



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da
Saúde**

Maria Rita Braga

**Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos
do Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro**

**São José do Rio Preto
2011**

Maria Rita Braga

Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos
do Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro.

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio
Preto para obtenção do Título de
Doutor no Curso de Pós-
graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

São José do Rio Preto

2011

Braga, Maria Rita

Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do
Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro / Maria Rita Braga
São José do Rio Preto, 2011
135 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do
Rio Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

1. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; 2. Transtornos
Globais do Desenvolvimento Infantil; 3. Transtorno Autístico;
4. Capacitação Profissional; 5. Cuidados de Enfermagem.

MARIA RITA BRAGA

Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos
do Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro.

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

2ºExaminador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

3ºExaminador: Vânia Del'Arco Paschoal

4ºExaminador: Dulce Maria Silva Vendrusculo

5ºExaminador: Maria Regina Lourenço Jabur

Suplentes: Manoel Antônio dos Santos

Ilza dos Passos Zborowski

São José do Rio Preto, 14/07/2011

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
1. Introdução	01
2. Revisão da Literatura.....	06
3. Casuística e Método	23
4. Resultados e Discussão.....	44
5. Conclusões.....	101
6. Referências Bibliográficas	103
7. Apêndices.....	125
8. Anexos	133

A Deus, por tudo!

Às minhas famílias, Braga e Duarte, pelo amor, apoio e compreensão.

Aos amigos, que de alguma forma souberam incentivar e compartilhar deste estudo.

Agradecimentos

Meu muito obrigada, especialmente ao Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila, pela orientação deste trabalho e também pela amizade, incentivo e confiança.

À Dr^a. Simone Secco da Rocha e aos psicólogos Dr. João Luiz Leitão Paravidini, André Apolinário Silva Marinho e Marly Terra Verdi, pela valiosa participação e contribuição na aplicação do programa de capacitação.

Ao Prof. Dr. José Antonio Cordeiro, pela disponibilidade na orientação sobre o tratamento estatístico dos dados.

Às enfermeiras entrevistadas, que se dispuseram a colaborar, permitindo transformar esta pesquisa em realidade.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca.”

Paulo Freire

Figura 1. Esquema representativo do Método do Arco de Charles Maguerez.....	35
--	----

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Caracterização dos sujeitos pertencentes aos grupos experimental (GE) e controle (GC), quanto a idade, graduação, tempo na área de saúde pública e maior titulação. São José do Rio Preto, 2010.....	46
Tabela 2.	Caracterização dos cuidadores entrevistados nas UBSs pertencentes aos grupos experimental e controle no período pré-intervenção e seguimento. São José do Rio Preto, 2010.....	48
Tabela 3.	Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.....	71
Tabela 4.	Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.....	75
Tabela 5.	Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do acompanhamento do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.....	79
Tabela 6.	Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do estímulo ao desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento..	82
Tabela 7.	Distribuição das categorias referentes à atuação dos enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.....	85

Tabela 8.	Respostas apresentadas pelos pais quando questionados se receberam informações sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil, nas fases pré-intervenção e seguimento.....	89
Tabela 9.	Respostas apresentadas pelos pais quando questionados se receberam informações sobre a estimulação do desenvolvimento infantil nas fases pré-intervenção e seguimento.....	92
Quadro 1.	Características que devem alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de TID, segundo o CDC.....	15
Quadro 2.	Etapas da pesquisa, participantes e procedimentos relacionados.....	31
Quadro 3.	Dificuldades levantadas e hipóteses de solução, segundo as enfermeiras participantes do curso de capacitação. São José do Rio Preto, 2009.....	39

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AAP	- Associação Americana de Psiquiatria
ADI-R	- Autism Diagnostic Interview
ADOS	- Autism Diagnostic Observational Schedule
ASQ	- Autism Screening Questionnaire
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	- Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
DSM	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-III	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 3ª edição
DSM-IV-TR	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição revisada
EUA	- Estados Unidos da América
FAMERP	- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	- Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GC	- Grupo Controle
CE	- Grupo Experimental
LILACS	- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

M-CHAT	- Modified Checklist for Autism in Toddlers
MECP2	- Methyl CpG Binding Protein 2
PUBMED	- National Library of Medicine and the National Institutes of Health
SAE	- Serviço de Assistência Especializada
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SQC	- Social Communication Questionnaire
TEA	- Transtornos do Espectro Autístico
TEACH	- Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
TID	- Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USF	- Unidade de Saúde da Família
TID	- Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

A identificação precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento é fundamental para um melhor prognóstico das crianças afetadas e os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde estão numa posição relevante para identificar os sinais característicos destes transtornos. Portanto, os **objetivos** deste estudo foram subsidiar o conhecimento do enfermeiro através de uma capacitação em detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e verificar a repercussão da capacitação na atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil, bem como, avaliar a adequação do programa da capacitação implementado segundo a percepção dos enfermeiros participantes da intervenção. **Método:** Utilizou-se o delineamento quase-experimental caracterizado por uma intervenção de ensino. A distribuição dos sujeitos foi realizada, segundo a disponibilidade dos profissionais pesquisados, em dois grupos: um grupo experimental (GE que recebeu a intervenção) e um grupo controle (GC que não recebeu a intervenção). A **casuística** foi constituída por 27 enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com atendimento em puericultura, localizadas em um município do interior de São Paulo. A coleta de dados, através de entrevista semi-estruturada, ocorreu em três fases distintas: pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento. Para verificar a repercussão da capacitação na orientação fornecida sobre o acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento infantil, também foram coletados dados com os pais acompanhantes de crianças atendidas nas UBSs participantes do estudo na fase pré-intervenção (n=83) e seguimento (n=79). **Resultados:** A análise dos dados permitiu verificar que, após participar do curso, os enfermeiros do GE demonstraram ter adquirido novos conhecimentos sobre o tema, o mesmo não ocorrendo com os enfermeiros do GC. Entretanto, não foram observadas mudanças significativas na atuação destes enfermeiros em relação à vigilância do desenvolvimento infantil. É importante considerar a influência da estrutura organizacional no processo de mudança do modelo assistencial. Em relação ao programa da capacitação, os enfermeiros mostraram-se satisfeitos em relação

a todos os aspectos avaliados, sugerindo estender a capacitação para outros profissionais. **Conclusões:** Os resultados permitem concluir que o programa do curso demonstra ser adequado e a capacitação implementada traz contribuições importantes para o conhecimento sobre a vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Sobretudo, novos estudos são necessários para otimizar a implementação de ações que visem a identificação destes transtornos e a garantia de um futuro melhor para estas crianças e suas famílias.

Palavras-Chave: 1. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; 2. Transtornos Globais do Desenvolvimento; 3. Capacitação Profissional; 4. Detecção Precoce; 5. Enfermagem.

Abstract

Early identification of Pervasive Developmental Disorders (PDDs) is important for a better prognosis on affected children. Therefore, the position stood by nurses performing in the primary health care, is relevant to identify the characteristic signs of these disorders. The **objectives** of this study were to subsidize the nurses' knowledge by empowering them to detect earlier the Pervasive Developmental Disorders, and to verify this empowerment repercussion into their performance on surveillance of childhood development. Afterwards, to evaluate the program adjustment into this empowerment, according to the perception of these nurses intervention-participants. **Method:** An almost-experimental outline featured by a teaching intervention was used. The participants were divided according to their availability into two groups: an experimental group (EG received intervention), and a control group (CG did not receive the intervention). The **casuistic** comprised 27 nurses from the Primary Health Care Units (PHCUs), in a municipality of São Paulo state, with attendance in Puericulture. Data collection was made by semi-structured interview, during three distinctive phases: pre-intervention, post-intervention and follow-up. During the pre-intervention and follow-up phases, data were also collected from the children's parents (n=83 and 79, respectively). **Results:** Data analysis allowed to observe that after participating the course, the nurses of the EG demonstrated to have acquired new knowledge on the theme; otherwise, the nurses of the CG did not. However, significant changes on these nurses' acting regarding the surveillance of the children's development were not observed. It is important to consider the influence of the organizational framework in changing the process of health assistance model. Regarding the empowerment program, the nurses, were satisfied in relation to all assessed aspects, suggesting to spread this empowerment to other professionals. **Conclusions:** The results allowed to conclude that the course program was feasible, and the implemented empowerment has provided important contributions on the surveillance of the children's development, and early detection of the Pervasive Developmental Disorders. Moreover, further research

should be carried out to optimize some action implementation aiming to identify these disorders and to support a better future for these children and their family.

Keywords: Pervasive Developmental Disorders; General Developmental Disorders; Professional Empowerment, Early Detection; Nursing.

1.1 – Introdução:

A criança precisa ser entendida e cuidada como um ser único e completo, levando-se em consideração o seu desenvolvimento em todas as dimensões: física, intelectual, emocional e social.⁽¹⁾

O desenvolvimento infantil está relacionado com a progressão das habilidades adquiridas e aperfeiçoadas através do aprendizado, permitindo que a criança se transforme num adulto saudável, independente, produtivo e socialmente integrado.⁽²⁾

O acompanhamento do desenvolvimento infantil, realizado através da observação do comportamento, das habilidades e aprendizado, permite promover e estimular o desenvolvimento típico além de reconhecer os sinais sugestivos de alterações no desenvolvimento.^(1,3)

As alterações no desenvolvimento podem acometer uma área específica como, por exemplo, a área motora ou de linguagem, ou afetar várias áreas concomitantemente, como é o caso de um grupo de transtornos denominado “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (TID), também chamado de “Transtornos do Espectro Autístico” (TEA).⁽⁴⁾

Estes transtornos têm em comum, alterações importantes em três áreas do desenvolvimento: comunicação, relacionamento interpessoal e comportamento. As alterações se manifestam através de um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. São observados prejuízos qualitativos nas habilidades de comunicação, afetando tanto a linguagem verbal quanto a não verbal. O desenvolvimento da interação

social é limitado, podendo chegar ao isolamento total. Na área do comportamento o indivíduo afetado apresenta interesses restritos e atividades estereotipadas.⁽⁵⁻⁶⁾

A prevalência dos TID teve um aumento acentuado nos últimos anos, com ocorrência estimada de 70-79/10000 crianças, o que classifica estes transtornos como a segunda desordem mais comum no desenvolvimento, superada apenas pela deficiência intelectual.⁽⁷⁻⁹⁾ Este fato associado ao desconhecimento da etiologia e a inerente necessidade de assistência a esta população, faz com que estes distúrbios sejam considerados um sério problema de saúde pública.⁽¹⁾

Outro fato que se impõe é que a detecção precoce desses transtornos é fundamental para o prognóstico das crianças afetadas, pois quanto antes se inicia o tratamento, melhores serão os resultados. Entretanto, pesquisas apontam que o diagnóstico, que é basicamente clínico, ou seja, realizado através da avaliação do desenvolvimento, está sendo realizado após a idade preconizada.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Percebe-se que a despeito da visibilidade que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento têm alcançado no meio científico, a atuação dos profissionais no sentido de reconhecer e detectar precocemente seus sinais característicos parece não fazer parte, consistentemente, das esferas da atenção primária à saúde.⁽¹²⁻¹³⁾

Sendo assim, desde o ano 2000, a Sociedade Americana de Pediatria e a Academia Americana de Neurologia, orientam o uso da vigilância do desenvolvimento infantil para um primeiro nível de investigação dos TID.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Dessa forma, a vigilância do desenvolvimento apresenta-se como um atendimento essencial na atenção básica à saúde e sua prática depende do conhecimento dos profissionais sobre as etapas do desenvolvimento típico de uma criança. Assim, sua capacitação pode promover e estimular o desenvolvimento normal, além de detectar as alterações e minimizar os problemas futuros.⁽¹⁰⁾

Estudos recentes salientam que os profissionais que atuam na atenção primária à saúde necessitam ser alertados e, sobretudo, capacitados para a vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Autores que discutem a atuação do enfermeiro em puericultura reforçam a necessidade de estudos que possam contribuir com o conhecimento do tema, dada a sua relevância social, econômica e científica.^(14,18)

Nesse contexto, dando continuidade à pesquisa do mestrado e acreditando ser possível a capacitação de enfermeiros que atuam na rede básica de saúde para promoverem a detecção precoce dos TID, visando contribuir com a melhoria da qualidade de vida das crianças afetadas e suas famílias, propomos este trabalho com os seguintes objetivos:

- Subsidiar o conhecimento do enfermeiro através de uma “Capacitação em detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – Atuação do Enfermeiro”.

- Verificar o impacto da capacitação, através da percepção dos pais, sobre a atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil, visando à detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

-Avaliar a adequação do programa da capacitação implementada, segundo a percepção dos enfermeiros participantes da intervenção.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) constituem um grupo caracterizado pelas mais severas, complexas e incapacitantes alterações do desenvolvimento, sendo que o quadro mais marcante desse grupo é denominado de autismo infantil.⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Muito antes da identificação e descrição destas síndromes, alguns autores já estudavam as alterações nestas áreas do desenvolvimento humano. Um exemplo é o estudo de Victor, o menino selvagem que apareceu na província de Aveyron, na França por volta de 1800 e foi estudado por Jean-Marc-Gaspard Itard. Segundo dados bibliográficos, Victor tinha problemas na comunicação e apresentava comportamentos anti-sociais.⁽²¹⁾

Referindo-se especificamente ao isolamento social, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911, utilizou pela primeira vez na literatura a palavra autismo. Em 1943, Léo Kanner, professor de Psiquiatria Infantil da Universidade John Hopkins (E.U.A.), publicou um artigo científico utilizando o termo "autismo infantil precoce" para descrever algumas crianças que apresentavam uma profunda incapacidade de relacionamento social além de outros desvios no desenvolvimento. Sem ter conhecimento dos trabalhos de Kanner, em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger, descreveu outro grupo de crianças com alterações semelhantes.^(4, 22-23)

A denominação "Transtornos Invasivos do Desenvolvimento - TID" surgiu apenas em 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), publicado pela Associação

Americana de Psiquiatria. Esta terminologia foi utilizada para se referir a um grupo de transtornos do desenvolvimento que compartilham as alterações no desenvolvimento nas áreas da comunicação, comportamento e relacionamento interpessoal e, por esse motivo, são chamadas de tríade de sintomas característicos dos TID.^(16,24)

Segundo a edição mais recente do DSM, o DSM-IV-TR,⁽⁵⁾ e a Classificação Internacional de Doenças, na sua décima edição - CID-10,⁽⁶⁾ fazem parte destes transtornos: o Transtorno Autista, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Rett, o Transtorno Desintegrativo Infantil e o Transtorno do Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação.

O Transtorno Autista ou Autismo é o mais frequente e mais característico dos TID, manifestando prejuízos na tríade de desenvolvimento. Na área da socialização observa-se dificuldade ou ausência de reciprocidade na interação social (apresentando falha no contato visual direto, expressão facial, postura e gestos). Na área da comunicação, encontram-se atraso ou ausência da linguagem, dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, ecolalia e ausência de jogos imaginativos ou brincadeiras. No comportamento, são observados padrões repetitivos ou estereotipados de interesses ou atividades, inflexibilidade nas rotinas ou rituais, maneirismos, como torcer a mão e dedos e ainda, preocupação persistente com partes de objetos.^(1,5)

A Síndrome de Asperger ou Transtorno de Asperger se diferencia do Autismo essencialmente pelo fato de que as deficiências na linguagem não são consideradas significativas. São excêntricos, geralmente apresentando uma memória prodigiosa e uma fixação por algum assunto específico.⁽²⁵⁻²⁶⁾

O Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação (também conhecido como autismo atípico) é considerado uma categoria diagnóstica de exclusão, ou seja, os critérios específicos para o transtorno autista não estão totalmente satisfeitos. Podem apresentar várias características autísticas, como as estereotípias ou movimentos repetitivos, mas geralmente as manifestações são menos acentuadas.^(5,27)

Também conhecido como síndrome de Heller, o Transtorno Desintegrativo Infantil se caracteriza pelo desenvolvimento inicial normal, pelo menos até os dois anos de idade, seguido de uma perda das habilidades adquiridas, sendo mais evidente o comprometimento da linguagem, criatividade e interação social.^(5,28)

A síndrome de Rett é uma desordem ligada ao cromossomo X, principalmente devido às mutações no gene MECP2, que representam uma das causas mais frequentes de deficiência mental severa no sexo feminino. É caracterizada por um desenvolvimento inicial aparentemente normal até os 6 ou 18 meses de idade, seguido de uma perda progressiva dos marcos do desenvolvimento. Os sinais clínicos incluem características autistas associadas à desaceleração do crescimento craniano, perda dos movimentos manuais voluntários e dificuldade na coordenação da marcha e tronco.⁽²⁹⁾

A consciência de que as manifestações comportamentais são heterogêneas e de que há diferentes graus de acometimento, levantou a questão da existência de um *continuum* de características autísticas, o que deu origem ao termo Transtornos do Espectro Autista (TEA). Este conceito engloba também variações no desenvolvimento cognitivo, já que existem crianças

afetadas que podem apresentar desde um atraso mental profundo até aquelas que apresentam respostas superiores aos testes de QI convencionais.^(16,30)

Atualmente alguns autores utilizam o termo TEA para descrever apenas três transtornos: o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação, visto que os outros dois TID são menos frequentes e estão associados à regressão de um desenvolvimento típico inicial.^(16,19)

Os TID são encontrados em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social, mas são quatro vezes mais frequentes em meninos que em meninas.⁽⁸⁾ A prevalência tem aumentado ao longo dos anos. Até a década de 1990 eram considerados raros, mas os avanços nas pesquisas possibilitaram reconhecer que as desordens do espectro autístico, são muito mais frequentes do que se julgava anteriormente. Estudos recentes sugerem que a prevalência desses transtornos possa ser de 6 a 7,9 casos por 1000.^(7,8)

As possíveis razões para o grande aumento na prevalência são: adoção de definições mais amplas do espectro autismo; maior conscientização entre os profissionais da saúde sobre as diferentes manifestações de autismo e a compreensão de que a identificação e a intervenção precoce maximizam um desfecho positivo.^(8,20)

Vários autores pesquisaram a etiologia destes transtornos e apontaram que as causas, ainda não bem esclarecidas, têm componentes multifatoriais.⁽³¹⁻³⁵⁾ Já foi constatado que os TID têm uma forte base genética, implicando numa recorrência entre irmãos principalmente gêmeos monozigóticos e um complexo

modo de herança genética, sendo encontrados traços autísticos em parentes de primeiro grau dos afetados. Também há descrições de pacientes com TID associados com doenças genéticas como Neurofibromatose, Síndrome do Cromossomo X Frágil e Síndrome de Sotos.^(25,36-38)

Estudos relacionados à neurobiologia do autismo indicaram anormalidades neuroanatômicas ligadas ao crescimento cerebral no período pós-natal inicial, além de alterações no cerebelo, hipocampo e amígdala. Também foram encontradas anormalidades neuroquímicas, relacionadas aos neurotransmissores serotonina, dopamina e norepinefrina, entre outros.⁽³⁹⁻⁴⁰⁾

Exposições ambientais podem estar associadas aos TID, tais como infecções virais neonatais, entre elas a rubéola e infecções pelo citomegalovírus, além de doenças metabólicas como a fenilcetonúria. Uma possível relação entre a vacina tríplice viral e os TID foi investigada e descartada. Já o papel dos metais pesados é polêmico e requer mais pesquisas.^(7,41-45)

O diagnóstico dos TID é complexo e requer a avaliação de uma equipe de especialistas, já que até o momento, não existem exames radiológicos ou provas biológicas definitivas. A equipe realiza a anamnese e observação clínica do desenvolvimento da criança, seguindo os critérios diagnósticos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (DSM-IV-TR) e na Classificação Internacional de Doenças, (CID-10).^(1,46)

No processo diagnóstico dos TID, também são utilizadas outras escalas de avaliação como instrumentos complementares aos critérios da CID-10 ou DSM-IV-TR. Entre estes instrumentos estão o *Autism Diagnostic Observational*

Schedule – ADOS,⁽⁴⁷⁾ e a *Autism Diagnostic Interview* – ADI-R,⁽⁴⁸⁾ considerados padrão-ouro para o diagnóstico dos TID.^(8,19)

Apesar de algumas pesquisas apontarem a preocupação das mães frente ao estigma inerente ao diagnóstico, este se faz necessário, visto que facilita a comunicação entre os profissionais e direciona para uma melhor abordagem de intervenção. Dessa maneira, é imperativo mudar a postura da sociedade diante dos “pré-conceitos” relacionados à diversidade humana.^(11,19)

Até o momento não há cura para os TID, no entanto, é consenso de que quanto antes se inicia o tratamento, melhor será o prognóstico da criança.^(4,49) Quanto ao tratamento dos indivíduos afetados pelas perturbações do espectro autista, existem duas correntes principais, distintas em seus métodos e em sua orientação teórica.

Uma é a abordagem comportamental, ou cognitivo-comportamental, método de escolha quando se trata da melhoria dos comportamentos e hábitos do indivíduo afetado. O método consiste fundamentalmente no treino de habilidades, seja de atividades de vida diária ou uso de instrumentos de comunicação facilitada. Um exemplo é o método TEACH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren*), desenvolvido pela Universidade da Carolina do Norte, nos EUA.^(16,50-51)

Completamente diferente é a abordagem baseada na psicanálise. Quanto a esta abordagem, o que deve ser frisado é que ela visa o desenvolvimento integral do indivíduo, tanto em sua dimensão intelectual quanto principalmente na dimensão afetivo-relacional. Considerando o autismo como um déficit severo na construção da subjetividade, a abordagem psicanalítica aponta na

constituição de um forte vínculo terapêutico e um investimento maciço nas potencialidades da crianças. Os principais autores dessa abordagem defendem que é possível fazer evoluir a criança autista se todos os recursos terapêuticos e pedagógicos forem colocados à sua disposição.⁽⁵²⁻⁵⁵⁾

Segundo alguns autores, o uso de medicamentos pode otimizar a intervenção, na medida em que auxiliam no controle de sintomas alvo, como é o caso dos neurolépticos atípicos que visam controlar comportamentos obsessivos, hiperativos e agressivos.^(50,56)

As famílias têm procurado terapias alternativas e complementares na busca de uma cura para os TID. Estas incluem desde dietas e terapias corporais até a terapia de quelação. Os resultados de estudos sobre dietas livres de glúten e caseína são bastante controversos, apontando a necessidade de novas pesquisas. Algumas intervenções como a educação física e equoterapia, não têm ainda evidências de sua eficácia, mas não há contraindicações. Já o uso da terapia de quelação visando à remoção de metais pesados, além de ser um procedimento invasivo, não foi validado para crianças com TID.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

O consenso de que a intervenção adequada nas fases iniciais do desenvolvimento infantil, devido à plasticidade cerebral, pode significar um melhor prognóstico para as crianças afetadas e suas famílias, e que este fato tem implicações econômicas e sociais, justificam a necessidade da detecção precoce destes transtornos.^(4,16)

2.2 - Detecção Precoce dos TID

Como não há sinais patognomônicos ou testes laboratoriais para os TID, a detecção precoce depende da observação atenta dos pais e profissionais da saúde em relação à evolução do desenvolvimento da criança. Entre os possíveis atrasos e desvios observados no desenvolvimento de uma criança, alguns merecem especial atenção indicando a necessidade de uma avaliação imediata mais especializada para TID. Segundo dados da literatura,⁽⁶⁰⁾ estes sinais são:

- ✓ Não balbuciar ou realizar gesto de apontar pessoas ou objetos até os 12 meses de idade.
- ✓ Não emitir palavras isoladas até os 16 meses.
- ✓ Não combinar espontaneamente pelo menos duas palavras até os 24 meses.
- ✓ Perda da linguagem ou habilidades sociais em qualquer idade.

O CDC,⁽¹⁾ ampliou esta lista dividindo os sinais, denominados de *red flags* (bandeiras vermelhas), por área do desenvolvimento como demonstra o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Características que devem alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de TID.

Área do Desenvolvimento	Sinais sugestivos de TID (red flags)
Habilidades Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não responde ao seu nome até os 12 meses de idade ✓ Evita olhar os olhos de outra pessoa ✓ Prefere ficar sozinho ✓ Tem dificuldade para entender os sentimentos dos outros e/ou falar sobre seus próprios sentimentos
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fala e competências linguísticas atrasadas ✓ Não aponta ou mostra interesse por objetos apontados (como olhar um avião sobrevoando) ✓ Respostas não relacionada às perguntas ✓ Repete palavras ou frases (ecolalia) ✓ Não é capaz de brincadeiras imaginativas (como dar comida para uma boneca)
Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tem interesses obsessivos ✓ Tem reações incomuns ao som, cheiro ou sabor ✓ Fica chateado com pequenas alterações na rotina ✓ Faz movimentos estereotipados com as mãos e/ou braços (flap) ou gira o corpo em círculos.

Fonte: CDC⁽¹⁾

Cabe ressaltar que a presença ou ausência destes comportamentos, por si só, não produzem diagnóstico de TID, mas levantam suspeitas que indicam a necessidade de uma avaliação mais aprofundada. ⁽¹⁾

Na tentativa de identificar precocemente os TID, no ano 2000, a Academia Americana de Neurologia recomendou que a vigilância do desenvolvimento infantil fosse uma prática regular nos serviços de atenção básica à saúde e sua implementação deveria visar, não só a promoção à saúde, mas também, a prevenção e detecção precoce dos desvios no desenvolvimento infantil. ⁽⁶⁰⁾

Reafirmando esta postura, em 2006, a AAP publicou uma declaração recomendando a triagem sistemática do desenvolvimento na atenção primária, por meio de ferramentas padronizadas, validadas e adequadas à população. Nesta declaração, foram apresentados tanto instrumentos de rastreio específico para TID, quanto instrumentos gerais de avaliação do desenvolvimento infantil.⁽⁶¹⁾

Entre os instrumentos de rastreamento específicos para TID, apresentados na declaração da AAP,⁽⁶¹⁾ estão: o *Childhood Autism Rating Scale*,⁽⁶²⁾ traduzido e validado no Brasil por Pereira, Riesgo e Vagner em 2008,⁽⁶³⁾ o *Autism Screening Questionnaire – ASQ*,⁽⁶⁴⁾ atualmente denominado *Social Communication Questionnaire – SQC*,⁽⁶⁵⁾ traduzido e validado por Sato *et al.*, em 2009,⁽⁶⁶⁾ e o *Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT*,⁽⁶⁷⁾ traduzido e adaptado por Losapio e Ponde, em 2008.⁽⁶⁸⁾

Segundo a literatura,⁽¹⁹⁾ os instrumentos de rastreamento específico para os TID geralmente têm boa sensibilidade e especificidade, porém, sua aplicação prática ainda não foi efetivada nos serviços de atenção primária à saúde.

Entre os instrumentos de triagem geral para o desenvolvimento, que constam na declaração da AAP,⁽⁶¹⁾ os mais conhecidos são:

- O teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II, que avalia crianças de zero a seis anos de idade nas áreas pessoal-social, motora adaptativa, linguagem e motora grosseira.⁽⁶⁹⁾

- A Escala de Desenvolvimento do Lactente de Bayley, que inclui escala mental, motora e registro comportamental, contendo itens de avaliação desde o nascimento até os 42 meses de idade.⁽⁷⁰⁾

Estes instrumentos são considerados fundamentais na avaliação completa da criança tendo por finalidade demonstrar como ela se compara com outras da mesma idade. Eles apresentam sinais de desenvolvimento normalmente esperados nas crianças em determinada idade. Quando a criança não realiza um marco presente em 90 por cento ou mais das crianças da mesma idade, aceita-se que ela esteja com um atraso na realização daquele índice.⁽⁷¹⁾

Para Maria-Mengel e Linhares,⁽⁷²⁾ os instrumentos de triagem geral do desenvolvimento têm a vantagem de poderem ser aplicados em larga escala para o acompanhamento e detecção de distúrbios no desenvolvimento, vindo de encontro com as metas da saúde primária.

Em relação à produção nacional, como instrumento específico de triagem para os TID, contamos com a “Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil”, elaborada por Paravidini, em 2002.⁽⁷³⁾ A importância desta ficha se deve ao fato de permitir a detecção de manifestações clínicas com risco de evolução autística antes dos 30 meses de idade, pois como enfatiza o autor, para diagnosticar é preciso encontrar meios de se levantar possíveis suspeitas.

O instrumento de triagem geral do desenvolvimento, elaborado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde para toda a rede de atenção primária à saúde, é a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento. Apresenta marcos típicos do desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psíquico, sequencialmente e de acordo com a evolução da idade da criança.⁽⁷⁴⁾

Os marcos do desenvolvimento maturativo indicam mudanças geneticamente programadas. Os marcos do desenvolvimento motor referem-se às habilidades motoras grossas e finas. Os marcos sociais englobam reações emocionais e interpessoais. Finalmente, os marcos psíquicos referem-se às capacidades mentais como pensamento, atenção e linguagem.⁽²¹⁾

O manual “Saúde da Criança – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil”, publicação do Ministério da Saúde,⁽⁷⁴⁾ propõe orientações sobre o desenvolvimento infantil e também explica detalhadamente como utilizar a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento.

Segundo a AAP,⁽⁶¹⁾ o uso adequado dos instrumentos de triagem, permite a identificação de crianças com risco de desenvolvimento atípico. Neste caso, deve-se proceder a uma segunda etapa do processo de identificação dos TID, que consiste no encaminhamento da criança para uma equipe de especialistas para a avaliação diagnóstica e tratamento.

Sabendo-se que os três primeiros anos de vida da criança são considerados fundamentais nas aquisições importantes no desenvolvimento e eficiência da intervenção, é fundamental que os profissionais que atuam na rede de atenção primária à saúde, entre eles o enfermeiro, estejam cientes da importância dos procedimentos de vigilância do desenvolvimento. Assim poderão atuar na identificação precoce de distúrbios em qualquer área do desenvolvimento infantil, e mais especificamente nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento dado a sua repercussão na qualidade de vida da criança e sua família.

2.3 - Papel do enfermeiro na detecção precoce dos TID.

Com as crescentes taxas de prevalência dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, estes transtornos passaram a ser investigado com maior intensidade por vários pesquisadores na área da enfermagem.

Recentes estudos realizados por enfermeiros destacam a definição dos transtornos,⁽¹⁹⁾ sua etiologia e epidemiologia,⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾ o diagnóstico e tratamento,⁽¹⁴⁾ além das vivências, estresse e estratégias de enfrentamento utilizadas pelas famílias.⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾ Estes estudos alertam que o enfermeiro precisa conhecer os TID e os fatores relacionados a estes distúrbios para que possa assistir adequadamente o indivíduo afetado e toda a sua família.

Pesquisas sobre a assistência de enfermagem aos portadores de TID durante a hospitalização e cirurgia, orientam sobre a necessidade da adequação do plano de cuidados às especificidades características deste paciente.⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾ Outros estudos salientam o cuidado prestado à família do indivíduo afetado, no sentido de oferecer apoio durante e após o diagnóstico e também orientação sobre os transtornos, acesso a tratamento e assistência social.⁽⁸¹⁻⁸²⁾

Em relação à detecção precoce dos TID, vários estudos apontam que a atuação do enfermeiro é primordial para a identificação destes transtornos, visto que na maioria das vezes, ele é o profissional mais próximo e mais acessível ao indivíduo, família e comunidade.^(9,11,14,83-85)

A detecção dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, se dá a partir da realização da vigilância do desenvolvimento e, segundo o Ministério da

Saúde, todos os membros da equipe de saúde, entre eles, o enfermeiro, devem estar preparados para esse procedimento.⁽⁸⁶⁾

Alguns profissionais podem manifestar preocupação devido as possíveis consequências de uma identificação incorreta de um atraso ou desvio no desenvolvimento, entretanto, segundo Wallis e Smith,⁽⁸⁵⁾ a maioria dos pesquisadores concorda que os benefícios do diagnóstico precoce compensam esse custo. De qualquer maneira, o profissional não deve alarmar os pais, antecipando um diagnóstico, deve apenas orientá-los que se trata de um atraso na realização de um marco do desenvolvimento e por isso, a criança precisa de uma avaliação mais completa e se necessário, intervenção adequada⁽¹⁴⁾

Dessa forma, a vigilância do desenvolvimento infantil deve estar inserida na consulta de enfermagem e esta deve ser realizada sistematicamente na área de puericultura visando um cuidado holístico e a valorização da individualidade e potencialidade de cada criança.^(84,87)

A consulta de enfermagem está contemplada na lei do exercício profissional nº 7.498/86 e passou a ser obrigatória nas instituições de saúde, desde 1993, através da resolução 159/1993.⁽⁸⁸⁾ Pautado nestes termos, o enfermeiro usa de métodos científicos para a realização da coleta de dados e exame físico da criança, que possibilitará o diagnóstico de enfermagem e a elaboração de um plano de cuidados adequado não só a resolução de problemas identificados, mas também a promoção da saúde em toda sua integralidade.

Inglese orienta que durante a consulta, o enfermeiro deve observar como a criança interage com os pais e permitir que esta explore o ambiente

facilitando assim a observação dos marcos do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.⁽¹⁴⁾ Ainda segundo a autora, caso seja detectado algum atraso ou desvio no desenvolvimento, o enfermeiro deverá compartilhar sua preocupação com a equipe de saúde e se necessário, fazer o encaminhamento da criança para uma avaliação especializada, segundo o protocolo de procedimentos adotado pelo serviço.

Todos os dados obtidos na consulta devem ser registrados no prontuário da criança para possibilitar a comunicação interdisciplinar e também verificações futuras sobre a evolução da criança. Os dados referentes ao desenvolvimento também devem ser anotados e entregues à mãe ou cuidador para que possam participar ativamente do acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento da criança.^(74,86,89)

Embora as pesquisas enfatizem a importância da atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos TID, no sentido de que o diagnóstico adequado ocorra o mais cedo possível possibilitando assim que a criança obtenha o máximo de benefícios da intervenção, estudos demonstram que a maioria dos profissionais investigados apresenta pouco conhecimento referente ao tema.^(12,83,90) Além do mais em alguns casos não realizam anotações referente ao seu desenvolvimento no prontuário ou no Cartão da Criança.^(3,91)

Neste sentido, vários estudos concluíram que os enfermeiros deveriam ser sensibilizados em relação a importância do tema além de ter acesso às informações que lhes fornecessem embasamento sobre o desenvolvimento

neuropsicomotor, os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e estratégias básicas necessárias à identificação destes distúrbios.^(11,18,83,90,92)

Um levantamento bibliográfico realizado nas principais bases de dados na área da saúde: PUBMED (*National Library of Medicine and the National Institutes of Health*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com os descritores Transtornos Invasivos do Desenvolvimento ou Transtornos do Espectro Autístico ou Autismo revelou carência de pesquisas nacionais sobre treinamento ou capacitação de enfermeiros referente à detecção precoce destes transtornos.

Entretanto, um estudo realizado por Allen *et al.* em 2010,⁽⁹³⁾ no estado de Illinois (EUA), que objetivou identificar o efeito de vários treinamentos realizados visando à implementação das recomendações da Academia Americana de Pediatria sobre a triagem do desenvolvimento e detecção precoce dos distúrbios, demonstrou um impacto positivo dos treinamentos repercutindo na sensibilização e formação dos profissionais em relação ao tema.

Com base nos dados apresentados e convencidos da importância da atuação do enfermeiro na atenção primária e da escassez de programas de capacitação que atendam a necessidade de formação para a vigilância do desenvolvimento visando não só a identificação dos TID, mas também a potencialização do desenvolvimento infantil, garantindo assim uma melhor qualidade de vida às crianças e suas famílias, nós nos propomos à realização de um estudo que viabilize a capacitação destes profissionais.

3.1 - Delineamento do estudo

Nesta pesquisa utilizou-se o delineamento quase-experimental que é indicado para estudos nos quais se deseja testar relações de causa e efeito, mas o rigor experimental total não é possível. Este delineamento caracteriza-se pela manipulação de uma variável independente, ou seja, a instituição de uma intervenção ou tratamento, o controle de variáveis dependentes e a seleção dos sujeitos.⁽⁹⁴⁾

A variável independente manipulada neste estudo é uma intervenção de ensino, intitulada: “Capacitação em Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro” e o controle recaiu sobre a semelhança entre os campos de atuação dos enfermeiros pesquisados.

A distribuição dos sujeitos em dois grupos: um grupo experimental (que recebe a intervenção) e um grupo controle (que não recebe a intervenção) ocorreu por conveniência, segundo a disponibilidade dos participantes. Segundo Polit, Beck & Hungler,⁽⁹⁴⁾ o desenho quase-experimental mais usado é o do grupo controle não-equivalente anterior e posterior. Neste delineamento de pesquisa realiza-se uma intervenção num grupo de sujeitos e os observa antes e após a sua implementação.

3.2 - Local do estudo

O estudo foi realizado junto à rede básica de saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. O município em questão está localizado na região noroeste do estado de São Paulo, distanciando cerca de 450 km da capital, com população estimada de 400 mil habitantes.

Em relação à assistência à saúde, o município pertence a 22ª Regional de Saúde, distinguindo-se na região por ser referência no atendimento em nível terciário. Na época da pesquisa contava com 7 hospitais; destes, 4 eram da rede privada, 2 filantrópicos e 1 hospital universitário. A rede de atenção básica à saúde era constituída por vinte e cinco unidades de saúde, entre Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades Básicas de Saúde da Família (USFs) e Policlínicas, além do Pronto Socorro e do Ambulatório de Especialidades.

3.3 - Aspectos éticos

O estudo foi realizado após o projeto ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FUNFARME/FAMERP, sendo preservados os aspectos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos (ANEXO 1). A realização da pesquisa também foi oficialmente autorizada pelo Secretário de Saúde do município em questão (ANEXO 2).

Os sujeitos pesquisados receberam todas as informações pertinentes à pesquisa e após concordarem em participar, assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme a Resolução 196/96,⁽⁹⁵⁾.

3.4 – Casuística

A casuística foi composta por uma amostra de conveniência de 27 enfermeiros e duas amostras de conveniência de pais de crianças atendidas nas UBSs participantes do estudo na fase pré-intervenção (n=83) e seguimento (n=79).

Enfermeiros:

A população de enfermeiros constou de todos os profissionais atuantes em unidades da rede básica de saúde, do referido município, que prestavam atendimento em puericultura e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão estabelecidos:

- Concordância em participar do estudo;
- Exercer atividades, no mínimo há seis meses, em unidades que prestassem atendimento em puericultura.

Os critérios de exclusão foram:

- Enfermeiros que se encontravam afastados das atividades devido a férias ou licenças médicas;
- Enfermeiros que em alguma fase da coleta de dados fossem exonerados ou transferidos para setores ou unidades que não prestassem atendimento em puericultura.

Cabe ressaltar que os enfermeiros receberam todas as informações relacionadas sobre as etapas da pesquisa, inclusive sobre a distribuição nos grupos (experimental e controle) e após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Num primeiro momento, foram entrevistados todos os enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 42 sujeitos. Destes, 15 foram excluídos nas etapas seguintes da pesquisa, sendo que 9 enfermeiros foram excluídos por motivo de transferência para unidades que não prestavam atendimento em puericultura, como: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço de Assistência Especializada (SAE)); 4 foram excluídos por motivo de afastamento do serviço (licença médica ou gestante); 1 por motivo de férias e 1 por exoneração.

- Procedimentos para a seleção dos enfermeiros participantes da Intervenção

Para a realização da intervenção de ensino, foi necessário aguardar um período de dez meses, tempo solicitado pela coordenadoria de enfermagem, para o planejamento do cronograma dos treinamentos em serviço. Após vários contatos, não houve possibilidade de agendamento do curso, sendo alegado atraso no cronograma de treinamentos devido às campanhas de combate a surtos de dengue e meningite além de mudanças políticas no quadro administrativo de pessoal da secretaria de saúde.

Desta forma foi verificado, junto ao secretário de saúde, um modo de viabilizar a participação dos enfermeiros. Foi acordado que o curso seria

realizado fora do horário de serviço com pagamento de horas extras pela secretaria aos enfermeiros participantes.

Com a anuência da coordenação de enfermagem, a pesquisadora distribuiu o total de enfermeiros em dois grupos aleatórios (grupo experimental e grupo controle) e realizou a divulgação do curso para os enfermeiros sorteados para fazerem parte do grupo experimental (que receberia a intervenção). No entanto, a grande maioria dos enfermeiros contatados alegou dificuldades para a participação em treinamentos fora do horário de serviço, por motivos familiares ou horários comprometidos com cursos de pós-graduação.

Posteriormente, foi realizado novo contato, agora com todos os sujeitos da pesquisa, para verificar o interesse e disponibilidade de horários para a participação na intervenção de ensino e também para fornecer o programa de curso com as informações sobre os objetivos, número dos encontros, data, local, temas abordados, nome e titulação dos palestrantes. A pesquisadora divulgou telefone e e-mail para receber os nomes dos interessados.

A listagem inicial constou de 14 nomes, mas no dia agendado para o início da intervenção, obteve-se a confirmação de 8 sujeitos participantes, formando assim o grupo experimental, e 19 optaram pela não participação, compondo dessa forma, o grupo controle. Cabe ressaltar que, devido às intercorrências citadas, a distribuição dos enfermeiros por grupo seguiu a disponibilidade de cada profissional, não sofrendo influência da pesquisadora.

Os enfermeiros grupo experimental foram denominados E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8. Os participantes do grupo controle foram denominados de C1, C2, C3;C19.

Pais (ou cuidadores):

Para verificar a repercussão da capacitação na orientação fornecida pelos enfermeiros sobre o acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento infantil, também foram coletados dados com os pais acompanhantes de crianças atendidas nas UBSs participantes do estudo.

Foram utilizadas duas amostras de conveniência, sendo entrevistados 83 pais (ou cuidadores) na fase pré-intervenção e 79 na fase de seguimento. Para tanto, foram incluídos todos os pais (ou cuidadores) que estivessem na unidade de saúde acompanhando as crianças para atendimento em puericultura e tivessem idade superior a 18 anos. Os pais foram orientados sobre a pesquisa e após concordarem em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 4).

3.5 - Instrumentos de Coleta de dados

Para a coleta de dados foram elaborados os seguintes instrumentos:

a) Instrumento 1 (APÊNDICE 2)

- Roteiro de entrevista semi-estruturado constituído por questões abertas sobre o desenvolvimento infantil, acompanhamento do desenvolvimento infantil e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, sendo aplicado aos enfermeiros participantes da pesquisa.

b) Instrumento 2 (APÊNDICE 3)

- Roteiro de entrevista semi-estruturado dirigido aos pais das crianças atendidas nas unidades de saúde participantes da pesquisa, visando o levantamento da orientação recebida sobre o desenvolvimento infantil e sua estimulação.

c) Questionário de avaliação do curso (APÊNDICE 5)

- Questionário elaborado com o intuito de apreender informações acerca da percepção e opinião dos enfermeiros sobre o curso, constituído por questões relacionadas à satisfação geral com o curso, e também a relevância dos temas, carga horária e metodologia utilizada. O questionário foi aplicado ao final da capacitação aos enfermeiros participantes.

Em relação aos instrumentos 1 e 2, a opção pelo instrumento semi-estruturado se deu pelo fato dos tópicos serem apresentados sem delimitar respostas preestabelecidas, onde o pesquisador coloca a questão, mas o conteúdo da resposta é organizado pelo entrevistado.⁽⁹⁶⁾

Buscou-se contemplar aspectos importantes para responder os objetivos da pesquisa, investigando o conhecimento e experiências dos participantes sobre o tema, bem como levantar necessidades de informações a serem trabalhadas posteriormente durante o curso de capacitação.

Estes instrumentos foram submetidos à validação do conteúdo por dois juízes (enfermeiros com conhecimento na temática), os quais poderiam alterar ou sugerir mudanças com a finalidade de se verificar a qualidade e

consistência das informações obtidas no mesmo. As sugestões foram acatadas pela pesquisadora e após as alterações sugeridas, os instrumentos finais aprovados ficaram constituídos por 11 questões (Instrumento 1) e 4 questões (Instrumento 2).

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista que é caracterizada por um encontro preestabelecido entre pesquisador e sujeito do estudo visando a compreensão de um fenômeno, sendo considerada um instrumento precioso para a pesquisa e o conhecimento.⁽⁹⁶⁾ A entrevista com os enfermeiros ocorreu em três fases distintas: pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento. A entrevista com os pais foi realizada no período de pré-intervenção e seguimento.

3.6 - Procedimento

Este estudo foi desenvolvido em 4 etapas, como demonstra o Quadro 2.

Quadro 2. Etapas da pesquisa, participantes e procedimentos relacionados.

ETAPA DA PESQUISA	PARTICIPANTE	PROCEDIMENTO
Pré-Intervenção	Enfermeiros e Pais (grupo experimental e controle)	Entrevista (Instrumento 1 e 2)
Intervenção	Enfermeiros (grupo experimental)	Capacitação (Questionário de Avaliação do Curso)
Pós-Intervenção	Enfermeiros (grupo experimental)	Entrevista (Instrumento 1)
Seguimento	Enfermeiros e Pais (grupo experimental e controle)	Entrevista (Instrumento 1 e 2)

Inicialmente, a pesquisadora fez a apresentação do projeto numa reunião com a coordenadora do serviço de enfermagem, com o objetivo de fornecer explicações sobre a pesquisa e disponibilizar o projeto aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) juntamente com a aprovação do secretário de saúde.

Este contato também teve a finalidade de verificar as melhores possibilidades para operacionalização das atividades, sendo que, neste momento to alocados.

A seguir, cada enfermeiro participante foi procurado pela pesquisadora e informado sobre a pesquisa, seus objetivos e como seria a sua participação. A seguir a entrevista foi agendada numa data disponível pelo entrevistado, e que preferencialmente, coincidissem com o horário de atendimento em puericultura para possibilitar a coleta de dados sobre a orientação fornecida aos pais acompanhantes das crianças atendidas.

-Procedimentos de coleta de dados na fase Pré-Intervenção

Mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Pré-Esclarecido dos sujeitos, foi realizada a entrevista semi-estruturada, utilizando o instrumento 1, pela própria pesquisadora, durante o horário de trabalho dos enfermeiros na própria unidade de saúde. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, mediante anuência dos entrevistados. Nos casos em que não foi possível a gravação, as falas foram transcritas no momento da entrevista. Nesta etapa, foram entrevistados os enfermeiros participantes dos dois grupos do estudo (experimental e controle).

Ainda na primeira etapa, imediatamente após a entrevista com o enfermeiro, foram coletados dados para com os pais, que estavam na UBS acompanhando as crianças para atendimento em puericultura, para identificar a orientação recebida sobre o acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento infantil.

– Intervenção

Neste estudo, a intervenção realizada foi um curso de capacitação, sendo esta a variável independente. O desempenho dos enfermeiros, a variável dependente, baseando-se na hipótese que, com a capacitação, melhoraria o conhecimento e práticas do profissional em relação ao tema proposto.

A intervenção realizada foi intitulada “Capacitação em Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Atuação do Enfermeiro.” O plano pedagógico foi elaborado com o objetivo de instigar os enfermeiros a perceberem a realidade de sua atuação em relação à vigilância do desenvolvimento e detecção precoce dos TID, seguindo as etapas instituídas na metodologia da problematização.

O programa foi planejado de forma a ser ministrado pela autora e profissionais colaboradores tendo como objetivo: capacitar enfermeiros das UBSs de São José do Rio Preto para atuar na vigilância do desenvolvimento infantil, visando a detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil (APÊNDICE 6).

O conteúdo programático do curso foi elaborado a partir da necessidade percebida na pré-análise dos dados coletados na primeira fase da pesquisa e

embasado na literatura científica pertinente ao tema. Dessa forma, os tópicos abordados foram:

- Desenvolvimento Infantil e Fatores Relacionados
- Vigilância do Desenvolvimento Infantil
- Estimulação do Desenvolvimento Infantil
- Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil
- Atuação do Enfermeiro na Vigilância do Desenvolvimento e Detecção

Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

-Delineamento da Intervenção

O referencial metodológico escolhido para implementar a intervenção de ensino foi a Pedagogia da Problematização, que reconhece a educação como fruto do conhecimento prévio e experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Para Freire,⁽⁹⁷⁾ problematizar é a habilidade de identificar e analisar criticamente a realidade problema sendo este, visto como algo que pode ser resolvido e melhorado. Dessa forma, a educação transforma as pessoas enquanto estas tentam transformar a realidade.

O uso da pedagogia da problematização é bastante recomendado nas ações educativas na área de saúde, no qual o educador deve atuar como um facilitador, propiciando uma reflexão das práticas e concepções vigentes e estimulando a ação de todos os envolvidos.⁽⁹⁸⁾

Nesta pedagogia, o processo de ensino-aprendizagem pode ser esquematizado utilizando-se o método do arco idealizado por Charles

Maguerez. O método parte de um problema da realidade para no final, voltar a essa mesma realidade, de forma intervencionista com a devida solução.⁽⁹⁹⁾

O desenvolvimento do Arco de Maguerez faz-se por meio de cinco etapas, conforme o esquema a seguir:



Figura 1. Esquema Representativo do Método do Arco de Charles Maguerez.

Fonte: Bordenave e Pereira⁽⁹⁹⁾

Para Bordenave e Pereira,⁽⁹⁹⁾ os passos deste método são os seguintes:

-O processo ensino aprendizagem inicia-se com a observação da realidade e a exposição do conhecimento e percepção do aluno.

-A seguir faz-se a relação entre o problema e as possíveis causas identificando as variáveis mais importantes da situação, denominadas de “pontos chaves”.

-A terceira fase, denominada teorização, é a busca do conhecimento científico para a compreensão da temática estudada. A teorização pode ocorrer através de textos científicos ou atividades educativas.

-Refletindo sobre o conhecimento e transportando-o para a sua realidade, o aluno consegue criar hipóteses de solução para o problema em questão.

-Na última fase, aplicação à realidade, o aluno coloca em prática as soluções consideradas pelo grupo como sendo as mais exeqüíveis.

- Implementação da intervenção de ensino

A capacitação consistiu de dois encontros, realizados no anfiteatro da secretaria municipal de saúde, em dois sábados consecutivos no mês de julho de 2009, totalizando 15 horas de treinamento.

A estratégia pedagógica implementada, de acordo com a Metodologia da Problematização (Arco de Maguerez), foi direcionada a estimular a participação dos sujeitos. Reflexões e debates originaram-se a partir de seus conhecimentos, suas observações e experiências vivenciadas nas atividades assistenciais do acompanhamento do desenvolvimento e detecção de sinais de distúrbios do desenvolvimento.

O programa de intervenção teve início com a apresentação formal da pesquisadora e dos motivos, objetivos e metodologia da capacitação. Nessa oportunidade foi entregue o material de apoio utilizado na oficina, que consistia em uma pasta contendo o plano de curso, textos de apoio, folhas em branco, caneta e crachá. A seguir foi realizada a apresentação e sensibilização do grupo com uma dinâmica, com o objetivo de integrar os participantes.

Para esta capacitação, seguindo o Arco de Maguerez foram percorridas as seguintes etapas:

Primeira etapa – Observação da Realidade – foi solicitado aos participantes que discutissem sobre como era realizado o acompanhamento do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento nas unidades de saúde.

O grupo chegou ao consenso de que o acompanhamento do desenvolvimento infantil não era feito rotineiramente. Em relação aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, o grupo referiu pouco conhecimento sobre o assunto, argumentando que os desvios no desenvolvimento eram detectados apenas quando já instalados.

A seguir, o grupo apresentou as dificuldades encontradas na prática relacionadas ao acompanhamento e detecção dos desvios do desenvolvimento, expondo os seguintes pontos:

- O acompanhamento do desenvolvimento infantil na maioria das vezes não era realizado pelo enfermeiro devido ao fato da consulta de enfermagem não ser uma atividade realizada rotineiramente. Esta situação ocorria devido ao número insuficiente de enfermeiros, falta de consultório para o enfermeiro realizar a consulta e desvalorização profissional.

- Protocolo de puericultura preconizando a avaliação de enfermagem apenas no 6º mês de vida da criança.

- Inexistência de protocolos específicos tanto sobre a vigilância ou sobre a detecção dos atrasos ou distúrbios do desenvolvimento Infantil.

- Desinteresse materno (mães não valorizam ou não têm interesse nas orientações de enfermagem relacionadas ao tema).

- Inexistência de materiais para avaliar o desenvolvimento infantil e para orientar o estímulo ao desenvolvimento.

- Desconhecimento sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil.

Na próxima etapa – Levantamento dos Pontos-Chave – os enfermeiros refletiram sobre as causas e conseqüências das dificuldades encontradas. O resultado desta etapa mostrou que as causas estavam relacionadas ao desconhecimento profissional e materno sobre as implicações da não realização do acompanhamento do desenvolvimento infantil, além do pouco enfoque dado ao assunto pelos programas de saúde, tendo como consequência a detecção tardia dos atrasos e desvios do desenvolvimento.

A próxima etapa – Teorização – foi constituída de leitura de textos e exposição dialogada sobre os temas, de acordo com os tópicos do conteúdo programático. Ao final das apresentações, foram estimuladas discussões sobre cada tema exposto.

Após reflexão sobre as informações obtidas, foi entregue aos enfermeiros a lista das dificuldades anteriormente levantadas para que o grupo apresentasse hipóteses de solução. O resultado é apresentado no quadro 4.

Quadro 4. Dificuldades e hipóteses de solução, segundo os participantes do curso de capacitação. São José do Rio Preto, 2009.

Problema encontrado na prática	Hipóteses de solução
Número insuficiente de enfermeiros para a consulta.	-Processo Seletivo.
Falta de consultório	-Adequar infra-estrutura das unidades.
Desvalorização profissional.	-Sensibilizar gestor sobre a importância da implementação da Consulta de Enfermagem.
Inexistência de protocolos específicos sobre acompanhamento do desenvolvimento e detecção dos Transtornos do Desenvolvimento Infantil.	-Formar um grupo de estudo constituído pela pesquisadora, coordenação de enfermagem e enfermeiras participantes do treinamento para elaborar um protocolo específico voltado à assistência da Criança no que tange ao desenvolvimento infantil; -Sensibilizar o enfermeiro ainda não capacitado e estender a sensibilização a toda equipe, através de convocação.
Protocolo prevê consulta com a criança no 6º mês de vida.	-Mudar o Protocolo ou elaborar anexo para inserção precoce da consulta de enfermagem à criança.
Mães não têm interesse nas orientações de enfermagem e não valorizam o Manual Crescendo com Saúde	-Fortalecer vínculo mãe - profissional; -Orientar a equipe de enfermagem para passar orientações às mães/familiares durante a execução das atividades de rotina; -Sensibilizar a mãe desde a consulta pré-natal sobre a importância do acompanhamento e estímulo do desenvolvimento infantil e incentivar o uso e conservação do manual (patrocínio para um "porta manual").
Inexistência de material para avaliar o desenvolvimento infantil e orientar sobre sua estimulação.	-Realizar o levantamento do material necessário através do grupo de estudo e equipar as unidades,
Desconhecimento profissional sobre os Transtornos do Desenvolvimento Infantil.	-Estender a capacitação para toda a rede para que todos os enfermeiros possam conhecer e detectar os desvios; -Dar continuidade à capacitação através do grupo de estudo visando aprofundar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema; -Ampliar a discussão sobre o tema, incluindo a Secretaria de Educação através das unidades inter-setoriais.

Na última etapa – Aplicação à Realidade – a coordenadora do serviço de enfermagem foi convidada para participar de um *workshop* com o grupo, a fim de discutir a implementação das propostas, visto que algumas delas dependiam de mudanças na gestão ou na rotina das unidades de saúde.

Cabe ressaltar que, após a capacitação, a pesquisadora em concordância com a coordenadoria de enfermagem, montou um cronograma de encontros para o grupo de estudo e também para novo grupo de capacitação, conforme sugerido pelos enfermeiros nas hipóteses de solução.

Entretanto, antes da implementação das medidas propostas, ocorreram mudanças no cargo de coordenação de enfermagem, sendo necessário apresentar o andamento das atividades de pesquisa à nova coordenadoria. Esta, após ciência, solicitou à pesquisadora que elaborasse uma proposta de alteração no protocolo de enfermagem em puericultura, com dados referentes ao acompanhamento e estimulação do desenvolvimento infantil, para que, sendo aprovada, fosse realizada nova capacitação com base na implantação do protocolo. Dessa forma, foi elaborada e entregue à coordenação de enfermagem, uma proposta de protocolo, conforme solicitada, e ficamos no aguardo de um retorno em relação às medidas propostas.

-Procedimento de coleta de dados da avaliação da capacitação

Para a obtenção de uma avaliação da efetividade da intervenção em relação ao objetivo proposto, ao final do segundo encontro, foi solicitado aos participantes que respondessem ao instrumento denominado “Questionário de Avaliação da Capacitação”.

-Procedimento de coleta de dados na fase Pós-Intervenção

Nesta fase a entrevista foi realizada para a avaliação recente do conhecimento adquirido. Após duas semanas da intervenção, foi realizada uma entrevista individual junto a cada enfermeiro participante do grupo experimental.

Esta coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos sujeitos, com data e horário agendados com os mesmos, utilizando o instrumento 1 utilizado na primeira etapa da pesquisa. As entrevistas também foram gravadas, quando autorizadas e transcritas.

-Procedimento de coleta de dados na fase de Seguimento

A coleta de dados desta etapa – avaliação tardia - foi realizada seis (6) meses após a implementação do programa de capacitação, visando possibilitar que os participantes da intervenção educativa tivessem oportunidades de aplicar, no dia a dia de trabalho, os conhecimentos adquiridos.

A coleta de dados constou de nova entrevista, com os dois grupos de enfermeiros (experimental e controle) e também da coleta de dados sobre a orientação recebida pelos pais das crianças atendidas. Foram utilizados os mesmos instrumentos e procedimentos usados na primeira fase.

3.7– Procedimento de Análise dos Dados

Para verificar o alcance dos objetivos, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas com o intuito de promover a complementação dos

dados. Esta integração enriquece os estudos experimentais ou quase-experimentais na medida em que a análise qualitativa auxilia a compreensão das diferenças entre os resultados dos grupos.⁽⁹⁴⁾

-Análise qualitativa:

Num primeiro momento, os dados foram organizados e categorizados através da análise de conteúdo. Esta análise permite identificar elementos com um grau de homogeneidade entre si e que apresentam uma maior frequência de repetição. Normalmente, esta técnica é a mais usada na abordagem analítica dos dados, podendo-se entender que se trata de codificá-los para que atinjam uma possível representação do conteúdo.⁽⁹⁶⁾ Assim, para proceder a análise, os dados foram selecionados e organizados por temas identificados após leituras minuciosas do material transcrito.

-Análise quantitativa

Os dados foram analisados quantitativamente, sob a orientação do Serviço de Estatística da FAMERP. Foi utilizado o programa Microsoft Excel para organização dos dados, sendo realizadas descrições estatísticas das variáveis, através de distribuição de frequências apresentadas em valores absolutos e percentuais.

Os resultados obtidos nos períodos pré-intervenção e de seguimento (*follow-up*) foram comparados entre os dois grupos (experimental e controle) utilizando o teste exato de Fisher com o intuito de testar as diferenças em relação à variável estudada. Idade dos cuidadores e das crianças, segundo

grupos de cuidadores experimentais e controle antes e após foram comparadas pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O nível de significância utilizado foi de $\alpha=0,05$.

Para a verificação de mudanças nas variáveis intragrupo ocorridas após a implementação da capacitação, adotou-se o coeficiente Capa de Cohen (κ). O coeficiente (κ) avalia a concordância entre início e final do estudo e pode variar de +1 (concordância completa) a $-\pi_e/(1-\pi_e)$, onde π_e é uma probabilidade de concordância totalmente casual, sendo que $\kappa \leq 0$ resulta em concordância inadequada.⁽¹⁰⁰⁾

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 – Resultados e Discussão:

Com o intuito de destacar as alterações dos resultados obtidos entre as fases (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento), optou-se por realizar as análises e discussões dos resultados simultaneamente.

Inicialmente será apresentada a caracterização dos participantes do estudo, com a finalidade de facilitar a compreensão dos atores sociais envolvidos na pesquisa.

Os dados obtidos nas entrevistas com os enfermeiros serão apresentados, segundo as categorias temáticas, e analisados estatisticamente no intuito de realizar uma comparação entre as fases da pesquisa com o propósito de demonstrar o efeito da capacitação implementada. Em seguida serão apresentados os dados relacionados à percepção dos pais sobre as orientações recebidas e a percepção dos enfermeiros em relação ao programa da capacitação.

4.1 - Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo

Os enfermeiros estudados foram divididos em grupo experimental e controle, totalizando 27 profissionais, sendo oito (8) pertencentes ao grupo controle e dezenove (19) pertencentes ao grupo experimental. A Tabela a seguir apresenta a caracterização dos enfermeiros, separando-os nos dois grupos propostos.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros pertencentes aos grupos experimental (GE) e controle (GC), quanto à idade, escolaridade, tempo na área de saúde pública e maior titulação. São José do Rio Preto, 2010.

Variáveis	Categorias	GE (n=8)		GC (n=19)		Total (n=27)		P
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	F	8	100,0	19	100,0	27	100,0	
	M	-	-	-	-	-	-	
Faixa etária	25-34	7	87,5	16	84,2	23	85,2	0,39
	35-44	1	12,5	2	10,5	3	11,1	
	45-54	-	-	1	5,3	1	3,7	
Formação	3 – 6 anos	6	75,0	7	36,8	13	48,1	0,11
	7 – 10 anos	2	25,0	7	36,8	9	33,3	
	> 10 anos	-	-	5	26,3	5	18,5	
Atuação na área	< 3 anos	1	12,5	4	21,0	5	18,5	0,65
	3 – 6 anos	5	62,5	8	42,1	13	48,1	
	7 – 10 anos	2	25,0	5	26,3	7	25,9	
	> 10 anos	-	-	2	10,5	2	7,4	
Pós-graduação	Saúde Pública	5	62,5	9	47,3	14	51,8	
	Outras áreas	3	37,5	9	47,3	12	44,4	
	Não possui	-	-	1	5,3	1	3,7	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; p=valores obtidos pelo Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 1 observa-se que todos os participantes do estudo pertencem ao sexo feminino, ratificando a predominância histórica da mulher na profissão de enfermagem.⁽¹⁰¹⁾

Verifica-se que, em ambos os grupos, houve predomínio de enfermeiras entrevistadas na faixa etária entre 25 e 34 anos, com média de idade, respectivamente, de 29 anos para o grupo experimental e 31 para o grupo controle. Esta diferença não foi estatisticamente significativa, desta forma, ambos os grupos são constituídos por adultos jovens em fase de intensa produtividade econômica e social. Estes dados são similares aos encontrados na literatura, no que tange aos enfermeiros que atuam na rede básica de saúde.⁽¹⁰²⁾

Em ambos os grupos estudados percebe-se também que, em sua maioria, o tempo de formação e atuação na área de saúde coletiva variou entre 3 a 10 anos (81,4% e 74%, respectivamente). Do total, 96,2% são pós-graduadas e a especialização em Saúde Pública totalizou 51,8%, indicando que as enfermeiras estão, cada vez mais, procurando dar continuidade à sua formação e se especializando na sua área de atuação.

4.2- Caracterização dos pais participantes da pesquisa

O grupo experimental foi composto por uma amostra de conveniência de 25 pais (ou cuidadores) na fase pré-intervenção e 30 no seguimento. Constituíram a amostra do grupo controle, 55 pais na fase pré-intervenção e 41 no seguimento. A Tabela a seguir apresenta as questões relacionadas à caracterização dos pais participantes.

Tabela 2. Caracterização dos cuidadores entrevistados nas UBSs pertencentes aos grupos experimental e controle no período pré-intervenção e seguimento. São José do Rio Preto, 2010.

Categorias	Pré-Intervenção			Seguimento		
	GE	GC	p	GE	GC	p
	(n = 25) N (%)	(n = 58) N (%)		(n = 32) N (%)	(n = 43) N (%)	
Grau de parentesco			1,0			1,0
Mãe	24 (96,0)	55 (94,8)		30 (93,8)	43 (91,5)	
Avó	1 (4,0)	3 (5,1)		2 (6,2)	3 (6,4)	
Pai					1 (2,1)	
Sexo						
M					1 (2,1)	
F	25 (100,0)	58 (100,0)		32 (100,0)	46 (97,9)	
Idade			0,26			0,25
19-29	16 (64,0)	27 (47,1)		21 (65,2)	27 (57,4)	
30-39	5 (20,0)	22 (41,4)		6 (18,8)	13 (27,7)	
40-49	2 (8,0)	6 (10,4)		2 (6,3)	2 (4,3)	
50-60	2 (8,0)	3 (5,2)		3 (9,4)	5 (10,6)	
Idade da criança			0,67			0,66
Menor de 1 ano	8 (32,0)	17 (29,3)		11 (31,2)	15 (31,9)	
1,1 - 3	12 (48,0)	30 (57,4)		15 (46,9)	18 (38,3)	
3,1 - 6	5 (20,0)	11 (19,0)		6 (18,8)	10 (21,3)	
6,1 - 9					4 (8,5)	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; p=valores obtidos pelo Teste Exato de Fisher

Os grupos não apresentaram diferenças significantes em relação a todas as características analisadas. A análise do grau de parentesco demonstrou predominância de mães em ambos os grupos na fase pré-intervenção (GE=96% e GC=94,8%), o mesmo ocorrendo no seguimento (GE=93,8% e GC=91,5%) sendo, portanto, o gênero feminino o mais frequente. Estudos mostram que a mulher, por razões culturais e vínculo consanguíneo, assume o cuidado da família.⁽¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾

Em relação à idade do cuidador, a mais prevalente foi a faixa etária entre 20 a 40 anos de idade, sendo que na fase pré-intervenção esta faixa etária foi constituída por 84% do grupo experimental e 88,8% do grupo controle e no seguimento foram 84% do grupo experimental e 85,1% do grupo controle. Em relação à idade da criança atendida, a maioria tinha idade inferior a 3 anos, tanto na fase pré-intervenção (GE=80% e GC=86,7%) quanto no seguimento (GE=78% e GC=70,2%). Estes dados são semelhantes aos registrados em outras fontes de literatura que analisaram o perfil do cuidador infantil e o perfil da criança atendida na rede básica de saúde.^(104,106)

4.3 – Conhecimento e atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos TID: Análise qualitativa.

Os depoimentos dos enfermeiros, obtidos com o instrumento 1 foram interpretados utilizando a análise de conteúdo dos discursos e, posteriormente, agrupados nos seguintes temas: Conhecimento do enfermeiro sobre o Desenvolvimento Infantil; Estímulo ao Desenvolvimento Infantil; Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; Atuação do Enfermeiro no Acompanhamento e Estímulo do Desenvolvimento Infantil.

4.3.1- Conhecimento do Enfermeiro sobre Desenvolvimento Infantil

Em relação às concepções dos enfermeiros acerca do desenvolvimento infantil foram identificadas as seguintes categorias temáticas: sinônimo de crescimento; processo ordenado de mudanças; processo integrado de mudanças; processo ordenado e integrado de mudanças; processo ordenado e integrado de mudanças resultantes de fatores intrínsecos e extrínsecos. São descritas a seguir:

Desenvolvimento como sinônimo de crescimento:

Nesta categoria, foram agrupados os discursos que limitaram a descrição do desenvolvimento ao seu caráter biológico, como sendo um processo físico de aumento do corpo, como apontam as falas a seguir:

É quando a criança tem o peso e altura adequada para a idade (E1).

É o processo de crescimento da criança. (C1)

Crescimento e desenvolvimento são frequentemente referidos como unidade. Cabe ressaltar, no entanto, que crescimento é o aumento no número e no tamanho das células. Já o desenvolvimento é mais complexo, pois engloba as alterações nas capacidades emergentes do indivíduo, como capacidades motoras e sensoriais, através da maturação e aprendizado.⁽⁷¹⁾

Assim, crescimento e desenvolvimento são fenômenos diferentes em sua concepção fisiológica. O crescimento é um processo material e mensurável, podendo ser avaliado através da variação das dimensões do peso e altura, enquanto o desenvolvimento refere-se à incorporação de funções

progressivamente mais complexas, que só podem ser medidas por meios de testes e provas.⁽¹⁰⁷⁾

A análise da literatura permite perceber que pesquisas sobre o crescimento físico são mais frequentes do que as referentes ao desenvolvimento. Nos últimos anos, entretanto, visando uma melhor qualidade de vida às crianças e suas famílias, tem aumentado o número de estudos sobre o desenvolvimento integral da criança e os fatores relacionados.⁽¹⁰⁸⁾

Processo ordenado de mudanças:

Os discursos incluídos nesta categoria foram aqueles que formaram um conceito parcial de desenvolvimento, relacionando-o às fases em que ocorrem os marcos do desenvolvimento.

Desenvolvimento infantil é a progressão, as etapas, características esperadas em cada idade da criança (E2).

O desenvolvimento ocorre em fases, seguindo a ordem cronológica de idade da criança (C2).

Estas falas referem-se à divisão didática do desenvolvimento em fases, entre elas: período pré-natal, primeira infância, segunda infância ou pré-escolar, terceira infância ou fase escolar, adolescência, início da vida adulta, vida adulta intermediária e vida adulta tardia. Os ciclos ou fases de desenvolvimento correspondem a uma sequência definida e previsível de alterações, entretanto, essa categorização não deve ser arbitrária, levando-se em consideração as diferenças individuais.⁽¹⁰⁹⁾

Cabe ressaltar que as fases do desenvolvimento são marcadas por períodos críticos, também denominados períodos sensíveis ou janela de oportunidades, em que um determinado evento, ou sua ausência, causa um impacto específico sobre o desenvolvimento. Nestes períodos ocorre o *imprinting*, uma forma instintiva de aprendizagem, ou seja, existem momentos da vida do ser humano em que o sistema nervoso está pronto para adquirir determinadas informações. Exemplificando esse fato, pode-se citar a importância do vínculo materno/paterno no primeiro ano de vida da criança, por ser a fase em que ela desenvolve a socialização.^(21,71)

Apesar do conhecimento dessas fases do desenvolvimento, o profissional que avalia a criança deve levar em consideração, além das diferenças individuais, a capacidade de adaptação do indivíduo, denominada plasticidade, que pode ser aperfeiçoada com treinamento e prática, até mesmo em idades avançadas. Entretanto, como comprovado pelo psiquiatra Jean-Marc-Gaspard Itard, nos seus estudos com Victor - o menino selvagem de Aveyron, a plasticidade tem limites. O desafio atual é identificar até qual idade, determinados tipos de desenvolvimento podem ser modificados.⁽²¹⁾

Processo integrado de mudanças:

Nesta categoria concentraram-se os conceitos que, apesar de fragmentados, destacaram a integração ente as dimensões que interagem no desenvolvimento:

Desenvolvimento físico aliado ao intelectual, psicológico, emocional (E3).

Desenvolvimento não é só a questão fisiológica, mas também envolve a questão familiar, intelectual [...] (C3).

Estas falas trazem a noção de desenvolvimento como um processo global de mudanças que afetam a área física, cognitiva e psicossocial. Na área física, ocorre o desenvolvimento de capacidades sensoriais e motoras. O desenvolvimento cognitivo engloba as mudanças nas capacidades mentais, como raciocínio, memória e linguagem. Já o desenvolvimento psicossocial está relacionado com as emoções, comportamentos e relacionamentos.⁽²¹⁾

Esse conceito permite compreender que a criança necessita ser entendida como um ser holístico e, conseqüentemente, ela precisa ser avaliada e cuidada em sua totalidade, além de ser respeitada na sua individualidade, para que possa, dessa maneira, encontrar seu lugar na família e sociedade.

Processo ordenado e integrado de mudanças

Cabe ressaltar que esta categoria surgiu da análise das entrevistas realizadas após a implementação da capacitação. Foi constituída por conceitos mais completos e fundamentados na literatura científica pertinente ao tema, como exemplificam as falas a seguir:

Desenvolvimento infantil é a progressão, as etapas, as características esperadas para o amadurecimento da criança. Em cada idade é esperado um aprendizado ou uma mudança neuropsicomotora (E8).

Desenvolvimento é a forma como a criança vai evoluindo, realizando atividades mais complexas em todas as áreas (E3).

Percebe-se nos discursos dos enfermeiros a compreensão de que o desenvolvimento é um processo ordenado de mudanças multidimensionais, que interferem na capacidade do indivíduo realizar funções complexas e enfrentar e se adaptar às situações que ocorrem ao longo do seu ciclo vital.^(71, 106) Dessa maneira, em cada fase do desenvolvimento as crianças conectam e aperfeiçoam as habilidades adquiridas, preparando-as, desse modo, para o aprendizado de outras habilidades mais complexas.⁽¹⁰⁹⁾

Processo ordenado e integrado de mudanças resultantes de fatores intrínsecos e intrínsecos

Nesta categoria, que também surgiu após a capacitação, foi apreendida a compreensão de desenvolvimento infantil como sendo um fenômeno resultante da influência de um conjunto de fatores:

Desenvolvimento são mudanças neuropsicomotoras que ocorrem em determinadas fases e que estão ligadas a questões hereditárias, sociais e ambientais [...]. (E1)

Faz-se importante considerar a influência contínua de fatores intrínsecos e extrínsecos que provocam variações de um indivíduo para outro e tornam único o curso do desenvolvimento de cada indivíduo.

As características herdadas dos pais biológicos e fatores neuroendócrinos são extremamente importantes para o desenvolvimento do indivíduo e são considerados fatores intrínsecos para o desenvolvimento. Já as influências sociais e ambientais como condições sócio-econômicas e estimulação

biopsicossocial são consideradas fatores extrínsecos que irão interferir tanto no desenvolvimento físico quanto cognitivo e psicossocial.^(74,110)

Assim, desenvolvimento também é definido como sendo um processo contínuo envolvendo alterações qualitativas que ocorrem no indivíduo ao longo da vida, sendo influenciado pela interação entre a sua biologia e as condições do ambiente, resultando num indivíduo capaz de integrar-se de modo satisfatório ao meio social a que pertence.⁽¹¹¹⁾

No entanto, estes fatores precisam ser analisados pelo profissional que avalia a criança, pois eles podem atuar no desenvolvimento do indivíduo de maneira positiva ou negativa. Quando estes fatores atuam de maneira negativa são denominados fatores de risco. Se vários fatores de risco coexistem, o desenvolvimento do indivíduo fica seriamente comprometido.⁽²¹⁾

4.3.2- Conhecimento do enfermeiro sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID):

Da análise das concepções dos enfermeiros sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento emergiram as seguintes categorias temáticas: Não conhece os TID; conhece Autismo; conhece os TID.

Não conhece os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

Os enfermeiros quando abordados sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, mostraram-se pouco familiarizados com o tema:

Com essa terminologia não conheço. Na faculdade recebemos uma informação muito básica (E8).

Não conheço esta terminologia “invasivo”, mas conheço os transtornos da infância (C11).

O termo “invasivo” vem da tradução do inglês de *pervasive* (do latim – penetrar, ultrapassar). Não há consenso sobre a tradução na nossa língua, assim encontramos outras denominações equivalentes para estes transtornos: Transtornos Globais do Desenvolvimento, Transtornos Abrangentes do Desenvolvimento e Transtornos do Espectro Autístico.⁽³⁰⁾

Para facilitar o entendimento, foram listados para os enfermeiros os transtornos que fazem parte do grupo, mas ainda percebemos dúvidas e dificuldades nas respostas:

Já ouvi falar um pouco sobre Autismo, mas nunca trabalhei, sei que a criança tem dificuldade para se relacionar, tem seu próprio mundo (E2)

Conheço pouco a respeito do tema, sabendo apenas alguns conceitos básicos sobre Autismo (C13).

O autismo foi o único transtorno reconhecido pelos enfermeiros, este fato justifica-se por ser ele o mais frequente e característico dos TID. Tem maior divulgação no meio científico, além de ser o mais citado nos meios de comunicação de massa, inclusive em filmes internacionais e revistas de circulação nacional.

Analisando as falas dos enfermeiros percebe-se a existência de uma lacuna no conhecimento acerca dos TID. Outros estudos corroboram estes achados e alertam ser este um obstáculo para a melhora da qualidade de vida

das crianças afetadas, pois o desconhecimento e a falta de conscientização dos profissionais atrasam o reconhecimento dos transtornos e limitam o acesso a intervenções repercutindo, assim no prognóstico da criança.⁽⁸³⁾

Conhece os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

Nesta categoria foram incluídos conceitos que surgiram da análise das entrevistas realizadas após a implementação da capacitação, sendo constituída de conceitos relacionados à classificação dos transtornos, sinais característicos e espectro autístico, como demonstram as falas a seguir:

São transtornos que têm as classificações e afetam a capacidade de se relacionar, a comunicação e o comportamento, (...). Existe o espectro autístico, que tem as variações, os graus (E1).

São alterações no desenvolvimento, como o Asperger, o Autismo e outros. As crianças têm problemas para falar, interagir, se comportar (...) podem apresentar alterações leves até as mais graves, mais visíveis (E2).

Um conhecimento básico sobre os TID é fundamental a estes profissionais, pois segundo Inglese,⁽¹⁴⁾ a identificação precoce e encaminhamento para a realização do diagnóstico só ocorrerá se os enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde tiverem esse entendimento. Importante ressaltar também que o enfermeiro, após o diagnóstico, poderá assistir a criança afetada e sua família e, portanto, independente da sua área de atuação, a educação sobre TID se faz necessária e esta, como demonstrado através dos resultados, pode ser fornecida através de uma educação continuada.

4.3.3- Conhecimento do enfermeiro sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil

Todas as enfermeiras entrevistadas ressaltaram a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil. Em relação às concepções dos enfermeiros sobre como deve ser realizado o acompanhamento do desenvolvimento infantil foram identificadas as seguintes categorias temáticas: avaliação do crescimento e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Descritas a seguir:

Percepção de que o acompanhamento do crescimento é similar à avaliação do crescimento:

Segundo os relatos presentes nesta categoria, os enfermeiros têm a percepção de que o acompanhamento do desenvolvimento infantil deve ser realizado pela equipe de saúde através do seguimento do protocolo do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional):

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser periódico, segundo o protocolo do SISVAN, com consultas médicas e de enfermagem (E5).

Como preconiza o protocolo, a primeira consulta é realizada aos 15 dias de vida, depois mensalmente até um ano deve agendar e consultar para verificar o peso e a altura (C10).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - é um programa de acompanhamento nutricional das crianças com até 10 anos de idade que, segundo a portaria nº648/GM de 2006, deve ter um registro regular

dos atendimentos realizados seguindo um calendário mínimo de consultas, médicas e de enfermagem, determinado pelo Ministério da Saúde, para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica.⁽¹¹²⁾

Este programa preconiza a verificação das medidas físicas da criança através do uso do método antropométrico (verificação das medidas corporais, tais como peso, comprimento, perímetros cefálico, entre outras) e posterior comparação com curvas de referência nacionais e internacionais.

Verifica-se dessa maneira, que o método mencionado pelos enfermeiros mostra-se eficiente ao que se propõe, ou seja, o acompanhamento do crescimento infantil, mas não contempla o acompanhamento do desenvolvimento global da criança. Segundo os dados da literatura, a atuação do enfermeiro na assistência primária precisa transcender a avaliação limitada ao crescimento físico da criança, para atingir um programa de Vigilância do Desenvolvimento.⁽⁷²⁾

O Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu um manual para os serviços públicos de saúde, que engloba tanto os indicadores de crescimento quanto de desenvolvimento, mas este é pouco utilizado no que se refere ao desenvolvimento. Percebe-se que o crescimento e estado nutricional são bem descritos pelos profissionais, mas pouco conhecem sobre a presença dos marcos de desenvolvimento entre as crianças atendidas nos serviços públicos de saúde.⁽¹⁰⁸⁾

Neste sentido, cabe ressaltar também que os métodos utilizados para o acompanhamento do desenvolvimento infantil precisam ser conhecidos pelos profissionais de saúde que atuam em puericultura e, portanto, merecem maior

atenção dos responsáveis pelo ensino de pediatria nos cursos de graduação.^(12,90)

Avaliação dos marcos do desenvolvimento

Nesta categoria foram incluídos os relatos que ressaltaram a necessidade de um acompanhamento direcionado ao desenvolvimento, como aponta o discurso a seguir:

Deve ser realizado pela equipe de saúde através da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (...) (E4).

Este relato vai de encontro ao texto da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Toda a equipe de saúde deve estar preparada para acompanhar o desenvolvimento, detectar as alterações neuropsicomotoras e encaminhar a criança para tratamento adequado.⁽⁸⁶⁾

Complementando o relato acima, a entrevistada argumentou que o programa SISVAN está voltado para a questão do crescimento, não contemplando o acompanhamento do desenvolvimento infantil:

(...) no programa só é focado o crescimento, faltando identificar a parte psicológica, o comportamento, os reflexos (E4).

Percebe-se que, para operacionalizar a vigilância do desenvolvimento os serviços de saúde necessitam normatizar algumas condutas, incorporando o acompanhamento do desenvolvimento a outros programas já implantados ou elaborando protocolos específicos para atuação do profissional.

Outros relatos enfatizaram a necessidade de um instrumento para direcionar a avaliação:

Deve ser feito rotineiramente através de um instrumento específico de avaliação do desenvolvimento (E1).

O serviço deve ter um instrumento de avaliação do desenvolvimento e este, deve constar em prontuário e ser usado na consulta de toda criança, como um guia de observação e identificação de atrasos ou desvios no desenvolvimento.⁽⁷⁴⁾

As Fichas de Acompanhamento do Desenvolvimento são preconizadas e distribuídas pelo Ministério da Saúde, mas segundo relatos não eram rotineiramente utilizadas. Neste sentido encontramos o seguinte discurso:

Agora estamos deixando as fichas de avaliação do desenvolvimento no prontuário de cada criança para facilitar o uso no momento do atendimento(E4).

Cabe ressaltar que esta fala foi apreendida na entrevista, após a implementação da capacitação, sugerindo que a mesma promoveu uma mudança positiva na conduta da profissional analisada. Deve-se considerar que a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, quando usada corretamente é um indicador da qualidade do atendimento oferecido pelo serviço de saúde à criança.⁽⁸⁶⁾

Os relatos incluídos nesta categoria destacaram também que o acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado de maneira conjunta entre a família e os profissionais da saúde:

(...) deve ser realizado pelos profissionais da saúde e professores, mas a família deve estar orientada para acompanhar também o desenvolvimento da criança(E5) .

Observa-se na fala acima o entendimento que o acompanhamento do desenvolvimento infantil deve ser realizado pelos profissionais de saúde, pais e profissionais da educação. Esse achado está de acordo com as orientações contidas nos manuais de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que afirma ser importante os profissionais atuarem juntamente com a família nesse processo de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança.⁽⁷⁴⁾

Entende-se que esta atuação conjunta garantirá um bom desenvolvimento infantil, principalmente nos primeiros anos de vida, favorecendo a potencialização das capacidades do indivíduo, tornando-o apto a enfrentar satisfatoriamente as adversidades da vida.⁽¹¹³⁾

4.3.4- Conhecimento do enfermeiro sobre os estímulos ao desenvolvimento infantil

Além dos conhecimentos necessários para realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil, o enfermeiro também deve saber como a criança pode ser estimulada. Assim, em relação às concepções dos enfermeiros sobre como deve ser realizado o estímulo ao desenvolvimento infantil foram identificadas as seguintes categorias temáticas: atividades lúdico-educativas,

vínculo afetivo, atividades lúdico-educativas associadas ao vínculo afetivo.

Categorias temáticas quanto ao estímulo são descritas a seguir:

Atividades lúdico-educativas

Para as entrevistadas, é fundamental a estimulação do desenvolvimento infantil, e várias atividades lúdicas e educativas foram citados pelas enfermeiras como meios de estimulação do desenvolvimento infantil, tais como:

Existem várias maneiras de se estimular o desenvolvimento, desenhos, figuras geométricas, recursos audiovisuais e brinquedos educativos (E2).

Importante estimular com atividades infantis adequadas à idade da criança, brincadeiras, bonecas, casinha, ou seja, curtir a infância (E7).

As atividades lúdico-educativas estimulam o desenvolvimento biopsicossocial infantil. Durante a brincadeira, a criança desenvolve a imaginação e a socialização, aprendendo a interagir e respeitar o outro. A brincadeira também favorece o aprendizado escolar, pois permite às crianças, a flexibilidade para ensaiar novas idéias e comportamentos. Todo esse processo servirá de alicerce para a formação de um adulto feliz, criativo, equilibrado, aberto para a vida e para as pessoas.⁽¹¹⁴⁻¹¹⁵⁾ Portanto, o lúdico, entendido como diversão e prazer, associado às atividades educativas, deve estar presente no dia a dia da criança, seja em situações individuais ou nas interações sociais.⁽¹¹⁶⁾

Vínculo mãe-bebê e da afetividade familiar:

Nesta categoria estão os conceitos relacionados ao vínculo mãe-bebê e da afetividade familiar:

O primeiro estímulo deve ser feito pela mãe, através da amamentação, estimulando o tato, olfato (C3).

Carinho, atenção, conversa, ou seja, ficar um tempo com a criança (E2).

A mãe proporciona ao bebê uma importante sensação de proteção física e emocional. Estas funções maternas, que são fundamentais para o psiquismo da criança, também podem ser exercidas pelo pai ou cuidador.⁽⁷⁴⁾

Sabe-se que desde muito cedo as crianças respondem com atenção à voz humana, principalmente a voz materna, como sinal de desenvolvimento da socialização. Pesquisas apontam que este fato não ocorre em crianças pequenas com Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, sendo este um dado importante para ser avaliado na criança.⁽¹⁴⁾

Atividades lúdico-educativas associadas ao vínculo afetivo.

A associação entre as atividades e a afetividade, também foi apreendida das falas das enfermeiras:

Interação com a mãe, pai, crianças. Brinquedos e brincadeiras educativas (E7).

Com brinquedos, conversando, ensinando, estabelecendo vínculo com o recém-nascido (E6).

O Desenvolvimento infantil pode ser estimulado com atividades lúdicas e educativas, como brincadeiras e leituras, e terão um melhor aproveitamento se

vierem associadas a simples atitudes como um toque e um abraço carinhoso (117).

Vários estudos enfatizam que quando a estimulação é realizada por uma variedade de experiências, com pessoas e objetos, observam-se consequências positivas no desenvolvimento cognitivo das crianças. Por outro lado, a deficiência de estímulos nos primeiros anos de vida, principalmente relacionados à afetividade, deixará marcas definitivas no desenvolvimento da criança, constituindo-se em um dos mais importantes fatores de risco para o seu desenvolvimento.^(113,118)

4.3.5- Atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil

Em relação especificamente à percepção dos sujeitos sobre a atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil, foram obtidas as seguintes categorias: atuação nos procedimentos do SISVAN; avaliação do desenvolvimento e/ou orientação da família e equipe. Categorias relacionadas à vigilância do desenvolvimento infantil são descritas a seguir:

Atuação nos procedimentos do SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nesta categoria, os sujeitos pesquisados, referiram que o enfermeiro juntamente com os outros profissionais da saúde, atua no acompanhamento do desenvolvimento quando realiza os procedimentos relacionados ao SISVAN:

O acompanhamento em puericultura é periódico, segundo o protocolo do SISVAN, com consultas médicas e de enfermagem (E5).

O enfermeiro realiza os procedimentos de rotina do SISVAN, assim como o auxiliar, o agente de saúde, o médico, a assistente social (C8).

Percebe-se, portanto, que a visão sobre o acompanhamento do desenvolvimento limitada à avaliação do crescimento tem repercussão na atuação do enfermeiro. Esta visão leva-o a uma prática assistencial direcionada apenas à avaliação do desenvolvimento físico, e esta ainda é parcial, pois avalia apenas o crescimento físico e não o desenvolvimento das habilidades motoras e sensoriais.

Avaliação do desenvolvimento e/ou orientação da família e equipe.

Os relatos evidentemente direcionados ao acompanhamento do desenvolvimento foram enquadrados nesta categoria:

Além da avaliação do crescimento, fazemos o acompanhamento do desenvolvimento e orientamos à mãe através do Manual Crescendo com Saúde (E3).

O “Manual Crescendo com Saúde”, chamado por algumas enfermeiras de “carteirinha” ou “cadernetinha” é um manual elaborado e distribuído pela secretaria municipal de saúde para uso da família, unidades de saúde e escola para o registro e acompanhamento da saúde da criança. Este manual foi elaborado, baseado na “Caderneta de Saúde da Criança”, que é um documento distribuído pelo Ministério da Saúde do Brasil, em todo território

nacional. Contém informações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, nutrição e vacinação.^(86,119)

Várias pesquisas apontam que, mesmo sendo de fácil observação e preenchimento, a Caderneta de Saúde da Criança não costuma ser utilizado por grande parte dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde^(91,120-121). Entre os dados sobre a saúde da criança contidos no manual, encontra-se uma ficha de avaliação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, devendo ser preenchida de acordo com a idade da criança. Com relação à utilização desta ficha encontramos o seguinte relato:

Agora estamos solicitando que as mães tragam o manual em todo o atendimento para facilitar o uso da ficha de avaliação do desenvolvimento (E5).

Esta fala, apreendida em entrevista no período pós-intervenção, sugere uma mudança positiva na conduta da profissional analisada. Sabe-se que esta ficha não é considerada uma escala de avaliação, porém é um instrumento que pode auxiliar o profissional, na medida em que sistematiza a avaliação do desenvolvimento.⁽⁹⁰⁾

Analisando o relato abaixo, percebe-se que a enfermeira orienta os pais no sentido de acompanhar o desenvolvimento de seus filhos.

Uso a “carteirinha” e estímulo a mãe a ler, despertando o interesse para ela acompanhar o desenvolvimento (E6)

Esse achado mostra que os profissionais estão agindo de acordo com as orientações contidas nos manuais de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que orientam os profissionais a atuarem juntamente

com a família nesse processo de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança.⁽⁷⁴⁾

Entretanto, segundo alguns discursos, apesar de reconhecer a importância da orientação do acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento, este não é um procedimento realizado rotineiramente:

Acho que trabalhamos pouco ainda este assunto (C7).

Os pais são orientados a solicitar informações e esclarecer dúvidas. Sobre estimular o desenvolvimento, orientamos quando percebemos algum atraso (C13).

Para Vieira,⁽⁹¹⁾ apesar do enfermeiro ter consciência da importância dos aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil, eles não são levados em consideração, com frequência, na prática diária. Cabe ressaltar que, em relação à atuação do enfermeiro, independente da categoria analisada, uma questão levantada por grande parte delas foi relacionada ao fato da consulta de enfermagem não estar efetivada na maioria das unidades e, desse modo, a criança passar apenas pela consulta médica:

É realizada a consulta médica, a consulta de enfermagem ainda não está institucionalizada, e apenas alguns serviços estão estruturados para acompanhar as fases do desenvolvimento (enfermeira E7).

A consulta de enfermagem à criança é uma atividade privativa do enfermeiro, tendo por objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma holística e individualizada. Na puericultura, durante a consulta, o enfermeiro tem condições de desenvolver ações de

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, devendo traçar metas e objetivos para conseguir uma evolução saudável da criança.^(71,122)

Muitas enfermeiras elegeram a falta de estrutura como fator determinante para a não realização da consulta de enfermagem:

Aqui a enfermeira não tem salas, não há agendamento e nem materiais adequados para a consulta de enfermagem (enfermeira C2).

Durante as entrevistas foi possível constatar que a enfermeira não tem uma sala específica para usar no atendimento. Normalmente é preciso ficar procurando na unidade por um consultório médico disponível ou uma sala de vacinação ou curativos. Quando existe a sala de enfermagem, esta tem pouco espaço e é destinada a serviços de gerenciamento e guarda de arquivos.

Este quadro parece não ter se alterado nos últimos 30 anos, pois trabalhos de Mota,⁽¹²³⁾ em 1980 e Nóbrega,⁽⁹²⁾ em 2003, também apontaram à falta de um ambiente adequado para a realização da consulta de enfermagem, enfatizando que as instituições deveriam se preocupar com essa questão por comprometer o aspecto preventivo relacionado à saúde da população.

Ainda em relação à estrutura necessária para o efetivo acompanhamento do desenvolvimento, sabe-se que o uso de instrumentos contendo os marcos do desenvolvimento pode auxiliar no direcionamento da avaliação. Estes instrumentos, conhecidos como escalas, devem constar em prontuário e serem usados na consulta de toda criança, como um guia de observação e identificação de atrasos ou desvios no desenvolvimento.⁽⁷⁴⁾

Estudos sobre a avaliação da consulta de enfermagem prestada à criança mostram que o enfermeiro não registra informações sobre o desenvolvimento

infantil na ficha de acompanhamento e, em muitos prontuários, esta ficha sequer está anexada.⁽⁹²⁾ Entretanto, após a capacitação, encontramos o seguinte relato:

“Estamos deixando as fichas de avaliação do desenvolvimento no prontuário de cada criança para facilitar o uso no momento do atendimento” (E4).

Esta fala sugere que a capacitação promoveu uma mudança positiva na conduta da profissional analisada, indo de encontro à orientação do Ministério da Saúde com relação ao uso da Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Infantil, segundo a qual, o desenvolvimento deve ser avaliado em todos seus aspectos e anotado no prontuário da criança, para que possa ser acompanhado por todos os membros da equipe de saúde.^(74,89)

O enfermeiro, ciente da importância do acompanhamento do desenvolvimento, irá promover estratégias de atendimento para avaliar a criança, mesmo não tendo locais ou momentos específicos de avaliação, visando uma assistência focada no bem estar integral da criança.^(3,74)

4.4 – Conhecimento e atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos TID: Análise quantitativa.

Os dados apresentados serão comparados intragrupo e também entre os grupos estudados (grupo experimental e grupo controle) no intuito de verificar as mudanças ocorridas após a implementação da capacitação.

4.4.1- Conhecimento do enfermeiro sobre desenvolvimento infantil

Os dados referentes às concepções dos enfermeiros acerca do desenvolvimento infantil em cada etapa da pesquisa estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.

	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	Seguimento	
Teste Exato de Fisher	(p=1,0)			(p<0,0005)	
GE - PI e POI			(κ =0)		
*Capa GE - PI e Seguimento				(κ = 0)	
GC - PI e Seguimento				(κ=0,36)	
Categorias	GE	GC	GE	GE	GC
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não soube conceituar		1 (5,3)			
Desenvolvimento como crescimento físico	1 (12,5)	2 (10,5)			
Processo ordenado de mudanças	2 (25,0)	6 (31,6)			5 (26,3)
Processo integrado de mudanças	5 (62,5)	10 (59,6)			12 (63,1)
Processo ordenado e integrado de mudanças			5 (62,5)	5 (62,5)	2 (10,5)
Processo ordenado e integrado de mudanças resultantes de fatores intrínsecos e extrínsecos			3 (37,5)	3 (37,5)	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; PI=pré-intervenção; POI=pós-intervenção; * Coeficiente Capa

Na fase pré-intervenção, observou-se que 5,3% dos profissionais pertencente ao grupo controle não conseguiu formular um conceito sobre o tema, e 12,5% do grupo experimental e 10,5% do grupo controle, descreveram desenvolvimento como sendo sinônimo de crescimento, limitando o conceito ao seu caráter biológico.

A seguir, com 25% dos relatos do grupo experimental e 31,6% do grupo controle, observa-se a percepção do desenvolvimento como um processo ordenado de mudanças. Nesta categoria os enfermeiros referiram-se apenas às fases em que ocorrem os marcos do desenvolvimento. Outro conceito, apresentado por 62,5% dos enfermeiros do grupo experimental e 59,6% do grupo controle, foi o de desenvolvimento como sendo um processo integrado entre as dimensões física, cognitiva e psicossocial.

Numa análise geral, pode-se afirmar que, em relação aos conceitos de desenvolvimento apresentados nesta fase, não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos ($p=1,0$), sendo observado um desconhecimento e concepções fragmentadas sobre o tema. Dados semelhantes foram encontrados por estudos que avaliaram o nível de conhecimento dos profissionais de atenção primária à saúde em relação ao desenvolvimento infantil, levando os autores desses trabalhos a sugerirem a necessidade de capacitação sobre o tema.^(12,90)

Na pós-intervenção, fase em que foram avaliados apenas os enfermeiros que participaram da capacitação, observou-se a extinção de três categorias citadas pelo grupo experimental na fase anterior. Foram substituídas por duas novas categorias. A primeira que define desenvolvimento como sendo “um

processo ordenado e integrado” - demonstrando que para 62,5% dos profissionais que receberam a intervenção houve uma complementaridade entre conceitos citados anteriormente. A segunda como o “processo ordenado e integrado de mudanças resultantes de fatores relacionados”, indicando que 37,5% ampliaram o conceito, levando em consideração os fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos no desenvolvimento.

A análise estatística do coeficiente Capa (κ), através de um comparativo dos resultados intragrupo, avaliou a concordância das respostas dos enfermeiros do grupo experimental referente à fase anterior. O resultado foi uma ausência de concordância nas respostas ($\kappa=0$), evidenciando uma mudança qualitativa nos conceitos. Isto ocorreu devido a uma migração de respostas que mostravam desconhecimento e concepções fragmentadas para respostas completas e fundamentadas na literatura científica pertinente ao tema. Estes dados sugerem um efeito positivo do treinamento em relação ao conhecimento das enfermeiras participantes sobre o desenvolvimento infantil.

No seguimento, depois de transcorridos seis meses, percebe-se que as duas novas categorias formuladas após a intervenção, ainda predominaram no grupo experimental, evidenciando uma retenção do conhecimento adquirido. Já no grupo controle, apesar de ocorrer extinção das categorias: “não soube responder” e “desenvolvimento visto apenas como crescimento físico”, a maioria das respostas mantiveram-se nas outras duas categorias citadas na fase pré-intervenção; ou seja, “processo ordenado de mudanças” e “processo integrado de mudanças”.

Observa-se também que, no grupo controle, surgiu com 10,5% das respostas, a categoria “processo ordenado e integrado de mudanças”. Este fato pode ser explicado pela tendência temporal, resultante de exposição ambiental em relação ao tema estudado. Importante considerar que a própria coleta de dados pode ter causado algum impacto sobre o grupo e, ainda, a provável influência dos enfermeiros participantes da intervenção, que estariam atuando como multiplicadoras das informações obtidas.

A análise estatística entre os grupos (experimental e controle) no seguimento, indica uma diferença significativa entre os conceitos apresentados por eles ($p < 0,0005$). A análise intragrupo através do coeficiente κ , demonstrou que ocorreu uma ausência de concordância nas respostas do grupo experimental entre esta fase e a fase pré-intervenção ($\kappa = 0$), indicando mudanças significativas entre as fases. Já no grupo controle foi evidenciado a existência de alguma concordância nas respostas apresentadas nas duas fases ($\kappa > 0$).

Estes dados evidenciam um efeito positivo do treinamento em relação ao conhecimento sobre desenvolvimento infantil, podendo contribuir na atuação da enfermeira em relação à sua prática assistencial à criança e também na orientação à equipe de enfermagem e família. Portanto, cientes do desenvolvimento típico da criança, serão capazes de reconhecer os sinais sugestivos de desvios no desenvolvimento.

Resultados semelhantes foram encontrados por Bauer *et al.*,⁽¹²⁴⁾ quando estudaram a eficácia de um programa aplicado em trinta e três residentes de Pediatria da Universidade de Chicago (EUA). Segundo os autores, o aumento

significativo do conhecimento global sobre o desenvolvimento infantil evidenciado após o programa foi particularmente importante pelo fato de os residentes de pediatria fornecerem cuidados primários à população, trazendo desse modo, benefícios às crianças atendidas.

4.4.2- Conhecimento sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

A Tabela 4 apresenta a distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento nas três etapas avaliadas:

Tabela 4. Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.

	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	Seguimento	
	GE	GC	GE	GE	GC
Teste Exato de Fisher	(p=0,36)			(p<0,0005)	
GE - PI e POI			(K = -0,01)		
*Capa GE- PI e Seguimento				(K = -0,01)	
GC- PI e Seguimento				(K =0,01)	
Variáveis	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não conhece TID	7 (87,5)	12 (63,2)			11 (57,9)
Conhece algo sobre autismo	1 (12,5)	7 (36,8)	1 (12,5)	1 (12,5)	8 (42,1)
Conhece TID			7 (87,5)	7 (87,5)	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; PI=pré-intervenção; POI=pós-intervenção; * Coeficiente Capa; TID=Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Os enfermeiros, em sua maioria, quando abordadas sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento na fase pré-intervenção (87,5% do GE e 63,2% do GC), alegaram não conhecer a terminologia e 12,5% do grupo experimental e 36,8% do grupo controle referiram pouco conhecimento. Nesta fase não foram encontradas diferenças estatísticas significantes nas categorias de respostas entre os grupos ($p=0,36$). Este resultado nos leva a inferir que ambos os grupos demonstraram pouco conhecimento sobre o tema.

Após a intervenção, todos os enfermeiros do grupo experimental relataram ter algum conhecimento sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, sendo que apenas 12,5% referiram ainda ter pouco conhecimento, e o restante (87,5%) comentou conhecer algum aspecto, dando origem a uma nova categoria “conhece TID (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento)”.

A análise do coeficiente Capa mostrou uma discordância nas respostas do grupo quando comparadas com as apresentadas na fase anterior ($\kappa < 0$), caracterizando uma mudança positiva nas respostas, após a capacitação, no sentido em que as respostas passaram do desconhecimento e pouco conhecimento, para algum conhecimento sobre o tema. Estes dados evidenciaram que os conceitos sobre TID foram formados e aprimorados pela capacitação, evidenciando o seu efeito no grupo participante do curso.

No seguimento, o grupo controle manteve as respostas apresentadas na fase pré-intervenção, sendo que 5,3% das respostas migraram da categoria “não conheço” para a categoria “conheço pouco”. Na comparação intragrupo entre os períodos pré-intervenção e seguimento, verificou-se $\kappa > 0$. Este

resultado indica alguma concordância percebida nas respostas deste grupo em relação à fase pré-intervenção.

Já no grupo experimental percebe-se que as respostas são os conceitos aprimorados apresentados na fase pós-intervenção, inclusive na mesma proporção. A análise intragrupo entre os períodos pré-intervenção e seguimento, resultou novamente em $\kappa < 0$, caracterizando a mudança ocorrida entre as fases. Este resultado pode ser considerado positivo, pois sugere que houve uma retenção das informações obtidas, após a capacitação já que este conhecimento manteve-se, após transcorridos seis meses de sua implementação.

A análise estatística no seguimento mostrou diferença de respostas entre os grupos (GE e GC) com valor estatístico de $p < 0,0005$. Portanto, sendo significativa e positiva, já que, segundo os dados apresentados, o grupo experimental demonstrou respostas mais apropriadas em relação ao conhecimento sobre os TID. Cabe ressaltar o depoimento pertencente a um membro do grupo experimental que, após a capacitação relatou ainda ter pouco conhecimento sobre os TID:

(...) a capacitação me alertou para a importância, mas o assunto é muito extenso, então, eu preciso me aprofundar mais nos estudos sobre este tema (E2).

As pesquisas sobre os TID têm evoluído ao longo do tempo, promovendo uma ampla variedade de informações. No entanto, todos os profissionais que atuam na rede básica de atenção à saúde necessitam ter algum conhecimento sobre os TID, mesmo que seja básico, para facilitar sua identificação precoce e

encaminhar as crianças suspeitas para diagnóstico e tratamento adequados.^(14,17)

Vale ressaltar que a avaliação diagnóstica, realizada por uma equipe de profissionais especializados em TID, só poderá acontecer, após a identificação inicial das crianças que apresentam sinais característicos dos distúrbios autísticos. Esta é a grande responsabilidade dos profissionais que atuam em puericultura na rede de atenção primária à saúde.⁽¹⁴⁾

4.4.3- Conhecimento do enfermeiro sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil

A Tabela 5 apresenta a distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do acompanhamento do desenvolvimento infantil nas três etapas avaliadas:

Tabela 5. Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do acompanhamento do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.

	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	Seguimento	
Teste Exato de Fisher	(p=1,0)			(p=0,01)	
GE – PI e POI			(K = 0)		
GE- PI e Seguimento				(K = 0)	
GC-PI e Seguimento					(K=0,16)
	GE	GC	GE	GE	GC
Categorias	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Verificação do estado nutricional da criança (peso e altura)	5 (62,5)	12 (63,2)			10 (52,6)
Avaliação dos marcos do desenvolvimento	3 (37,5)	7 (36,8)	8 (100,0)	8 (100,0)	09 (47,4)

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; PI=pré-intervenção; POI=pós-intervenção; * Coeficiente Capa.

Na fase pré-intervenção, as respostas dos grupos não apresentam diferenças estatísticas significantes entre eles (p=1,0). Para a maioria dos enfermeiros (62,5% do GE e 63,2% do GC), o acompanhamento do desenvolvimento infantil é similar ao acompanhamento do crescimento. Para o restante das enfermeiras, 37,5% do grupo experimental e 36,8% do grupo controle, o acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado pelo profissional da saúde, seguindo um instrumento específico de avaliação.

Na fase de pós-intervenção, 100% dos enfermeiros do grupo experimental (que participaram da intervenção) citaram respostas pertinentes à categoria “avaliação dos marcos do desenvolvimento”, sugerindo que assimilaram a

percepção de que o acompanhamento do desenvolvimento infantil vai além da avaliação do crescimento. Em relação a esta questão, quando analisadas as respostas dadas pelo grupo experimental nesta fase e comparadas com as respostas anteriores à capacitação, obteve-se $\kappa=0$, ou seja, ocorreu alteração nas respostas. Podemos inferir que esta mudança foi direcionada pelo treinamento.

No seguimento, a categoria: “avaliação dos marcos do desenvolvimento” foi escolhida por todas as enfermeiras do grupo experimental, assim como na fase anterior. Quando foi realizada a análise intragrupo, entre a fase pré-intervenção e seguimento, obteve-se novamente $\kappa=0$, indicando que a mudança positiva nas respostas promovida pela capacitação, foi duradoura.

A categoria “avaliação dos marcos do desenvolvimento” teve um pequeno aumento de respostas também no grupo controle, de 10,6% em relação à primeira fase da pesquisa. No entanto, esta alteração não foi estatisticamente significativa já que a análise de Capa indicou $\kappa>0$, apontando alguma concordância de respostas com a primeira fase.

Analisando os dados desta fase, percebe-se uma diferença significativa entre as respostas dos grupos ($p=0,01$), sendo que o grupo experimental apresenta uma maior porcentagem de respostas na categoria considerada mais adequada. Estes dados evidenciaram que a capacitação promoveu um aprimoramento também em relação a este conceito, favorecendo a conscientização de que o acompanhamento do desenvolvimento deve promover uma visão integral da criança. Dessa maneira, o enfermeiro que

recebeu o treinamento estará preparado para examinar a criança e verificar o alcance dos marcos do desenvolvimento.

O estudo de King *et al*,⁽¹²⁵⁾ realizado em 2010 sobre a implementação das recomendações da AAP sobre a vigilância do desenvolvimento, concluiu que mecanismos de divulgação de informação, como cursos de educação continuada e permanente, são fundamentais para maximizar o conhecimento dos profissionais e promover a adoção de práticas de triagem do desenvolvimento visando à detecção precoce dos TID.

Assim, embasado no conhecimento que possibilita observar o desenvolvimento da criança como um todo, e respaldado pelo uso de instrumentos que direcionem esse olhar, o profissional irá decidir sobre a melhor conduta a ser tomada em relação à criança, quer seja a promoção da sua saúde, o estímulo ao seu desenvolvimento ou ainda o encaminhamento para uma avaliação mais aprofundada.⁽⁸⁵⁾

4.4.4- Conhecimento sobre estímulo ao desenvolvimento infantil

Como educador em saúde, cabe ao enfermeiro saber como estimular o desenvolvimento infantil para que possa realizar a adequada orientação aos pais. A Tabela a seguir mostra os meios de estimular o desenvolvimento infantil, segundo os enfermeiros entrevistados.

Tabela 6. Distribuição das categorias referentes às concepções dos enfermeiros acerca do estímulo ao desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.

	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	Seguimento	
	GE	GC	GE	GE	GC
Teste Exato de Fisher	(p=0,38)			(p=0,52)	
GE – PI e POI			(K = -0,14)		
*Capa GE- PI e seguimento				(K = -0,03)	
GC- PI e seguimento				(K = 0,14)	
Categorias	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não soube informar	3 (37,5)	3 (15,8)			2 (10,5)
Vínculo Afetivo		3 (15,8)			3 (15,8)
Atividades lúdico/educativas	5 (62,5)	13 (68,4)	3 (37,5)	2 (25,0)	6 (31,6)
Atividades lúdico/educativas e vínculo afetivo			5 (62,5)	6 (75,0)	8 (42,1)

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; PI=pré-intervenção; POI=pós-intervenção; * Coeficiente Capa.

A análise dos dados da Tabela 6 aponta que, na fase pré-intervenção, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os grupos (p=0,38); 37,5% dos enfermeiros do grupo experimental e 15,8% do grupo controle não conseguiram relacionar algum tipo de estímulo ao desenvolvimento infantil. Do grupo experimental, 62,5% souberam citar algum tipo de meio lúdico/educativo (leituras, desenhos, figuras geométricas, brinquedo, entre outros) para estimular o desenvolvimento infantil. Já no grupo controle o percentual foi maior (84,2%), sendo que 68,4% mencionaram algum tipo de atividade lúdico/educativo e 15,8% citaram o vínculo afetivo como agente estimulador do desenvolvimento.

Na fase seguinte, pós-intervenção, nota-se que todos os enfermeiros participantes da capacitação conseguiram citar algum tipo de estímulo ao desenvolvimento; 37,5% citaram alguma atividade lúdico/educativa e 62,5% mencionaram uma nova categoria, mais completa, associando a atividade ao vínculo afetivo. A análise do coeficiente Capa indica que ocorreu uma discordância de respostas entre esta fase e a pré-intervenção, caracterizada por $\kappa < 0$, indicando um efeito positivo da capacitação, já que ocorreu um aprimoramento de conceitos neste grupo.

No seguimento percebe-se, no grupo experimental, que uma porcentagem ainda maior de respostas foi transferida para a categoria mais completa; ou seja, “atividades lúdico-educativas associadas ao vínculo afetivo”. Totalizou 75% de respostas, sugerindo que a prática diária no período pós-intervenção pode ter auxiliado na fixação das informações obtidas na capacitação.

No grupo controle, ocorreu manutenção da porcentagem de respostas na categoria “vínculo afetivo”, e diminuição na proporção de 5,3% para a categoria “não soube informar” e de 36,6% para “atividades lúdico-educativas”. Entretanto, também nesse grupo, surge a categoria “atividades associadas ao vínculo afetivo”, com 42,1% das respostas, sugerindo uma melhora de respostas nesta questão para ambos os grupos.

A análise estatística desta fase não acusa diferença significantes entre os grupos, podendo-se inferir uma possível contaminação no grupo controle, provavelmente desencadeada pela influência e exposição ambiental em relação ao tema. Entretanto, a análise estatística através do coeficiente Capa, demonstrou que existe alguma concordância nas respostas do grupo controle

entre esta fase e as do período pré-intervenção, caracterizada por $\kappa > 0$. Já no grupo experimental ocorreu discordância nas respostas ($\kappa < 0$), indicando mudanças significantes entre as fases.

Estes dados evidenciaram que houve efeito do treinamento na variável estudada, já que as mudanças ocorridas no grupo experimental denotaram maior nível de conhecimento sobre o tema. Sabe-se que o conhecimento do profissional sobre a importância e os meios de se realizar a estimulação favorece o repasse das informações aos pais, adequando-as segundo a realidade vivenciada por eles, como exemplifica a fala a seguir:

(...) podemos ensinar a mãe que ela não precisa de grandes coisas para fazer a estimulação, o importante é ela interagir com a criança e ela pode, por exemplo, fazer móveis com fitas coloridas que tiver em casa (E8).

O profissional deve orientar os pais que o diálogo, o carinho, algumas brincadeiras e estímulos educativos são essenciais para o desenvolvimento da autoconfiança e auto-estima, além da capacidade de relacionamento com as outras crianças e adultos em geral. O estímulo ao desenvolvimento proporcionará mais oportunidades de aprendizado, favorecendo que a criança se torne um adulto criativo e socialmente adaptado.⁽¹⁰⁾

4.4.5- Atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento infantil

Em todas as fases da pesquisa a maioria dos enfermeiros, de ambos os grupos pesquisados, respondeu que a vigilância do desenvolvimento infantil é realizada em conjunto por toda a equipe de saúde durante o atendimento à

criança. A Tabela a seguir, mostra a percepção dos enfermeiros sobre como é a sua atuação no acompanhamento do desenvolvimento infantil:

Tabela 7. Distribuição das categorias referentes à atuação dos enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil nas etapas pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento.

Categorias	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	Seguimento	
	GE N (%)	GC N (%)	GE N (%)	GE N (%)	GC N (%)
Teste Exato de Fisher	(p=0,61)			(p=0,10)	
GE – PI e POI			(K = 0,09)		
*Capa GE- PI e seguimento				(K = 0,23)	
GC- PI e seguimento				(K =0,37)	
Procedimentos relacionados ao SISVAN	6 (75,0)	16 (84,2)	1 (12,5)	3 (37,5)	14 (73,6)
Avaliação ou orientações do desenvolvimento	2 (25,0)	3 (15,8)	7 (87,5)	5 (62,5)	5 (26,3)

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; PI=pré-intervenção; POI=pós-intervenção; * Coeficiente Capa.

Analisando os dados da tabela, observa-se que, no período pré-intervenção, não há diferença estatística significativa entre os grupos (p=0,61), sendo que a maioria dos enfermeiros de ambos os grupos (75% GE e 84,2% GC) tem a percepção de que a atuação do enfermeiro no acompanhamento do desenvolvimento está condicionada às atividades relacionadas aos procedimentos do SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Para o restante dos enfermeiros (25% GE e 15,8% GC), a atuação do enfermeiro no acompanhamento do desenvolvimento infantil é realizada através da avaliação do desenvolvimento ou são realizadas orientações para

os pais e para a equipe de enfermagem no sentido de realizarem o acompanhamento da criança a partir dos marcos de desenvolvimento contidos no Manual Crescendo com Saúde.

Na pós-intervenção, segundo os dados presentes na Tabela, ocorreu uma alteração nas respostas do grupo experimental em relação à primeira fase da pesquisa. Nota-se que uma pequena porcentagem (12,5%) continuou realizando apenas os procedimentos referentes ao SISVAN. Já a maioria (87,5%) passou a realizar o acompanhamento do desenvolvimento através de avaliação do desenvolvimento e orientações de enfermagem direcionadas à família e equipe, como exemplifica a fala a seguir:

Já realizei uma reunião com a equipe de enfermagem para alertá-los sobre a importância da vigilância do desenvolvimento infantil e passar algumas informações obtidas na capacitação (E2).

No entanto, a análise do coeficiente Capa indica que essa mudança nas respostas, apesar de importante, não foi estatisticamente significativa, já que $\kappa > 0$ indicou a existência de alguma concordância de respostas desta fase com a fase pré-intervenção.

Interessante observar que, no seguimento, apesar de grande parte das respostas do grupo experimental continuar na categoria “consulta e orientações de enfermagem”, a porcentagem diminuiu em 25%, sendo que este percentual migrou para a categoria “segundo SISVAN”. Podemos inferir que o profissional procurou aplicar os conhecimentos abordados no curso na sua prática diária inclusive, segundo relatos, com tentativa de implementação da consulta de enfermagem. No entanto, pode-se inferir que as mudanças na rotina de

trabalho envolvem uma série de condicionantes, além da vontade e engajamento do profissional.

Em relação ao grupo controle, nota-se que ocorreu uma pequena migração, de apenas 1,4%, da categoria “segundo SISVAN”, para a categoria “consulta ou orientação de enfermagem”. A análise estatística desta fase apontou não haver diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,10$) e análise do coeficiente Capa resultou em $\kappa > 0$ para ambos os grupos ($\kappa = 0,23$ para o GE e $\kappa = 0,37$ para o GC), indicando existir alguma concordância entre as fases pré-intervenção e seguimento.

Embora as análises apontem resultados estatísticos não significantes na comparação inter e intragrupo, os escores indicam melhoras percentuais importantes na mudança de conduta do grupo experimental em relação ao acompanhamento do desenvolvimento. Percebe-se ainda que as ações que envolvem mudanças nas rotinas das UBSs, como a implementação da consulta de enfermagem, são difíceis de serem viabilizadas. Neste sentido faz-se necessário a conscientização dos setores administrativos, pois a solução não depende apenas da capacitação dos profissionais, mas envolve recursos materiais e financeiros, além de possíveis mudanças organizacionais e político-administrativas.

Um estudo recente sobre a triagem dos TID na atenção primária à saúde apontou ser possível que metodologias de rastreamento de baixo custo possam ser implementadas na atenção primária, mas para que sejam efetivadas precisam ser abordadas a partir de uma perspectiva organizacional.⁽¹²⁶⁾ Outro estudo complementa que para melhorar a prática atual se faz necessário que todos os

profissionais envolvidos, principalmente os gestores, compreendam a importância deste trabalho e depois tenham vontade e sabedoria para implementar as mudanças efetivas.⁽¹²⁷⁾

Complementando estes dados, a revisão da literatura sobre a vigilância do desenvolvimento, permite a conclusão de que em países em desenvolvimento, faz-se necessário e urgente a adoção de estratégias específicas para que os problemas do desenvolvimento sejam detectados e tratados precocemente, a fim de diminuir o ônus dessas deficiências na criança, na família e conseqüentemente, na sociedade.⁽¹²⁸⁾

4.4.6- Orientações fornecidas sobre acompanhamento e estímulo ao desenvolvimento infantil – Percepção dos pais:

Um fator importante no acompanhamento do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos TID é a integração dos pais neste processo. Desta forma é importante verificar se a orientação realizada sobre o assunto está sendo eficiente e eficaz. Para tanto, buscou-se ouvir a opinião dos pais acompanhantes de crianças atendidas nas UBSs onde atuam os enfermeiros participantes da pesquisa (grupo experimental e controle), no sentido de avaliar a percepção destes sobre a orientação recebida antes e após a capacitação dos enfermeiros.

A tabela a seguir apresenta a opinião dos pais em relação à orientação recebida sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil:

Tabela 8. Respostas apresentadas pelos pais quando questionados se receberam informações sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil, nas fases pré-intervenção e seguimento.

Variáveis	Pré-Intervenção			Seguimento		
	GE N (%)	GC N (%)	*p	GE N (%)	GC N (%)	*p
Recebeu orientações			0,62			0,038
Sim	8 (32,0)	23 (39,7)		19 (59,4)	16 (34,0)	
Não	17 (68,0)	35 (60,3)		13 (40,6)	31 (66,0)	
Profissional que orientou			0,21			0,77
Médico	4 (50,0)	15 (65,2)		10 (52,7)	7 (43,7)	
Enfermeiro		3 (13,0)		4 (21,0)	2 (12,5)	
Psicólogo	1 (12,5)	1 (4,4)		1 (5,2)	2 (12,5)	
Fisioterapeuta	1 (12,5)			1 (5,2)		
Não soube informar	2 (25,0)	4 (17,4)		3 (15,8)	5 (31,3)	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; * Teste Exato de Fisher.

A análise dos dados da fase pré-intervenção aponta que em ambos os grupos a maioria dos pais relatou que não recebeu informação sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil, não sendo observado, portanto, diferença significativa entre os grupos ($p=0,62$).

Em relação à percepção dos pais sobre o profissional que realizou as orientações, também não foram encontradas diferenças significantes ($p=0,21$), sendo que no grupo experimental, o médico foi o profissional que mais forneceu informações (50%), seguido pelo fisioterapeuta e psicólogo, ambos com 12,5% das citações. Não souberam dizer qual foi o profissional que os orientou, 25% dos pais. No grupo controle verifica-se que o médico novamente foi citado como o principal responsável pelas orientações, (65,2%), seguido do

enfermeiro (13%) e psicólogo (4,4%). Neste grupo 17,4% não souberam informar qual foi o profissional que lhes forneceu as orientações.

Na análise dos dados apresentados no seguimento, observa-se no grupo experimental um aumento na percentagem de pais que referiram ter recebido orientações (de 32% para 59,4%), o mesmo não ocorrendo no grupo controle (de 39,7% para 34%). Em relação ao profissional que forneceu a orientação, em ambos os grupos, o médico continuou sendo o profissional mais citado, entretanto, no grupo experimental, o enfermeiro que não foi citado na fase anterior teve 21% das citações, seguido do psicólogo e do fisioterapeuta (ambos com 5,2%). Já no grupo controle, o enfermeiro e o psicólogo tiveram a mesma percentagem de citações (12,5%). Novamente, alguns pais não souberam apontar qual foi o profissional responsável pelas orientações tanto no grupo experimental (15,8%), quanto no grupo controle (31,3%).

A análise intergrupo desta fase evidenciou uma diferença significativa entre o grupo experimental e o controle ($p=0,038$) indicando um maior número de orientações fornecidas aos pais do grupo experimental. Entretanto, embora os escores indiquem um aumento importante no número de enfermeiros que realizaram a orientação para os pais do grupo experimental, a análise estatística não apontou diferença significativa em relação ao profissional que forneceu as orientações ($p=0,77$). Estes dados, agravados pela importante percentagem de profissionais que não foram identificados pelos pais, não permitiu comprovar que o aumento das orientações ocorridas no grupo experimental esteja relacionado com a capacitação implementada.

Dessa maneira, percebe-se que o profissional precisa se identificar ao prestar as informações aos pais, pois nas UBSs são diversas categorias profissionais que prestam atendimento, dificultando o reconhecimento do profissional pelo cuidador, por outro lado, o fato de vários profissionais terem sido mencionados pelos pais, pode indicar que a equipe de saúde esteja atuando de maneira preventiva em relação ao desenvolvimento infantil.

Cabe ressaltar que as orientações fornecidas, segundo os pais, eram relacionadas aos marcos do desenvolvimento presentes no Manual Crescendo com Saúde. Os pais, estando bem orientados sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento e sobre o significado dos marcos do desenvolvimento, poderão fornecer informações precisas sobre a evolução da criança, além de contribuírem de maneira ativa com a avaliação do profissional.⁽⁷⁴⁾

Sabe-se que a aprendizagem torna-se mais eficiente quando os pais entendem a importância das informações recebidas, assim deve-se informar os objetivos do acompanhamento, quais sejam: a promoção de um desenvolvimento adequado e a detecção de atrasos ou desvios no desenvolvimento.

Pesquisas apontam que os pais desejam receber informações sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil e expressam satisfação ao recebê-las ^(9,129). Outros estudos indicam que, quando bem informados, os pais podem ser de extrema importância na detecção dos TID, pois eles se concentram nas metas do desenvolvimento e dessa maneira, levam os

problemas encontrados para conhecimento dos profissionais e estes, por sua vez, devem mostrar disponibilidade para ouvir o relato dos pais.^(12,18)

Tabela 9. Respostas apresentadas pelos pais quando questionados se receberam informações sobre a estimulação do desenvolvimento infantil nas fases pré-intervenção e seguimento.

Categorias	Pré-Intervenção			Seguimento		
	GE	GC	*p	GE	GC	*p
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Recebeu orientações			0,13			1,0
Sim	5 (20,0)	23 (39,7)		11 (31,2)	16 (34,0)	
Não	20 (80,0)	35 (60,3)		21 (65,2)	31 (66,0)	
Profissional que orientou			0,57			0,35
Médico	3 (60,0)	16 (69,6)		4 (36,4)	5 (31,2)	
Enfermeiro		1 (4,3)		3 (27,3)	2 (12,5)	
Psicólogo	1 (20,0)	1 (4,3)				
Fisioterapeuta	1 (20,0)	1 (4,3)				
Médico e Enfermeiro		2 (8,7)		2 (18,2)	1 (6,25)	
Não soube informar		2 (8,7)		2 (18,2)	8 (50,0)	

GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Controle; * Teste Exato de Fisher.

Os dados apresentados na Tabela 9 mostram que na fase pré-intervenção, a maioria dos pais de ambos os grupos (80% GE e 60,3% GC) relatou que não recebeu informação sobre a estimulação do desenvolvimento infantil, não sendo observado, portanto, diferença significativa entre os grupos ($p=0,13$).

Em relação à percepção dos pais sobre o profissional que realizou as orientações, também não foram encontradas diferenças significantes ($p=0,57$), sendo que no grupo experimental, o médico foi o profissional que mais forneceu informações (60%), seguido pelo fisioterapeuta e psicólogo, ambos

com 20% das citações. No grupo controle verifica-se que o médico novamente foi citado como o principal responsável pelas orientações, (69,3%), seguido do enfermeiro (4,3%) e psicólogo (4,3%) e fisioterapeuta. Para 4,3% dos pais a orientação foi fornecida concomitantemente pelo médico e enfermeiro. Neste grupo 8,7% não souberam informar quem foi o profissional que forneceu as orientações.

No seguimento, observa-se que, em relação à fase anterior, ocorreu no grupo experimental um discreto aumento na porcentagem de pais que referiram ter recebido orientações (31,2%) o mesmo não ocorrendo do grupo controle. Em relação ao profissional que forneceu a orientação, no grupo experimental, o mais citado foi o médico (36,4%), seguido do enfermeiro (27,3%), médico e enfermeiro (18,2%) e não souberam informar (18,2%). Já no grupo controle o médico foi citado em 31,2% das vezes, seguido do enfermeiro (12,5%) e médico e enfermeiro (6,25%). Destaca-se novamente o grande número de pais que não souberam informar qual foi o profissional responsável pelas orientações. Mais uma vez percebe-se a necessidade do profissional se identificar ao prestar as informações aos pais e ao fornecer orientações sobre o estímulo ao desenvolvimento, devendo orientar também sobre a importância do vínculo afetivo.

A análise intergrupo desta fase não evidenciou diferenças significantes entre os grupos tanto em relação às orientações fornecidas aos pais ($p=1,0$) quanto em relação ao profissional que as forneceu ($p=0,35$). Cabe ressaltar que, segundo os pais, as orientações fornecidas eram relacionadas ao estímulo

através de atividades lúdico-educativas e também foram orientados a terem paciência com a criança.

A análise geral dos dados aponta que não ocorreram alterações significativas tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle em relação às variáveis analisadas. Pode-se inferir que, neste estudo, o tempo foi insuficiente para que os enfermeiros pudessem desenvolver práticas adequadas de orientação de tal forma que resultasse em impacto percebido. De qualquer maneira, o conhecimento da opinião dos pais sobre os serviços prestados pode auxiliar no planejamento de estratégias de aperfeiçoamento do atendimento.

Em última análise, estudos apontam que posteriormente a uma intervenção educacional, as práticas tendem a aumentar os procedimentos relacionados à vigilância do desenvolvimento, no entanto, essa mudança ocorre ao longo do tempo.⁽⁹³⁾

Os profissionais, sensibilizados em relação à importância do estímulo ao desenvolvimento infantil, estarão preparados para orientar os pais sobre maneiras simples de estimular o desenvolvimento da criança durante as atividades normais do dia a dia.⁽⁷⁴⁾ A literatura recomenda que os profissionais devam fornecer aconselhamentos sobre a importância da qualidade da interação entre pais e filhos, salientando que o lúdico, que deve fazer parte da relação, não se resume apenas nas brincadeiras, mas seja relacionado com qualquer situação onde ocorra diversão, alegria e prazer promovendo, assim, um ambiente facilitador para que a criança alcance todo o seu potencial de desenvolvimento.^(84,116)

4.4 - Avaliação do programa da “Capacitação em Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – atuação do enfermeiro”, segundo a percepção dos enfermeiros participantes da intervenção.

No último encontro da capacitação os participantes responderam ao questionário de “Avaliação da Capacitação”, permitindo identificar a satisfação e opiniões diante do programa proposto. Cada item do questionário poderia ser avaliado numa escala de excelente, bom, satisfatório e ruim, além de um campo aberto para comentários. Cabe ressaltar que, para garantir a liberdade de expressão, este questionário não teve identificação dos participantes.

A avaliação geral do curso e o tema abordado foram os itens com melhor avaliação, atingindo 100% de aprovação, já que todos os participantes optaram pelo conceito “excelente”. A metodologia utilizada registrou uma grande concentração de respostas altamente positivas (85,7% excelente e 14,3% bom). O aprendizado foi bem avaliado pelo grupo sendo considerado excelente por 57,2% dos participantes e bom para 42,8%. A carga horária foi considerada excelente por 42,8% dos participantes e boa para 57,8%. A avaliação positiva do programa foi corroborada pelos relatos a seguir:

Muito importante a capacitação dos profissionais para desenvolver esse trabalho na prática, motiva e valoriza o enfermeiro a buscar mais conhecimento sobre o assunto e prestar uma assistência mais qualificada.

O curso de capacitação foi fundamental no sentido de trazer o assunto a tona e esclarecer aspectos importantes, por isso considero que teve um impacto muito positivo para nós.

Com certeza este treinamento/capacitação somou muito conhecimento para a atuação do enfermeiro na prática profissional e também na vida pessoal com as crianças da família.

Percebe-se nas falas que a capacitação profissional impulsiona a transformação pessoal e profissional e por isso deve ocorrer dentro de uma visão crítica da realidade para que possa gerar conhecimentos importantes tanto para a organização quanto para a sociedade. A capacitação também visa adaptar o indivíduo ao contexto atual relacionado à sua profissão para que este realize de maneira eficiente o seu trabalho.⁽¹³⁰⁾

Assim, acredita-se que o programa de capacitação, adequado à realidade local, contribuiu de maneira efetiva no sentido de sensibilizar os participantes em relação à importância da vigilância do desenvolvimento e da detecção precoce dos TID, além de demonstrar a possibilidade de aplicação prática do conhecimento adquirido.

Os principais pontos positivos da capacitação citados pelos participantes foram: a qualidade dos conteúdos abordados e o método utilizado. Os relatos a seguir exemplificam estes dados:

O assunto abordado tem uma grande importância no nosso trabalho e era desconhecido.

A capacitação me alertou para a importância da vigilância do desenvolvimento.

Eu não sabia como é importante o desenvolvimento, como ele pode afetar a vida de uma criança.

Foi um despertar para o tema. Depois da capacitação fiquei conhecendo sobre os TID.

Excelente esse tipo de aula, nos faz pensar, refletir sobre o que estamos fazendo.

Gostei muito da estratégia utilizada para nos fazer pensar e propor mudanças práticas para melhorar nosso trabalho.

Parabéns pela escolha do método usado no curso.

Com base nestas falas entendemos que a capacitação atingiu o objetivo de subsidiar o conhecimento do enfermeiro, fornecendo o embasamento científico, e promovendo uma postura reflexiva sobre sua prática podendo contribuir para uma mudança de atitude no sentido de melhorar sua atuação na vigilância do desenvolvimento infantil.

O método utilizado foi fundamental no sentido de possibilitar aos profissionais perceberem-se como sujeitos ativos no processo de aprendizagem.⁽⁹⁷⁾ A pedagogia da problematização permite ao indivíduo refletir sobre a realidade e, com conhecimento sobre os fatores relacionados a ela, poderá optar por transformá-la buscando uma contínua melhoria da assistência prestada.

Apesar da carga horária ter sido avaliada como excelente e ótima, pelos participantes, ela foi apontada como um ponto negativo, sendo encontrada a seguinte justificativa:

Dúvidas surgirão! Assim sugiro ampliar espaços de discussão e aumentar a carga horária, pois o tema é muito interessante e importante.

(...) muito interessante, foi um alerta para conseguir ver algo diferente na criança, e encaminhar para diagnóstico, para dar uma qualidade de vida melhor a ela, mas poderia ter mais encontros.

Recomenda-se, portanto, inserir na educação permanente dos enfermeiros que atuam na atenção primária, cursos relacionados ao tema, pois segundo Inglese,⁽¹⁴⁾ a identificação precoce dos TID e o encaminhamento para serviços especializados só ocorrerá se os enfermeiros da atenção primária entenderem os TID. King *et al*,⁽¹²⁵⁾ complementa que, sem um mecanismo de difusão dos novos conhecimentos em tempo hábil, muitas oportunidades de identificação dos TID serão perdidas.

Já para Sailland,⁽¹³¹⁾ a criança está no centro das inovações em saúde, portanto, a Enfermagem precisa conhecer as tendências diversas que têm guiado a Medicina e Psicologia infantil, bem como a evolução do lugar dado à criança na nossa sociedade.

Outro ponto negativo levantado por alguns membros do curso foi relacionado ao número limitado de participantes:

(...) deveria convocar todas as enfermeiras, esta capacitação deveria ser obrigatória.

(...) que seja expandido para mais profissionais, para terem esta oportunidade que tivemos, pois esta capacitação será de grande importância no nosso trabalho.

É preciso dar esta oportunidade de aprendizado para as outras enfermeiras.

Em relação ao pequeno número de participantes pode-se dizer que teve um lado positivo relacionado a um maior entrosamento entre as participantes, possibilitando a troca de experiências com discussão dos problemas práticos enfrentados no dia a dia das enfermeiras. Por outro lado, a dificuldade encontrada para a adesão dos participantes à capacitação, repercute nos ganhos que a própria instituição teria com o treinamento dos seus enfermeiros além de dificultar a abrangência dos resultados da pesquisa.

A dificuldade em contar com a participação em estudos que envolvam a capacitação de profissionais, principalmente quando ocorre fora do horário de serviço, foi constatada em outras pesquisas e apontam a necessidade de uma parceria com os gestores envolvidos no projeto para que possam atuar nos condicionantes organizacionais que influenciam na implementação da capacitação.⁽¹³²⁻¹³³⁾

Ressalta-se dessa forma a importância do envolvimento dos gestores nos projetos semelhantes a este estudo, para que a pesquisa possa contribuir de maneira rápida e efetiva com a prática, pois a justificativa para que ocorram as mudanças neste contexto é clara: garantir que as crianças recebam uma alta qualidade na assistência a todos os fatores que possam envolver o seu desenvolvimento.⁽¹²⁷⁾

Numa análise geral, pode-se considerar a avaliação feita pelos participantes como positiva, já que enfatizaram a importância do curso, relacionada à aquisição de novos conhecimentos e sensibilização em relação ao tema e ainda, sugeriram estender a capacitação para outros profissionais. Espera-se assim, que os conhecimentos adquiridos se traduzam em ações

manifestando um papel mais pró-ativo do enfermeiro em relação à identificação dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Considera-se, portanto, que novos estudos são necessários para otimizar a implementação de ações que visem à identificação destes transtornos e a garantia de um futuro melhor para estas crianças e suas famílias.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

O presente estudo sugere as seguintes conclusões:

1- A capacitação é eficaz revelando domínio pelos profissionais participantes sobre o conhecimento relacionado à vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento;

2- A capacitação profissional por si só, não é suficiente para alterar a atuação do enfermeiro relacionada à vigilância do desenvolvimento e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, devendo-se considerar a influência da estrutura organizacional no processo de mudança do modelo assistencial;

5- O programa da capacitação implementada demonstra ser adequado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC – Autism Spectrum Disorders (ASDs) – NCBDD. 2011; Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>.
2. Early Child Development Knowledge Network. Early child development: a powerful equalizer. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Lima, GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima AR, Souza O. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev. RENE 2009;10:117-124.
4. Tuchman R, Rapin I. Autismo: Abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed, 2009.
5. APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
6. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID). 10ª ed. São Paulo: Edusp; 1997.

7. Lazoff T, Zhong L, Piperni T, Fombonne E. Prevalence of pervasive developmental disorders among children at the English Montreal School Board. *Can J Psychiatry* 2010;55:715-20.
8. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatrics Research* 2009;65:591-8.
9. Nadel S, Poss JE. Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007;19:408-17.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2009.
11. Braga MR, Ávila LA. Detecção dos Transtornos Invasivos na Criança: Perspectiva das Mães. *Rev Latinoam Enferm* 2004;12:884-8.
12. Ribeiro AM, Silva RRF, Puccini RF. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. *Rev Paul Pediatr* 2010;28:208-14.
13. Regalado M, Halfon N. Primary Care Services Promoting Optimal Child Development From Birth to Age 3 Years. *Arch Pediatrics Adolescent Med* 2001;155:1311-22.

14. Inglese MD. Caring for Children with Autism Spectrum Disorder, Part II: Screening, Diagnosis, and Management. *J Pediatric Nursing* 2009;24:49-59.
15. Sampedro TME. Escalas de evaluación em autismo. *Acta Neurológica Colombiana* 2006;22:106-111.
16. Faras H, Ateeqi NA, Tidmarsh L. Autism spectrum disorders. *Ann Saudi Med* 2010;30:295-300.
17. Barbaro J, Dissanayake C. Prospective identification of autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood using developmental surveillance: the social attention and communication study. *J Dev Behav Pediatr.* 2010;31:376-85.
18. Pinto-Martin J, Souders M, Giarelli E, Levy S. The role of nurses in screening for autistic spectrum disorder in pediatric primary care. *J Pediatric Nursing* 2005;20:163-169.
19. Phetrasuwan S, Miles MS, Mesibov GB. Defining Autism Spectrum Disorders. *J Special Pediatric Nursing* 2009;14:206-9.
20. Dover CJ, Le Couteur A. How to diagnose autism. *Arch Dis Child* 2007; 2:540-45.

21. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Macgraw-Hill; 2009.
22. Asperger H. Die "autistischen Ppsychopathen" in Kindesalter [in German]. *Autistic psychopathy in childhood*. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1944;117:76-136.
23. Kanner L. *Autistic disturbance of affective contact*. *Nervous Child* 1943; 2:217-250.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3ª. ed. Washington, DC: Am Psychiatric Association; 1980.
25. Tantam D, Girgis S. *Recognition and treatment of Asperger Syndrome in the community*. *British Medical Bulletin* 2009;89:41-62.
26. Klin, Ami. *Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral*. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28: s3-11.
27. Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PF, Verheij F. *High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS*. *J Autism Dev Disord* 2007;37:877-866.

28. Homan KJ, Mellon MW, Houlihan D, Katusic MZ. Brief Report: childhood disintegrative disorder: a brief examination of eight case studies. *J Autism Dev Disord* 2011;41:497-504.
29. LaSalle JM, Yasui DH. Evolving role of MeCP2 in Rett syndrome and autism. *Epigenomics* 2009;1:119-30.
30. Klin A, Rosário MC, Mercadante MT. Autismo, síndrome de Asperger e cérebro social. In: Mercadante MT. *Autismo e cérebro social*. São Paulo: Segmento Farma; 2009. p.17-22.
31. Grigorenko EL. Pathogenesis of autism: a patchwork of genetic causes. *Future Neurol.* 2009;4:591-99.
32. Levitt P, Campbell DB. The genetic and neurobiologic compass points toward common signaling dysfunctions in autism spectrum disorders. *J Clin Invest* 2009;119:747–54.
33. Vaccarino FM, Grigorenko EL, Smith KM, Stevens HE. Regulation of cerebral cortical size and neuron number by fibroblast growth factors: implications for autism. *J Autism Dev Disord* 2009;39:511–20.
34. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Genet* 2008;9:341–55.

35. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. Neuroanatomy of autism. *Trends Neurosci* 2008;31:137–45
36. Lintas C, Persico AM. Autistic phenotypes and genetic testing: state-of-the-art for the clinical geneticist. *Journal of Medical Genetics* 2008;46:1-8.
37. Rosenberg RE, Law JK, Yenokyan G, McGready J, Kaufmann WE, Law PA. Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:907-914.
38. Benvenuto A, Manzi B, Alessandrelli R, Galasso C, Curatolo P. Recent advances in the pathogenesis of syndromic autisms. *Int J Pediatr* 2009; 2009: 1-9.
39. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism. Cortex, connectivity, and neuronal organization. *Arch Neurol* 2007; 64: 945-50.
40. Courchesne E, Pierce k, Schumann CM, Redcay E, Buckwalter JA, Kennedy DP, Morgan J. Mapping Early Brain Development in Autism. *Neuron* 2007; 56:399-413.
41. Leboyer, M. Autismo infantil. Fatos e modelos. Campinas (SP): Papyrus; 2005.

42. Parker SK, Schwartz B, Todd J, Pickering LK. Thimerosal-containing vaccines and autistic spectrum disorder: a critical review of published original data. *Pediatrics* 2004;114:793–804.
43. DeStefano F, Bhasin TK, Thompson WW, Yeargin-Allsopp M, Boyle C. Age at first measles-mumps-rubella vaccination in children with autism and school-matched control subjects: a population-based study in metropolitan Atlanta. *Pediatr* 2004;113:259–66.
44. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e Doenças Invasivas do Desenvolvimento. *J Pediatria* 2004;80:S83-94.
45. Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics* 2004;113:e472–86.
46. Schmidt GL, Kimel LK, Winterrowd E, Pennington BF, Hepburn SL, Rojas DC. Impairments in phonological processing and nonverbal intellectual function in parents of children with autism. *J Clin Experim Neuropsychol* 2008; 30:557-67.
47. Lord C, Rutter M, Goode S, Heemsbergen J, Jordan H, Mawhood L, et al. Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord* 1989;19:185-212.

48. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994; 24:659-85.
49. Fisher N, Happé F. A training study of theory of mind and executive function in children with autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2005;35:757-71.
50. Mintz M, Alessandri M, Curatolo P. Abordagens terapêuticas para os transtornos do espectro autista. In Tuchman R, Rapin I. Organizadores. *Autismo: Abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 301-327.
51. Ospina MB, Krebs Seida J, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, et al. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One* 2008;3:e3755
52. Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
53. Alvarez A. *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
54. Tustin F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago; 1984.

55. Meltzer D, organizador. Exploración del Autismo: um estúdio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1979.
56. Canitano R, Scandurra V. Risperidone in the treatment of behavioral disorders associated with autism in children and adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4:723–30.
57. Saloma AC. Tratamentos sem base em evidências. In: Mercadante MT. *Autismo e cérebro social*. São Paulo: Segmento Farma; 2009. p.125-28.
58. Millward C, Ferriter M, Calver SJ, Connell-Jones GG. Gluten- and case in free diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2:CD003498
59. Baxter AJ, Krenzelok EP. Pediatric fatality secondary to EDTA chelation. *Clin Toxicol (Phila)* 2008;46:1083-4.
60. Filipek P, Accardo P, Ashwal S. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: a report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000;55:468-79.
61. American Academy of Pediatrics AAP. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm

- for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006; 118:405–20.
62. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord* 1980;10:91-103.
63. Pereira A, Riesgo RS, Wagner MB. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *J. Pediatr (Rio J)* 2008;84:487-494.
64. Berument SK, Rutter M, Lord C, Pickles A, Bailey A. Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *Br J Psychiatry* 1999;175:444-51.
65. Rutter M, Bailey A, Lord C. SCQ: The Social Communication Questionnaire—Manual, Western Psychological Services, Los Angeles, CA; 2003.
66. Sato FP, Paula CS, Lowenthal R, Nakano EY, Brunoni D, Schwartzman JS et al. Instrumento para rastreamento dos casos de transtorno invasivo do desenvolvimento – estudo preliminar de validação. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;3:30-3.

67. Robins D, Fein D, Barton M, Green J. The Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): An initial investigation in the early detection of autism and Pervasive Developmental Disorders. *J Autism Dev Disord* 2001;31:131-44.
68. Losapio MF, Ponde MP. Tradução para o Português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr RS* 2008;30:221-9.
69. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a mayor revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992;89:91-7.
70. Bayley N. Bayley scales of infant development. San Antonio (TX): Psychological Corporation; 1993.
71. Wong DL. *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1999.
72. Maria-Mengel MRS, Linhares MBM. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(spe): 837-42.

73. Paravidini JLL. A identificação e o diagnóstico precoce de sinais de risco de autismo infantil. [Tese] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
74. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de atenção Básica nº11. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
75. Giarelli E, Wiggins LD, Rice CE, Levy SE, Kirby RS, Pinto-Martin J, et al. Sex Differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disabil Health J.* 2010;3:107-16.
76. Inglese MD, Elder JH. Caring for Children With Autism Spectrum Disorder, Part I: Prevalence, Etiology, and Core Features. *J Pediatric Nursing* 2009;24:41-8.
77. Hall HR, Graft JC. The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2011; 34:4-25.
78. Monteiro CFS, Batista DONM, Moraes EGC, Magalhães TS, Nunes BMVT, Moura MEB. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2008; 61:330-5.

79. Scarpinato N, Bradley J, kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Specialists Pediatric Nursing* 2010;15:244-54.
80. Nelson D, Amplo K. Care of the autistic patient in the perioperative area. *AORN* 2009;89:391-2, 395-7.
81. Aylott J. Improving access to health and social care for people with autism. *Nurs Stand* 2010;24:47-56.
82. Elder JH, D'Alessandro T. Supporting families of children with autism spectrum disorders: questions parents ask and what nurses need to know. *Pediatric Nursing* 2009;35:240-5,253.
83. Igwe MN, Ahanotu AC, Bakare MO, Achor JU, Egwe C. Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment-Health* 2011;5:1.
84. Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Esc Anna Nery* 2010;14:591-8.

85. Wallis KE, Smith SM. School health developmental screening in pediatric primary care: the role of nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2008;13:130-4.
86. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
87. Oliveira VC, Cadette MMM. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *REME* 2007;11:77-80.
88. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993. 2011; <http://site.portalconfen.gov.br/node/4241>.
89. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm* 2009;22:301-6.
90. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública* 2003;19:1691-9.

91. Vieira GO, Vieira TO, Costa COM, Netto PVS, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005; 5:177-84.
92. Nóbrega MFB, Jorge MSB, Valdés MTM, Silva LMS. Formação do enfermeiro para detecção precoce de desvios psicomotores em lactentes – Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. *Acta Sci Health Sci* 2003; 25:183-90.
93. Allen SG, Berry AD, Brewster JA, Chalasani RK, Mack PK. Enhancing developmentally oriented primary care: an Illinois initiative to increase developmental screening in medical homes. *Pediatrics* 2010;126:S160-4.
94. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
95. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
96. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
97. Freire P. Pedagogia do oprimido. 45ªed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.

98. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Manual Para Operacionalização das Ações Educativas no SUS. Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas: Teoria e Prática. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo; 2001.
99. Bordenave J, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 30ªed. Petrópolis: Vozes; 2010.
100. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
101. LOPES MJM, LEAL SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu* 2005;24:105-25.
102. Silvestre PK, Carvalhaes MABL, Venâncio SI, Tonete VLP, Parada CMGL. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2009;17:953-60.
103. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Conhecimento do cuidador de crianças com hidrocefalia. *Rev Bras Enferm* 2010;63:782-5.
104. Martins G, Soler ZASG. Perfil dos cuidadores de crianças com bexiga neurogênica. *Arq Ciênc Saúde* 2008;15:13-6.

105. Gallo AM, Hadley EK, Angst DB, Knafel KA, Smith CAM. Parents' Concerns About Issues Related to Their Children's Genetic Conditions. *JSPN* 2008;13:4-14.
106. Damaceno RJ., Martins PA, Devincenzi MU. Estado nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. *Rev Paul Pediatr* 2009;27:139-147
107. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN. Puericultura. Princípios e Práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. São Paulo: Atheneu; 2000.
108. Andrade KCS, Sonia B, Szarfarc SC. Desenvolvimento neuromotor e dentição de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Brasil, no primeiro ano de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2007; 17:37-44.
109. Thompson ED, Ashwill JW. Uma introdução à enfermagem pediátrica. 6ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
110. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria Básica*. 9ª edição. São Paulo: SAVIER; 2002.

111. LE BOUCH, J. O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos seis anos. Porto Alegre: Artes médicas; 1982.
112. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
113. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDIPI. Washington: OPAS; 2005.
114. Newcombe, N. Desenvolvimento infantil: Abordagem de Mussen, 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
115. Cordazzo STD, Vieira MLA. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estud Pesq Psicol* 2007,7:92-104.
116. Mendes MTBS, Melo JP. Notas sobre o corpo, saúde e ludicidade. *Licere* 2009;12:1-13.
117. Alves RCP, Veríssimo MDLOR. Os educadores de creche e o conflito entre o cuidar e o educar. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2007; 17:13-25.

118. Ramey CT, Ramey SL. Early intervention and early experience. *American Psychologist* 1998; 53:109-20.
119. Secretaria Municipal de São José do Rio Preto. Manual Crescendo com Saúde. São José do Rio Preto (SP); 2007.
120. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:583-595.
121. Ratis CA, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:44-53.
122. Nunes CB, Silva CV, Fonseca AS. Ouvindo mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos. *Acta Paul Enferm* 2003;16:31-40.
123. Mota SMC. Consulta de enfermagem na área materno infantil: estudo descritivo dos procedimentos em Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 1980.

124. Bauer SC, Smith PJ, Chien AT, Berry AD, Msall M. Educating pediatric residents about developmental and social emotional health. *Infantis and Young Children* 2009; 33:309-20.
125. King M, Tandon SD, Macias MM, Healy JA, Duncan PM, Swigonski NL et al. Implementing developmental screening and referrals: lessons learned from a national project. *Pediatrics* 2010;125:350-60.
126. Gura GF, Champagne MT, Blood-Siegfried JE. Autism spectrum disorder screening in primary care. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32:48-51.
127. Pinto-Martin JA, Dunkle M, Earls M, Fliedner D, Landes C. Developmental Stages of Developmental Screening: Steps to Implementation of a Successful Program. *Am J Public Health* 2005; 95:1928-32.
128. Aly Z, Taj F, Ibrahim S. Missed opportunities in surveillance and screening systems to detect developmental delay: A developing country perspective. *Brain Dev* 2010;32:90-7.
129. Earls MF, Hay SS. Setting the Stage for Success: Implementation of Developmental and Behavioral Screening and Surveillance in Primary Care Practice—The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project . *PEDIATRICS* 2006;118:e183-8.

130. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
131. Sailland A. The child at the heart of healthcare innovations. *Soins Pédiatr Pueric* 2010;254:14-6.
132. Brino RF, Williams LCA. Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. *Interação em Psicologia* 2003;7:1-10.
133. Albuquerque PP. A sexualidade como aspecto inclusivo: uma proposta de intervenção para pais e professores de jovens com deficiência mental. [dissertação], São Carlos (SP), UFSCAR; 2007.

7. APÊNDICES

7. APÊNDICES

Apêndice 1

Consentimento Informado (Enfermeiros)

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa chamada “ Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil: Atuação do Enfermeiro”. Esse projeto constitui-se na tese de doutorado de minha autoria, enfermeira, doutoranda Maria Rita Braga, desenvolvida com a orientação do Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila, tendo como objetivo: subsidiar a atuação do enfermeiro, que atua em UBS, na detecção precoce dos transtornos invasivos do desenvolvimento infantil. Sua participação consiste em: responder uma entrevista com a utilização de um formulário estruturado, participar de um sorteio e caso for sorteado(a) participar de um treinamento para detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil e também participar de outra entrevista numa data a ser combinada, antes do término da pesquisa, independente de ter ou não participado do programa de treinamento. Nas entrevistas, será utilizado gravador, para que não haja interrupção das falas.

Declaro que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e desse formulário, certificando de que esses dados são confidenciais e de interesse estritamente científico, não acarretando danos ou despesas aos entrevistados.

Data:

Maria Rita Braga
Coren 51851

Declaro que recebi uma descrição e explicação do estudo. Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência da minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo; o sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados do estudo poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Data:

Assinatura do Enfermeiro(a)

Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador no telefone (17) 32157836 ou (17) 96041865 ou com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416. Fone: (17) 2105700 ramal: 5813.

Apêndice 2

Roteiro de Entrevista - Enfermeiros

Entrevista Pré-Intervenção () Pós-Intervenção () Seguimento () Data:

Nome: UBS:

Idade:

Sexo:

Data da graduação:

Possui especialização:

Tempo de atuação na área:

1. Como você define desenvolvimento infantil?
2. Como deve ser feito o acompanhamento do desenvolvimento infantil?
3. Como é realizado aqui o acompanhamento do desenvolvimento infantil?
(métodos, instrumentos)
4. Quem realiza esse acompanhamento?
5. Você considera importante acompanhar o desenvolvimento infantil?
6. Os pais são orientados a acompanhar o desenvolvimento de seus filhos?
7. Quem faz essa orientação?
8. Você acha importante estimular o desenvolvimento infantil?
9. Como esse estímulo pode ser feito?
10. Os pais são orientados sobre a estimulação do desenvolvimento de seus filhos?
11. O que você conhece sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil?

Apêndice 3

Roteiro de Entrevista – Cuidador

Fase da Pesquisa: Pré-Intervenção () Seguimento ()

Unidade Básica de Saúde:

Data:

NOME:

Fase da Pesquisa:

IDADE:

Pré-intervenção ()

SEXO:

Pós-intervenção ()

IDADE DA CRIANÇA:

1. Você recebeu informações sobre as etapas e o acompanhamento do desenvolvimento infantil?

Sim () Não ()

Quais?

Quem informou?

2. Você recebeu informações sobre estimulação do desenvolvimento infantil?

Sim () Não ()

Quais?

Quem informou?

Apêndice 4

Consentimento Informado (Cuidadores)

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa chamada “ Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil: Atuação do Enfermeiro”. Esse projeto constitui-se na tese de doutorado de minha autoria, enfermeira, doutoranda Maria Rita Braga, desenvolvida com a orientação do Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila, tendo como objetivo: subsidiar a atuação do enfermeiro, que atua em UBS, na detecção precoce dos transtornos invasivos do desenvolvimento infantil. Sua participação consiste em: responder uma entrevista com a utilização de um formulário estruturado. Nas entrevistas, será utilizado gravador, para que não haja interrupção das falas.

Declaro que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e desse formulário, certificando de que esses dados são confidenciais e de interesse estritamente científico, não acarretando danos ou despesas aos entrevistados.

Data:

Maria Rita Braga
Coren 51851

Declaro que recebi uma descrição e explicação do estudo. Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência da minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo; o sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados do estudo poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Data:

Assinatura

Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador no telefone (17) 32157836 ou (17) 96041865 ou com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416. Fone: (17) 2105700 ramal: 5813.

Apêndice 5

Questionário de Avaliação do Curso

Por favor, dê sua opinião sobre a capacitação. Assinale a alternativa que melhor se aplica para cada aspecto do curso mencionado.

1- CONTEÚDO DO CURSO (Qual sua opinião especificamente sobre os assuntos e temas abordados?).

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim

2- CARGA HORÁRIA (A carga horária foi suficiente para transmitir as informações necessárias?).

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim

3- METODOLOGIA UTILIZADA (Qual sua opinião sobre as estratégias utilizadas nas aulas?)

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim

4- APRENDIZADO (Qual sua opinião sobre o seu aprendizado?).

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim

5- AVALIAÇÃO GERAL (De forma geral, como você avalia o curso?).

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim

Por favor, faça críticas, sugestões e comentários, pontos fortes e pontos fracos relacionados à capacitação.

Grata pela sua participação!!!

Apêndice 6

Programa de Capacitação em:

Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do

Desenvolvimento Infantil (TID): Atuação do Enfermeiro.

Título: Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil (TID): Atuação do Enfermeiro.

Objetivo: Capacitar enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde de SJRP para atuar na vigilância do desenvolvimento infantil visando à detecção precoce dos TID.

Conteúdo Programático:

- Desenvolvimento Infantil e fatores relacionados
- Vigilância do Desenvolvimento Infantil
- Estimulação do Desenvolvimento Infantil
- Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
- Atuação do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Estratégias de Ensino:

- Dinâmica de Grupo
- Discussão em Grupo
- Aula Expositiva Dialogada

Recursos Materiais: Multimídia; Textos de Apoio; Flip chart

Público Alvo: Enfermeiras de UBS de SJRP participantes da pesquisa.

Carga Horária total: 15 horas

Período: Manhã – 8h às 12h e Tarde - 14 às 17:30h

Data: 18 e 25 de Julho de 2009

Local: Secretaria de Higiene e Saúde de São José do Rio Preto

Método de Avaliação: Questionários e Debates

Apêndice 7

Etapas da Capacitação segundo o Método do Arco Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil: Atuação do Enfermeiro		
<i>1º Encontro</i>		
<i>Horário</i>	<i>Etapas</i>	<i>Atividades</i>
8h 8:30h	Observação da Realidade	Apresentação do objetivo e etapas do curso Dinâmica de grupo: Música de Apresentação Vigilância do desenvolvimento infantil e detecção precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID)
9:00h	Levantamento dos pontos-chaves	Grupo faz o levantamento das variáveis
9:40h 10:30h 14:00h 16:00h 17:30h	Teorização	Desenvolvimento Infantil (DI) Discussão sobre tema apresentado Critérios diagnósticos e epidemiologia dos TID Intervalo TID - Conceitos Detecção precoce dos TID Instrumentos de Avaliação do DI e TID Discussão sobre os temas apresentados Encerramento
<i>2º Encontro</i>		
8h 8:30h 10:15h 11:45h 14:00h	Teorização (cont.)	Dinâmica de Grupo: Revisão Estimulação do desenvolvimento infantil Fatores determinantes dos TID e desenvolvimento da subjetividade dos portadores de autismo. Discussão sobre os temas apresentados Intervalo Atuação do Enfermeiro na Detecção Precoce dos TID
15:00h	Hipóteses de solução	Discussão em grupo sobre o tema: Atuação do Enfermeiro na Detecção Precoce dos TID
16:15h 17:30h	Aplicação à realidade	<i>Workshop</i> com a participação da Coordenadoria do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde. Encerramento

8. ANEXOS

Anexo 1

Termo de Aprovação do Comitê de Ética



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autoria Estadual - Lei n.º 8888 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/03/74)

Parecer n.º 024/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 0576/2008 sob a responsabilidade de **Maria Rita Braga** com o título "Detecção precoce dos transtornos invasivos do desenvolvimento infantil: atuação do enfermeiro" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 12 de fevereiro de 2008.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP



Anexo 2

Aprovação Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto.



PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE.

A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, neste ato representada pelo senhor **Doutor Arnaldo Almendros Mello**, Secretário, em atendimento à solicitação dos pesquisadores **Maria Rita Braga e Lazslo Antonio Avila**, vinculados à FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, nos termos do Convênio que mantém com a Instituição de Ensino e da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, DECLARA que:

- a) O projeto de pesquisa "Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil: Atuação do Enfermeiro", envolvendo Unidades Básicas da Rede Pública Municipal de Saúde, contém os elementos essenciais à sua autorização;
- b) A proposta inclui termo de compromisso dos pesquisadores aquiescendo às diretrizes da Resolução 196 e do Convênio de Cooperação firmado entre a Secretaria e a Universidade; respeitando as normas e planos de trabalho das Unidades de Saúde envolvidas; garantindo a cessão do relatório de pesquisa e sua apresentação em seminário à equipe técnica da Secretaria; assumindo a publicação dos resultados;
- c) A disponibilização de infraestrutura necessária ao seu desenvolvimento poderá receber contribuição da Secretaria, a critério desta, sempre que não alterar o seu planejamento financeiro e a rotina de trabalho.

Fica autorizada a realização da pesquisa "Detecção Precoce dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil: Atuação do Enfermeiro" nas Unidades da Rede Pública Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, sendo este o parecer.

São José do Rio Preto, 09 de janeiro de 2008.

Dr. Arnaldo Almendros Mello
Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi – CEP 15084-010 / Fone: (17) 3216-9766