

1. INTRODUÇÃO

1.1. SOBRE O TEMA

A Infância é permeada por uma série de características distintas, sendo marcada por transformações e estágios gradativos em seu crescimento e desenvolvimento, é a fase do ser humano que mais ocorrerá mudanças e aquisição de habilidades, sendo também uma fase de vulnerabilidade e suscetibilidade de surgimento de doenças, entre estas o Transtorno do espectro autista (TEA), que afetará a criança em seu pleno desenvolvimento, principalmente em três áreas cognitivas na criança, que será na linguagem, interação social e no comportamento com estereotípias havendo necessidade de intervenção precoce dos sinais e sintomas e tratamento com equipe multidisciplinar(KANNER,1943).

O autismo é uma Síndrome que causa estigmas e sofrimento inesperado nas famílias. É de origem desconhecida, o que torna o autismo um desafio para a ciência, descreveu como sendo causas: Genética, malformações orgânicas, Imunidade, Peri natais, dentre outros (KAPLAN, 1997).

O enfermeiro poderá desempenhar um papel relevante na sociedade, na identificação precoce dos sinais e sintomas deste transtorno contribuindo assim, na prevenção de agravos maiores na infância, por meio da consulta de enfermagem realizada no Programa de Crescimento e Desenvolvimento C/D em crianças de 0 a 5 anos, estabelecido pelo Ministério da Saúde com Protocolo vigente de sete consultas de enfermagem no primeiro ano de vida, duas no segundo e, uma nas demais consultas.É de responsabilidade do enfermeiro fazer o atendimento, a avaliação e Identificação de Agravos que possam comprometer o desenvolvimento da criança.O diagnóstico do autismo é puramente clínico e médico, ou seja, são feitas observações na criança, entrevista com os pais e cuidadores (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os dados epidemiológicos dos Estados Unidos, para todo o planeta por nunca ter sido comprovado a prevalência do autismo em região específica, 1 caso para cada 88 crianças, afetando mais crianças do sexo masculino que do sexo feminino, mais de 4 para 1, no Brasil estima-se que existam mais de dois milhões de autistas, o que possibilitará

que a enfermagem tenha um olhar cuidadoso para as crianças portadoras desse transtorno (JUNIOR, 2014).

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deu-se por existir alguns casos de autismo em familiares e amigos dos autores do trabalho em estudo que foram diagnosticados tardiamente, impossibilitando tais crianças de receberem um adequado tratamento e estimulação precoce para o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas funcionais como a linguagem e a socialização.

Deste modo entendemos que o enfermeiro no Programa de Crescimento e Desenvolvimento C/D da criança de 0 a 5 anos existente nas unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família, poderá contribuir com seus conhecimentos e habilidades pela proximidade e vínculos que são criados com as famílias nas comunidades. Com a realização da consulta de enfermagem que no primeiro ano de vida são feitas sete consultas de acordo com a agenda de acompanhamento e prevenção de agravos, a identificação dos sinais e sintomas do autismo nessas consultas fará a criança que é portadora do Transtorno do Espectro Autista (TEA) adquira uma melhor qualidade de vida, pois o quanto antes a detecção mais breve será seu tratamento e acompanhamento, reduzindo assim agravos incapacitantes e os problemas que esse transtorno traz as famílias (BRASIL, 2013).

Crianças com TEA identificadas precocemente tem oportunidades de terem suas habilidades cognitivas desenvolvidas e estimuladas por equipe multiprofissional.

1.3 PROBLEMÁTICA

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde da criança com transtorno do espectro autista no sistema de saúde ainda é muito deficiente, embora a Lei 8.080 estabeleça que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, (Constituição Federal 1988, art. 196), a realidade é bem diferente para quem vive o dia-a-dia com pessoas com transtorno do espectro autista (TEA). Ainda existe um agravante a procura das famílias pelo tratamento é maior que as ofertas oferecidas nesses locais (MELLO, HO, DIAS, ANDRADE, 2013).

Sabe-se que a criança com o TEA necessitará de uma diversidade de atenção e como o número de vagas é insuficiente, algumas crianças ficam sem tratamento, ocasionando com isso nessas crianças incapacidades cognitivas além da perda da autonomia para promoverem seu auto cuidado gerando o sofrimento familiar, existindo ainda a preocupação sobre o futuro destas já que serão dependentes. Só recentemente o Autismo passou a aparecer oficialmente na agenda política de saúde, com a aprovação da Lei N. 12.764 de 27 de dezembro de 2012 que estabeleceu diretrizes para sua execução. A referida lei considera toda pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) como deficiente, apesar das políticas de saúde existirem e estarem disponíveis a sociedade ainda percebemos o grande déficit de atenção voltada para a área em estudo principalmente no que tange o conhecimento do profissional enfermeiro, outro agravante é o diagnóstico tardio que pode gerar sérios prejuízos sem reversão, pois o tempo que se perde é significativo para criança que necessita de intervenções imediatas para sua possível melhora em sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Estima-se que 90% dos brasileiros com autismo não foram diagnosticados, obter o diagnóstico diferencial no Brasil é uma problemática e uma das causas desse atraso é a falta de conhecimento dos sinais e sintomas do autismo e se conhecem desvalorizam e menosprezam, os sinais muitas vezes evidentes. Já nos estados unidos os pediatras são ensinados para identificar e diagnosticar precocemente o autismo pelo menos até os 03 anos, no Brasil o diagnóstico em média é feito dos 05 aos 07 anos (SILVEIRA, 2013).

Diante do exposto elaboramos a seguinte pergunta de pesquisa: O profissional enfermeiro encontra-se capacitado para detectar casos suspeitos de autismo no programa de crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos na Atenção Básica?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer como os enfermeiros realizam a avaliação da criança de 0 a 5 anos, com suspeita de autismo, no programa do Crescimento e Desenvolvimento no Distrito da Sacramenta (DASAC) do Município de Belém- PA.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o conhecimento que os enfermeiros possuem em relação aos sinais e sintomas do autismo
- Conhecer quais métodos os enfermeiros utilizam ou não utilizam para a detecção precoce do autismo
- Averiguar qual a conduta do enfermeiro pós detecção e confirmação do diagnóstico de autismo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DO AUTISMO

Consta que na idade média, a origem dos transtornos mentais eram possessão demoníacas e a inquisição em nome de Deus, queimava-os na fogueira, para destruir o mal (AJURIAGUERRA, 1967).

As crianças consideradas insanas compartilhavam do mesmo ambiente nos manicômios, em meados do século XIX não havia estudos sobre as doenças mentais infantis, o diagnóstico “idiota abrangia todo o campo da psicologia de crianças e adolescentes”. Em 1911 o suíço Bleuler usou pela primeira vez o termo autismo, para especificar casos de esquizofrenia a palavra autismo vem do grego “autos” que significa si mesmo (BRASIL, 2015).

Leo Kanner psiquiatra infantil em 1943 publica a obra “Distúrbios Autístico ao contato afetivo”, onde descreveu 11 casos de crianças com atraso no desenvolvimento e que tinham em comum o isolamento social, dificuldades na comunicação e comportamento com estereotípias, suas preferências eram pela mesmice, caracterizadas também por apresentarem esses sintomas na primeira infância (GRINKER, 2010).

No ano seguinte Hans Asperger estudou e descreveu crianças que tinham em comum déficit na linguagem não verbal e interação social com movimentos desajeitados, publicou o artigo “A Psicopatia Autística na Infância”, ele observou que além dessas dificuldades, essas crianças tinham preferência por alguns assuntos como: matemática, placas, mapas, jogos, possuindo a parte cognitiva da inteligência preservada, eram chamados de gênios e asperger chamava –os de pequenos professores, pela eloquência na falar, diferentes das crianças descritas por Kanner (MARCO e SILVA, 2011).

Em 1952 DSM-1(DiagnosticandStatistical Manual), da Associação Americana de Psiquiatria fez a primeira publicação considerando o autismo como subgrupo da esquizofrenia, ou seja, o autismo ainda não era considerado como diagnóstico.

Nas décadas 1950 e 1960 houveram vários estudos sobre a etiologia do autismo, inclusive uma crença apoiada por Kanner que a origem do autismo era culpa dos pais pois não eram envolvidos emocionalmente com seus filhos começava a chamada hipótese da "mãe de geladeira", só bem mais tarde com o avançar de novos estudos essa crendice foi abandonada, pela constatação de que o autismo afetava crianças em todas as partes do mundo, não importando nível social, raça, religião ou cultura, sendo de ordem genética ou propriamente um transtorno cerebral presente desde a primeira infância (BRASIL, 2015).

Dois manuais, a partir da década de 1950, passou a dar nomes ao autismo que foram: O DSM-1 (DiagnosticandStatistical Manual) e o CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças).

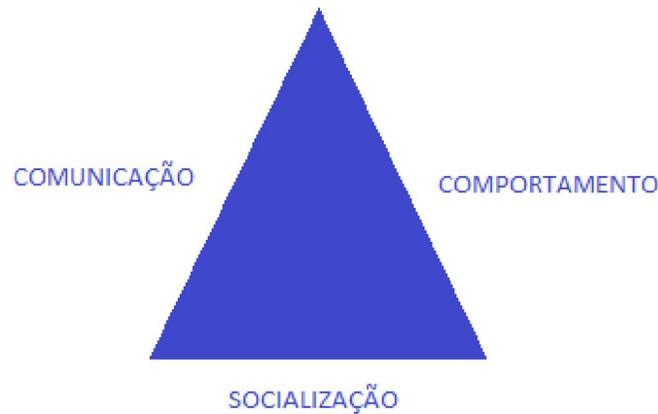
O DSM – IV (DiagnosticandStatistical Manual) usava as nomenclaturas, transtorno invasivo do desenvolvimento (TID) e o CID – 10 usava transtorno global do desenvolvimento (TGD).

- Ø Sendo que o TID / TGD eram compostos por:
- Ø Transtorno Autista
- Ø Transtorno desintegrativo da infância
- Ø Transtorno de Asperger
- Ø Transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (TID – SOE)

(JUNIOR, 1994)

A partir de 2013 o DSM recebeu uma nova versão DSM – V e a nova nomenclatura para o autismo foi: Transtorno do Espectro Autista (TEA), onde todas as categorias foram englobadas em um só espectro, com a nova classificação possui a tríade do comprometimento (BRENTANI, 2013).

Figura 1: Tríade do comprometimento do TEA



Fonte: Autores deste estudo

A ONU (Organização das Nações Unidas), em 2007 oficializou o dia 02 de abril como o “DIA MUNDIAL DA CONSCIENTIZAÇÃO DO AUTISMO”, sendo organizada em toda parte do mundo, as pessoas vão para ruas com símbolos na cor azul, monumentos públicos neste dia ficam azul, para sensibilizar a população, o governo, que os portadores do TEA, precisam de políticas públicas que tornem essas pessoas cidadãos de direito, um novo olhar para a diminuição do preconceito e estigma, vividos pelos autistas e por seus familiares e na constituição dessas conquistas, no Brasil foi aprovada a Lei nº 12.764 do dia 27 de Dezembro de 2012 e traz em seus artigos e incisos garantias de saúde aos portadores do autismo respeitando suas especificidades assim como seus princípios, universalidade, integralidade e igualdade, formando uma rede de atendimento para garantir:

- Ø Cuidado integral no âmbito da atenção básica;
- Ø Disponibilidades de medicamentos;
- Ø Apoiar e promover processos de educação permanente e de qualificação técnica dos profissionais da rede de atenção à saúde, quanto ao atendimento das pessoas com o transtorno do espectro do autismo (a lei completa encontra-se em anexo – ANEXO A).

(BRASIL,2012)

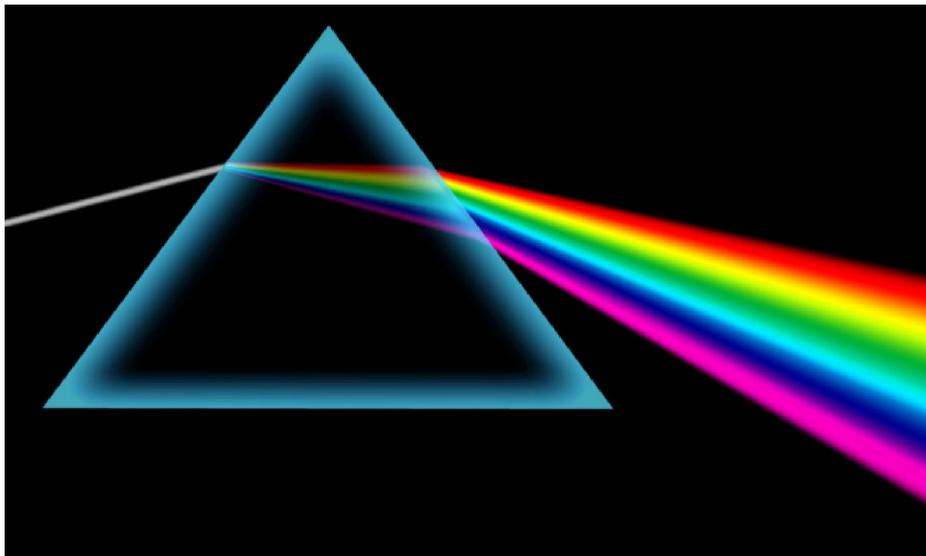
A referida Lei veio otimizar e garantir o acesso dos portadores desse transtorno aos serviços públicos de saúde além outros benefícios na rede pública,

sendo uma conquista em âmbito nacional para as famílias que convivem com crianças autistas.

2.2. POR QUE “ESPECTRO” AUTISTA?

O espectro foi descoberto pelo cientista inglês SIR ISAAC NEWTON (1642 - 1727), ele observou que a luz solar ao atravessar um prisma refratara um espectro de várias cores, denominado de arco-íris, sendo que cada cor é uma frequência e possui um comprimento de onda que vai do menor para o maior, são medidas em nanômetro simbolizando parte de um guarda – chuva, o TEA envolve situações de diferentes níveis de graduação que vai do mais leve ao mais alto grau de comprometimento, relacionado com as dificuldades de comunicação verbal e não verbal (SILVA E MARTINS, 2003).

Figura 2: Prisma que representa os diferentes níveis de grau de comprometimento do TEA.



Fonte: Godinho Andre, 2013

Assim como o disco de cores vai apresentar uma só cor (branca), o DSM – V englobou todos os tipos de autismo em um só: Transtorno do Espectro Autista.

Figura 3: Disco de cores representativo do TEA.



Fonte: Alice arte e educação, 2014

2.3. O QUE É O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno de Espectro Autista é uma Síndrome que afeta o neurodesenvolvimento infantil, com dificuldade qualitativa chamada de tríade do comprometimento, repetitivo, podendo apresentar também sensibilidade sensorial, problemas gastrointestinais, preferências por alimentação líquida, medo de mudanças, etc. (FONTES, 2016).

Para Rute e Shopler(1992), o autismo não é uma doença única e sim um conjunto de distúrbios com etiologias múltiplas e graus variáveis de comprometimento.

No CID – 10 (2000), este tipo de transtorno é o que se manifesta ou se mostra alterado antes da idade de 3 anos, apresentando perturbação de funcionamento dos três domínios: interação social, comunicação e comportamento focalizado e repetitivo.

É um transtorno do neurodesenvolvimento envolvendo alterações na linguagem (verbal e não verbal), da interação social e do comportamento (padrões repetitivos) (BRASIL, 2015).

2.4. CATEGORIAS QUE FORAM INCLUÍDAS NO TEA

O TEA, que é uma condição geral para um grupo de desordens complexa do desenvolvimento do cérebro, passou a englobar as categorias citadas abaixo, havendo a retirada da Síndrome de Rett pelo fato de ser uma entidade inteiramente diversa das demais. (TAKEDA, 2015)

Conforme Takeda (2015), as categorias foram descritas conforme os tipos a seguir:

- Ø Autismo infantil
- Ø Síndrome de Asperger
- Ø Autismo Atípico
- Ø Transtorno Desintegrativo

2.4.1. Autismo infantil ou de (Kanner)

É uma síndrome que afeta o desenvolvimento normal da criança, principalmente em três áreas: isolamento social, linguagem comunicativa e imaginação e comportamental. É manifestado em crianças de idade precoce, lactantes, indo até a idade adulta. O diagnóstico de preferência deverá ser feito até os 03 anos, após essa idade a criança poderá ter perdas incomparáveis, outra característica também é a resistência por mudanças, causando medo e desespero (BRASIL, 2015).

2.4.2. Síndrome de Asperger ou Transtorno de Asperger

É um conjunto de sinais e sintomas que a criança apresenta, inclusa desde 2013 no DSM – V (Diagnostic and Statistical Manual). Dentro do espectro autista é considerado o mais leve. Entre estes sinais e sintomas é caracterizado por apresentar dificuldade na comunicação não verbal, podem ou não ter problemas com interação social e comportamento com estereótipos, fascínio por algum assunto de interesse, optam por matemática, geometria, história, jogos, entram na escola e são tidos como superdotados, mais não desenvolvem habilidades emotivas, podem ter capacidades de memorizar placas de ônibus, entretanto não sabem usar esses

mesmos dons para se ajudar se for preciso. É usado para essas crianças o termo “idiossincrático”, que quer dizer agir fora dos padrões normais, dos padrões esperados (BRASIL, 2013).

2.4.3. Autismo atípico

A criança é portadora do espectro autista, mais não demonstra a presença de prejuízos em todas as áreas já comentadas nos tipos anteriormente citados como: socialização, reciprocidade, comunicação verbal e não verbal e comportamentos repetidos. O início se dá aproximadamente aos 2 (dois) anos em diante, quando a criança vai perdendo suas habilidades, já adquiridas, como fala, interação social (BRASIL, 2015).

2.4.4. Transtorno desintegrativo

Este transtorno tem algumas particularidades com o autismo e está entre o grupo dos transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) ou distúrbio do espectro autista (TEA), em ambos a criança apresenta desenvolvimento normal e a partir de aproximadamente 7 anos começa a perda das habilidades já adquiridas como a fala, dificuldades de interagir com os outros e uma perda drástica na habilidade motora como caminhar, agarrar, escalar tendo probabilidade para o retardo mental (KLIN, 2006).

2.5. EPIDEMIOLOGIA

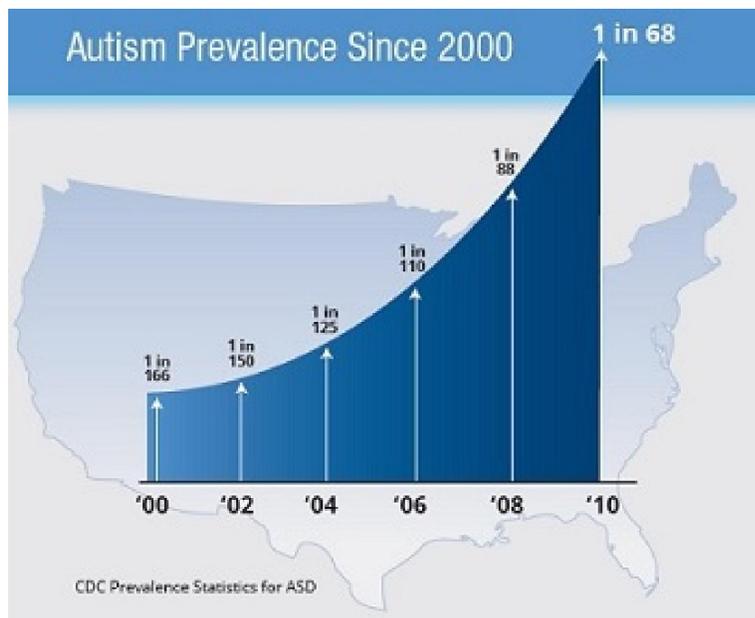
Os casos de autismo subiram para 1 (um) em cada 68 crianças, o caso foi registrado pelo Center of Diseases Control and Prevention (CDC). Do Governo Estadunidense, órgão equivalente ao Ministério da Saúde aqui no Brasil (MELLO, HO, DIAS, ANDRADE, 2013).

Com prevalência mais em meninos que em meninas sendo na proporção 4:1. Como nunca foi comprovado a prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA), em determinada região específica a OMS (Organização Mundial da Saúde), considera esses números para todo o planeta, sendo que no mundo existem

aproximadamente mais de 70 milhões de autista, só no Brasil estima-se que tenham mais de 2 milhões de pessoas com autismo (JUNIOR, 2014).

Observa-se no gráfico abaixo uma progressão nos casos da prevalência do autismo, ou seja, um aumento de 30%, talvez pelo fato dos novos critérios de diagnóstico, e pelos avanços no conhecimento desta patologia (KLIN, 2006).

Gráfico 1: Progressão da prevalência de casos de autismo no mundo.



Fonte: Revista Autismo, 2014

2.6. ETIOLOGIA

O TEA ainda é de origem desconhecida. O mais provável é de base genética, o que tem sido um desafio para a ciência. O que se sabe hoje é que os neurônios dos autistas são os mais curtos e com menos terminações nervosas (dendritos), o núcleo do axônio também é menor em relação ao neurônio de criança sem transtorno do espectro do autismo (GUPTA, 2006).

Cientistas na Suécia relatam que os pais autistas têm 50% de chance de terem filhos autistas, também identificaram que as causas hereditárias explicam apenas 50% do risco de uma criança nascer e que desenvolva o TEA, mencionando também os fatores ambientais como: complicação no parto, infecções maternas, medicações que são usadas antes e depois do nascimento (FERREIRA, 2014).

Kaplan (1997) descreve fatores que podem também desencadear o TEA, que são psicodinâmico e familiares, anormalidades orgânicas, fatores genético, fatores imunológicos e perinatais e provável fator de base psicológica.

2.7. SINAIS E SINTOMAS

Além da tríade de comprometimento (socialização, comunicação verbal e não verbal, comportamento estereotipado e repetitivo), que são as principais áreas afetadas, tornando-se os principais sintomas da criança com transtorno do espectro autista podendo aparecer em todas as crianças com suspeita de autismo ou não distribuindo em níveis que vai do menor ao mais alto grau de comprometimento, talvez se dê pelos novos critérios diagnóstico do CID-10 e DSM-V (KLIN, 2006).

Outro ponto importante sobre esses sinais e sintomas é a percepção da atenção não compartilhada, pois uma das características do ser humano é simbolizar e o uso desses símbolos são expressados e compreendidos nas relações interpessoais e algumas dessas características são inatas, os bebês, a exemplo disso, estão aptos a reagir as expressões e comportamentos de outra pessoa, estão conectados e responsivo a esta relação pessoa – pessoa. Observado em bebês de 10 semanas serem capazes de reagir de maneira própria as expressões da mãe. No autismo ocorre uma falta de responsividade emocional e da vida imaginativa e conseqüente prejuízos na relação que ele chama de tripartite mãe, bebê e objeto (HOBSON, 2002).

Existem, ainda, outros sinais e sintomas que faz do TEA uma síndrome, sendo eles, de acordo com Teles (2015):

- Ø Dificuldade no contato visual;
- Ø Dificuldade em imitar caretas e expressões faciais;
- Ø Parecem surdas, algumas apresentam surdez;
- Ø Não atendem quando são chamados pelo nome;
- Ø Não respondem a sorrisos;
- Ø Não se sentem à vontade com abraços e beijos e toques;
- Ø Não balbuciam, apresentam ecolalia;
- Ø Não apontam para chamar atenção das pessoas;
- Ø Mostram reações de agressividades parecendo birras quando sua rotina sofre alterações;
- Ø Apresentam dificuldades de compreender metáforas e ironias (linguagem concreta);
- Ø Não mudam o comportamento na presença de outra pessoa;
- Ø Não fazem brincadeira de faz de conta;
- Ø Batem palmas, balançam o tronco como pêndulo;

- Ø Substituir o pronome eu por ele;
- Ø Não fazem amigos;
- Ø Brincam de forma diferente com objetos, seus interesses são apenas por parte do objeto ficando horas observando os movimentos circulares (hélice de ventilador, roda de carro), empilham brinquedos, alinham carrinhos e organizam por cores;
- Ø Parecem ser resistentes a dor;
- Ø Algumas crianças podem ter: a visão, audição, tato, olfato, ou paladar excessivamente sensíveis (aumentado ou diminuído);
- Ø Mostra falta de empatia;
- Ø Não se assusta com sons altos;
- Ø Necessidades intensa de repetição;
- Ø Perda de habilidades sociais e de comunicação em qualquer idade;
- Ø Não pronunciam frases composta de pelo menos duas palavras aos 24 meses
- Ø Não balbuciam aos 12 meses;
- Ø Não gesticulam aos 12 meses.

(TELES, 2015)

2.8. DIAGNÓSTICO DO TEA

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico sendo realizado a partir de observações na criança e entrevista com pais e/ou cuidadores. O uso da escala que avalia o Autismo na infância, chamada de CARS(Childhood Autism Rating Scale), também é um instrumento que auxilia na identificação. Vale lembrar que nem sempre é possível chegar a um diagnóstico preciso, o psiquiatra infantil ou neurologista infantil contam com o apoio de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012).

Os critérios para realização do diagnóstico segundo o DSM – V, a criança terá que apresentar comprometimentos qualitativos na interação social, comunicação (verbal e não verbal) e o uso de estereotípias restrito e repetitivo. A criança é um ser em desenvolvimento existindo necessidade de critérios avaliativos e observações para não haver erros de diagnósticos falso-positivo, sendo aconselhável a criança receber o diagnóstico a partir dos 3 anos (BRASIL, 2015).

Para facilitar o diagnóstico do TEA, existem alguns instrumentos nos quais os profissionais podem se basear para um melhor parecer quanto a identificação do TEA precocemente. Dentre estes instrumentos, podemos citar a “Tabela de Indicadores Clínico de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)” – ANEXO B; e a “Escala M-Chart” – ANEXO C.

2.8.1 Rastreamento de indicadores do TEA

Os instrumentos de rastreamentos podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas e que iram detectar sinais de alerta e a partir dessa informação pode-se iniciar intervenções e monitorizarão desses sinais e sintomas. Os instrumentos de rastreamentos fornecem apenas sinais de alerta, havendo necessidade do encaminhamento para especialidade. Conforme o Ministério da Saúde (2014), os instrumentos são:

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (ANEXO B), consiste em um processo de observação validado por um grupo de especialista brasileiro, de uso livre, composto por 31 indicadores que avalia o desenvolvimento normal da criança e na ausência desses podem indicar o possível risco para o TEA.

A Escala Modified Checklist for Autismo in Toddlers (M-Chat) em português: Lista Modificada de Verificação para o Autismo em Crianças, (ANEXO C) é composta por 23 perguntas para os pais com resposta “sim” ou “não” na idade de 18 a 24 meses, nesses itens estão sendo avaliados a interação social, comunicação e comportamento (BRASIL, 2014).

2.9. TRATAMENTO

O Transtorno do Espectro Autista não tem cura, mas as intervenções precisam ser feitas nas crianças com suspeita ou com diagnóstico de autismo, o tratamento envolve a atenção individualizada e planejada utilizando psicoeducação, com orientação familiar e desenvolvimento da linguagem com uma equipe multidisciplinar composta por exemplo por: fonoaudiólogo, fisioterapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra infantil, pedagogo, etc. (BRASIL, 2012).

Faz-se necessário, também, que haja o treinamento dos pais, pois estes deverão estar envolvidos para complementar a continuidade do tratamento para que não haja quebra na rotina de tratamento da criança (BRENTANI, 2013).

Os recursos e programas utilizados na criança com TEA são de ordem psicológica, educacional e farmacológica:

AppliedBehaviorAnalysis (ABA) em português:Análise Aplicada ao Comportamento, por uma ciência que trabalha na mudança de comportamento; onde os princípios da aprendizagem serão a base para aquisição de novas habilidades, envolvendo técnicas que são: reforço positivo: utilizar prêmio de recompensa na moldagem para um comportamento desejável (RIBEIRO, 2010).

TEACH (Tratamento e Educação para Crianças Autista e com Déficit de Atenção relacionado com a Comunicação) é um programa de tratamento iniciado em 1972 na Carolina do Norte-EUA, por Erick Chopley. Esse tratamento consiste em uma organização do ambiente físico e a maneira de ser de cada criança (idíocracia), pois cada criança afetada em graus diferentes em cada tratamento tem seu diferencial, é utilizado o potencial de habilidades mais fortes para reforçar as habilidades mais fracas, o recurso visual também é usado em apoio de iniciativa para uma comunicação significativa (MORAES, 2012).

É também considerado uma prática psicopedagógica que serve de estímulos áudios – sinestésicos - visuais (som, palavra, movimentos associados, fotos). O TEACH não limita socialmente a parte cognitiva mais também são ensinadas as noções básicas de atividades de rotina da vida da criança (BRENTANI, 2013).

2.9.1. Terapêutica Farmacológica

Os fármacos atuam como coadjuvante auxiliando na melhora da ansiedade, depressão, agressividade, hiperatividade, psicose, dificuldade para dormir, essas comorbidades dificultam a realização das terapias.

Conforme Nikolov et al (2006), os medicamentos usando podem ser:

“Antidepressivos – Prozac e Zoloft
Estimulantes – Ritalina, é usado também para tratamento de déficit de atenção e hiperatividade
Antipsicótico - Risperidona – é oferecido pelo SUS que auxilia nas diminuições nas crises irritação, agressividade e agitação. Desenvolvimento normal da criança esse desenvolvimento abrange 3 etapas: psicológico, neurológico e motor”.

(NIKOLOV et al., 2006)

2.10. CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

É de extrema importância que o enfermeiro detenha conhecimento prático e teórico e receba capacitação sobre o Transtorno do Espectro Autista para que possa identificar os sinais e sintomas precocemente com segurança e cuidado, pois além de ser um profissional educador e orientador, irá passar mais tempo com a criança na realização do procedimento que envolve os cuidados na criança desde o período intra-uterino, pré - natale no Programa do Crescimento e Desenvolvimento de 0 a 5 anos da Atenção Básica. O Ministério da Saúde (2012) preconiza que o enfermeiro deve avaliar, durante a consulta de enfermagem, o estado nutricional através do peso e da linha de crescimento, altura ideal para idade assim como a microcefalia ou macrocefalia através da circunferência cefálica, reflexos neurológicos:

- Ø Babinski (reflexo plantar extensor, os dedos dos pés se abrem como um leque);
- Ø Sucção (reflexo de busca);
- Ø Marcha (em posição vertical, matem os contatos dos pés em movimento de marcha);
- Ø Preensão Palmar e Plantar (leve pressão do dedo na palma da mão e dos dedos do pé);
- Ø Galant (quando o bebê se encontra de bruços, faz-se estímulo na lateral das costas, acontecerá a reflexão do tronco para o lado estimulado (BRASIL, 2012).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica, objetiva promover a prevenção de agravos em todos os aspectos que possam comprometer as habilidades futuras dessas crianças, envolvendo áreas psicopedagógicas, sociais, comunicação, crescimento etc. (GURGEL et al, 2013).

O desenvolvimento cognitivo é acompanhado por estágios ou sejam são etapas que devem ser observadas e acompanhadas e em casos de identificação de alguns dos sinais (ANEXO, D) do autismo, a criança deveria ser encaminhada imediatamente para avaliação da equipe multiprofissional para que sejam estabelecidos os tipos de transtornos, pois cada criança portadora do TEA é única e os tratamentos são diferenciados, assim como nosso olhar cada caso é diferentes, exigindo atenção e cuidado, cada caso de autismo confirmado deve ser notificado para estudos possam encontrar dados reais sobre esse transtorno (BRASIL, 2013).

É preciso que os profissionais enfermeiros recebam capacitação sobre este tema, para que possam realizar suas atividades com segurança e responsabilidade, e tais procedimentos possam existir com a identificação precoce do autismo, contribuindo na melhora e na qualidade de vida das famílias em nossa sociedade (BRASIL, 2012).

2.10.1. Atuação do enfermeiro na Consulta de Enfermagem

Consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, regularizada pela resolução COFEN – 159/1993 – que dispõe sobre a consulta de enfermagem seguindo a seguinte ordem: Deve ser realizada de modo deliberado sistemático, em todos os ambientes públicos ou privativos, em que ocorre os cuidados do profissional de enfermagem.

Resolução do COFEN 358/2009 - dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em seu Artigo 1º desta mesma Resolução diz que a Consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida seja em Instituição Pública ou Privada (BRASIL, 2009).

O enfermeiro tem o papel fundamental dentro da Atenção Primária, e ele quem vai fazer o acompanhamento da criança na consulta de puericultura (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2012) orienta que a 1º consulta deve acontecer na 1º semana de vida do recém – nascido. Depois as consultas subsequentes que devem acontecer 1º, 2º, 3º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. A partir do 2º ano duas consultas no 18º e no 24º mês. Após o 2º ano serão realizadas consultas anuais próximas ao mês de aniversário. Crianças que tem vulnerabilidade maior vão ter consultas com mais frequência.

O enfermeiro deve dar uma atenção a queixa principal, sempre ouvir com atenção, revisar os problemas já apresentados e orientar a promoção oportuna aos cuidados com o recém –nascido (BRASIL, 2013).

Deve, também, realizar anamnese e exame clínico avaliando as condições de nascimento da criança, o tipo de parto, local de parto, peso ao nascer, idade gestacional, o índice de APGAR e intercorrências na gestação e no parto (BRASIL, 2012).

Avaliar a presença de situação de vulnerabilidade em crianças que morem em área de risco, baixo peso ao nascer menor que 2.500 kg, prematuridade, asfixia grave ou APGAR menor que 7 no 5º minuto, internações, mãe menor de 18 anos (BRASIL, 2012).

Avaliar o crescimento e desenvolvimento e estado nutricional. Deve-se e medir a criança em todas as consultas seguintes o profissional enfermeiro deverá ficar mais atento as queixas da mãe e sinalizar algum atraso no desenvolvimento do bebe (BRASIL, 2015).

O profissional enfermeiro na Atenção Básica tem um trabalho extenso dentro da Unidade de Saúde, mas ele pode contribuir com um olhar mais atento a esses bebês, fazendo da consulta um cuidado diferenciado que se refere ao TEA, pois este terá um diagnóstico precoce antes do 3 anos de idade, com chance de desenvolver um vida dentro da normalidade permitida pelo autismo e com certeza uma melhor qualidade de vida e integrará, com ajuda da família, um mundo que poderia não existir, com ajuda do enfermeiro isso será uma realidade. Na detecção precoce, em consultas de rotina de risco para transtorno do desenvolvimento, deve-se colocar esses dados na folha de crescimento da caderneta de saúde da criança e também no prontuário (BRASIL, 2015).

Kotujansky (2015) afirma que a avaliação e observações do desenvolvimento, da fala e da linguagem são gradativas e segue etapas conforme a idade da criança em seu desenvolvimento normal:

- Ø A partir dos 4 meses começar a balbuciar;
- Ø De 6 a 8 meses apresenta balbucio repetitivo e imitação da entonação;
- Ø Aos 12 meses iniciar as primeiras palavras verbalizações com significado, a criança conhece seu nome diz duas a três palavras além de “mamam” e “papa”;
- Ø De 1 a 2 anos a criança já apresenta um cabedal de aproximadamente 200 palavras;
- Ø De 2 a 3 anos amplia-se para 350 palavras;
- Ø De 3 a 4 anos, mil palavras (aproximadamente);
- Ø De 4 a 5 anos, mil e quinhentas palavras (aproximadamente).

(KOTUJANSKY, 2015).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de caráter exploratório e descritiva com abordagem qualitativa.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. As pesquisas descritivas, por sua vez, têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para Creswell (2010), os pesquisadores qualitativos tendem a coletar dados no campo e no local em que os participantes vivenciam a questão ou problema que esta sendo estudado. Eles não levam os indivíduos para um laboratório (uma situação artificial) nem enviam instrumentos para os indivíduos preencherem. Esse fechamento das informações coletadas por meio de conversa direta com as pessoas e da observação simples de como elas se comportam e agem dentro de seu contexto é uma característica importante da pesquisa qualitativa. No ambiente natural, os pesquisadores tem interações face a face no decorrer do tempo.

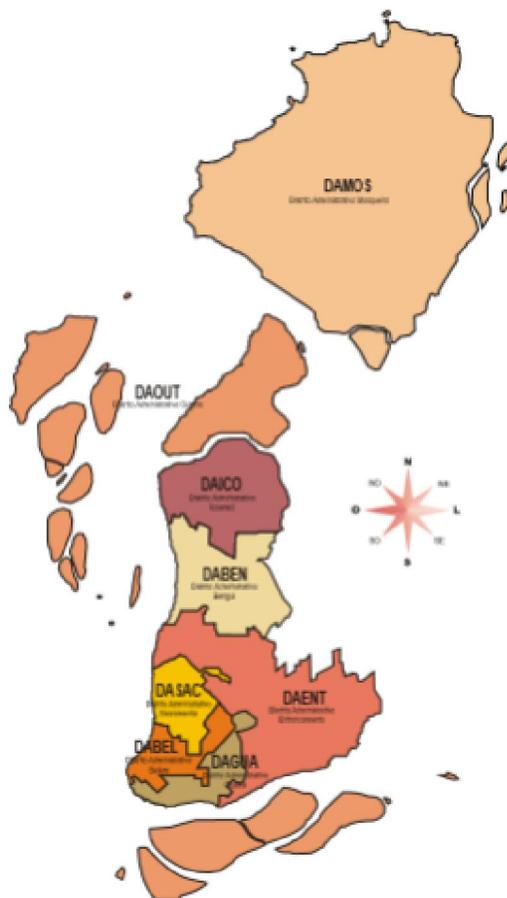
3.2. SUJEITO E LOCAL DE PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa foram 05 (cinco) Enfermeiros (as) que estão em atividades nas Unidades Municipais de Saúde do Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC) do Município de Belém –PA e01 (um) Enfermeiro da UREMIA (Unidade de Referência Materno Infantil), que prestam assistência às crianças que estão sendo atendidas no Programa Crescimento e Desenvolvimento.

De acordo com a Portaria N.4.279 de 30 de Dezembro de 2010, o Município de Belém-PA ficou assim dividido: Apresenta 71 bairros, compondo 8 (oito) Distritos Administrativo, que funcionam como unidade de planejamento territorial. Possuem 29 Unidades Municipais de Saúde - UMS, sendo 07 só no Distrito do DASAC que fazem parte das redes de atenção a saúde integradas por meio de sistemas que buscam garantir a integralidade do cuidado.

Nas 7 (sete) sub-regiões: Barreiro, Pedreira, Maracangalha, Telégrafo, Miramar e Sacramento estão localizadas as UMS: Telégrafo, Sacramento, Vila da Barca, Tavares Bastos, Fátima, Maracangalha e Pedreira, conforme mapa a seguir:

Figura 4: Mapa da distribuição dos Distritos Administrativos do município de Belém-PA.



Fonte: Base Cartográfica de Belém-PA. Prefeitura Municipal de Belém, 1994.

Como critérios de inclusão foram considerados os enfermeiros (as) que atuam nos referidos estabelecimentos por um período de, pelo menos, 06 meses e que aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão, os enfermeiros (as) que não aceitaram participar da pesquisa, que não se encontrem em atividade por ocasião do levantamento dos

dados e àqueles que possuem menos de 06 meses de tempo de serviço no período da coleta de dados.

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS:

A técnica de coleta de dados desta pesquisa foi conjugada, realizada por meio de entrevista aberta e flexível a partir de um roteiro de entrevista (APENDICE A) para o início do diálogo que foi registrado por meio de um gravador digital.

As entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade e agendamentos prévios destes sujeitos de pesquisa.

Ainda como estratégia de coleta das informações, consideramos a observação simples na rotina de atendimento das crianças no Programa Crescimento e Desenvolvimento. Neste caso, o pesquisador permanecerá apenas observando de maneira espontânea os fatos decorrentes, sendo um mero espectador. Ao final de cada dia, no local da coleta de dados, foi redigido em um diário de campo as impressões pessoais do pesquisador sobre o dia vivido. Entendemos que desta forma será possível obter dados importantes para o objetivo que pretendemos alcançar. De acordo com Gil (2008) na observação simples o pesquisador observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. O autor refere ainda que embora não existam regras fixas acerca do que observar, há itens significativos de serem considerados pelos pesquisadores, conforme o andamento da pesquisa.

No momento da coleta de dados foi detectado que na sub-região do Maracangalha não foi identificado Unidade Municipal de Saúde (conforme busca ativa feita pelos pesquisadores) e na Unidade Municipal de saúde da Pedreira foi relatado por uma das enfermeiras que alí trabalha, que há sete anos não possui o Programa Crescimento e Desenvolvimento, descaracterizando o critério de inclusão.

3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados seguiremos os passos de análise qualitativa sugerido por Minayo (2008) que se compõe de: Ordenação dos dados; classificação de dados após leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal; análise final, procurando responder ao objetivo proposto.

O caminho percorrido se deu da seguinte forma: escuta e transcrição dos áudios das entrevistas e leitura exaustiva do texto transcrito. Após a transcrição das entrevista foram realizadas sucessivas leituras no sentido de se familiarizar e na tentativa de interpretar as falas.

As anotações que foram realizadas nos diários de campos, consequentes das impressões pessoais feitas por meio da observação simples, nos dias vividos, também fizeram parte do processo de leitura e interpretação do texto, para que pudéssemos fazer as inter-relações e tirar as considerações importantes, entre as falas das enfermeiras e o que foi observado.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

De acordo com o que a ética e pesquisa com seres humanos recomenda, este trabalho foi cadastrado na Plataforma Brasil conforme folha de rosto (ANEXO G). Em seguida foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA para que fosse dada uma autorização (ANEXO H) para que se pudesse realizar a pesquisa nos locais pretendidos. De posse deste documento, iniciamos a nossa coleta de dados e estamos aguardando a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa. Todas as diretrizes da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde foram consideradas.

Os participantes envolvidos nesta pesquisa que concordaram voluntariamente em participar da mesma, tiveram pleno direito de receber informações de modo claro e completo, com a possibilidade de desvincular-se do estudo se assim quiserem a qualquer etapa da pesquisa. Portanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) foi assinado pelos mesmos para que a coleta de dados se iniciasse.

Outro aspecto ético considerado foi quanto a privacidade e confidencialidade para que haja proteção da identidade dos sujeitos envolvidos, onde utilizamos codinomes para preservar a imagem dos sujeitos pesquisados. Esses codinomes foram caracterizados por nomes de flores, descritas a seguir: *Íris, Bardana, Amarilis, Jasmin, Petúnia e Amaranato.*

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos resultados obtidos, foram separado e classificados em duas categorias, sendo elas: **“O conhecimento do enfermeiro sobre o TEA”** e **“Recursos utilizados pelos enfermeiros na identificação precoce do autismo”**.

4.1. O NÍVEL DE CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE O TEA

O enfermeiro que atua na Saúde Pública e realiza o acompanhamento do desenvolvimento da criança, deveria conhecer o que é o Transtorno do Espectro Autista (TEA), assim como seus sinais e sintomas, pois são eles os primeiros que podem suspeitar dessas alterações no desenvolvimento da criança, uma vez que trabalham na atenção primária e realizam as primeiras consultas da criança após o nascimento. Desta forma, iniciamos as nossas entrevistas perguntando o conceito do TEA o que percebemos é que, na realidade, nos nossos campos de pesquisa há um desconhecimento deste conceito, conforme as falas a seguir:

Iris - *“(...) tenho pouco conhecimento dessa área mais eu entendo que a criança nasce com a predisposição e que algum fator externo desencadeia isso (...) o que sei mesmo é pouco que já li, e minha experiência pessoal (...)”*.

Bardana - *“(...)eu não sei(...)”*.

Jasmim - *“(...) eu não sei muita coisa de autista, mais o que sei que é um transtorno do neuro-desenvolvimento que envolve principalmente as habilidades (...)”*.

Petúnia - *“(...) sei pouca coisa, vou ser sincera”*.

Observou-se pouco conhecimento do profissional enfermeiro sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), alguns com moderado interesse e outros indiferentes ao tema em estudo, dificultando a mobilidade adequada da criança dentro da rede de atenção, com conseqüentes prejuízos no seu desenvolvimento.

Segundo Fontes, (2016), Autismo é uma Síndrome que afeta o neuro-desenvolvimento infantil com dificuldade qualitativa chamadas de tríade do

comportamento. Diante desta fala, percebemos que *Jasmin* tem um mínimo de conhecimento sobre o TEA, pelo menos consegue definir de forma correta, apesar de afirmar que não sabe muita coisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Autismo Infantil como uma síndrome presente desde o nascimento que se manifesta antes dos 30 meses de idade (CAMPELO et al, 2009).

Como pudemos compreender em nosso estudo, o autismo é uma condição permanente, a criança nasce com autismo e torna-se um adulto com autismo, uma síndrome que vai afetar as três áreas cognitivas: linguagem, socialização e comportamento, mais também trás outras patologias, alguma forma de sensibilidade sensorial dos cinco sentidos: visão, audição, olfato, tato e paladar, tornando-se necessário que o enfermeiro esteja qualificado para tal atendimento.

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (C/D) é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança - PINASC, sendo realizado por pediatras e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são a porta de entrada do sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

É tão necessário o conhecimento do enfermeiro dentro do programa, na identificação precoce do autismo, pois se quem atende na ponta da rede de atenção não esta preparado e não consegue identificar precocemente tais sinais, mais tarde a criança chegará na atenção especializada realizando tardiamente seu tratamento.

No programa (C/D) o enfermeiro desenvolve procedimentos simples como: pesar, medir, avaliar aquisições de novas habilidades, utilizando-se de instrumentos como o cartão da criança alem de outros. Essas avaliações visa promover condições de saúde para criança.

Para Carvalho et al (2013), os sinais de retardo do desenvolvimento infantil podem ser precocemente detectados antes dos 24 meses, mas para isso é preciso o enfermeiro conhecer os indícios de atrasos e ser capaz de detectá-los.

Na Uremia – Unidade de Referência Materno infantil do Município de Belém-PA, local onde são encaminhados casos de suspeitos de TEA e atrasos no desenvolvimento, observamos, também, o nível de conhecimento do profissional que já trabalha com crianças autistas, como podemos observar na fala a seguir:

Amarilis - *"(...) pra ti confessar a verdade eu aprendi no meu dia-a-dia (...) mais o que caracteriza o autista é aquela criança que não se socializa, que costuma se isolar e cria um mundinho dela (...)"*.

Diante desta fala, percebemos que houve pouca diferença no nível de conhecimento no atendimento da criança com TEA, quando relacionamos ao nível de conhecimento dos Enfermeiros das Unidades Municipais de Saúde, em ambos apresentaram as mesmas dificuldades, das quais podemos citar: a ausência de capacitação e escassez de treinamento, além de percebermos certo desinteresse por parte dos entrevistados em buscar mais informações sobre o assunto.

Notou-se na fala de todos os enfermeiros a inversão do conceito pelos sinais e sintomas. O autismo não é somente o isolamento social, nem tão pouco hiperatividade ou o fato da criança ser surdo ou mudo.

Amaranto - *"(...) Na verdade eu só achei que ele tinha; podia ser, ele estava com problemas de surdez e não falava, ele não sossegava, achei ele estranho ai encaminhei (...)"*

Jasmim - *"(...) questão na fala, interação com as pessoas, ansiedade (...)"*

Cada criança é um ser em desenvolvimento e único e deve ser tratado individualmente respeitando suas particularidades observando e valorizando suas potencialidades.

Quando nos referenciamos ao TEA, sabemos que o pioneiro a fazer descrições e realizar estudos sobre autismo foi o psiquiatra doutor Léo Kanner. Em seguida o TEA foi classificado pelo DSM – V (2013) em categorias e as características mais severas e marcantes ganhou o nome de Autismo Típico ou Clássico ou de KANNER, seguindo a classificação temos o Autismo Atípico, Síndrome de Asperger e Transtorno Desintegrativo da Infância.

A seguir apresentamos em uma fala de um dos entrevistados um relato de um sugestivo TEA classificado em Autismo atípico.

Iris - *"(...) eu tenho um caso na família até os 3 (três) anos era uma criança normal, interagía, brincava, falava, chama o nome das pessoas e aconteceu algum fator estressante que desencadeou o autismo nele (...)"*.

O caso familiar descrito acima tipifica um clássico exemplo de autismo atípico onde a criança apresentava o crescimento normal com todas as suas habilidades adquiridas preservadas até completar 03 anos de idade, quando foi perdendo gradativamente tais habilidades. Conforme fala de Iris, podemos perceber que ela não conhece a classificação do autismo atribuindo, portanto, o evento ocorrido como "um fator estressante que desencadeou o autismo nele 'criança'".

O Ministério da Saúde (2015) descreve essa categoria com autismo atípico, a criança sofre uma desordem em seu desenvolvimento, nasce e evolui suas habilidades normalmente e a partir dos 2 a 3 anos inicia a regressão perdendo gradativamente as habilidades adquiridas (BRASIL, 2005).

As instituições públicas não oferecem cursos de capacitação para os enfermeiros, apesar do autismo ser um agravo, podendo gerar incapacidades dependendo do grau de comprometimento e comorbidades ainda assim os profissionais continuam trabalhando sem a devida atualização.

Quando perguntado aos entrevistados sobre as capacitações deles quanto ao TEA, obtivemos as seguintes respostas:

Iris – *"(...) não, isso realmente nunca. O que eu sei mesmo é o pouco que eu já li, da minha experiência pessoal e acadêmica. Nem na faculdade não tem essa matéria nem pincela"*.

Bardana – *"(...) não, nesse período que estou aqui eu não me lembro. "*

Jasmim – *"(...) Não infelizmente não"*.

Corroborado como Ministério da Saúde (2013), esses conhecimentos deveriam estar amplamente divulgados em toda a rede SUS, entretanto identificamos que não houve essa disseminação entre os profissionais, o que observamos foi o escasso entendimento e pouco interesse dos profissionais sobre o TEA (BRASIL, 2013).

O descaso das autoridades públicas (União, Estado e Município) em oferecer estrutura para o atendimento a pessoas com autismo no Pará, tornou-se caso de justiça e manifestações por parte de familiares.

Em reportagem de um jornal local (ANEXO I), do dia 08 de Novembro do ano corrente, a Procuradora Federal Melina Toste relata: “o atendimento esta aquém do mínimo razoável”, “não há atenção especifica a esses pacientes, estando o serviço ofertado, em total desacordo com a legislação”, “não se pode aceitar uma ‘pseudoprestação’ do serviço, tal como vem acontecendo”(DIÁRIO DO PARÁ, 2016).

Esse problema foi identificado, porém nenhum dos entes governamentais assume a responsabilidade em resolver essa situação, faltando providências, planejamento, regulamentação, e capacitação de profissionais.

A possibilidade de tratamento seria a criação dos centros de reabilitação integral para autista, de acordo com o projeto de lei aprovado pela Câmara Municipal de Belém, que previa que os centros iriam dispor de “instalações físicas, equipamentos, recursos humanos”, a formação e/ou capacitação na área de reabilitação para o atendimento as crianças e adolescentes com autismo, o que foi vetado caracterizando a omissão de quem deveria promover o acesso a saúde aos portadores do autismo (DIÁRIO DO PARÁ, 2016).

As faculdades não oferecem disciplinas que possam auxiliar os acadêmicos de enfermagem para esse atendimento, outrossim, percebemos que a propedêutica da consulta de enfermagem foi amplamente discutida em nossas aulas, seminários e laboratórios, fazendo que o enfermeiro tenha competência e habilidades neste procedimento denominado de processo de enfermagem que consta de: exame físico, diagnostico, planejamento, intervenção e avaliação, com o objetivo de identificar agravos e encontrar soluções.

Neste ponto,quanto tratando da realização as consultas no Programa C/D, os enfermeiros demonstraram bastante conhecimento e informaram que receberam capacitação para atuarem no programa PNAISC e outros.

IRIS – *“(...) faço os testes dos estímulos, se vem com 1 mês faço teste de moro, se responde anoto, se vem com 2 meses faço teste de bruço, se levanta a cabecinha (...) Se acompanha o pontinho vermelho (...) não fiz a capacitação do C/D, foi uma colega que foi e me repassou. ”*

Durante as nossas entrevistas observamos em cada UBS com exceção da uremia e telegrafo que os consultórios de enfermagem não dispõe de ambiência adequada para o atendimento das crianças, as paredes são somente pintada de branco com uma mesa e uma cadeira, não tendo atrativos nem objetos de estímulo para as crianças, notou-se também a não privacidade nas consultas de enfermagem, nem espaços próprios para este atendimento com os pais, o que existem são consultas compartilhada com adultos e crianças.

Entendemos que certas UBS que fazem parte do nosso objeto de estudo estavam em prédios alugados, como a UBS de Fátima e Tavares bastos, mais mesmo com a limitação de espaço físico esta cena foi observada também em outra UBS com prédio próprio e funcionando há mais de 20 anos. A consulta tem que primar a privacidade do paciente e fortalecer o elo de confiança que é adquirido com as famílias ficando, portanto, essas consultas sem critérios de avaliação. Foi observado também que os enfermeiros ao terem conhecimento que a entrevista tratava sobre AUTISMO ficaram receosos afirmando que não trabalhavam com autistas.

4.2. INSTRUMENTO UTILIZADO PELOS ENFERMEIROS NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO AUTISMO

Os instrumentos são objetos simples, usado para auxiliar em algum serviço, no caso da consulta de enfermagem usam-se vários recursos na identificação de agravos como: fita métrica, balança, otoscópio, chocalho, estímulo visual, estetoscópio, dentre outros.

No rastreamento da identificação precoce do autismo deve ser utilizado alguns instrumentos para avaliação da criança, no qual os enfermeiros responderam que não utilizam, porém poderiam fazer uso se lhes fossem dado este recurso. Neste sentido, podemos inferir que o atendimento não é só prejudicado pela falta de conhecimento dos enfermeiros sobre o assunto, mas também pela falta dos instrumentos necessários para tal avaliação.

Petúnia – “Com certeza, como agente já usa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, agente detectou qualquer alteração no comportamento (...)”.

Iris – “Com certeza, por que ia ajudar bastante, porque tem muita mãe que vem angustiada porque não sabe o que o filho tem”.

Jasmim – “Com certeza, agente ta aqui para ajudar para colaborar e melhorar principalmente o desenvolvimento da criança (...)”.

O Ministério da Saúde lançou em 2013 as diretrizes do rastreamento do autismo, onde consta a escala M – CHAT, IRDI, dentre outros, muito utilizadas nos Estados Unidos. Estes instrumentos foram traduzidos para o português e encontra-se a disposição em sites da internet, de uso extremamente simples para ser realizado e aplicado em criança a partir dos 18 meses. As escalas são respondidas pelos cuidadores ou pais com afirmativas sim ou não, podendo ser administrada por qualquer profissional nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidados do SUS.

Mesmos que estas cartilhas, cadernos e manuais estejam à disposição, nos chamou a atenção para o fato do grande desconhecimento do profissional enfermeiro e o desinteresse em buscar essas informações.

Segundo Silveira, (2013) o diagnóstico do TEA, no Brasil, em média é feito entre os 5 e 7 anos, o diagnóstico tardio torna-se uma consequência dessa falta de conhecimento dos profissionais e atuação insuficiente do Estado e Município, observamos também que os enfermeiros não conhecem e nem utilizam tais instrumentos que facilitariam na identificação precoce do autismo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno do Espectro Autista –TEA é uma síndrome multifatorial, acometendo crianças desde o nascimento até a vida adulta, existindo um continuum de sinais e sintomas, sendo as principais áreas do desenvolvimento cognitivo afetadas, a comunicação verbal e não verbal, a interação social e o comportamento com maneirismos estereotipados, podendo também ser associado com outras patologias.

Atualmente o autismo traz muitas preocupações para os familiares, pois o sistema de saúde pública não oferece condições apropriadas para receber essas crianças, principalmente nas Unidades Municipais de Saúde –UMS, que é a porta de entrada da Rede de Atenção Básica Municipal, onde os profissionais enfermeiros encontram-se desatualizados e desconhecem o TEA; as alterações são encaminhadas para UREMIA, onde conseguimos identificar que após esse encaminhamento realizado pelas UMS's, a família e a criança acaba perdendo o vínculo com a UMS.

Sabe-se que no atendimento da criança autista, deveria conter um fluxograma desde o primeiro atendimento, sua referência, até o tratamento continuado, porém o Estado e o Município descumprem a Lei de Cidadania aprovada em 2012, dificultando o acesso à Rede SUS (Sistema Único de Saúde). Não há estatística oficial sobre o número de casos, faltam protocolos de atendimento, processo regulatório para acesso aos serviços nas ações de saúde do Estado do Pará.

Em relação ao tratamento, observamos pouco investimento por parte do Estado e do Município, com fluxograma inexistente dentro da rede de cuidados do SUS, essas crianças, após confirmado o diagnóstico, necessitam de uma equipe multidisciplinar por tempo indeterminado, surgindo então uma demanda reprimida e a demora por esse tratamento faz com que essas crianças não alcancem uma melhor qualidade de vida.

Em vista disso é de extrema importância a identificação precoce do autismo e a necessidade do diagnóstico diferencial, a capacitação e atualização dos profissionais enfermeiros que realizam atendimento no Programa de Crescimento e

Desenvolvimento, por ser a enfermagem comprometida com a saúde e a atuante na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dessas pessoas, e o comprometimento do governo em garantir o acesso digno a estas crianças, pois o autista é um ser em desenvolvimento com necessidades urgentes e com potencialidades a serem estimuladas e desenvolvidas na construção de direitos de cidadanias e inserção social.

REFERENCIAS

AUTISMO OU TEA ? – TATIANA TAKEDA – 2015, <http://ludovica.opopular.com.br/blogs/viva-a-diferen%C3%A7a/viva-a-diferen%C3%A7a-1.925289/autismo-ou-tea-1.989815> acessado em : 25/04/2016 as 15:00 horas.

Brasil, **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**, 2014, pag. 36 e 37

-----, **Linha de cuidado para atenção as pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias**, 2015 pag. 18 e 44 (ministério da saúde)

-----, Caderno de atenção básica saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2013 ministério da saúde

-----, Caderno de atenção básica saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2012 ministério da saúde

Brentani et al. Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2013, vol.35, suppl.1, pp. S62-S72. ISSN 1516-4446)

CAMPELO et al, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000800008 – acessado em 05/04/2016 às 16:00 horas

Claudio drewsjr - manual de diagnostico e estatístico de transtornos mentais. 4ª edição. 1994

De Marco, Carmem Lydia da Silva T. O aluno com Síndrome de Asperger em sala de aula / The studentwithAsperger´sSyndrome in theclassroom – 2011

Diário Do Pará. Autismo: MPF cobra que prefeitura e estado melhore atendimento. Caderno saúde (A5). Ano XXXIV – Nº 11.793. Belém – PA, 08/11/2016.

Ferreira N, **fatores genéticos do autismo**, 2014 disponível em WWW.publico.pt/ciencia/noticia/fatoresgeneticos - acessado em 14 /05/16 às 20 hs

Fontes A. **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, São Paulo, 2016 disponível em <http://www.plenamente.com.br/artigo.php?FhldArtigo=207#.V0jSZjUrLIV> – acessado em 15/05/16 às 21:00hs

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Godinho A, **Dispersao da luz branca** – disponível em <http://andre-godinho-cfg-8ablogspot.com.br/2013/06/espectro-da-luz-branca.html?m=1> – acessado em 25/05/2016 às 20:40 hs

GRINKER, Roy R. **Autismo um mundo obscuro e conturbado**, 2010.

Gupta R , Matthew W. **Autismo genética**, 2006

Gurgel PKF, Brandão ICA, Santos ADB et al, <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3150/pdf/2101> - acessado em 22/03/2016 as 10:00 horas

Hobson, P, **The cradle of thought**. London, (2002).

Junior P, **epidemiologia do autismo**, 2014, disponível em <http://www.revistaautismo.com.br/noticias/casos-de-autismo-sobem-para-1-a-cada-68-criancas> - acessado em 04/05/16 às 10:00hs

Kaplan, Harold 1 **compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica**. 7ª. Ed. Porto alegre: artes medicas, 1997

Klin. A **.autismo e síndrome de asperger: uma visão geral**: ver. Klin. Psiquiatr. V. 28 (supll); ps3/511,2006

Kotujansky L, **desenvolvimento tardio da fala**, 2015, disponível em www.fonologica.com.br/blog/desenvolvimento-tardio-da-fala-e-da-linguagem - acessado em 13/05/2016 às 17:00hs

Melo A, Ho H, Dias I, Andrade M, retratos do autismo no Brasil, Brasília, 2013.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

Moreira, Daniel agosto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: pioneira thonson, 2002

Nikolov R, Jonker J, Scahill L, **Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreasde interesse para desenvolvimentos futuros**, 2006, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a06v28s1.pdf> - acessado em 27/05/2016 às 20:30hs

Pondé, **Principais Instrumentos Diagnósticos de Autismo, 2008**. Disponível em <http://autismoerealidade.org/ferramentas-de-apoio/instrumentos-diagnosticos/> - acessado em 27/05/2016 às 20:45 hs

http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/dsm_iv.htm - acessado 16/11/2016 as 17:00 horas

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000800008 - acessado em 05/04/2016 às 16:00 horas

Ribeiro S, <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/aba-uma-intervenc-o-comportamental-eficaz-em-casos-de-autismo> - acessado em 16/04/2016 as 11:00 horas

Rutter, m. (1978). **Diagnostico and definition of childhooh. autor, journal autism and revelopental**, disorders, 8,139 -161

Silva C, Martins R, **teorias das cores de Newton**, 2003
<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/fisica/newton-as-cores.htm> - acessado em15/04/16 às 21:00 hs

Silveira J, **Diagnostico do autismo tardio**, 2013, disponível em
<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/04/02/estima-se-que-90-dos-brasileiros-com-autismo-nao-tenham-sido-diagnosticados.htm> - Acessado em04/05/16 às 9 hs

Teles L, **sintomas de autismo**, 2015 disponível em
www.leandroteles.com.br/blog2015/01/08/meufilhoeautista - acessadoem09/05/2016 às 9:00hs

Telma Liliana De Campos Morais, Modelo TEACCH Intervenção Pedagógica Em Crianças Com Perturbações Do Espectro Do Autismo – 2012

ANEXOS

ANEXO A – LEI DO DE PROTEÇÃO A PESSOA COM ESPECTRO AUTISTA

LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1o Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2o A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Art. 2o São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

- a) à educação e ao ensino profissionalizante;
- b) à moradia, inclusive à residência protegida;
- c) ao mercado de trabalho;
- d) à previdência social e à assistência social.

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

Art. 4o A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4o da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5o A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6o (VETADO).

Art. 7o O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1o Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2o (VETADO).

Art. 8o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191o da Independência e 124o da República.

DILMA ROUSSEFF

José Henrique Paim Fernandes

Miriam Belchior

**ANEXO B – TABELA DE INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O
DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)**

		Presente Ausente	Ausente	Não verificado
De zero a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.			
	A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).			
	2. A criança reage aomanhês.			
	3. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			
	4. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.			
De 4 a 7 meses e 29 dias	5. A criança começa a diferenciar o dia da noite			
	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.			
	7. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.			
	8. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.			
	9. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou			

	outra pessoa está se dirigindo a ela.			
	10. A criança procura ativamente o olhar da mãe.			
	11. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			
		Presente	Ausente	Não verificado
	12. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva			
De 8 a 11 meses e 29 dias	13. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.			
	14. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.			
	15. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.			
	16. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.			
	17. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.			
	18. A criança possui objetos prediletos.			
	19. A criança faz gracinhas.			

	20. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.			
	21. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.			

De 12 a 17 meses e 29 dias	22. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses			
	23. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas			
	24. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.			
	25. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.			
	26. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.			
	27. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.			
	28. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o			

	que deseja, não se contentando apenas com gestos.			
	29. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.			
	30. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.			

Se a criança tiver dois indicadores ausentes, há chance (riscorelativo = 1,75; IC 95% 1,07-2,88) de apresentar problemas de desenvolvimento aos 3 anos. Quatro dos indicadores tiveram, quando ausentes isoladamente, capacidade de predição de risco psíquico aos 3 anos de idade (medido pelo risco relativo) estatisticamente significativa: os indicadores número 7 – *A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades* (RR = 3,46; IC 95% 1,19-10,07), número 18 – *A criança estranha pessoas desconhecidas para ela* (RR = 2,93; IC 95% 1,49-5,73), número 22 – *A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada* (RR = 3,75; IC 95% 1,37-10,28) e número 30 – *Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança* (RR = 4,19; IC 95% 1,74-10,06).

Conjuntos de indicadores que, após análise estatística fatorial (isto é, quando todos os indicadores de cada um dos seguintes conjuntos estavam ausentes), tiveram correlação significativa para prever risco psíquico aos 3 anos de idade:

- na faixa de zero a 4 meses: todos os cinco indicadores formam um fator só, que é significativo para prever risco psíquico (RR = 3,51; IC 95% 1,10-11,17);
- na faixa de 4 a 8 meses: há um fator (formado pelos indicadores 6, 7, 8 e 9) que é significativo para prever risco psíquico (RR = 2,50; IC 95% 1,01-6,59);
- na faixa de 8 a 12 meses: há um fator (formado pelos indicadores 16 e 22) que é significativo para prever risco psíquico (RR = 5,01; IC 95% 1,97-13,15);
- na faixa de 12 a 18 meses: há um fator (formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30) que é significativo para prever risco psíquico (RR = 1,99; IC 95% 1,03-3,85) e também para prever risco para o desenvolvimento (RR = 2,82; IC 95% 1,45-5,45). (BRASIL, 2014)

ANEXO C – ESCALA M-CHAT

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho etc.?
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?
5. Seu filho já brincou de “faz de conta”, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca ou qualquer outra brincadeira de “faz de conta”?
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para pedir alguma coisa?

7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para indicar interesse em algo?
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos) sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex.: tapando os ouvidos)?
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?
13. O seu filho imita você (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita)?
14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?
16. Seu filho já sabe andar?
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?

O M-Chat é validado para rastreamento de risco para TEA e deve ser aplicado em crianças com idades entre 16 e 30 meses.

As respostas às perguntas devem ser “sim” ou “não”. Cada resposta vale 1 ponto, de modo que a pontuação final varia de 0 a 23 e o score total é calculado a partir da soma dos pontos.

Se a pessoa obtiver mais de 3 pontos oriundos de quaisquer dos itens, ela é considerada em risco para autismo. Se obtiver 2 pontos derivados de itens críticos

(que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada em risco para autismo.

As respostas pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23.

As respostas pontuadas com “sim” são: 11, 18, 20, 22.

ANEXO D - INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 0 a 6 Meses	Interação Social	Por volta dos 3 meses de idade crianças passam a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	Criança com TEA pode não fazer isto ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade é possível observar que as crianças prestam mais atenção em pessoas do que em objetos ou brinquedos.	Criança com TEA pode prestar mais atenção em objetos.
	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”/ choro/tremor.	Criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbúcio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios, de volume e intensidade variados, na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	Criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra, etc. Estes formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.	Criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões, e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.
	Brincadeiras	As crianças olham para o objeto e o exploram de diferentes formas (sacodem, atiram, batem e etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção por parte da criança aos gestos, expressões faciais e fala de seu cuidador.	Criança com TEA pode apresentar dificuldades nestes aspectos.	

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa
com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 6 a 12 Meses	Interação Social	Começam a apresentar comportamentos antecipatórios (ex: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.
	Linguagem	Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para seu cuidador entender suas necessidades.
		Balbuício se diferenciando; risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.
		Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
		A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.
		Começa a repetir gestos de acenos, palmas, mostrar a língua, dar beijo, etc.	Crianças com TEA podem não repetir gestos (manuais e/ou corporais) frente a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.
	Brincadeiras	Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde), a criança passa a procurar o contato visual para manutenção da interação	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.
	Alimentação	Período importante porque serão introduzidas texturas e sabores diferentes (sucos, papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado desmame.	Crianças com TEA podem ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 12 a 18 Meses	Interação Social	Aos 15-18 meses as crianças apontam (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Ao invés de apontar elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (ex: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).	A ausência ou raridade deste gesto de atenção compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.
	Linguagem	Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição a fala de outras pessoas).	Crianças com TEA podem não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.
		A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (situações do cotidiano muito repetidas) para um movimento mais livre na fala.	Crianças com TEA podem não apresentar este descolamento/ sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.
		A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.	Crianças com TEA mostram dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.
		A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (ex: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa, ou então constrangimento, “vergonha”).	Crianças com TEA tendem a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicarem, a não ser alegria/ excitação, raiva ou frustração.
	Brincadeiras	Aos 12 meses a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro, etc.) e funções dos objetos (sons, luzes, movimentos, etc.).	A criança com TEA tende a explorar menos objetos e, muitas vezes, fixa-se em algumas de suas partes, sem explorar as funções (ex.: passar mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o).
		O jogo de faz-de-conta emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.	Em geral, isso não ocorre no TEA.
Alimentação	A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	Crianças com TEA podem ser muito resistentes à introdução de novos alimentos na dieta.	

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa
com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 18 a 24 Meses	Interação Social	Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. Olham para o objeto e para quem o oferece.	Crianças com TEA podem não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência.
		A criança já segue o apontar ou o olhar do outro, em várias situações.	Crianças com TEA podem não seguir o apontar ou o olhar dos outros; podem não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado.
		A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse a seu cuidador.	Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso reverter em satisfação de alguma necessidade imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo em que tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).
	Linguagem	Por volta do 24 meses: surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro, em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem domínio das regras e convenções (Por isso aparecem os “erros”).	Criança com TEA tendem a ecolalia.

(continua...)

		desenvolvimento infantil Sinais de	alerta para TEA
24 a 36 meses	Interação social	Os gestos (o olhar, o apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.	Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após muita insistência. As iniciativas são raras. Tal ausência é um dos principais sinais de alerta para TEA.
		A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.	A criança com TEA pode apresentar repetição de fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.
	Linguagem	A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).	A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.
		A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo).	A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.

		<p>Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”.</p> <p>A fala tem uma melodia bem infantil ainda. A voz geralmente é mais agudizada.</p>	
--	--	---	--

CONTINUA

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
24 a 36 meses	Brincadeiras	<p>A criança, nas brincadeiras, usa um objeto “fingindo” que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de “casinha”, de “médico” etc.), construindo cenas ou estórias. Ela própria e/ou seus bonecos são os “personagens”.</p>	<p>A criança com TEA raramente apresenta esse tipo de brincadeira ou o faz de forma bastante repetitiva e pouco criativa.</p>
		<p>A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).</p>	<p>A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.</p>
		<p>Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.</p>	<p>A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, tem dificuldades em entendê-las.</p>

Continua

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de alerta para TEA
			A criança com TEA

24 a 36 meses	Alimentação	A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação está contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos “horários” de alimentação. Pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar por longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc
---------------	-------------	--	--

FONTE: BRASIL, 2014.

ANEXO E – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, professor (a) Kitena Silva dos Santos,
do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino, declaro
aceitar orientar o trabalho intitulado
"Identificação precoce do eufemismo Uma contribuição da:",
de ^{Enfermagem} autoria dos(as) alunos (as)
Silvana Vales, Silvana Lebrato e Daviack Lenner.
Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos
vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho
Nacional de Saúde - CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da
necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação
do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, ____ de março de 2016.

Kitena Silva dos Santos
Prof.
Orientador(a)

Contato telefone do orientador:
E-mail do Orientador:

ANEXO F - TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO / PESQUISADOR**TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR**

TÍTULO DO PROJETO: Identificação precoce do Autismo uma contribuição da enfermagem

ORIENTADOR(A): Milena

PESQUISADORES: Silvana Franca Veli, Silvana Lobato Gomes Texeira, Dorivaldo Júnior

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na execução deste projeto.

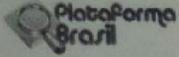
Silvana Franca Veli
Nome do aluno
Pesquisador

Dorivaldo Júnior
Nome do aluno
Pesquisador

Dorivaldo Júnior
Nome do aluno
Pesquisador

Milena
Nome do orientador
Orientador/Pesquisador

ANEXO G - FOLHA DE ROSTO DA PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Transtorno do Espectro Autista: Uma Contribuição Para Enfermagem NaAtenção Básica			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 15			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MILENA SILVA DOS SANTOS			
6. CPF: 819.591.092-00	7. Endereço (Rua, n.º): WE-82 CIDADE NOVA ANANINDEUA PARA 67140230		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (91) 8174-1151	10. Outro Telefone:	11. Email: milena_enfa@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>15 / 09 / 16</u>		 Milena S. Assinatura Enfermeira COREN-PA 081.98	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-ASSUPERO		13. CNPJ: 06.099.229/0001-01	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (11) 5586-4000	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Eliane da C. Lobato da Silva</u>		CPF: <u>579520602-44</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora de Enfermagem / FAPEN</u>		 Eliane Lobato Coordenadora de Curso de Enfermagem - FAPEN	
Data: <u>15 / 09 / 16</u>		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO H - DECLARAÇÃO DA SESMA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SESMA aceita a realização do Projeto de Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino- FAPEN, intitulado: “TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA”, de autoria dos discentes Doriack Armando Mann Lonnor Neto, Silvana França Vale e Silvana Lobato Gomes Teixeira, orientada pela Prof. Milena Silva dos Santos.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Instituição de origem.

Belém, 30 de Setembro de 2016

Raimunda Silvia Gatti Norte

Raimunda Silvia Gatti Norte

Coordenação do Núcleo de Educação Permanente – NEP

R. Silvia Gatti Norte
Coordenação NEP/SESMA
Mat. 04-01234-01



Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)
Marco, CEP. 66093-543
E-mail: sesmagab@gmail.com

Tel: (91) 3184-6136

Diário do Pará
TERÇA-FEIRA, Belém-PA, 08/11/2016

GERAL A5
24h de notícias - www.diarionline.com.br

Autismo: MPF cobra que Prefeitura e Estado melhorem atendimento

Procuradoria entrou ontem na Justiça, para pedir que os governos do prefeito Zenaldo Coutinho e Simão Jatene ofereçam estrutura de atendimento às pessoas com autismo

SAÚDE

O Ministério Público Federal (MPF) entrou na Justiça, ontem, com ação em que pede decisão urgente para obrigar a União, o Estado do Pará e o Município de Belém a oferecerem estrutura para o atendimento a pessoas com autismo.

O MPF aponta que o atendimento no Pará é precário, mesmo após 2 anos do decreto que regulamenta a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e 2 anos da divulgação dos resultados de duas auditorias do Ministério da Saúde, com recomendações para a regularização do serviço no Pará.

A Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão informou à Justiça que faltam planejamento, regulamentação, capacitação de profissionais, medicamentos, equipamentos, assistência e outros itens. "Não se pode aceitar uma 'pseudoprestação' do serviço, tal como vem acontecendo", critica, na ação, a procuradora Melina Tostes Haber.

Segundo ela, o atendimento está "aquém do mínimo razoável". "Não há atenção específica e escassa pacientes, estando, o serviço ofertado, em total desacordo com a legislação", destaca. Ela também cita a União, que atendeu os problemas, por meio de auditorias, "porém, não adota quaisquer providências aptas a modificar a realidade posta".



Para a procuradora, o atendimento às pessoas com autismo está "aquém do mínimo razoável".
FOTO: DANIEL COSTA / ARQUIVO

Zenaldo vetou implantação de centros

Em sua edição do último dia 30, o DIÁRIO já havia denunciado o descaso do prefeito de Belém, Zenaldo Coutinho, no atendimento às pessoas com autismo. De autoria do vereador Vandick Lima (PPS), o projeto de lei que previa a criação dos

Centros de Reabilitação Integral para Autistas, foi aprovado na Câmara Municipal de Belém (CMB) no dia 18 de dezembro do ano passado. Porém, Zenaldo Coutinho vetou a sua implantação. De acordo com matéria publicada no site da Câmara

de Belém, o projeto de lei previa que os centros iriam dispor de "instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a crianças e adolescentes com autismo", diz o texto.



eSocial deve ser pago até quinta
FOTO: FERNANDA CARVALHO/REUTERS/ALCANTARA

Receita adia prazo para pagar o eSocial de outubro

PAGAMENTO

FOLHAPRESS

Diante de dificuldades de contribuintes para acessar o eSocial, a Receita Federal informou que o Governo prorrogou, de ontem para quinta-feira (10), o prazo para o pagamento do boleto referente a outubro. A guia reúne as contribuições fiscais, trabalhistas e previdenciárias que precisam ser recolhidas pelos empregadores domésticos.

O vencimento do boleto ocorre sempre no dia 7 de cada mês. Depois dessa data, o documento passa a ser emitido com multa. Neste mês, no entanto, o prazo será aumentado porque contribuintes relataram problemas para acessar, ontem, o site. "De fato, detectamos instabilidade no sistema e-social", afirmou o secretário da Fazenda, Jorge Raehid.

“Não se pode aceitar uma 'pseudoprestação' do serviço, tal como vem acontecendo.”

Melina Tostes
Procuradora

MAIS PROBLEMAS

Não há estatística oficial sobre número de casos de autismo e faltam protocolos de atendimento, processo regular para acesso aos serviços, previstas de ações no Plano Estadual de Saúde e no Plano de Saúde de Belém.

VESTIBULAR CARAJÁS

DIREITO ADMINISTRAÇÃO ENFERMAGEM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

PROVAS DIA
20/11

Inscriva-se pelo site
carajaseducacional.com.br



FACULDADE
CARAJÁS

Informações: (94) 3322.5600

VP6, Folha 32, Quadra especial, lote 2A - Nova Marabá - Marabá PA

#SouCarajás

Facebook: faculdadecarajas Instagram: carajasedu Twitter: carajasedu LinkedIn: carajaseducacional.com.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA

TÍTULO DA PESQUISA: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisadores: DORIACK ARMANDO MANN LONNOR NETO, SILVANA FRANCA VALE E
SILVANA LOBATO GOMES TEIXEIRA

Orientadora: Prof^a Milena Silva dos Santos

Local: _____ Data: ____/____/____

Tempo de Entrevista: _____

Observações: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Idade: _____ Gênero: _____

Graduado há: _____ anos. Titulação Acadêmica: _____

Tempo de trabalho na Instituição: _____. E no atendimento à criança _____.

E-mail: _____ Fone: _____

PERGUNTAS

- 1) O que é o Transtorno de Espectro Autista?
- 2) Você alguma vez detectou algum caso de autismo durante a consulta de enfermagem?
Caso ocorra você sabe o que fazer?
- 3) Você conhece os principais sinais e sintomas do autismo?
- 4) Você já recebeu algum treinamento sobre autismo?
- 5) Se fosse implementado uma escala de identificação de autismo para auxiliar nas consultas de enfermagem você usaria?
- 6) O que é feito quando é confirmado caso de autismo é notificado?

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: “TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA”

Autores: DORIACK ARMANDO MANN LONNOR NETO, SILVANA FRANCA VALE E SILVANA LOBATO GOMES TEIXEIRA

Orientadora: Prof. Milena Silva dos Santos

Caro (a) Enfermeiro (a),

O trabalho intitulado “TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA”, será realizado pelos discentes da Faculdade Paraense de Ensino, Silvana Franca vale, Silvana Lobato Gomes Teixeira e Doriack Armando Mann Lonnor Neto, sob a orientação da Profª Milena Silva dos Santos, como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O estudo tem como objetivo “Conhecer como os enfermeiros realizam a avaliação da criança de 0 a 5 anos, com suspeita de autismo, no programa de Crescimento e Desenvolvimento no Distrito da Sacramenta (DASAC) do Município de Belém- PA”. Será realizado através de entrevista com enfermeiros da atenção básica. A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa e envolverá observação feita pelos pesquisadores e entrevista. Sua participação não envolve risco, entretanto, o (a) Sr. (a) poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com um dos autores, pessoalmente, por meio dos telefones: 982644126 (doriack), 989007716 (Silvana franca), 981574283 (Silvana lobato) ou por e-mail: doriackneto@hotmail.com, serenalobato@gmail.com, silvanafrancav@gmail.com

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados fornecidos por você serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas em meu TCC e, eventualmente, na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima citada, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas às condições acima.

Belém, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Enfermeiro (a)