da Terapia Ocupacional em diferentes abordagens na clínica do TEA e o processo de avaliação inicial.

Sexta: Modelos de intervenção e tratamento para o TEA e a rede SUS.

Apresentação das práticas baseadas em evidências para os participantes da intervenção educacional. Breve citação e explicação dos tratamentos baseados em evidência científica para o TEA, quais são disponibilizados pelo SUS e como funciona a rede SUS de assistência ao TEA no Brasil.

Sétima: Tratamento de Terapia Ocupacional no TEA. Integração Sensorial. Apresentação das alterações de processamento sensorial evidentes no TEA, correlação com os prejuízos observados no desempenho ocupacional e os

tratamentos com evidência científica utilizados para tratar tais disfunções. Obs: O vídeo veiculado durante a aula foi retirado do canal do Youtube do STAR Institute.

Oitava: Tratamento fonoaudiológico. Da linguagem aos recursos de comunicação. Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA): Intervenções usando e/ou ensinando o uso de um sistema de comunicação que não é verbal/vocal que pode ser auxiliado (por exemplo, dispositivo, livro de comunicação) ou não (por exemplo, linguagem de sinais) e Sistema de comunicação de troca de imagem® (PECS). Apresentação das habilidades de linguagem e comunicação esperadas para uma criança em diferentes faixas etárias, estratégias utilizadas no nosso dia a dia para estimular as crianças com TEA, os recursos e abordagens de tratamentos utilizadas pela fonoaudiologia para tratar a criança com TEA.

Nona: Tratamento Psicológico no TEA. Baseado na ciência da Análise Aplicada do Comportamento.

- a) Intervenção baseada em antecedentes (ABI);
- b) Intervenção de Momento Comportamental (IMC);
- c) Reforço Diferencial de Comportamento Alternativo, incompatível ou Outro (DR);
- d) Treinamento de tentativa discreta (TDT);
- e) Avaliação Funcional do comportamento;
- f) Extinção de comportamento;
- g) Modelagem (MD);
- h) Reforço (R)U
- i) Interrupção/Redirecionamento de Resposta (RIR);
- j) Suportes Visuais (VS);
- k) Instrução direta (DI).

#### Práticas Baseadas em Evidência

Definição da ciência da análise aplicada do comportamento e como usá-la em nosso cotidiano. Entendimento da real utilização do ABA na clínica do TEA (exemplos: como modificar comportamento indesejado, como ensinar essas crianças, ....).

Décima: Atuação da enfermagem na clínica do TEA. Contribuições para a Inter profissionalidade. Através de um diálogo entre uma Terapeuta ocupacional e uma enfermeira foram evidenciando a importância da interprofissionalidade, apresentação de possibilidades de atuação da enfermagem e a contribuição frente ao processo de cuidados e educação ao indivíduo com TEA.

Décima primeira: Apoio às famílias, do diagnóstico ao encontro com o filho real. Conversa livre entre uma psicóloga/psicanalista e uma terapeuta ocupacional abordando temas relacionados aos conflitos, angústias e processo de luto da família frente ao diagnóstico.

**APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO COM AVALIAÇÃO  
DOS JUÍZES.**

<b>Item original</b>	<b>Aspectos levantados pelos juízes quanto à validade do conteúdo</b>	<b>Item modificado para a versão final do questionário</b>
1) Embora não se saiba a etiologia (causa ou causas), indivíduos com TEA apresentam uma combinação de fatores genéticos e ambientais.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza.	Embora não se tenha conhecimento total sobre as causas do TEA, entre essas causas estão a combinação de fatores genéticos e ambientais.
2) Com segurança, indicaria para as famílias que consentissem que profissionais da saúde ministrassem vacinas em seus filhos (as) com TEA.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e objetividade.	Eu indicaria para as famílias que consentissem com a vacinação prevista no Plano Nacional de Imunização para seus filhos(as) com TEA.
3) Podemos afirmar que o número de indivíduos com TEA aumentou nos últimos anos devido a fatores relacionados à alimentação justificam esse aumento.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza.	Podemos afirmar que o número de indivíduos com TEA aumentou nos últimos anos devido a fatores relacionados à alimentação.
4) Os indivíduos com TEA podem ser muito parecidos e apresentam sempre os mesmos comportamentos.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal e clareza.	4) Os indivíduos com TEA podem ser muito parecidos e tendem a apresentar sempre os mesmos comportamentos.
5) O TEA reflete uma família má estruturada.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal e clareza.	Ter um filho com TEA é consequência de uma família mal estruturada.
6) Penso que o TEA pode gerar no indivíduo um quadro de grande isolamento social, pouco afeto e agressividade em muitos casos.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal e clareza.	O TEA pode gerar no indivíduo um quadro de grande isolamento social, pouco afeto e, em muitos casos, agressividade.
7) Sei quais são os sinais manifestos nos primeiros 4 anos de vida de uma criança que podem ser indicativos de TEA.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	Conheço os sintomas indicativos do TEA, que se manifestam nos primeiros três anos de vida da criança.
8) Faz parte do diagnóstico de TEA entender as respostas de hipersensibilidade da criança (visuais, táteis, auditivas e olfativas).	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	Conheço as respostas de hipersensibilidade (visuais, táteis, auditivas e olfativas) da criança com TEA.
9) Sei identificar um quadro de desregulação sensorial manifestado por uma criança com TEA	Sem sugestões dos juízes.	Sei identificar um quadro de desregulação sensorial manifestado por uma criança com TEA



10) Fico muito angustiado (a) quando uma criança com TEA não consegue se comunicar.	Sem sugestões dos juízes.	Fico muito angustiado (a) quando uma criança com TEA não consegue se comunicar.
11) Fico incomodado (a) quando vejo uma criança com TEA fazendo movimentos repetitivos (como rodar em torno de si mesmo, pular ou balançar as mãos em frente ao rosto).	Sem sugestões dos juízes.	Fico incomodado (a) quando vejo uma criança com TEA fazendo movimentos repetitivos (como rodar em torno de si mesmo, pular ou balançar as mãos em frente ao rosto).
12) TEA é um tipo de esquizofrenia, provoca delírios, alucinações e isolamento.	Sem sugestões dos juízes.	TEA é um tipo de esquizofrenia, provoca delírios, alucinações e isolamento.
13) A grande maioria dos indivíduos com TEA possuem grandes habilidades e inteligência acima da média (quadros de superdotação).	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal.	A grande maioria dos indivíduos com TEA possui grandes habilidades e inteligência acima da média (quadros de superdotação).
14) Crianças com TEA buscam atrair a atenção dos adultos com o seu comportamento.	Sem sugestões dos juízes.	Crianças com TEA buscam atrair a atenção dos adultos com o seu comportamento.
15) A pessoa com TEA pode apresentar baixa autoestima.	Sem sugestões dos juízes.	A pessoa com TEA pode apresentar baixa autoestima.
16) Nem todas as pessoas com TEA apresentam dificuldades de aprendizagem.	Sem sugestões dos juízes.	Nem todas as pessoas com TEA apresentam dificuldades de aprendizagem.
17) Pessoas com TEA me fazem sentir medo.	Sem sugestões dos juízes.	Pessoas com TEA me fazem sentir medo.
18) Eu sairia com uma pessoa com TEA em meu tempo livre para ter um momento de lazer.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza.	Eu sairia com uma pessoa com TEA em meu tempo livre.
19) Eu me sentiria confortável perto de uma criança com TEA que estivesse apresentando um comportamento disruptivo (uma crise de birra, agressividade, entre outros).	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal.	Sinto-me confortável perto de uma criança com TEA com comportamento disruptivo (uma crise de birra, agressividade, entre outros).
20) O diagnóstico de TEA deve ser realizado por médico ou equipe especializada, por meio dos sintomas do paciente, sem necessidade de solicitar exames para confirmar a doença.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal.	O diagnóstico de TEA deve ser realizado por médico ou equipe especializada, por meio dos sintomas do paciente, sem necessidade de exames para confirmar o transtorno.
21) A intervenção precoce pode melhorar o prognóstico de uma criança com TEA.	Sem sugestões dos juízes.	A intervenção precoce pode melhorar o prognóstico de uma criança com TEA.

22) O TEA pode ser diagnosticado tão cedo quanto 18 meses.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	O TEA pode ser diagnosticado precocemente, a partir dos 18 meses.
23) De forma geral, indivíduos com TEA não precisarão de tratamento com terapeuta ocupacional. ou fisioterapeuta, apenas em casos específicos.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	De forma geral, indivíduos com TEA não precisarão de tratamento com terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta, reservados apenas para casos específicos.
24) Se o indivíduo com TEA não fala, precisará usar PECS ou outro meio de comunicação alternativa.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	O PECS (Picture Exchange Communication System) ou outro meio de comunicação alternativa devem ser usados em crianças com TEA que não falam.
25) Eu sei como ajudar uma criança com TEA a se expressar/comunicar.	Sem sugestões dos juízes.	Eu sei como ajudar uma criança com TEA a se expressar/comunicar.
26) Eu sei o que fazer quando uma criança com TEA se autoagredir.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	Sei o que fazer quando uma criança com TEA tem comportamento de autoagressividade.
27) Sinto-me preparado para lidar com crianças com TEA.	Sem sugestões dos juízes.	Sinto-me preparado para lidar com crianças com TEA.
28) Para gerenciar um comportamento difícil de uma criança com TEA é importante entender o que está causando esse comportamento.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão e objetividade.	Para manejar comportamentos difíceis (disruptivos) da criança com TEA é importante identificar os antecedentes e as consequências que reforçam tais comportamentos.
29) Conseguiria ensinar pelo menos 5 brincadeiras para as famílias de crianças com TEA para auxiliar em seu desenvolvimento.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão e objetividade.	A família do indivíduo com TEA é parte da equipe que o trata e deve receber orientações e apoio para atuar como protagonista no processo de intervenção dos filhos.
30) A família do indivíduo com TEA é parte da equipe que o trata e deve receber orientações e apoio para atuar como protagonista no processo de intervenção dos filhos.	Sem sugestões dos juízes.	A família do indivíduo com TEA é parte da equipe que o trata e deve receber orientações e apoio para atuar como protagonista no processo de intervenção dos filhos.
31) Sinto-me preparado para ajudar a família com TEA no que se refere ao seu estado de sofrimento psíquico.	Sem sugestões dos juízes.	Sinto-me preparado para ajudar a família com TEA no que se refere ao seu estado de sofrimento psíquico.
32) Sinto-me confortável e seguro (a) em orientar pais de crianças com TEA.	Sem sugestões dos juízes.	Sinto-me confortável e seguro (a) em orientar pais de crianças com TEA.
33) Existe uma intervenção/ abordagem/ tratamento que funciona para todos os indivíduos com TEA.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão e objetividade	Existem intervenções e abordagens específicas que funcionam para todos os indivíduos com TEA.

34) As crianças com TEA deveriam frequentar apenas escolas de educação especial.	Sem sugestões dos juízes.	As crianças com TEA deveriam frequentar apenas escolas de educação especial.
35) A família com TEA precisa de apoio e orientação para que busque seus direitos (ex: acesso à saúde, tratamentos especializados, transporte gratuito, entre outros ).	Sem sugestões dos juízes.	A família com TEA precisa de apoio e orientação para que busque seus direitos (ex: acesso à saúde, tratamentos especializados, transporte gratuito, entre outros ).
36) Pessoas com TEA quando medicadas, são pessoas normais como quaisquer outras.	Sem sugestões dos juízes.	Pessoas com TEA quando medicadas, são pessoas normais como quaisquer outras.
37) Sinto que posso fazer a diferença no desenvolvimento e prognóstico de crianças com TEA.	Sem sugestões dos juízes.	Sinto que posso fazer a diferença no desenvolvimento e prognóstico de crianças com TEA.
38) Crianças com TEA podem desenvolver e aprender novas habilidades.	Sem sugestões dos juízes.	Crianças com TEA podem desenvolver e aprender novas habilidades.
39) Participar de um treinamento em TEA vai auxiliar na melhoria da prestação da minha assistência.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a concordância verbal.	Participar de um treinamento em TEA vai ajudar na melhoria da prestação da minha assistência.
40) Se for adequadamente treinado(a), estou disposto(a) a trabalhar com crianças com TEA.	Sem sugestões dos juízes.	Se for adequadamente treinado(a), estou disposto(a) a trabalhar com crianças com TEA.
41) A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão.	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre os profissionais de outras áreas.
42) A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão.	A aprendizagem compartilhada ajudará a compreender a natureza e as especificidades da pessoa com TEA.
43) Para mim faria mais sentido participar de uma capacitação mais dirigida para a minha especialidade e ministrada por profissionais que abordassem questões exclusivas da minha especialidade.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a precisão e objetividade.	Participar de capacitações direcionadas e que abordem questões exclusivas da minha especialidade trará maiores benefícios na minha atuação com crianças com TEA.
44) A aprendizagem compartilhada com outros profissionais me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	O apontamento para a revisão dos juízes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras áreas ajudará a compreender minhas próprias limitações.

45) Fico feliz em ter pais e/ou cuidadores junto comigo pensando nos melhores caminhos para o tratamento da criança com TEA.	O apontamento para a revisão dos juizes nesta questão a ser revisada foi a precisão.	Sinto-me seguro (a) em ter a parceria e participação dos pais e/ou cuidadores no plano terapêutico da criança com TEA.
46) Vejo a necessidade de implementar mudanças no meu ambiente de trabalho para acolher melhor uma criança com TEA.	Sem sugestões dos juizes.	Vejo a necessidade de implementar mudanças no meu ambiente de trabalho para acolher melhor uma criança com TEA.
47) Todas as unidades básicas de saúde e o NASF devem oferecer tratamento especializado e multiprofissional aos indivíduos com TEA.	O apontamento para a revisão dos juizes nesta questão a ser revisada foi a clareza e precisão.	A Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) devem oferecer tratamento especializado e multiprofissional às pessoas com TEA.
48) Pessoas com TEA poderão trabalhar e ter uma carreira profissional.	Sem sugestões dos juizes.	Pessoas com TEA poderão trabalhar e ter uma carreira profissional.
49) Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (escutando as suas necessidades ou as necessidades de seu responsável).	O apontamento para a revisão dos juizes nesta questão a ser revisada foi a precisão e concordância verbal.	Prefiro entender o problema na perspectiva da criança com TEA, escutando as suas necessidades e especificidades, assim como a de seu(s) responsável (eis).
50) Acredito que exista estigma em relação às pessoas com TEA.	Sem sugestões dos juizes	Acredito que exista estigma em relação às pessoas com TEA.
51) Pergunta não existente.	A pergunta foi acrescentada por sugestão dos juizes.	Sinto-me desconfortável quando profissionais de outras categorias possuem mais conhecimentos do que eu sobre o TEA.

## APÊNDICE H- QUESTIONÁRIO FINAL DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Muito obrigada por participar da avaliação da nossa capacitação. Nosso objetivo é entender melhor os fatores que podem tornar a capacitação mais ou menos bem-sucedida e, assim, podermos melhorar as próximas.

Ficamos agradecidos com quaisquer comentários adicionais, em resposta às nossas perguntas. Nós gostaríamos se você puder responder as perguntas, da melhor forma possível, utilizando as categorias fornecidas. No entanto, se você quiser incluir informações adicionais nas margens ou ao final, por favor, sinta-se livre para fazê-lo e seus comentários só engrandecerão nossa pesquisa.

1.Nome:

---

2. Idade: \_\_\_\_\_ (anos completos)

3. Cor da pele: \_\_\_\_\_ (branco, preta, parda, amarela, outra)

4. Gênero: \_\_\_\_\_

5. Profissão: \_\_\_\_\_

6. Escolaridade: \_\_\_\_\_

7. Ano da graduação: \_\_\_\_\_

8. O seu curso utilizou métodos tradicionais de ensino? ( ) sim ( ) não

Quais foram utilizados? \_\_\_\_\_

9. Especialização: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

---

10. Ano(s) da(s) especialização(ões) : \_\_\_\_\_

11. Mestrado: ( ) Sim ( ) Não

Indique o local: \_\_\_\_\_

12. Doutorado: ( ) Sim ( ) Não

Indique o local: \_\_\_\_\_

13. Local onde trabalha:

14. Cargo (função) nesse local:

15. Número de anos nesse cargo: ( ) Menos de 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 5 anos ( )  
Mais de 5 anos

16. Em relação à capacitação em TEA, coloque o número correspondente na frente de cada alternativa, de acordo com sua percepção de utilidade, utilizando a escala abaixo:

1. Muito pouco útil 2. Pouco útil 3. Moderadamente útil 4. Boa utilidade 5. Muito boa utilidade

- h. Dinâmica inicial para levantamento da problemática. N<sup>o</sup>
- i. Aula em vídeos. N<sup>o</sup>
- j. Atividade após as aulas (assistir filme e responder perguntas). N<sup>o</sup>
- k. Discussão em miniequipes. N<sup>o</sup>
- l. Discussão com todos os participantes. N<sup>o</sup>
- m. Elaboração do portfolio. N<sup>o</sup>
- n. As situações apresentadas durante a capacitação foram relevantes para a sua prática. N<sup>o</sup>

17. Você lembra de alguma situação que foi falada que você removeria da capacitação? Qual? \_\_\_\_\_

18. Existem outras situações que não foram incluídas que você gostaria de mais informação(ões)? Qual (is)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. No seu local de trabalho, qual profissional você considera o maior responsável pela prestação de cuidados ao TEA? Enumere de acordo com a importância de 1 a 6, sendo 1 o mais importante e 6 o menos importante.

- a. Enfermeiros ( )
- b. Assistentes sociais ( )
- c. Médicos ( )
- d. Psicólogos ( )
- e. Fonoaudiólogos ( )
- f. Outros: \_\_\_\_\_

20. Escolha uma das alternativas abaixo para as condições no seu local de trabalho para lidar com problemas envolvendo a população TEA:
- Totalmente inadequada ( )
  - Inadequada ( )
  - Nem adequada e nem inadequada ( )
  - Adequada ( )
  - Totalmente adequada ( )
21. Avalie o quanto você se sente *confortável* no atendimento de uma criança com TEA com as seguintes preocupações (atendimento incluindo fazer um diagnóstico inicial ou situacional, elaboração de um plano de terapêutico ou de tratamento, elaboração de indicadores de resultados e encaminhamentos necessários à rede).
- Nunca ( )
  - Um pouco ( )
  - Moderadamente ( )
  - Muito confortável ( )
  - Extremamente confortável ( )
22. A aplicabilidade prática dos objetivos do curso é:
- Excelente ( )
  - Boa ( )
  - Regular ( )
  - Ruim ( )
  - Péssima ( )
23. A duração do curso:
- Na parte presencial:
- Excelente ( )
  - Boa ( )
  - Regular ( )
  - Ruim ( )
  - Péssima ( )
24. Na parte à distância:
- Excelente ( )
  - Boa ( )
  - Regular ( )
  - Ruim ( )
  - Péssima ( )
25. Carga de atividades do curso:
- Excelente ( )
  - Boa ( )
  - Regular ( )
  - Ruim ( )
  - Péssima ( )
26. Qualidade dos conteúdos das aulas em vídeos (utilidade nas situações do dia a dia e facilidade de entendimento):
- Excelente ( )
  - Boa ( )
  - Regular ( )

- d. Ruim ( )
- e. Péssima ( )

27. Navegação pelo site:

- a. Excelente ( )
- b. Boa ( )
- c. Regular ( )
- d. Ruim ( )
- e. Péssima ( )

28. Entendimento de como utilizar os recursos do ambiente educacional

- a. Excelente ( )
- b. Bom ( )
- c. Regular ( )
- d. Ruim ( )
- e. Péssimo ( )

29. A compatibilidade dos conteúdos avaliados nos cenários de casos clínicos com a realidade prática:

- a. Excelente ( )
- b. Boa ( )
- c. Regular ( )
- d. Ruim ( )
- e. Péssima ( )

30. Você participaria de outros cursos com essa sistemática:

- a. Sim ( )
- b. Não ( )
- c. Talvez ( )

31. Escolha em sequência de maior para a menor as seguintes atividades que mais gostou de realizar durante a intervenção: Encontro com a problematização da realidade, Aulas em vídeos, atividade após as aulas (assistir filme), retirada de dúvidas após cada aula com pesquisadora, elaborar caso clínico com colegas, discussão em miniequipe no encontro final, discussão com todos os integrantes e docentes no encontro final, ou algum outro momento que não foi citado acima.

---

32. Escolha em sequência de menor para maior as seguintes atividades que menos gostou de realizar durante a intervenção: Encontro com a problematização da realidade, Aulas em vídeos, atividade após as aulas (assistir filme), retirada de dúvidas após cada aula com pesquisadora, elaborar caso clínico com colegas, discussão em mini equipe no encontro final, discussão com todos os integrantes e docentes no encontro final, ou algum outro momento que não foi citado acima.

---

33. Outras considerações que gostaria de fazer



## ANEXO A – CARTA AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA



**PREFEITURA do MUNICÍPIO de ITAPETININGA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Rua Plácido Cardoso n.º 140 – Jardim Mesquita – Itapetininga/SP

Mem. SMS/NEP n.º 040/2020

Itapetininga, 22 de setembro de 2020.

**DE:** Núcleo de Educação Permanente/ Secretaria Municipal de Saúde

**Pesquisadora:** Dlnara Cassia de Souza

**Nome do Projeto:** Elaboração e implementação de modelo de ensino Interprofissional aos profissionais de saúde que atuam com Transtorno do Espectro do Autismo.

Comitê de Ética e Pesquisa

Encaminho o presente a vossa senhoria para conhecimento das conclusões alcançadas pelo Núcleo de Educação Permanente desta Secretaria Municipal de Saúde, que acolhe e autoriza a realização da pesquisa.

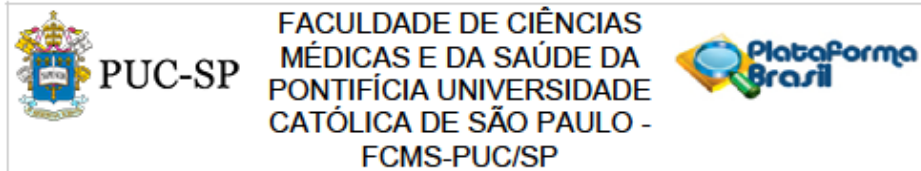
Esta autorização, entretanto, está vinculada ao parecer deste Comitê de Ética em Pesquisa, devendo o pesquisador seguir o trâmite normal deste órgão.

Solicitamos que nos sejam transmitidas as conclusões finais da pesquisa através de reunião com esta Secretaria Municipal de Saúde.

Atenciosamente,

  
**Solange Dionizia de Barros Oliveira**  
Secretária Municipal da Saúde

## ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PUC-SP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Elaboração e implementação de modelo de ensino interprofissional aos profissionais de saúde que atuam com Transtorno do Espectro do Autismo TEA.

**Pesquisador:** Dinara Cassia de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39810120.1.0000.5373

**Instituição Proponente:** Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.647.417

#### **Apresentação do Projeto:**

Esse projeto está sendo realizado no programa de Pós-Graduação da FCMS da PUC/SP

Os autores apresentam:

Com o aumento da incidência do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na população mundial observamos a necessidade da formação de equipes multiprofissionais de saúde para assistir esta clientela. O objetivo do presente estudo é elaborar e aplicar capacitação em modelo de educação interprofissional a 50 profissionais da saúde do município de Itapetininga (SP) e avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas destes profissionais sobre TEA, antes e após a capacitação. Trata-se de estudo com delineamento quase experimental, utilizando modelo de capacitação interprofissional, a partir das demandas problematizadas pelos profissionais envolvidos, que atuam direta ou indiretamente com TEA. A capacitação multiprofissional ocorrerá por meio da construção de curso por professores e pesquisadores de TEA em diferentes áreas de atuação, contando com três momentos presenciais, o inicial problematizador, o de suporte para o início propriamente dito das atividades e, o de fechamento. As atividades

<b>Endereço:</b> Rua Joubert Wey, 290	<b>CEP:</b> 18.030-070
<b>Bairro:</b> Vergueiro	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SOROCABA
<b>Telefone:</b> (15)3212-9896	<b>Fax:</b> (15)3212-9896
	<b>E-mail:</b> cepfcms@pucsp.br

