

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

LUCIANA COLTRI E SILVA

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE CAPACITAÇÃO
PARA PROFISSIONAIS DE CAPSI NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS COM
TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA**

São Paulo
2016

LUCIANA COLTRI E SILVA

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE CAPACITAÇÃO
PARA PROFISSIONAIS DE CAPSI NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS COM
TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA**

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientador: Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula
Co- Orientador: Maria Cristina T. V. Teixeira

Linha de Pesquisa: Políticas e formas de atendimento em educação, psicologia e saúde: estudo das políticas nacionais relacionadas às pessoas com deficiências, procedimentos especializados e programas de atendimento público e privado.

São Paulo
2016

S586e Silva, Luciana Coltri e.

Elaboração e implantação de um modelo de capacitação para profissionais de CAPSI na assistência a crianças com transtornos do espectro autista – Luciana Coltri e Silva. 2016.

78 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula

Referências bibliográficas: f. 64-68.

LUCIANA COLTRI E SILVA

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE CAPACITAÇÃO
PARA PROFISSIONAIS DE CAPSI NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS COM
TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie como requisito para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento

Orientação: Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula

Co-orientação: Profa. Dra. Maria Cristina T.V. Teixeira

Aprovada em 02 de Fevereiro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Jústina S de Paula

Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Maria Cristina Triguero V. Teixeira

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Edith Lauridsen-Ribeiro

Profa. Dra. Edith Lauridsen-Ribeiro

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Beto, por todo amor, compreensão e apoio mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Aldo e Solange, e à minha irmã Daniella pela torcida ao meu crescimento profissional, não só nesses dois anos, mas em toda minha caminhada.

À minha orientadora, Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula, pela parceria e por confiar em mim. Serei eternamente grata por todo conhecimento que gentilmente dividiu comigo nesses dois anos.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, pelo incentivo e pela parceria, fundamental para que esse trabalho fosse concluído.

Às minhas amigas, Cintia e Renata, maiores incentivadoras para que eu fizesse esse mestrado, por todo apoio e pela parceria de trabalho, que só me faz crescer. Tenho muita sorte de ter vocês sempre por perto.

Ao Prof. José Salomão Schwartzman, por também ter me incentivado a fazer o mestrado e por contribuir para o meu crescimento profissional.

À Profa. Dra. Edith Laurindsen-Ribeiro, por toda a ajuda desde o início do projeto, conversas esclarecedoras e por aceitar fazer parte da banca avaliadora.

Ao Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, por fazer parte da banca avaliadora e ter contribuído significativamente com o trabalho.

Ao Victor Amoroso, que muito me ajudou desde a montagem dos vídeos até o final do projeto.

À todos os profissionais dos CAPSIs que participaram da capacitação proposta, possibilitando que o trabalho fosse realizado e com os quais aprendi muito.

Aos gestores dos CAPSIs participantes e ao Dr. Alberto Alves de Oliveira, coordenador regional de saúde norte, da Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização para que o trabalho fosse realizado.

À todas as crianças com TEA e suas famílias, por serem minha grande inspiração para esse trabalho.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Descentralização e a Participação dos Cidadãos. O principal equipamento de saúde especializado no atendimento em saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSI) foram desenvolvidos para atender especificamente pessoas de até 24 anos de idade. As crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) compõem um dos grupos clínicos que mais usam os serviços dos CAPSI de São Paulo sendo necessário que a equipe responsável pelos atendimentos esteja preparada para atender essa demanda. Sendo assim, o objetivo geral deste projeto foi o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de capacitação direcionado aos profissionais que trabalham com essas crianças nos CAPSI da Zona Norte da cidade de São Paulo. Os participantes do estudo foram 14 profissionais de saúde de quatro CAPSI desta região, que passaram por uma capacitação de seis fases: (1) observação pré-intervenção; (2) encontros com os profissionais para levantamento da demanda; (3) preparação do material; (4) encontros de treinamento; (5) encontro final para discussão de casos e (6) supervisões à distância. Nessas fases foram utilizados três instrumentos: (1) Questionário de conhecimentos, atitudes e práticas (KAP), (2) vídeos acompanhados de questões sobre atuação com crianças com TEA e (3) questionário de satisfação. A capacitação se mostrou factível seguindo os moldes da Educação Permanente. Os resultados do estudo evidenciaram melhora (a) no nível médio de conhecimento dos profissionais dos CAPSIs comparando acertos no cômputo geral dos vídeos após a capacitação em relação à fase pré-intervenção [aumento médio de 3,7 (DP + 2,3), $p <0,01$] e (b) no desempenho dos participantes segundo o questionário KAP, com aumento na pontuação total pós-intervenção ($p=0,020$) e nas sub-escalas de Conhecimento ($p=0,003$) e Atitudes ($p=0,050$) em comparação com as respectivas pontuações pré-intervenção. As principais conclusões do estudo foram que: (1) o modelo de capacitação proposto neste estudo se mostrou factível seguindo os moldes da Educação Permanente; (2) houve um aprimoramento no grau de conhecimento dos profissionais capacitados; (3) obteve-se melhora nas atitudes dos profissionais capacitados (segundo questionário KAP) frente ao trabalho com crianças com TEA; e (4) os participantes avaliaram positivamente a capacitação.

Palavras-chaves: Transtorno do Espectro autista; TEA; Capacitação; CAPSI

ABSTRACT

In Brazil we have a Unified National Health System (SUS), that has the doctrinal principles the Universality, the Integrality, the Equity, the Decentralization and the Citizen Participation. About mental health, were created the Psychosocial Community Care Centers (CAPS) and Psychosocial Community Care Center for Children and Adolescents (CAPSI), for the child and adolescents care, until 24 years old, The children with Autism Spectrum Disorders (ASD) are one of the clinical groups that most use the service of the CAPSI in São Paulo, then it is expected that mental health professionals of SUS are prepared to answer this demand. Thus, the main goal of this study objectives were the development, implementation and evaluation of a training program directed to professionals working with these children in CAPSI the North Zone of São Paulo. The study participants were 14 health professionals from CAPSI located in the north of São Paulo, who have gone through a training with 6 phases: (1) pre-intervention observation; (2) preparation material (3) meetings with professionals to survey the demand; (4) workshops; (5) final meeting to discuss cases and (6) online supervision. In these stages were used 3 instruments: (1) Questionnaire KAP - knowledge, attitudes and practices; (2) vídeos with questions about the expertise on issues with children with ASD and (3) satisfaction questionnaire. The training proved feasible following the mold of Permanent Education and Taking into account specifics of how this type of work institution is. The results of this study showed improvement in the average level of knowledge of the professionals from CAPSI, with hits overall computation of the videos after the training compared to pre -intervention phase (avarage increase: 3,7 [DP + 2,3], p <0,01). It was also identified improved performance of the study participants according to the KAP questionnaire with increase in total score after intervention (p = 0,020) and in the subscales knowledge (p=0,003) and atitudes (p =0,050). The main conclusions of the study are that: (1) the proposed training model for CAPSI professionals for to the assistance of children with ASD is feasible, following the mold of Permanent Education; (2) there was an improvement in the degree of knowledge of professionals, evidenced by evaluation videos except for some themes) and assessment by questionnaire KAP; (3) an improvement in the attitudes of trained professionals and (4) participants assessed the qualification positively.

Key-words: Autism Spectrum Disorders; Training; CAPSI

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	08
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1	Transtorno do Espectro Autista.....	12
2.2	Capacitação de Profissionais da Saúde.....	15
2.3	Educação Permanente.....	19
3.	JUSTIFICATIVA E OBJETIVO.....	22
4.	MÉTODO.....	24
4.1	Desenho do estudo.....	24
4.2	Participantes.....	24
4.3	Considerações éticas.....	24
4.4	Procedimentos.....	25
4.5	Instrumentos de coleta de dados	27
5.	ANÁLISE DE DADOS.....	35
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1	Desafios no trabalho com equipes dos CAPSIs.....	36
6.2	A capacitação.....	37
6.3	Dados relativos à avaliação por vídeos comparando desempenho pré e pós capacitação.....	46
6.4	Análise sobre evidência de validade do questionário KAP.....	52
6.5	Dados relativos à avaliação do KAP comparando desempenho pré e pós capacitação.....	55
6.6	Dados do questionário de satisfação.....	60
6.7	Limitações.....	61
7.	CONCLUSAO.....	63
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
9.	ANEXOS.....	68

1. INTRODUÇÃO

No Brasil contamos com Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento da população em geral, instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pela lei 8.080 de 1990. A lei 8.080 define como objetivos do SUS: “identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas” (BRASIL, 1990; CARVALHO, 2013).

O SUS tem como princípios doutrinários a *Universalidade*, o que significa que todas as pessoas, sem discriminação têm acesso aos serviços ofertados em todos os níveis de atenção; a *Integralidade*, ou seja, a integração das dimensões do processo saúde-doença e a garantia da promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos; a *Equidade*, princípio pelo qual há o reconhecimento das necessidades e especificidades dos indivíduos e da população, sendo necessário o oferecimento de serviços que atendam as diferenças, visando a redução da desigualdade; a *Descentralização*, que estabelece uma redistribuição das responsabilidades quanto aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, sendo maior a responsabilidade do município para promover ações de saúde e, *Participação dos Cidadãos*, que se dá através de entidades representativas, possibilitando que a população participe da formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 1990; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

Segundo o manual denominado “Cartilha do SUS” de 2006, define-se que o primeiro nível de atenção à saúde é a “Atenção Básica à Saúde”, oferecendo à população acesso a especialidades básicas como clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, alegando que essas especialidades atendem 80% das necessidades e problemas de saúdes, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados (BRASIL, 2006). Em 21 de outubro de 2011, entrou em vigor a Portaria Nº 2.488 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e também no coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral às pessoas (BRASIL, 2011a). Entre as ações e políticas da atenção básica, se consolida como prioritária a Estratégia de Saúde da Família-ESF que visa o enfrentamento dos

problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, para que o cuidado dos indivíduos e das famílias se mantenha ao longo do tempo e para que haja integração com instituições e organizações sociais, consolidando um espaço de construção de cidadania. A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento de um total de mil famílias cada, em uma dada área geográfica (BRASIL, 2006; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

No tocante à Saúde Mental foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (os CAPS), apontados como principais dispositivos da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde. Esses centros se constituem como um serviço aberto e comunitário do SUS, com objetivo de acolher pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo serviços de cuidados clínicos e reabilitação psicossocial(BRASIL, 2006; RAMMINGER; BRITO, 2011)

A Portaria MS 336/02, de 2002 que regulamenta os serviços dos CAPS, apresenta a seguinte divisão de modalidades: CAPS I (até 70.000 habitantes); CAPS II (até 200.000 habitantes); CAPS III (acima de 200.000 habitantes); CAPSI II (Infância e adolescência), CAPS ad II (álcool e drogas) e CAPS ad III (álcool e drogas 24 horas) (BRASIL, 2004; RAMMINER; BRITO 2011). Em 2011 foi implantada a Portaria 3.088, que instituiu a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), visando a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno ou sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o manual do CAPS, “Saúde mental no SUS, os Centros de atenção psicossocial”, esclarecendo que os objetivos dos CAPS são: prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado e promover a inserção social do usuário; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica; coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas e manter atualizada a lista de pacientes de sua região que utilizam medicamentos. (BRASIL, 2004).

Os CAPSI se diferenciam dos demais CAPS por serem responsáveis pelo atendimento de usuários de até 24 anos de idade. Nesses equipamentos as crianças e adolescentes recebem tratamento segundo diferentes estratégias e objetivos múltiplos, visando oferecer atenção integral em uma perspectiva intersetorial. As equipes técnicas, compostas no mínimo por médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais,

atuam de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas (BRASIL, 2004; PAULA et al., 2012).

Mais recentemente, em 2011, através da Portaria 3.088, para ampliar a rede de serviços, foi instituída no SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAP) cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, (BRASIL, 2011b).

Visando compreender o processo de trabalho nos CAPSIs, algumas pesquisas descrevem o perfil dos casos atendidos, assim como a disponibilidade de recursos humanos existente nestes equipamentos de saúde. Um estudo de 2008 mostra que 68,2% dos usuários atendidos nos CAPSIs do país, no ano de 2002, eram do sexo masculino e a média da idade atendida foi de 11,1 anos, havendo apenas 3 casos de usuários acima de 21 anos. Quanto ao diagnóstico, 44,5% dos usuários eram do grupo de Transtornos do comportamento e emocionais (F90-F98), 19,8% dos transtornos neuróticos (F40-F49) e 14,2% de transtornos do desenvolvimento (F80 – F89) (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008). Para atualizar os dados identificados em 2002, foi realizado em 2012 um levantamento baseado em documentos do governo e nos principais artigos científicos nacionais, revelando uma escassez de profissionais e serviços no campo da saúde mental em relação à demanda na área, bem como uma distribuição regional desigual dos serviços disponíveis para assistência em saúde mental da infância/adolescência. Além disso, esse estudo revelou que em 2011, o diagnóstico mais frequente entre as crianças e adolescentes que frequentavam os 30 CAPSIs do Estado de São Paulo, era o de Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID-10: F84, F88, F89), computando 28,8% dos assistidos (ELSABBAGH et al., 2012). Um segundo estudo que analisou um CAPSI específico da Zona Sul da cidade de São Paulo também aponta nesse sentido, já que 46,7% dos casos atendidos eram diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento(TOLEDO, 2004).

Com esses dados é possível inferir que atualmente as crianças com TEA compõem um dos grupos clínicos que mais usam os serviços dos CAPSIs do Estado de São Paulo, entre outras razões por tratar-se de um transtorno cujos sintomas geralmente são graves e persistentes e comprometem expressivamente o comportamento adaptativo da criança ou adolescente acometido. Em dezembro de 2011 foi criado um grupo de trabalho, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e Suas Famílias no Sistema Único de Saúde, composto por representantes de

Universidades, da Sociedade Civil, gestores e profissionais do SUS, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (ATSM) do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Esse grupo foi aprovado pelo Ministério da Saúde em 2013, conforme Portaria 4279 e lançou um protocolo com informações detalhadas quanto ao diagnóstico, trabalho, e acompanhamento dos usuários com TEA, que pode ser consultado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, através do link <http://www.saude.ms.gov.br/controle>ShowFile.php?id=125424>. Esse documento inclui ainda uma contextualização sobre a Política Pública de Saúde no Brasil e o processo de criação de uma Rede Territorial de Atenção Psicossocial, o conceito de TEA, a nomenclatura atual, diretrizes e orientações para o cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias do âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Dados epidemiológicos de países desenvolvidos mostram que crianças com TEA chegam a frequentar nove vezes mais os serviços de saúde do que crianças com outras patologias e até três vezes mais que crianças com Deficiência Intelectual (LOWENTHAL et al., 2007; NEWSCHAFFER et al., 2007). Sendo assim é esperado que os profissionais de saúde mental do SUS estejam preparados para atender essa demanda, particularmente nos CAPSIs onde os TEA têm ocupado grande parte das vagas disponíveis.

Neste contexto apresenta-se o seguinte projeto assentado em uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD) da Universidade Presbiteriana Mackenzie: Políticas e Formas de Atendimento: Campos de atuação, Programas, Procedimentos, Recursos e Intervenções Especializadas: estudo das políticas nacionais relacionadas às pessoas com deficiências, procedimentos especializados e programas de atendimento público e privado. O objetivo geral do projeto foi o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de capacitação direcionado a profissionais que trabalham com crianças com TEA nos CAPSIs da Zona Norte da cidade de São Paulo, focado principalmente no manejo de problemas de comportamentos, comunicação e de interação social de crianças/adolescentes com TEA, sendo essa capacitação realizada nos moldes da Educação Permanente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Transtornos do Espectro Autista

Os Transtornos do Espectro Autista - TEA comprometem diferentes áreas do desenvolvimento global do indivíduo, principalmente socialização, comportamento, funções sensoriais e linguagem. De acordo com a 5^a versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Classificação dos Transtornos Mentais, os critérios clínicos para considerar uma pessoa com TEA são sinais e sintomas relacionados com: (a) déficits persistentes na interação e comunicação social em diversos contextos, tais como os indicadores de reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos; e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades com prejuízos no funcionamento adaptativo, tais como: movimentos motores, falas estereotipadas ou repetitivas, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível às rotinas, respostas ritualísticas, interesses restritos e fixos e alterações sensoriais como hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. Além disso, espera-se que: (i) os sintomas estejam presentes desde a infância até os oito anos de idade, os quais podem não se manifestar completamente até as demandas sociais excederem o limite de suas capacidades; (ii) os sintomas causem prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes da vida da pessoa; (iii) esses sintomas não sejam melhores explicados devido à Deficiência Intelectual ou por atraso global do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O termo “espectro” implica que há um número significativo de características e dimensões que podem compor o transtorno com diferenças que se referem principalmente à intensidade com que se manifesta cada sintoma. Os comportamentos atípicos que caracterizam o TEA se manifestam de maneira heterogênea. Podemos encontrar crianças verbais e não verbais; crianças sem nenhum tipo de contato social e outras com relacionamento atípico. Além disto, algumas crianças podem apresentar deficiência intelectual, enquanto outras não (BEJEROT, 2007; LAMPREIA, 2009). Há anormalidades neurobiológicas na maioria dos casos, que nos levam a crer que há relação entre as alterações no Sistema Nervoso Central e os distúrbios comportamentais

que comumente caracterizam os TEA. Porém, essas alterações são variáveis e normalmente encontram-se em parte de um grupo de indivíduos e, além disso, nenhuma das alterações encontradas são identificadas como exclusivas dos TEA, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre essas alterações e o diagnóstico de TEA. O mais provável é que os vários TEA não tenham a mesma alteração neurobiológica de base, ou seja, existem alterações diversas, que comprometem estruturas variadas, que uma vez alteradas resultam comportamentos similares (KLIN, 2007; SCHWARTZMAN; ARAÚJO, 2011).

Há muitos casos de TEA em que são identificados comorbidades, ou seja, associações com outras patologias. Alguns casos podem ser considerados eventuais e podem ocorrer ao acaso, porém há exemplos que por conta da alta frequência com que os quadros aparecem juntos acredita-se na existência de um fator comum entre elas ou que uma facilite o desenvolvimento da outra. Alguns exemplos desse segundo caso são: Deficiência Intelectual, Cromossomopatias, Distúrbios Metabólicos, Doença Celíaca, Síndrome do X-Frágil e Síndrome de Joubert (GOLDSTEIN; NAGLIERI; OZONOFF, 2009; SCHWARTZMAN; ARAÚJO, 2011; WING; POTTER, 2002).

As taxas de prevalência de TEA descritas na literatura são variáveis entre diferentes países, porém estudo recém-publicado estima que o transtorno tenha uma prevalência de aproximadamente 62:10.000. A proporção de meninos afetados é muito maior que de meninas, chegando em alguns estudos a 5,5 meninos para cada menina (ELSABBAGH et al., 2012; FOMBONNE, 2009).

Geneticamente, a herdabilidade do transtorno está caracterizada em aproximadamente 50%, ou seja, os fatores genéticos são responsáveis pela metade do risco de autismo, porém observa-se que não existe um único gene envolvido e que os fatores são múltiplos, o que inclusive dificulta o avanço das pesquisas na área. Há também fatores ambientais que podem estar associados ao risco de autismo, como por exemplo, intercorrências perinatais na forma de infecções, entre outros (KLIN, 2007; SANDIN et al., 2014).

Em geral o diagnóstico de TEA é firmado após os três anos de idade, porém atualmente é possível determinar grupos de riscos para o autismo, o que possibilita uma intervenção precoce, que visa não curar o autismo, uma vez que não tem cura, mas sim reduzir os danos, permitindo um prognóstico mais favorável. Como exemplo de grupo de risco podemos citar os irmãos de autistas, sendo que estudos epidemiológicos

apontam que a incidência de autismo entre irmãos encontra-se entre 3% e 19%, enquanto na população geral é de aproximadamente 1% (ANAGNOSTOU et al., 2014).

Além de conhecer os grupos de risco, hoje em dia é possível identificar sinais mais precocemente em bebês já no primeiro ano de vida, que podem indicar atraso no desenvolvimento. São alguns desses sinais: alteração na interação social, falta do sorriso social, hipotonia, falta de expressão social, não olhar para o outro, não apontar objetos e não atender pelo nome. Já no segundo ano de vida, é possível identificar sinais como ignorar pessoas, preferência pelo isolamento e falta de gestos funcionais. (GUINCHAT et al., 2012; KLEINMAN et al., 2008; SCHWARTZMAN; ARAÚJO, 2011).

Um dos principais indicadores de risco de TEA é o prejuízo na capacidade de Atenção Compartilhada, relação triádica entre o bebê, um interlocutor e um objeto, levando-se em consideração noções de intencionalidade e seu papel na comunicação. Essa habilidade emerge no segundo semestre de vida do bebê e há evidências de que avaliar essa capacidade tem distinguido grupos de crianças com autismo daqueles com outros transtornos do desenvolvimento, o que justifica a sua posição de importância dentre os indicadores precoces de TEA (BOSA, 2002, 2001).

A partir de um diagnóstico ou da identificação de sinais precoces, é possível iniciar a intervenção, que é tida como fator fundamental para a melhora do quadro clínico do autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança (HOWLIN; MAGIATI; CHARMAN, 2009; REICHOW, 2012).

No trabalho com crianças com TEA é fundamental investir em orientação parental. São claras as evidências de que o autismo tem um grande impacto sobre as famílias, verificando-se um nível de estresse maior inclusive do que em outros transtornos, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor-Desafiador (TOD) e Transtornos de Humor, como depressão e ansiedade (HAYES; WATSON, 2013). Além disso, uma vez que as características de TEA são peculiares, seu manejo também o é, sendo necessário orientações adequadas de como lidar com a criança, em relação principalmente à comunicação, aos comportamentos inadequados e às questões sensoriais, como as estereotipias (CHIANG, 2014; ROGERS et al., 2014).

Os padrões repetitivos e as estereotipias são importantes de serem trabalhados devido ao comportamento característico do autismo, que muitas vezes influencia no dia-a-dia das famílias e atrapalham aprendizagem de novos reportórios. São comuns: resistência às mudanças, insistência em determinadas rotinas, apego excessivo a objetos

e fascínio com o movimento de peças (tais como rodas ou hélices). Embora algumas crianças pareçam brincar, elas se preocupam mais em alinhar ou manusear os brinquedos do que em usá-los para sua finalidade simbólica. Estereotipias motoras e verbais, tais como se balançar, bater palmas repetitivamente, andar em círculos ou repetir determinadas palavras, frases ou canções são também manifestações frequentes em autistas (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Outros temas que influenciam bastante o convívio familiar e o cotidiano de crianças e adolescentes com TEA são os comportamentos inadequados e a agressividade, pois exigem técnicas apropriadas de manejo e muitas vezes a dificuldade em alterá-los causa frustração e estresse para todos que lidam com a criança, inclusive os profissionais, além de diminuir as probabilidades de aprendizagem da criança, por se engajar menos nas atividades propostas. Em relação a esses comportamentos, são de fácil reconhecimento aqueles que envolvem heteroagressividade ou autoagressividade, estereotipias e birras, porém os profissionais devem estar atentos também aos comportamentos mais passivos, como não participação em atividades propostas, isolamento e desatenção (LEAF; MCEACHIN, 1999).

A brincadeira da criança com TEA, em geral, se apresenta de forma muito restrita e peculiar e tende a ser mencionada de maneira breve, apenas como mais um dos sintomas do autismo, porém é uma característica muito importante, sendo precursor da comunicação e do desenvolvimento social, devendo ser ensinado a essas crianças novos repertórios de brincadeiras (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004; TAMANAHA et al., 2006).

São muitos os fatores que exigem conhecimento específico no trabalho com TEA e a heterogeneidade do transtorno exige que uma prática profissional diferenciada de outros transtornos da área da saúde mental.

2.2 Capacitação de profissionais da saúde

Uma vez que o diagnóstico de TEA é feito de acordo com a avaliação clínica do paciente, não havendo ainda um marcador biológico que o caracterize, é importante que os profissionais conheçam bem a sintomatologia, o fenótipo e a topografia de

comportamentos mais comuns. Por isso, torna-se tão importante a capacitação dos profissionais que atuam nesse setor.

Um estudo exploratório realizado nos Estados Unidos em 2004 pesquisou o grau de satisfação com a profissão de psicólogos e residentes de medicina, e teve como um dos resultados, que 68% dos profissionais gostaria de maior capacitação sobre questões práticas do ambiente de trabalho bem como sobre como atuar com as diferentes queixas que chegaram ao serviço de saúde mental, entre elas o autismo e 44% solicitava capacitação sobre as bases biológicas do comportamento humano (FAGAN et al., 2007).

Grupos focais realizados com terapeutas de serviços comunitários de saúde mental de San Diego-EUA, tiveram como resultado a associação da frustração dos profissionais em relação aos desafios no cuidado com a população autista à falta de treinamento sobre o tema (BROOKMAN-FRAZEE; DRAHOTA; STADNICK, 2012).

Uma pesquisa com um CAPSI da cidade de Vitória/ES, mostrou que os profissionais não conheciam a dinâmica de funcionamento da instituição, apenas sabiam o que haviam lido para o concurso, uma vez que questões referentes à instituição faziam parte do material de estudo das portarias do Ministério da Saúde sobre a reforma psiquiátrica e tinham pouco conhecimento sobre saúde mental infantil (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Um artigo nacional de revisão bibliográfica sobre formas de melhorar o serviço em saúde mental de crianças e adolescentes no sistema público de saúde, levantou algumas soluções, entre elas a necessidade de capacitação dos profissionais. A maior parte dos cursos de graduação na área de saúde no Brasil, como medicina e psicologia, não são suficientes para preparar esses profissionais para assistir crianças e adolescentes com problemas de saúde mental (PAULA et al., 2012).

Outro artigo de revisão confrontou as necessidades e as ofertas de capacitação dos trabalhadores dos CAPSs disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico e documental, embasada em publicações do Ministério da Saúde e artigos científicos da base de dados SciELO, livros e relatórios de encontros e conferências nacionais e internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS). Concluiu-se que as ações ocorrem em parcerias com instituições de ensino ou

estão a cargo dos governos municipais, que são poucos os programas específicos para a área de saúde mental e que os trabalhadores necessitam de capacitações em maior número para fazer frente à demanda atendida nos CAPS (SILVA; OLIVEIRA; KAMIMURA, 2014) .

Por conta dessa demanda, modelos de capacitação têm sido implementados e testados, principalmente em países desenvolvidos, enquanto algumas experiências nacionais, apesar de incipientes, têm se mostrado promissoras.

Recentemente foi publicada uma das raras iniciativas nessa área realizada na cidade de São Paulo. O estudo piloto foi conduzido no CAPSI Vila Maria, na Zona Norte da cidade e teve como objetivo avaliar a eficácia de uma capacitação em TEA para pediatras e outros médicos da atenção primária. A capacitação consistiu em cinco encontros semanais de três horas cada, sendo que duas horas eram destinadas à palestras e uma hora para discussão de casos. Os temas trabalhados foram Epidemiologia, sintomas, sinais precoces, terapias baseadas em evidências e a estrutura do SUS. Para se verificar a mudança da prática clínica, quatro meses após o final da capacitação foi realizada uma avaliação do número de casos suspeitos encaminhados da atenção primária para os CAPSIs. Os resultados mostraram que 81,8% dos participantes tinham melhorado seu nível de conhecimento em TEA e que houve um aumento do número de pacientes encaminhados com suspeita de TEA para os CAPSIs. Todos os casos encaminhados preenchiam critérios de suspeita de TEA, demonstrando que a prática profissional também foi aprimorada após o curso de capacitação (BORDINI et al., 2015).

Na Inglaterra, foi implantada uma política nacional para que todas as pessoas que atuam em instituições públicas do país assistindo crianças com TEA, inclusive na parte administrativa, recebam treinamento sobre o autismo para melhorar a forma de lidar com essas crianças, principalmente no que se refere à comunicação, rotina e preparação do ambiente em que essas crianças esperam pelo atendimento. Após o treinamento foi concluído que houve mudanças significativas não apenas no conhecimento desses profissionais sobre o autismo, mas também nas atitudes e práticas deles frente ao TEA decorrentes da melhor compreensão sobre as peculiaridades na comunicação com esses pacientes (CLARK et al., 2014) .

Nos EUA, na região rural da Pensilvânia foi realizado um estudo que consistia na capacitação na área de saúde mental. O objetivo do estudo foi treinar profissionais de

uma área geográfica onde o número de profissionais especializados é escasso através de um workshop de 2 dias. Foi aplicado um questionário de conhecimento e outro sobre prática e atitudes antes e depois da capacitação. Verificou-se aumento tanto no conhecimento como nas atitudes e práticas dos profissionais, demonstrando a eficácia da capacitação (BURKA et al., 2014).

Uma possível forma de capacitar profissionais para esse conhecimento é por meio de material audiovisual, que possa ilustrar de forma objetiva as características das crianças com TEA e demonstrar as melhores formas de manejo. Revisões bibliográficas na área da utilização de recursos audiovisuais para treinamento de pais mostram que há muito tempo esse recurso é utilizado e tido como uma das abordagens mais efetivas no tratamento de problemas comportamentais infantis, principalmente nas áreas de comportamento opositor e agressividade (MOURA, 2008)

A linguagem do vídeo é sintética, combinando imagens, sons e fala com pouco texto escrito, e consegue, por essa sobreposição e interligação, apresentar ideias complexas mais enxutas que na forma textual verbal e atingir-nos por todos os sentidos e de todas as maneiras (GOMES, 2001).

Bandura, (1977) já dizia que a aprendizagem se dá por meio da observação de outras pessoas em situações similares a que estamos passando. A possibilidade da utilização do material audiovisual mostra de forma fidedigna situações da realidade, transformando e representando-a em imagens e sons, que permitam apresentar um conjunto de informações para tornar a compreensão do interlocutor efetiva, uma vez que esse material é comprehensivo, analítico e sintético, permitindo uma riqueza de detalhes, e com isso, uma maior descrição do objeto estudado (WOHLGEMUTH, 2005).

Uma grande vantagem do uso de vídeos para aprendizagem é que esse é um recurso comumente motivacional, pois temos uma cultura multimídia, onde o uso de vídeos no dia a dia é comum e uma preferência por grande parte das pessoas, quando comparado aos livros e textos escritos. Porém, ao utilizar esse recurso, não se pode deixar de cuidar da qualidade da produção. (CARR, J.E AND FOX, E.J., 2009).

Como exemplo de sucesso de capacitações com uso de vídeos, vale citar uma pesquisa realizada na Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos. Os pesquisadores testaram um modelo de capacitação onde eram apresentados exemplos em vídeos de crianças pequenas com e sem indicadores de risco de TEA. Eles partiram

do pressuposto que os médicos, pediatras e médicos da família, são os primeiros profissionais que têm contato com as crianças desde muito pequenas e, por isso, precisam ter conhecimento sobre a identificação precoce deste transtorno, para que uma possível intervenção seja iniciada o mais cedo possível. Os participantes foram divididos em dois grupos: experimental e controle. Os resultados mostraram mudanças principalmente na prática e na atitude desses profissionais, que se disseram mais confiantes para realizar identificação e diagnóstico precoce de TEA (ELMENSDORP, 2011).

Nessa mesma linha, diversos estudos já têm demonstrado que a vídeo-modelação é uma ferramenta efetiva para ensinar habilidades e comportamentos novos, e são utilizados não só na capacitação de pais e profissionais, como também para ensinar novas habilidades aos próprios indivíduos com TEA. Na técnica de vídeo modelação são apresentadas vinhetas, de situações específicas que representam as situações em estudo sendo executadas corretamente, como modelo. No geral, este formato faz com que o sujeito, que observa no vídeo a exibição de um modelo engajado, envolva-se por determinado comportamento e, subsequentemente, imitando-o e praticando-o (BATESHE; ESTELLITA-LINS, 2011; CORBETT; ABDULLAH, 2005; MOURA, 2008).

Uma vez que o uso de recursos audiovisuais apresenta vantagens nas intervenções clínicas, deveriam ser mais explorados para otimizar as orientações oferecidas, facilitando as intervenções e reduzindo, inclusive, custos com a obtenção de resultados positivos em menor tempo possível (MOURA, 2008).

2.3 Educação Permanente

A Portaria GM/MS 198, instituída em 13 de fevereiro de 2004, referente à “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” surge como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Essa portaria tem como pressuposto a educação no ambiente de trabalho, na qual ações de aprendizado e de ensino devem ser incorporadas ao cotidiano. Esse método tem como objetivo estimular diálogos, troca de ideias e manter o respeito às diferenças dentro do grupo de profissionais, cabendo ao facilitador, professor ou instrutor, estimular uma

aprendizagem ativa e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento, para produzir mudanças nos processos, nas relações e nas pessoas. O profissional em treinamento deve ser o protagonista da ação, pois é ele quem melhor conhece seu cotidiano e tendo uma participação ativa na construção de conhecimento, a possibilidade de mudanças efetivas aumenta, pelo compromisso do profissional com o objeto e sua transformação. Sendo assim, a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não devem ser definidos somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino e sim dos problemas cotidianos referentes à atenção, à saúde e à organização do trabalho.

Outro intuito dessa política pública é descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica no SUS, visando cumprir uma das metas formuladas pela saúde coletiva no país, que é tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Na Educação Permanente em Saúde, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho, devendo-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM, 2005; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A resolução 009/CES do dia 17 de dezembro de 2003 instituiu o Colegiado Transitório de Educação Permanente para o SUS e na reunião do dia 25 de maio de 2004, este Colegiado decidiu pela criação de um Fórum de Educação Permanente, composto por representantes dos doze polos instituídos da Educação Permanente, da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho Estadual de Educação e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Os objetivos do Fórum são: articular os Polos de Educação Permanente; fomentar a discussão docente assistencial na rede do SUS; articular pesquisas para avaliação do processo de educação permanente; disseminar propostas de educação permanente através de recomendação de experiências exitosas; acompanhar e avaliar a implantação e implementação das políticas de educação permanente no Estado e promover a discussão conceitual sobre a educação permanente no SUS.

A educação permanente propõe uma nova forma de encarar o conhecimento, uma vez que, não basta ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, ou seja, é exigido do profissional autonomia e capacidade de aprender constantemente e de relacionar teoria e prática e vice-versa. Importante considerar a denominação “educação continuada”, que

é a base da Educação Permanente, devendo ser entendida como toda ação de aprendizagem desenvolvida após a graduação, realizada com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações, e atividades de duração, que permitem ao profissional manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A temática de educação permanente em saúde surge de uma nova política para formação de profissionais adotada pelo governo e traz propostas e as experiências já desenvolvidas de longa data por educadores, que ao assumirem lugares de destaque na estrutura do Ministério da Saúde, iniciaram a implementação de políticas com a intenção de viabilizar um projeto de educação que contemplasse a grande estrutura que é o SUS (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

De um lado, do ponto de vista clínico, sabe-se que crianças e adolescentes com TEA apresentam diversas dificuldades relacionadas à comportamento e comunicação. De outro lado, existem estudos recentes mostrando que uma parte expressiva das vagas dos CAPSIs, principal equipamento para assistência a crianças e jovens com transtornos mentais graves e persistentes, atualmente estão sendo destinadas a pessoas com TEA (BRASIL, 2002; PAULA et al., 2012; TOLEDO, 2004). A congruência desses dois fatores (complexidade do quadro clínico e demanda real de atendimentos) justifica a importância da capacitação dos profissionais da saúde trabalhadores dos CAPSIs.

No âmbito da formação profissional, vale destacar a Portaria 1996/GM/MS, instituída em 20 de agosto de 2007 que institui a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor para basear o formato da capacitação proposta nessa pesquisa (BRASIL, 2007).

Além disso, há poucas pesquisas que testem modelos de capacitação em saúde. Uma revisão, que incluiu estudos publicados de 1990 a fevereiro de 2010, sobre os treinamentos em habilidades psicoterápicas para trabalhadores em saúde mental (assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e equipe de apoio), identificou 55 estudos e teve como resultado a constatação de que poucas das metodologias utilizadas eram consistentes (33%) e que recursos pedagógicos como leituras, autoinstrução e oficinas não tiveram desfechos positivos (HERSCHELL et al., 2010).

Considerando os aspectos citados acima, o objetivo geral do presente projeto é o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de capacitação direcionado a profissionais que trabalham com crianças com TEA nos CAPSIs da Zona Norte da cidade de São Paulo, focado principalmente no manejo de problemas de comportamentos, comunicação e de interação social de crianças/adolescentes com TEA.

Os objetivos específicos do estudo são:

- 1) Desenvolver um modelo de capacitação no manejo de problemas de comportamentos, comunicação e de interação social de crianças/adolescentes com TEA, para profissionais de CAPSIs, segundo a demanda dos próprios profissionais;
-

- 2) Verificar se o instrumento de avaliação KAP (conhecimento, atitude e prática) apresenta evidências de validade segundo dados coletados com profissionais de CAPSIs;
 - 3) Oferecer uma capacitação de curta duração a profissionais de saúde de CAPSI nos moldes da Educação Permanente, com temas definidos conjuntamente;
 - 4) Verificar se houve mudanças nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais participantes do treinamento, ao final do mesmo;
 - 5) Avaliar a satisfação dos profissionais participantes do programa de treinamento.
-

4. MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

O desenho do estudo foi o delineamento Quase-Experimental (COZBY, 2003).

4.2 Participantes

O modelo de capacitação foi elaborado visando atingir 50 profissionais, divididos em dois grupos de 25 cada. Assim, foram convidados para participar do estudo, 10 profissionais de cada CAPSI da Zona Norte da cidade de São Paulo, sendo eles: CAPSI Casa Verde/Cachoeirinha; CAPSI Vila Maria; CAPSI Brasilândia/Freguesia do Ó; CAPSI Santana e CAPSI Perus. Entretanto, por diversas razões que serão apresentadas no decorrer da dissertação, a amostra final contou com 14 participantes de 4 CAPSIs.

4.3 Considerações éticas

Primeiramente o projeto foi autorizado pelo Sr. Alberto Alves de Oliveira, coordenador regional de saúde norte, da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo I). Em seguida foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie, sendo depois enviado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde. Somente após a aprovação do segundo Comitê de Ética o programa de capacitação foi iniciado. Com a aceitação do coordenador regional norte da SMS, foi realizado um primeiro encontro para levantamento de demanda, e os profissionais divididos em dois grupos, uma turma de manhã e outra à tarde, para garantir que todos tivessem oportunidade de participar em grupos pequenos mantendo a boa qualidade da capacitação. Somente participaram do estudo, os profissionais que estavam de acordo e assinaram os Termos de Consentimento Livre Esclarecido, no primeiro encontro de capacitação (anexos II e III).

Os profissionais do CAPSI foram convidados a participar do estudo por meio de uma carta-convite, que foi entregue para a coordenação dos CAPSIs e repassadas aos profissionais.

Como mencionado anteriormente, a participação dos sujeitos foi voluntária, sendo que o estudo ofereceu riscos mínimos para os participantes. Os profissionais de saúde que aceitaram participar da capacitação foram informados que em qualquer etapa do

estudo teriam acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Eles sabiam que tinham o direito de retirar a permissão para continuar participando do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo para si ou para sua instituição. Eles foram informados que os dados coletados seriam analisados em conjunto, sendo garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações.

4.4 Procedimentos

O estudo foi composto por seis fases: (1) observação pré-intervenção; (2) encontros com os profissionais para levantamento da demanda; (3) elaboração dos materiais para a capacitação e avaliação; (4) encontros para implantação do treinamento; (5) encontro final para discussão de casos e (6) supervisões à distância.

(1) **Observação pré-intervenção:** Essa fase foi realizada no mês de dezembro de 2014. A pesquisadora realizou uma visita em cada CAPSI participante do estudo, para conhecer a rotina de trabalho dos profissionais e apresentar o projeto aos gestores.

(2) **Encontro para levantamento da demanda:** Esse encontro teve por objetivo conhecer os profissionais envolvidos e entender qual a demanda por capacitação de cada um, buscando definir o escopo da capacitação. Foi um encontro de duas horas com cada uma das turmas (uma pela manhã e outra pela tarde). Para definição dos temas a serem abordados na capacitação, a Pesquisadora apresentou uma relação de temas propostos de acordo com a sua própria formação. Os profissionais puderam escolher os temas da lista proposta ou sugerir novos temas, que foram avaliados pela pesquisadora quanto a possibilidade de atendimento da demanda.

(3) **Elaboração dos materiais para a capacitação e avaliação:** Após o encontro onde foi realizado o levantamento da demanda a pesquisadora preparou aulas expositivas dos temas que foram escolhidos para serem trabalhados e selecionou vídeos para a avaliação e para os encontros (vídeo-modelação). Os vídeos foram selecionados de um material audiovisual com mais de 70 horas de duração. Esse material era proveniente de filmagens de pacientes do consultório particular da pesquisadora, assim como editados a partir de vídeos disponibilizados no *youtube*.

(4) **Encontros para implantação do treinamento:** Estes encontros aconteceram no CAPSI Casa Verde, que gentilmente cedeu o espaço, e foram divididos em dois tipos: o

primeiro encontro e demais encontros. O primeiro encontro de treinamento foi dividido em duas partes: na primeira, os profissionais responderam um questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas (KAP) no campo dos TEA, elaborado no formato de uma escala Likert, assistiram 14 vídeos com situações relacionadas à TEA e responderam questões de múltipla escolha sobre cada um deles sobre manejo de comportamentos e situações de comunicação e interação social. Dados sobre todos os instrumentos serão apresentados abaixo. Na segunda parte, um dos temas definidos conjuntamente com os profissionais em treinamento foi trabalhado de forma teórica. Foram utilizados vídeos com situações-problemas para discussão de caso e com modelos de como intervir em determinadas situações (vídeo-modelação), além de slides para uma exposição do tema e de estratégias. Os demais encontros para implantação do treinamento foram divididos em três partes. Na primeira parte foram discutidos casos trazidos pelos profissionais, referentes ao tema trabalhado no encontro anterior, onde eles tiveram a oportunidade de relatar situações e tirar dúvidas que surgiram na semana. A pesquisadora levou exemplos de situações vividas no consultório para gerar discussões sobre o tema, com propostas de soluções concretas, gerando uma discussão sobre a experiência de terem implementado, na prática, as atividades definidas conjuntamente na semana anterior, acontecendo, desta forma, semanalmente, uma breve supervisão e troca de experiências entre os participantes e a pesquisadora. Nas segundas e terceiras partes dos encontros foram apresentados de forma teórica outros dois temas, conforme combinado no primeiro encontro.

(5) **Encontro final para discussão de casos e avaliação:** O último encontro foi realizado no ambiente de trabalho do profissional, ou seja, em cada uma das quatro unidades de CAPSI. A ideia inicial era que fosse um momento em que os profissionais poderiam tirar dúvidas, compartilhar as experiências e aprimorar o aprendizado em grupos menores ou até individualmente, além de fazerem a avaliação pós-intervenção, porém isso não foi possível e os motivos serão explicados nos resultados.

(6) **Supervisão a distância:** No período entre o 1º encontro (para levantamento da demanda) e o último encontro (para discussão de casos), a pesquisadora ficou à disposição dos profissionais para discussões e dúvidas por e-mail, uma vez que é no dia-a-dia que a aprendizagem ocorre. Neste sentido, os profissionais tiveram acesso direto à pesquisadora, via Skype e e-mail, para esclarecimento de dúvidas, discussão das dificuldades e troca de experiências ou por qualquer outro motivo (como sigilo, por exemplo) que não se encaixasse na capacitação presencial. Os e-mails enviados seriam

respondidos em até 48h e, no caso de situações mais complexas, poderia haver uma discussão via telefone ou Skype, com horário combinado entre a pesquisadora e o profissional. Respeitando o anonimato e com a concordância dos profissionais, esse material seria armazenado, como um registro descritivo dos casos supervisionados, contendo a descrição detalhada do caso e as orientações passadas para os profissionais, para posterior análise, na expectativa de gerar um material escrito que pudesse servir para outros profissionais com experiências semelhantes. Porém não houve procura por parte dos profissionais, fato que será melhor explicado e discutido nos resultados.

4.5 Instrumentos de avaliação

No presente estudo foram aplicados quatro medidas/instrumentos visando cumprir todos os objetivos propostos acima. Cada um deles será descrito abaixo.

(1) Inquérito pelo método KAP, do inglês: knowledge (conhecimento), attitude (atitude) e practice (prática/habilidade) – (Anexo IV): Aplicado no segundo e no último encontro de treinamento, consiste em um questionário elaborado pela pesquisadora, e revisado por uma juíza, com perguntas estruturadas ser devendo ser respondidas por uma escala do tipo Likert com 10 opções, sendo um (1) discordo totalmente (pior contexto) e dez (10) concordo totalmente (melhor situação). Teve como objetivo verificar se ao final do treinamento houve mudanças em relação ao conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais, em relação à etapa pré-treinamento.

O questionário KAP é um instrumento, que teve sua origem na década de 1950 e tem sido utilizado para a coleta de dados sobre o conhecimento, atitudes e práticas em diversos problemas de saúde ou doenças, sobre o que é conhecido, acreditado e feito em relação a um tema específico, ou seja, não mensura apenas o nível de conhecimento, mas também a forma de atuar frente a determinados problemas (LAUNIALA, 2009).

Cada área pode ser definida da seguinte forma:

“• Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do tema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- *Atitude* – É, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.
- *Prática* – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.”
(ALBERTO et al., 2003)

O KAP não é um questionário pronto, ele deve ser elaborado com itens específicos a serem testados para uma dada situação, projeto ou pesquisa. Assim, as perguntas deste estudo foram definidas a partir dos temas definidos no primeiro encontro e a partir de dados da literatura. A seguir um exemplo do perfil das perguntas:

“Eu consigo lidar com comportamento de birra das crianças com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

(2) Questionário de satisfação (Anexo V): Esse instrumento, elaborado pela pesquisadora, foi aplicado no último encontro e teve por objetivo verificar a satisfação dos participantes com o treinamento, e saber o que eles acharam e sentiram dos encontros. As perguntas tiveram os seguintes perfis:

Na sua opinião a qualidade geral do curso foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

Você recomendaria para um colega que trabalha em CAPSI

sim não

(3) Vídeos: foram utilizados para avaliação 27 vídeos, com situações referentes aos temas trabalhados no treinamento (Quadro 1). Os participantes responderam uma questão, de múltipla escolha, sobre cada um deles, no primeiro e no último encontro do treinamento. As questões relativas aos vídeos foram as mesmas nas duas avaliações, mas os filmes com as mesmas temáticas foram diferentes em cada fase, visando verificar mudanças na atuação após a realização do treinamento, e ao mesmo tempo evitando efeito de aprendizagem. Além disso, esses e outros vídeos selecionados foram

usados durante as sessões de capacitação para ilustrar o conteúdo apresentado de forma expositiva e fornecer modelos de atuação (estratégia conhecida como vídeo-modelação).

Os vídeos foram selecionados e recortados a partir de um grande volume de material audiovisual (mais de 70 horas de gravação) gravado com crianças com TEA de outros projetos de pesquisa e de pacientes de clínicas particulares que autorizaram o uso do material para pesquisa. Depois de assistir todos os vídeos, a pesquisadora e um pesquisador auxiliar, selecionaram as partes onde apareciam imagens com conteúdo necessário para montar o programa de capacitação, a saber: estereotipia, ecolalia, auto e heteroagressividade, hiper/hiporreatividade sensorial, atenção compartilhada, comportamentos inadequados, identificação precoce e critérios diagnósticos. Em seguida, os vídeos com suas respectivas perguntas foram revisados por duas juízas, professoras do programa de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Quadro 1 – Descrição dos vídeos utilizados para avaliação nas fases pré e pós-capacitação.

Tema do vídeo	Tarefa na fase Pré-capacitação	Tarefa na fase Pós-capacitação
Estereotipia (manejo)	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta movimentos estereotipados assistindo um desenho musical e mãe tenta promover uma interação social com ela para diminuir os movimentos estereotipados enquanto a criança assiste o desenho.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como promover a interação social com a criança e diminuição dos movimentos estereotipados?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Auardar o vídeo acabar, desligar o computador e então falar com a criança.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança em sessão de terapia, não olha para o estímulo apresentado, pois apresenta movimentos estereotipados com a mão e olha para ela fixamente.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual o manejo correto da terapeuta para diminuir os movimentos estereotipados?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Redirecionar o comportamento oferecendo à criança um estímulo para ela segurar na mão.</p>
Hiper/Hiporreatividade sensorial	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta comportamento de esfregar fortemente o braço, na altura</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta comportamento de colocar a mão na boca</p>

	<p>do cotovelo ininterruptamente, durante sessão de terapia.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Sabendo que essa criança esfregaria o braço até sangrar e que não reclamaria de dor, o que você faria?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Desviaria a atenção desse comportamento, com algo que ele precisasse usar as mãos.</p>	<p>provocando ânsia de vômito, durante sessão de terapia.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Sabendo que essa criança não tiraria a mão da boca por conta própria até que vomitasse, o que você faria?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Desviaria a atenção desse comportamento, com algo que ele precisasse usar as mãos.</p>
Autoagressão	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, que está na cama, no escuro (provavelmente horário de dormir) apresenta comportamentos de autoagressão, batendo a própria cabeça contra a parede, enquanto chora.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O que você faria para que a autoagressão parasse?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Seguraria a criança, protegendo a cabeça, e tentaria desviar a atenção</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança aparece sentada no colo de um adulto, à mesa, com comportamentos de autoagressão, tentando dar cabeçadas nesse adulto e na mesa.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O que você faria para que a autoagressão parasse?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Seguraria a criança, protegendo a cabeça, e tentaria desviar a atenção</p>
Sinais precoces de TEA	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança de aproximadamente 1 ano e meio, está brincando com blocos de montar enquanto a mãe tenta insistente chama-la e ela não atende, nem manifesta qualquer tipo de reação ou tentativa de comunicação com a mãe.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Há algum sinal para identificação precoce do autismo nessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança de aproximadamente 1 ano, está brincando com brinquedo que emite som e luz. Mãe tenta insistente chama-la e ela não atende, nem manifesta qualquer tipo de reação ou tentativa de comunicação com a mãe.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Há algum sinal para identificação precoce do autismo nessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Não compartilha atenção enquanto</p>

	<p>Não compartilha atenção enquanto brinca.</p>	brinca.
Estereotipia (desencadeador)	<p>Conteúdo do vídeo Criança, sentada à mesa aparentemente ociosa, emitindo vários movimentos estereotipados com mãos e com a boca.</p> <p>Questão sobre o vídeo Quais os possíveis fatores associados à estereotipia dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada Estar ocioso, ausência de atividade direcionada</p>	<p>Conteúdo do vídeo Criança, deitada no chão, aparentemente ociosa, apresentando comportamentos estereotipados com mãos e com a boca.</p> <p>Questão sobre o vídeo Quais os possíveis fatores associados à estereotipia dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada Estar ocioso, ausência de atividade direcionada</p>
Hiper-reactividade sensorial auditiva	<p>Conteúdo do vídeo Criança em situação de avaliação tapa os ouvidos quando a avaliadora fala mais alto.</p> <p>Questão sobre o vídeo É possível perceber que essa criança tem hipersensibilidade auditiva. O que os terapeutas podem fazer para diminuir essa sensibilidade?</p> <p>Resposta correta esperada Aplicar técnicas para que a criança se acostume gradativamente com barulhos e passe a antecipa-los e se incomodar menos</p>	<p>Conteúdo do vídeo Criança com os pais em um metrô, tapa os ouvidos aos sons mais altos emitidos quando o trem se aproxima.</p> <p>Questão sobre o vídeo É possível perceber que essa criança tem hipersensibilidade auditiva. O que os terapeutas podem fazer para diminuir essa sensibilidade?</p> <p>Resposta correta esperada Aplicar técnicas para que a criança se acostume gradativamente com barulhos e passe a antecipa-los e se incomodar menos</p>
Ecolalia	<p>Conteúdo do vídeo Criança no consultório de terapia, brincando com a terapeuta com o jogo pula-pirata, apresenta comportamento de ecolalia, repetindo as frases da terapeuta diversas vezes.</p> <p>Questão sobre o vídeo Se você fosse a terapeuta, o que faria</p>	<p>Conteúdo do vídeo Criança está no carro com sua mãe e começa a repetir palavras e a mãe inicia um diálogo a partir da fala da criança.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p>

	<p>em relação à ecolalia apresentada pela criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Daria contexto para a fala da criança, iniciando um diálogo.</p>	<p>Qual atitude da mãe foi correta em relação à ecolalia apresentada pela criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Dar contexto para a fala da criança, iniciando um diálogo</p>
Birra 1	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no consultório de terapia, próximo à porta, emitindo comportamentos de birra, com choros e gritos, querendo sair da sala.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O menino fez birra por não querer ficar na sala de terapia. Chorou por mais de 20 minutos. Durante a birra, ele parou de chorar em alguns momentos, o que a terapeuta poderia ter feito?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Ter dado algum brinquedo interessante ou proposto outra atividade</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no carro com a mãe e irmã e emite comportamentos de birra, como gritar, chorar e chutar o banco da frente por querer algo que não está lá. A mãe tenta acalma-lo conversando.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual das atitudes da mãe foi incorreta no manejo do comportamento de birra?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Falar com ele enquanto ele gritava.</p>
Brincar Funcional	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Menino, de aproximadamente 7 anos, está brincando no chão da sala com carrinhos. Sua brincadeira consistia em analisar os carrinhos e girar as rodas.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como você avalia a brincadeira dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Ela não usa o brinquedo da forma funcional e parece se interessar apenas por partes do brinquedo.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Menino, de aproximadamente 7 anos, está brincando em um pulapula. Sua brincadeira consiste em se apoiar nas bordas e mexer o corpo de forma estereotipada.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como você avalia a brincadeira dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Ela não usa o brinquedo da forma funcional e sim de forma estereotipada.</p>
Sinais Precoces 2	Conteúdo do vídeo	Conteúdo do vídeo

	<p>Bebê, de menos de um ano, está deitado no chão, apresentando movimentos estereotipados com mãos e pés. A mãe o chama várias vezes e ele não olha para ela.</p> <p>Questão sobre o vídeo Marque a alternativa em que há dois sinais de autismo dessa criança</p> <p>Resposta correta esperada Falta de atenção compartilhada e estereotipia</p>	<p>Bebê, de aproximadamente um ano, está sentado num cadeirão de alimentação, brincando com uma colher e uma garrafinha. A mãe o chama diversas vezes, chega a tocá-lo mas ele não olha para ela.</p> <p>Questão sobre o vídeo Marque a alternativa em que há dois sinais de autismo dessa criança</p> <p>Resposta correta esperada Falta de atenção compartilhada e não atender quando chamado.</p>
Birra – autoagressão	<p>Conteúdo do vídeo Garoto, com idade aproximada de 14 anos, aparentemente fez algo errado e tenta se desculpar com o pai. O pai fica repetindo frases para reafirmar que ele fez algo errado. O menino começa a se bater e o pai fica passivo diante o comportamento do menino</p> <p>Questão sobre o vídeo Na cena observa-se que a criança verbaliza indicadores de arrependimento pelo comportamento inadequado e passa a se auto agredir fortemente de maneira gradativa na medida em que o pai fala. Qual das atitudes do pai você considera adequada para o manejo dos comportamentos de autoagressão de crianças em situações semelhantes?</p> <p>Resposta correta esperada Nenhuma das alternativas está correta.</p>	<p>Conteúdo do vídeo Garoto de aproximadamente 6 anos está no shopping com seus pais e não quer ir embora. Apresenta comportamentos de birra, chorando muito, se jogando no chão e batendo em quem tenta conte-lo.</p> <p>Questão sobre o vídeo Essa criança não quer ir embora do shopping, por isso a birra. O que poderia ter sido feito.</p> <p>Resposta correta esperada Poderiam ter sido utilizadas estratégias visuais combinando o que seria feito no shopping e no caminho de casa poderiam realizar atividades prazerosas para a criança</p>

Agressividade	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no carro, indo para escola começa a chorar e gritar que não quer ir. Em determinado momento agride o adulto que está com ele no carro.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Essa criança não quer ir para a escola, preferia ir para o parque e por isso a birra. O que poderia ter sido feito?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>No caminho da escola os pais deveriam realizar atividades prazerosas para a criança, o distraindo até a chegada na escola</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, na sessão de terapia, emite comportamentos de birra com choro e tentativas de bater e morder a terapeuta.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual manejo adequado para essa situação?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Segurar a criança, sem falar com ela. Quando ela se acalmar redirecioná-la para outra atividade.</p>
Estereotipia (evitar)	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança em situação de avaliação apresenta comportamento de estereotipia, colocando a mão na boca. A avaliadora pede para que a criança tire a mão da boca.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual a atitude incorreta da avaliadora?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Pedir para ela tirar a mão da boca.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança no consultório de terapia, apresenta comportamento de estereotipia, colocando a mão na boca. A terapeuta diz: “colocar a mão na boca é feio”.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual a atitude incorreta da terapeuta?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Reforçar ao falar sobre o comportamento estereotipado.</p>

5. ANÁLISE DE DADOS

A análise descritiva dos dados foi realizada no Programa SPSS versão 20.0 e para todos os testes estatísticos foram adotados um nível de significância de 5%. Valores de $p > 0,5$ e $\leq 0,10$ foram considerados marginalmente significantes.

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

As comparações das distribuições de respostas dos vídeos antes e depois da capacitação foram realizadas empregando-se o teste de McNemar.

A consistência interna dos itens da escala KAP foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach. O Alpha de Cronbach é um coeficiente de confiabilidade (ou consistência) que mensura o quanto bem um conjunto de itens mensura um único constructo latente, cujo valor depende do número de itens e da média das correlações entre os itens, não sendo considerado um teste estatístico. Quanto maior o número de itens ou quanto maior for a média das correlações entre os itens, maior será o valor de Alpha de Cronbach, variando de 0 a 1. Entretanto, na realidade não há limite inferior para este coeficiente. Quanto mais próximo de 1, maior será a consistência entre os itens de uma escala (GEORGE; MALLERY, 2003). Segundo George & Mallery (2003), os níveis de correlação podem ser classificados em: 0,9 = Excelente; de 0,8 a 0,9 = Bom; de 0,7 a 0,8 = Aceitável; de 0,5 a 0,7 = Fraco; e abaixo de 0,5 = Inaceitável.

A comparação de médias antes e depois do total de acertos de vídeos, da capacitação dos escores total e das sub-escalas de KAP foram realizadas utilizando-se o teste t de Student para amostras pareadas. O teste t de Student apresenta como um dos pressupostos a normalidade dos dados, a qual foi verificada empregando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

As associações lineares entre as escalas foram avaliadas via correlação de Pearson.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Desafios no trabalho com equipes dos CAPSIs

Os participantes do estudo foram 14 profissionais de saúde, sendo duas fonoaudiólogas, uma técnica em farmácia, uma profissional de apoio, uma terapeuta ocupacional, uma psicopedagoga, quatro auxiliares de enfermagem, três enfermeiras e uma nutricionista, todas trabalhadoras de quatro CAPSIs da Zona Norte da cidade de São Paulo e que atendem crianças e adolescentes com TEA: CAPSI Freguesia do Ó/Brasilândia, CAPSI Santana, CAPSI Casa Verde/Cachoeirinha e CAPSI Perus.

Um dos desafios e ao mesmo tempo ponto forte deste trabalho, foi a oferta da capacitação para uma equipe multiprofissional. A interação entre participantes de diferentes categorias profissionais tem sido considerada importante para otimizar o compartilhamento de diferentes conhecimentos básicos, para a troca de experiências e a diversificação do olhar clínico sobre um mesmo evento, aperfeiçoando as habilidades já existentes de cada profissional e propiciando uma relação de trabalho em equipe multiprofissional, de forma respeitosa e produtiva (REEVES et al., 2008).

Como mencionado anteriormente, houve uma grande diferença entre o número de profissionais convidados para participar do estudo e a amostra final, e esse fato se explica por diversos fatores administrativos dos CAPSIs. Em pouco tempo, desde o convite até a capacitação em si, ocorreram mudanças na gestão de três centros (Perus, Santana e Vila Maria) e muitos dos profissionais que haviam aceitado participar foram demitidos ou transferidos para outras instituições, o que ocasionou parte da perda. Além disso, essas mudanças estruturais levaram a redução do quadro de profissionais de todos os CAPSIs e alguns dos gerentes não puderam liberar o número de profissionais combinado a princípio.

As mudanças estruturais nos equipamentos de saúde costumam ser comuns, e por isso, projetos de capacitação precisam levar isso em consideração. Uma pesquisa realizada com os profissionais de CAPSI do Rio de Janeiro-RJ apontou a necessidade do aumento no tamanho das equipes, enquanto os familiares usuários se queixaram da alta rotatividade no quadro de funcionários e da ausência de algumas especialidades nos

serviços (LIMA et al., 2014), demonstrando que essa é uma queixa não só dos CAPSIs estudados.

Outros aspectos a serem considerados em futuras propostas de capacitação são o volume de trabalho e a alta demanda enfrentada pelos profissionais, que podem dificultar a liberação dos mesmos, como na experiência desta pesquisa. Dados nacionais demonstram que o número de consultas oferecidas em CAPS e CAPSI costuma ser grande em relação ao número de profissionais disponíveis no serviço, ou seja, os profissionais atendem uma grande quantidade de pacientes por dia, e por essa razão a equipe multidisciplinar geralmente se sente sobrecarregada. Dessa forma é compreensível a dificuldade dos gestores na liberação de seus profissionais para capacitações e cursos em geral, pois a falta de um profissional resulta em sobrecarga para toda a equipe colocando a rotina de trabalho em risco, exigindo que a equipe acabe procurando atualizações por conta própria e em horários fora do expediente (FIGUEIRAS et al., 2003; RONCHI; AVELLAR, 2010).

6.2 A capacitação

O quadro 1 sintetiza cada etapa do projeto, com a descrição das atividades e seus objetivos, a duração e os instrumentos utilizados em cada uma delas.

Quadro 2 – Resumo das etapas do projeto e cada medida de avaliação

	Atividade/objetivo	Duração	Instrumentos Utilizados
Observação pré-intervenção	Observação da rotina de cada CAPSI visando melhor compreensão da rotina de trabalho e demanda e conversa com o gestor.	1 hora (em cada CAPSI)	Anotação livre da pesquisadora focada na identificação dos principais problemas de comportamentos, comunicação e de interação social de crianças/adolescentes com TEA de cada CAPSI
Encontro para levantamento de demanda	Levantamento das dificuldades encontradas pelos profissionais no trabalho com crianças com TEA e apresentação do trabalho.	2 horas (cada período: manhã e tarde)	- Gravador - Lista de comportamentos-problemas
Primeiro encontro de treinamento	Preenchimento do questionário KAP (pré-intervenção), pontuação no protocolo estruturado para análise de vídeo e apresentação teórica do primeiro tema escolhido.	2 horas e meia	- Questionário KAP - Vídeos de situações-problemas - Protocolo estruturado para análise de vídeo - Slides em Power Point
2 encontros seguintes	Discussão de casos que envolvam as questões discutidas no encontro anterior e apresentação teórica de um novo tema.	4 horas cada	- Slides em Power Point - Vídeos de situações-problemas
Último encontro	Preenchimento do questionário KAP (pós intervenção), e do questionário de satisfação e pontuação no protocolo estruturado para análise de vídeos.	1 hora e meia nos CAPSI Perus e Casa Verde. 3 horas nos CAPSI Santana e Brasilândia. (2 encontros de 1 hora e meia cada)	- Questionário KAP - Protocolo estruturado para análise de vídeo. - Questionário de satisfação
Supervisão à Distância	Discussão de casos e dúvidas dos profissionais no período entre encontros e após o término da capacitação.	0	

Segue abaixo a descrição de cada um dos encontros.

(1) **Encontro para levantamento da demanda:** Esse encontro foi realizado em 10/04/2015, com duas turmas, uma no período da manhã e outra no período da tarde, com duração de duas horas, com o objetivo principal de fazer um levantamento das maiores dificuldades encontradas por eles em relação ao manejo de comportamento e dificuldades de comunicação e interação social de crianças com TEA. A decisão por focar a capacitação nesses domínios foi feita porque estes, quando não manejados adequadamente, dificultam sobremaneira a assistência a essa população (RONCHI; AVELLAR, 2010). Primeiramente, os profissionais sugeriram alguns temas a serem abordados nas futuras etapas do estudo, com a condição de que estes estivessem dentro do escopo dos problemas de comportamento e dificuldades na comunicação e na interação social. Como a literatura tem destacado alguns pontos específicos, como déficits de interação e comunicação social, reciprocidade socioemocional, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, estereotipias comportamentais, auto e heteroagressividade, agitação, movimentos motores, falas estereotipadas ou repetitivas, adesão inflexível a rotinas, respostas ritualísticas, alterações sensoriais como hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, a pesquisadora levou uma lista com os problemas mais relatados na literatura e a apresentou aos profissionais para que fosse discutido com eles e para que eles escolhessem o que consideravam mais relevantes em sua prática clínica, somado aos temas que eles propuseram. A reunião foi conduzida em um modelo que permitiu que os profissionais dos CAPSIs fossem os protagonistas da ação de mudança, estando ao centro do processo de ensino-aprendizagem, conforme metodologia preconizada pelo campo da Educação Permanente (CECCIM, 2005). Por essa razão, neste dia foi definido que seriam realizados cinco encontros para capacitação além de um encontro final para discussão de casos em cada unidade dos CAPSIs participantes. Esse encontro foi gravado, com gravador de voz para registro.

Na parte da manhã compareceram 16 profissionais, sendo uma técnica em enfermagem, quatro enfermeiras, uma terapeuta ocupacional, uma médica psiquiatra, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, quatro fonoaudiólogas, uma técnica de farmácia e uma profissional de apoio. A maior parte desses profissionais descreveram ter pouca experiência na área dos TEA, em média um ano, sendo que alguns poucos relataram experiência superior a dois anos. Todos se mostraram muito interessados na capacitação.

Na parte da tarde compareceram 19 profissionais, sendo duas técnicas de enfermagem, duas enfermeiras, duas assistentes social, uma nutricionista, quatro psicólogas, duas fonoaudiólogas, uma técnica de farmácia, um auxiliar técnico, formado em artes cênicas e quatro terapeutas ocupacionais. Desses profissionais a maioria relatou ter bastante experiência na área dos TEA, sendo alguns com atuação superior a cinco anos. Também se mostraram bastante interessados no programa de capacitação proposto.

Como resultados dos dois encontros, ficou definido que os temas a serem trabalhados nos cinco encontros seriam: (1) critérios diagnósticos e identificação e intervenção precoce; (2) estereotipias (incluindo ecolalias, ritualização, hipo e hipersensualidade e sexualidade); (3) comportamentos inadequados e hetero e auto agressão; (4) ambiente terapêutico, possibilidades em grupo e (5) brincar funcional e orientação de pais.

(2) Encontros para implantação do treinamento: O primeiro encontro aconteceu no dia 15/08/2015, com uma turma de manhã e outra à tarde. Porém, no espaço de tempo desde o encontro de levantamento de demanda e houve muitas mudanças em alguns CAPSIs, resultando na saída de muitos profissionais do serviço e na mudança de gestores. Além disso, neste dia os profissionais solicitaram a redução do número de encontros, prevendo que seus gestores não iriam libera-los para as cinco datas agendadas. Sendo assim, atendendo a demanda dos profissionais, foi acordado que ao invés de mais quatro encontros com um tema novo cada um, seriam realizados mais dois encontros, de quatro horas, trabalhando-se dois temas por encontro. Esse novo formato, foi posteriormente aprovado e elogiado pelos gestores.

Na parte da manhã compareceram apenas duas profissionais: uma fonoaudióloga do CAPSI Perus e uma enfermeira do CAPSI Brasilândia. Dentre as mudanças acontecidas nos CAPSIs, a unidade Perus teve uma troca de profissionais e gestão, tendo como consequência, problemas com horários e números de profissionais, não sendo mais possível a liberação dos oito profissionais inscritos. Com isso, apenas duas fonoaudiólogas participaram efetivamente da intervenção, uma na turma da manhã e outra na da tarde. Já na parte da tarde, participaram 10 profissionais: cinco do CAPSI Casa Verde/Cachoeirinha, três do CAPSI Brasilândia, um do CAPSI Perus e um CAPSI Santana.

No início deste primeiro encontro foi realizada a avaliação, que consistiu no questionário KAP e nas questões referente aos 14 vídeos. Houve dificuldade de boa parte das participantes na compreensão do questionário KAP, particularmente por se tratar de resposta no formato de escala Likert, enquanto nenhuma dificuldade foi relatada na pontuação dos vídeos.

A parte teórica desse encontro tratou do tema “Diagnóstico e Intervenção Precoce” e correu bem. Houve boa participação das profissionais, com muitas perguntas e comentários. De forma geral, o conhecimento dos profissionais no campo de diagnóstico e intervenção precoce era restrito e muitos relataram que não sabiam e nem tinham ouvido falar de alguns dos assuntos discutidos, todos eles considerados muito importantes no campo dos TEA, como por exemplo, "atenção compartilhada" (BOSA, 2002). Uma das explicações para isso seria a diversidade na formação profissional dos sujeitos do estudo (um padrão comum dos CAPSIs), além da ausência de psicólogos entre os 14 participantes, considerando que estes profissionais costumam ter formação mais especializada em transtornos do desenvolvimento e problemas de saúde mental. Além disso, nem mesmo a formação oferecida em cursos de graduação mais especializados em saúde mental, como Medicina e Psicologia, parecem ser suficientes para o preparo profissional na assistência a crianças e adolescentes com TEA (PAULA et al, 2016 in press)¹. Dessa forma, mesmo que seja um desafio promover capacitações para equipe multiprofissionais de formação e experiências heterogêneas, essas podem ser consideradas muito relevantes, até por representarem a realidade da maioria dos CAPSIs do Brasil. Como preconizado pelas portarias do SUS, a equipe de profissionais dos CAPS deve ser composta por profissionais de nível superior de diferentes especialidades como enfermeiros, médicos e outros profissionais, assim como por profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) (DIAS et al., 2014).

O segundo encontro aconteceu no dia 22/08/2015. Nesse dia participaram um total de 14 profissionais, sendo quatro de manhã e 10 à tarde. Entre os participantes, duas eram novas, ou seja, não tinham comparecido no primeiro encontro. Elas entraram em contato com a pesquisadora por e-mail verificando a possibilidade de participação e ficando combinado que elas chegariam mais cedo que as demais, para responder a avaliação e assim foi feito.

¹ Paula et al. Estudantes de Psicologia concluem a graduação com boa formação em autismo? Revista Psicologia Teoria e Prática. In press 2016

Na primeira parte do encontro foi retomado o assunto da semana anterior, e todos trouxeram novas dúvidas e situações da prática nos CAPSIs nas quais conseguiram identificar aspectos que foram ensinados. A pesquisadora levou alguns vídeos sobre identificação precoce e fez uma pequena revisão do assunto.

Na segunda parte do encontro foi trabalhado de forma teórica o tema “Estereotipias”, incluindo ecolalias, ritualização, hipo, hipersensualidade e sexualidade. Também nesse encontro houve bastante participação dos profissionais. O tema pôde ser bastante explorado, pois existiam muitas informações que eles desconheciam, como por exemplo, os tipos de ecolalia e os possíveis manejos. Ficou claro que até então sua atuação profissional se dava de forma mais “intuitiva” e os profissionais demonstraram interesse em aprender novos modelos de atuação. Já no momento de se trabalhar o tema “sexualidade” houve maior desconforto por parte dos profissionais, que relataram dificuldades em atuar com essa temática, uma vez que no CAPSI se vivenciam situações muito extremas, desde mãe religiosa que não aceita que haja sexualidade até a mãe que masturba o próprio filho para ele se acalmar. Além disso, é necessário levar em consideração questões socioeconômicas, como as de famílias que moram em casas de um único cômodo onde os pais mantêm relações sexuais na frente da criança.

Nesse segundo encontro houve uma terceira parte, onde o tema trabalhado teoricamente foi “Espaço terapêutico e Brincar Funcional”. Sobre ambiente terapêutico, muito foi discutido para encontrar uma proposta adequada e factível para crianças com TEA no âmbito dos CAPSIs, pois este equipamento de saúde dá ênfase ao trabalho em grupo pelos efeitos positivos na socialização, interação interpessoal e criação de laços afetivos entre os pacientes (LIMA et al., 2014), enquanto que a literatura têm preconizado sessões individuais como espaço terapêutico ideal para o maior aprimoramento do brincar funcional para crianças com TEA. Isso porque sabe-se que para uma efetiva aprendizagem de novos repertórios, principalmente acadêmicos, a intervenção precisa ser individualizada e deve acontecer em um ambiente com o mínimo possível de distratores (CAMARGO; RISPOLI, 2013; FERNANDES; AMATO, 2013; VIRUÉS-ORTEGA, 2010). Este assunto era sabidamente um desafio da capacitação, mas surpreendentemente, os profissionais relataram que já havia um novo movimento nos CAPSIs de inserção de sessões individuais para as crianças autistas, pois a atuação clínica tem demonstrado que nem todo autista consegue participar das atividades grupais. Em relação ao “Brincar Funcional” elas tinham pouco

conhecimento sobre como ensinar a brincar, assim como sobre a função de cada brinquedo, por isso ficaram bastante interessados nesse tema.

O terceiro encontro aconteceu no dia 29/08/2015, com o mesmo número de participantes do encontro anterior, 14 profissionais, sendo quatro de manhã e 10 à tarde. Na primeira parte foram retomados os assuntos da semana anterior e os profissionais do CAPSI Brasilândia relataram terem elaborado uma lista de novos brinquedos para a unidade, de acordo com o que aprenderam no encontro anterior. Além disso, alguns profissionais trouxeram experiências vivenciadas durante a semana, relacionadas às orientações sobre sexualidade.

Na segunda parte foi trabalhado o tema "Comportamentos inadequados e agressividade". Segundo relato dos profissionais, eles sabiam bastante sobre os manejos de comportamento e tinham boa noção teórica, porém tinham dificuldade em colocá-los em prática, uma vez que parte dessas estratégias não são aceitas pelos pais por serem diferentes do que eles consideram o ideal de "educar" seus filhos, e dessa forma não há consenso. Além disso, alguns pais levam ao CAPSI demandas que não cabem na prática terapêutica, cobram resultados e estabelecem metas, nem sempre possíveis, segundo os sujeitos do estudo. Um agravante da situação, segundo eles, é que os pais têm fácil acesso à ouvidoria para fazer reclamações, e quando isso acontece eles podem ser punidos, sem uma análise mais aprofundada da situação. Mesmo nessa condição repleta de desafios, as estratégias foram trabalhadas com base em arcabouços teóricos, havendo certo consenso entre os participantes de que um maior conhecimento teórico contribuiria para ampliar seu repertório de argumentação e orientação aos pais, levando a possíveis desfechos mais positivos.

Na terceira parte do encontro foi trabalhado o tema "Orientação de Pais". Cada tema trabalhado anteriormente foi retomado e discutido sobre como orientar os pais e outros cuidadores em relação aos temas abordados durante a intervenção. Foi discutido o quanto orientar pais é mais do que dar uma série de regras e esperar que eles cumpram, é também um processo terapêutico, onde é necessário, muitas vezes acolher essas pessoas, compreender as suas dificuldades para se estabelecer uma estratégia de orientação, que pode ser diferente para cada situação (FRANCO MAYER; DOBRIANSKYJ WEBER; TUCUNDUVA TON, 2014). Sobre esse tema os participantes retomaram a dificuldade em lidar com as demandas que alguns pais trazem e que não são da alçada dos CAPSIs, assim como o contrário, ou seja, em abordar temas

considerados problemáticos por influenciarem negativamente a evolução global da criança, mas que não são uma demanda das famílias.

Nesse dia foi reforçado que o encontro para avaliação pós-intervenção seria feito em cada CAPSI separadamente, visando proporcionar uma supervisão mais individualizada, incluindo a discussão de algum caso específico selecionado pela equipe. A pesquisadora combinou que enviaria um e-mail para cada unidade marcando a data.

(3) Encontro final para discussão de casos e avaliação: O último encontro foi realizado no ambiente de trabalho do profissional, ou seja, em cada uma das quatro unidades de CAPSI. Os quatro encontros foram mais difíceis de agendar que os anteriores, por excesso de trabalho dos profissionais, uma vez que os mesmos não tinham reservado um horário específico para a capacitação, já que seria combinado de acordo com as possibilidades de cada centro. Em alguns CAPSIs, mesmo com agendamento prévio, parte dos profissionais estava ausente devido a atendimentos de emergência prestados fora da unidade, tendo sido necessário remarcar o encontro.

Como mencionado acima, a ideia inicial deste encontro era proporcionar um momento diferente, onde os profissionais poderiam tirar dúvidas, compartilhar experiências e aprimorar o aprendizado em grupos menores ou até individualmente, porém não foi possível manter o planejado. A pesquisadora enviou e-mail para os gestores e marcou uma data em cada CAPSI, porém os profissionais tinham pouco tempo disponível e o último encontro acabou sendo uma rápida conversa, além da aplicação dos questionários pós-capacitação.

Próximas capacitações devem levar em consideração essa dificuldade e deixar agendado anteriormente todos os encontros. Além disso, parece ser necessário avaliar com o grupo a necessidade de realizar o encontro em cada unidade ou se seria mais conveniente um encontro de reavaliação reunindo todos os profissionais. Nesse último encontro os profissionais preencheram novamente o questionário KAP e assistiram mais 13 vídeos com situações relacionadas à TEA, diferentes dos vídeos do primeiro encontro, mas com a mesma temática e responderam questões de múltipla escolha sobre estes vídeos nos temas abordados na intervenção (manejo de comportamentos, situações de comunicação e interação social). Além disso, os profissionais responderam a um questionário de satisfação em relação ao treinamento.

(4) **Supervisão a distância:** Durante todo o período da capacitação, nenhum profissional utilizou esse recurso. A literatura tem indicado a Educação à distância, incluindo supervisão, como um importante recurso de aprendizagem para adultos, otimizando o processo de ensino aprendizagem e diminuindo as desigualdades de oportunidades (VIANNA, 2009). Portanto, nos surpreendemos com a não adesão a esse recurso. Por outro lado, essa experiência foi semelhante à outra de pesquisa para capacitação em saúde mental na infância/adolescência, incluindo TEA, para profissionais da Atenção Básica da Zona Oeste da cidade de São Paulo (LOWENTHAL, 2014).

Alguns autores defendem que para que recursos como esse sejam utilizados é necessário estabelecer obrigatoriedade do uso, devendo ser estabelecida uma participação mínima (GONÇALVES, 2006; SANT; VOSGERAU, 2006). Porém, a imposição de alguma obrigatoriedade não faria sentido frente à teoria da Educação Permanente, que permeou toda a capacitação.

De forma geral, é possível notar que a implantação da capacitação na rotina dos CAPSIs tem diversos desafios que acabaram por gerar limitações ao estudo. O relato dos profissionais participantes perpassava constantemente pela exaustão e desmotivação relacionada à falta de recursos associada ao excesso de demanda. A falta de perspectiva quanto ao ambiente de trabalho, as vezes contaminava os encontros da capacitação, sendo um obstáculo levar a cabo todo o conteúdo inicialmente proposto. A estrutura sobrecarregada dos CAPSIs impediu algumas das atividades planejadas inicialmente, como aquela proposta para o último encontro que deveria ser um momento de conversa e supervisão, e que não pôde acontecer pela limitação de tempo dos profissionais.

Outra limitação estrutural relatada pelos participantes é a sensação de falta de autonomia para gerenciar sua prática profissional no contexto dos CAPSIs. Um dos temas centrais na assistência dos TEA é o manejo das birras e agressividade (LEAF; MCEACHIN, 1999), tendo sido, portanto, um dos temas eleitos pelos sujeitos da pesquisa para essa capacitação. Todavia, no momento da discussão de estratégias para o dia-a-dia, os profissionais referiram a quase impossibilidade de atuação efetiva pelo temor de uma represália. Finalmente, a realidade social mais ampliada se impôs em alguns momentos da capacitação, suplantando os aspectos técnicos da capacitação, particularmente em relação ao tema mais controverso que foi a sexualidade das crianças

e jovens com TEA. Segundo os profissionais, esse assunto ainda é um tabu para alguns pais, que não aceitam que o tema seja trabalhado, enquanto outros pais têm posturas controversas sobre o assunto e não aceitam orientação. Pesquisas futuras envolvendo capacitação em CAPSI devem levar em conta essa realidade vivenciada.

Em relação à supervisão a distância, os profissionais inicialmente se mostraram interessados e relataram que iriam usar esse recurso como um canal válido de comunicação com a pesquisadora, porém na prática isso não se efetivou. Nossa principal hipótese para esse desfecho é que o uso de tecnologias não é habitual como forma de comunicação dos profissionais de CAPSI, talvez pela impossibilidade de acesso livre à internet ou pela indisponibilidade de tempo, frente a grande demanda de serviço. A dificuldade com internet não aconteceu somente durante a supervisão à distância, mas também na comunicação por e-mail com os gestores. Em muitas ocasiões houve demora superior a dois dias para resposta ou a necessidade de reenvio do e-mail ou ainda de telefonar para obter o retorno. Essa dificuldade da comunicação por e-mail também foi encontrada em outra pesquisa de capacitação em saúde mental com profissionais da Atenção Básica da cidade de São Paulo (LOWENTHAL, 2014)

6.3 Dados relativos à avaliação por vídeos comparando desempenho pré e pós capacitação

Seguem abaixo os resultados referentes à comparação da avaliação por vídeos realizadas antes e após a capacitação.

Tabela 1 – Medidas-resumo do total de acertos de vídeos por momento de avaliação (N=14)

	Média	Desvio Padrão	p
Video (total de acertos)			<0,001*
Pós	9,6	1,8	
Pré	5,9	1,8	
Diferença: Pós -Pré	3,7	2,3	

*Teste t de Student para amostras pareadas

De forma geral, verificou-se um aumento médio de acertos no computo geral dos vídeos por parte dos participantes após a capacitação em relação à fase pré-intervenção, com aumento médio de 3,7 ($DP \pm 2,3$) (tabela 1).

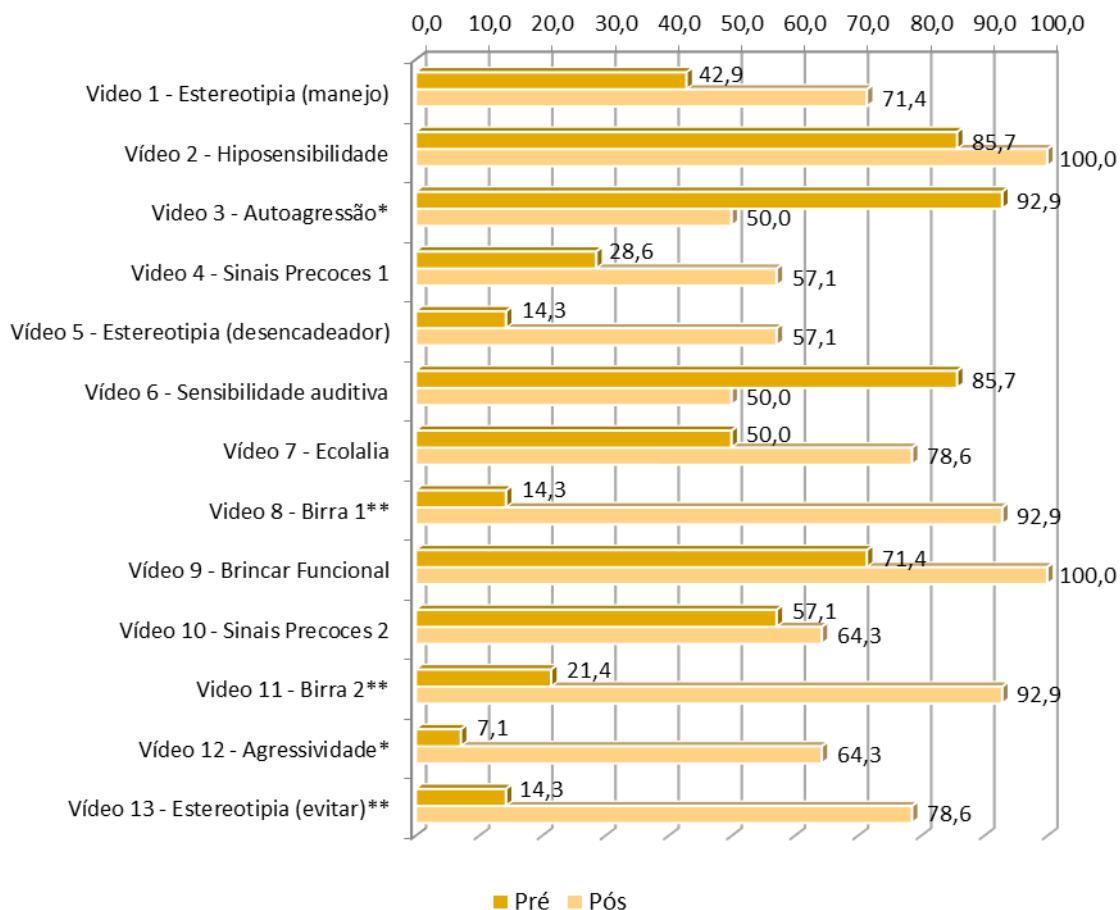
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais por questões certas e erradas antes e após a capacitação via vídeos (N=14)

Vídeo	Pré		Pós		P
	N	%	N	%	
Vídeo 1 - Estereotipia (manejo)	14	100,0	14	100,0	0,289
Certo	6	42,9	10	71,4	
Errado	8	57,1	4	28,6	
Vídeo 2 – Hiposensibilidade	14	100,0	14	100,0	-
Certo	12	85,7	14	100,0	
Errado	2	14,3	0	0,0	
Vídeo 3 – Autoagressão	14	100,0	14	100,0	0,031
Certo	13	92,9	7	50,0	
Errado	1	7,1	7	50,0	
Vídeo 4 - Sinais Precoces 1	14	100,0	14	100,0	0,388
Certo	4	28,6	8	57,1	
Errado	10	71,4	6	42,9	
Vídeo 5 - Estereotipia (desencadeador)	14	100,0	14	100,0	0,070
Certo	2	14,3	8	57,1	
Errado	12	85,7	6	42,9	
Vídeo 6 - Sensibilidade auditiva	14	100,0	14	100,0	0,180
Certo	12	85,7	7	50,0	
Errado	2	14,3	7	50,0	
Vídeo 7 – Ecolalia	14	100,0	14	100,0	0,219
Certo	7	50,0	11	78,6	
Errado	7	50,0	3	21,4	
Vídeo 8 - Birra 1	14	100,0	14	100,0	0,003
Certo	2	14,3	13	92,9	
Errado	12	85,7	1	7,1	
Vídeo 9 - Brincar Funcional	14	100,0	14	100,0	-
Certo	10	71,4	14,0	100,0	
Errado	4	28,6	0	0,0	
Vídeo 10 - Sinais Precoces 2	14	100,0	14	100,0	1,000
Certo	8	57,1	9	64,3	
Errado	6	42,9	5	35,7	
Vídeo 11 - Birra 2	14	100,0	14	100,0	0,002
Certo	3	21,4	13	92,9	
Errado	11	78,6	1	7,1	
Vídeo 12 – Agressividade	14	100,0	14	100,0	0,021
Certo	1	7,1	9	64,3	
Errado	13	92,9	5	35,7	
Vídeo 13 - Estereotipia (evitar)	14	100,0	14	100,0	0,004
Certo	2	14,3	11	78,6	

Errado 12 85,7 3 21,4

p - Nível descritivo do teste de McNemar (-) Não foi possível obter a estatística do teste pelo fato de não haver erros no momento pos-capacitação.

Gráfico 1 – Comparação do percentual de acertos nas fases pré e pós capacitação da avaliação por vídeos.



*p<0,05. **p<0,01.

De acordo com a tabela 2 e o gráfico 1, verificaram-se aumentos nas porcentagens de acertos em 11 dos 13 vídeos analisados. Porém essas mudanças só foram estatisticamente significantes em quatro destes 13 vídeos: dois vídeos sobre birra (vídeo 8 - birra 1, $p=0,003$; Vídeo 11 - birra 2, $p=0,002$), o vídeo sobre agressividade (vídeo 12, $p=0,021$) e um dos dois vídeos sobre estereotipia (Vídeo 13, $p=0,004$). Uma melhora média na pontuação do 2º vídeo sobre estereotipia foi observada, mas o nível de significância ficou em nível marginal (vídeo 5, $p=0,07$). Além disso, apesar de não ter sido possível realizar o teste de McNemar, nota-se que os níveis de acerto após a capacitação passaram a ser 100,0% em outros dois vídeos: número 2, sobre hiposensibilidade e número 9, sobre brincar funcional. Surpreendentemente, houve uma redução no número de acertos estatisticamente significante em relação ao tema de

autoagressão (vídeo 3: 92,3% para 50,0%, p=0,031) e não significante em relação ao tema sensibilidade auditiva (vídeo 6: p=0,180).

Os resultados da avaliação por vídeo indicam, de forma geral, um aumento no conhecimento dos profissionais sobre a maior parte dos temas trabalhados. Esses resultados corroboram com achados na literatura nacional e internacional, que descrevem que capacitar profissionais da saúde mental aumenta o conhecimento na área (BORDINI et al., 2015; CLARK et al., 2014; LOWENTHAL, 2014).

Espera-se que com aumento do conhecimento na área de TEA, essas crianças possam ter cuidados mais voltados às suas necessidades. Os profissionais não chegam ao CAPSI necessariamente com conhecimento na área que irão atuar, já que seu ingresso se dá na maior parte das vezes por meio de concurso público, onde não são cobrados conhecimentos especializados em determinado transtorno, tampouco experiência clínica no seu tratamento. Além disso, a presença de psiquiatras (é exigida a presença de um médico que pode ser psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental) e de psicólogos é facultativa (é exigida a presença de profissionais de saúde não médicos, que podem ou não ser psicólogos) (BRASIL, 2002), sendo que esses dois profissionais são os únicos que obrigatoriamente tem formação em saúde mental. Acredita-se que essa baixa incorporação de especialistas e mesmo a pouca quantidade de recursos humanos para lidar com pacientes graves seja uma ameaça à sustentabilidade do modelo proposto, uma vez que essas carências acarretam em consequências como: superlotação dos serviços, sentimento de sobrecarga por parte dos trabalhadores advindo do contato cotidiano com o sofrimento e isolamento dos serviços em si mesmos (DELFINI; REIS, 2012; RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). Segundo gestores de cinco CAPSIs, a escassez de recursos humanos e de serviços, a rigidez nas agendas e a cobrança por produtividade costumam atrapalhar ou até inviabilizar discussões de casos, intervenções conjuntas e participação em cursos de capacitação (DELFINI; REIS, 2012).

Paralelamente, uma pesquisa realizada em quatro universidades particulares e uma pública da cidade de São Paulo apontou que mesmo os estudantes de Psicologia, portanto com formação em saúde mental, não saem da graduação sentindo-se preparados para o trabalho com TEA. Dos 85 participantes da pesquisa, a maioria avaliou seu conhecimento em TEA como insuficiente, 27,1% afirmaram ter um

conhecimento regular e apenas 5,9% consideraram seu nível de conhecimento bom (PAULA; TEIXEIRA; FILHO, 2016).

Sabe-se que o problema da formação assistência qualificada é uma dificuldade identificada em praticamente todos os lugares do mundo. Em 2001, a Organização Mundial da Saúde lançou o Relatório Mundial da Saúde com foco na saúde mental e sugeriu a capacitação de profissionais como solução para melhoria dos serviços em saúde mental, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Neste sentido, para o Brasil, parece apropriada a estratégia de capacitação no modelo da Educação Permanente para os profissionais que iniciam sua atuação nos CAPSIs. Fica mais evidente a necessidade de formação quando os profissionais relatam que no dia a dia do trabalho, eles não executam apenas atividades inerentes à sua profissão, ou seja, precisam de mais conhecimento do que o adquirido na formação, já que todos os profissionais, das diferentes áreas multidisciplinares, exercem atividades como acolhimento dos pacientes, coordenação de grupos terapêuticos e de orientação de pais.

Especificamente em relação aos dois vídeos onde houve diminuição da média de acertos após a capacitação (autoagressão e sensibilidade auditiva), algumas hipóteses precisam ser levantadas. O tema autoagressividade foi considerado um dos mais difíceis e que gerou debates mais complexos durante a capacitação. Isso se deu principalmente pelo fato dos participantes mencionarem que apesar de conhecerem estratégias de manejo para lidar com crianças que apresentam autoagressividade, não conseguem aplicá-las no dia a dia dos CAPSIs. Portanto, o treino na identificação de comportamentos autoagressivos e seu manejo podem não ter feito sentido para os participantes. Outra possibilidade seria a inadequação na escolha do vídeo, onde o comportamento de autoagressão apresentado, assim como o manejo descrito no vídeo, pode ter sido considerado não ilustrativo ou pouco claro para os profissionais participantes do estudo. Independentemente dos reais motivos deste resultado negativo, este vídeo deveria ser substituído em uma nova proposta de capacitação sobre TEA, assim como o conteúdo/forma do treinamento específico sobre este tema precisa ser reestruturado.

Em relação à sensibilidade auditiva, o vídeo da pré-capacitação explicitava uma situação no consultório de uma terapeuta, enquanto o vídeo pós-capacitação mostrava uma situação em ambiente natural. Esse foi o único vídeo em que houve diferença marcante no local de demonstração, entre as duas fases da pesquisa. Essa diferença

pode ter gerado maior dificuldade em pensar no manejo adequado a que se referia a pergunta. Portanto, em futuras propostas de capacitação sobre TEA, os vídeos relativos à sensibilidade auditiva devem apresentar este comportamento em situações idênticas, ou seja, ou no consultório ou em ambiente natural, preferencialmente no ambiente terapêutico, onde o manejo pode ser visto de forma mais clara e detalhada.

6.4 Análise sobre evidência de validade do questionário KAP

A consistência interna dos itens da escala KAP foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach (tabelas 4 e 5).

Tabela 4 - Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para KAP total e sub-escalas antes da capacitação

	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Total (Alpha de Cronbach Global=0,918)		
KAP1	0,426	0,917
KAP2	0,796	0,911
KAP3 (invertido)	0,643	0,913
KAP4	0,704	0,913
KAP5	0,582	0,915
KAP6	-0,752	0,932
KAP7	0,013	0,922
KAP8	0,447	0,917
KAP9	0,627	0,914
KAP10 (invertido)	0,138	0,921
KAP11 (invertido)	0,163	0,924
KAP12 (invertido)	0,070	0,926
KAP13	0,583	0,915
KAP14	0,926	0,908
KAP15	0,852	0,908
KAP16	0,182	0,921
KAP17	0,867	0,911
KAP18	0,803	0,910
KAP19	0,890	0,909
KAP20	0,843	0,909
KAP21	0,712	0,912
KAP22	0,776	0,911
KAP23	0,921	0,908
KAP24 (invertido)	0,885	0,909
Conhecimento (Alpha de Cronbach Global=0,765)		
KAP5	0,382	0,754
KAP7	0,089	0,781
KAP9	0,634	0,708
KAP10 (invertido)	0,231	0,769

KAP11 (invertido)	0,266	0,777
KAP14	0,784	0,694
KAP15	0,875	0,663
KAP16	-0,129	0,811
KAP24 (invertido)	0,930	0,669

Atitude (Alpha de Cronbach

Global=0,633)

KAP1	0,820	0,461
KAP2	0,827	0,460
KAP6	-0,675	0,798
KAP8	0,477	0,555
KAP12 (invertido)	0,234	0,650
KAP19	0,677	0,484
KAP21	0,372	0,588

Prática (Alpha de Cronbach

Global=0,922)

KAP3 (invertido)	0,704	0,917
KAP4	0,584	0,923
KAP13	0,546	0,926
KAP17	0,820	0,909
KAP18	0,752	0,912
KAP20	0,840	0,904
KAP22	0,828	0,905
KAP23	0,935	0,896

N=12 para KAP Total e Conhecimentos e N=13 para KAP - Atitude e Prática

No questionário pré-capacitação observou-se uma excelente consistência interna para o KAP total e a sub-escala Prática com valores acima de 0,90. Já para a sub-escala conhecimento e atitude, notam-se consistências aceitável e fraca, respectivamente: 0,765 e 0,633. Verifica-se no KAP total que a exclusão individual dos itens KAP6, KAP7 KAP10 (invertido), KAP11 (invertido), KAP12 (invertido) e KAP16 acarreta um leve aumento na consistência interna. Corroborando este resultado, pode se observar que as correlações item – total desses itens apresentaram valores inferiores a 0,4, indicando baixas correlações entre cada um desses itens e o escore formado com todos os demais itens da escala, excluindo a participação do item em questão. No KAP6, observa-se uma correlação negativa, apontando padrão oposto deste item com relação aos demais da escala (tabela 4).

Ainda na tabela 4, notam-se na sub-escala Conhecimento baixas correlações item – total para KAP5, KAP7, KAP10 (invertido), KAP11 (invertido) e KAP16, e especificamente para este último item, observa-se que a sua exclusão acarreta um aumento do valor de Alpha de Cronbach de 0,765 para 0,811 (passando de aceitável para bom). Para a sub-escala Atitude, notam-se baixas correlações item – total para

KA12 (invertido) e KAP21. Já a exclusão do KAP6, acarreta um aumento do valor de Alpha de Cronbach de 0,633 para 0,798 (passando de fraco para aceitável). Finalmente na na sub-escala Prática, observam-se que as correlações item – total apresentaram valores acima de 0,4, indicando correlações aceitáveis entre cada item e o escore formado com todos os demais itens da sub-escala, excluindo a participação do item em questão. Além disso, verifica-se que todos os itens contribuem, de uma forma geral, favoravelmente para a consistência interna da sub-escala.

Tabela 5 - Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para KAP total e sub-escalas após a capacitação

	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Total (Alpha de Cronbach Global=0,916)		
KAP1	0,790	0,909
KAP2	0,798	0,909
KAP3 (invertido)	-0,372	0,931
KAP4	0,698	0,910
KAP5	0,485	0,914
KAP6	0,785	0,908
KAP7	0,630	0,912
KAP8	0,413	0,916
KAP9	0,454	0,914
KAP10 (invertido)	0,197	0,919
KAP11 (invertido)	0,209	0,920
KAP12 (invertido)	-0,031	0,927
KAP13	0,622	0,911
KAP14	0,788	0,908
KAP15	0,502	0,913
KAP16	0,690	0,910
KAP17	0,833	0,909
KAP18	0,795	0,907
KAP19	0,880	0,907
KAP20	0,806	0,906
KAP21	0,880	0,905
KAP22	0,597	0,912
KAP23	0,655	0,912
KAP24 (invertido)	0,632	0,911
Conhecimento (Alpha de Cronbach Global=0,772)		
KAP5	0,544	0,740
KAP7	0,659	0,731
KAP9	0,139	0,790
KAP10 (invertido)	0,367	0,763
KAP11 (invertido)	0,307	0,781
KAP14	0,882	0,676
KAP15	0,565	0,736
KAP16	0,710	0,714

KAP24 (invertido)	0,198	0,798
Atitude (Alpha de Cronbach Global=0,807)		
KAP1	0,701	0,763
KAP2	0,688	0,768
KAP6	0,683	0,760
KAP8	0,515	0,790
KAP12 (invertido)	0,072	0,886
KAP19	0,865	0,730
KAP21	0,674	0,756
Prática (Alpha de Cronbach Global=0,755)		
KAP3 (invertido)	-0,366	0,866
KAP4	0,691	0,689
KAP13	0,575	0,704
KAP17	0,668	0,704
KAP18	0,725	0,666
KAP20	0,703	0,674
KAP22	0,427	0,735
KAP23	0,607	0,716

N=13 para KAP Total e Conhecimentos e N=14 para KAP - Atitude e Prática

Na análise do questionário pós capacitação, novamente, observa-se uma excelente consistência interna para o KAP total (Alpha de Cronbach= 0,916) (tabela 5). Comparativamente ao início (antes da capacitação), verificaram-se aumentos na consistência interna para as sub-escalas Conhecimento (de 0,765 para 0,772) e Atitude (de 0,633 para 0,807). Em contrapartida, verificou-se uma redução da consistência interna para a Prática (de 0,922 para 0,755).

6.5 Dados relativos à avaliação do KAP comparando desempenho pré e pós capacitação

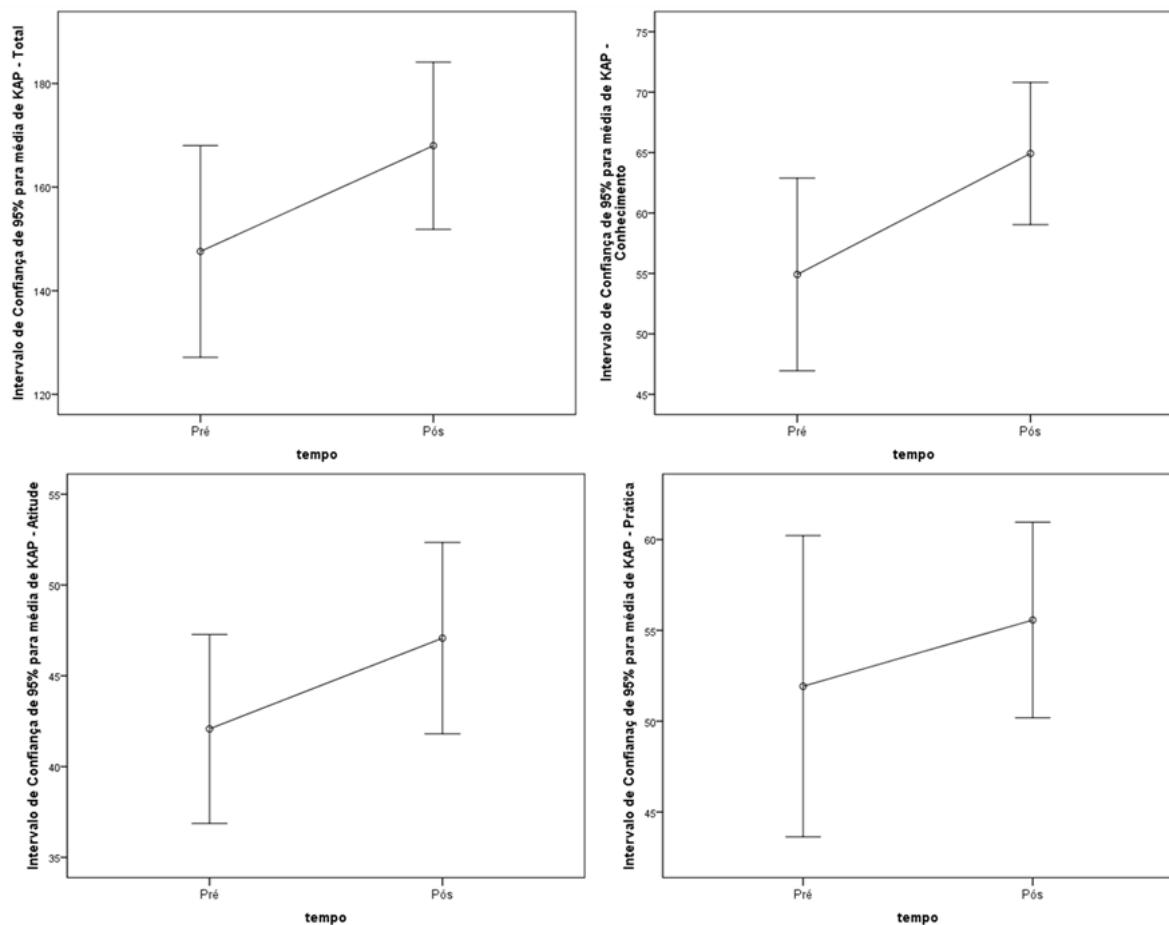
Novas análises foram realizadas para verificar se o programa de capacitação aprimorou os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos profissionais de CAPSI participantes dessa pesquisa. Algumas questões que não foram respondidas por todos os profissionais como pode ser observado nas tabelas abaixo.

Tabela 6 – Medidas-resumo para KAP total e sub-escalas por momento de avaliação

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	N	p
KAP – Total							0,020
Pós	168,0	22,4	126,0	203,0	167,0	11	
Pré	144,9	32,3	69,0	180,0	144,0	11	
Diferença: Pós -Pré	23,1	27,7	-23,0	59,0	20,0	11	
KAP – Conhecimento							0,003
Pós	65,5	8,3	50,0	78,0	68,0	11	
Pré	53,5	12,0	29,0	73,0	53,0	11	
Diferença: Pós -Pré	12,1	10,1	-4,0	26,0	15,0	11	
KAP – Atitude							0,050
Pós	47,8	9,1	36,0	66,0	44,0	13	
Pré	42,1	8,6	19,0	50,0	44,0	13	
Diferença: Pós -Pré	5,7	9,4	-12,0	21,0	4,0	13	
KAP – Prática							0,186
Pós	56,7	8,7	40,0	72,0	55,0	13	
Pré	51,9	13,7	21,0	67,0	59,0	13	
Diferença: Pós -Pré	4,8	12,2	-13,0	23,0	7,0	13	

p - Nível descritivo do teste t de Student para amostras pareadas

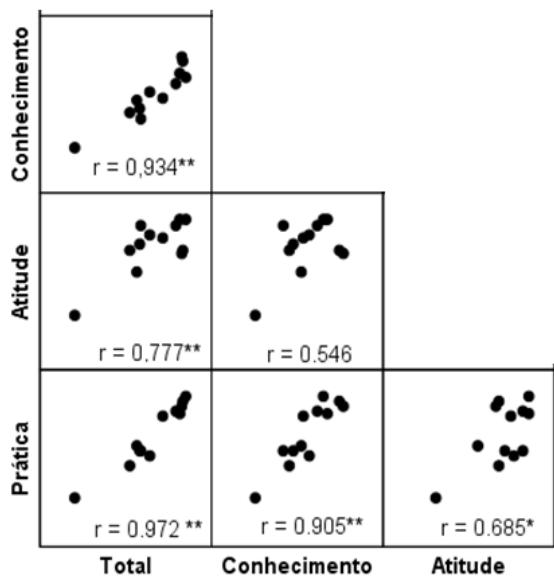
Gráfico 2 – Intervalo de Confiança de 95% para média de KAP – total, Conhecimento, Atitude e Prática



* $p<0,05$. ** $p<0,01$.

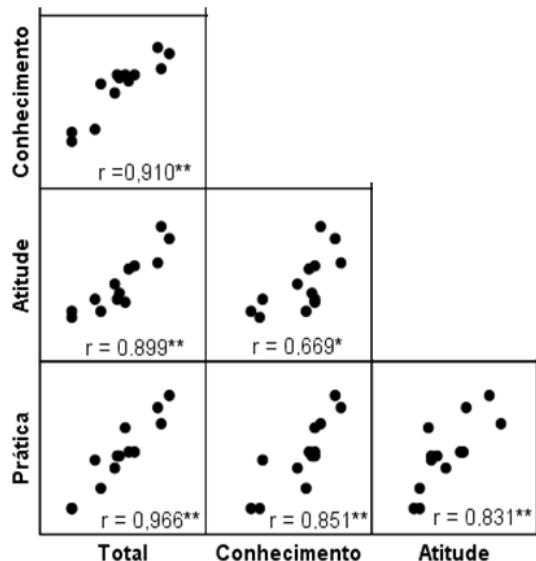
De acordo com tabela 6 e o gráfico 5, verifica-se aumento estatisticamente significante na média da pontuação total do KAP pós intervenção ($p=0,020$). Em relação as três sub-escalas do questionário KAP, confirma-se esse aprimoramento nos quesitos Conhecimento ($p=0,003$) e Atitudes ($p=0,050$), enquanto essa diferença não pode ser confirmada no quesito Prática ($p=0,186$).

Gráfico 3 – Correlação de Pearson (r) entre KAP total e sub-escalas antes da capacitação



* $p<0,05$. ** $p<0,01$.

Gráfico 4 – Correlação de Pearson (r) entre KAP total e sub-escalas após a capacitação



* $p<0,05$. ** $p<0,01$.

Os gráficos 3 e 4 apresentam as correlações de Pearson entre KAP total e sub-escalas pré e pós capacitação, respectivamente. Exceto para Atitude e Conhecimento antes da capacitação, as correlações apresentaram-se significantes. Tanto no pré como no pós, as correlações entre Conhecimento e Prática apresentaram-se mais fortes que entre a Atitude e as outras duas sub-escalas, indicando que o treinamento parece ter influenciado na melhora da compreensão destes construtos.

Ambas as análises, da consistência interna do instrumento e da mudança de médias, são complementares e demonstram que de forma geral, o instrumento atendeu a proposição de avaliar mudanças no conhecimento e atitude dos profissionais. Apenas não pôde avaliar de forma fidedigna a Prática, sub-escala essa, que na segunda análise não teve alteração significativa, provavelmente por conta da falta de consistência interna do instrumento, desde a fase pré-intervenção.

De forma geral, os resultados demostraram que a capacitação ampliou o conhecimento e atitude das profissionais frente à demanda de trabalho, corroborando com achados na literatura sobre a necessidade e importância de se capacitar profissionais da área de saúde mental (BORDINI et al., 2015; CLARK et al., 2014).

O escore total e a sub-escala Conhecimento, que tiveram maior alteração são também os que possuem maior consistência interna, ou seja, maior garantia de que o questionário avaliou o que se propôs, dando maior validade aos resultados. A sub-escala Conhecimento é a mais objetiva, por isso facilmente avaliada mesmo antes da capacitação.

A alteração na consistência interna da sub-escala Atitude pode ser explicada pela dificuldade de se estabelecer o conceito “atitude”, que diz respeito basicamente à sentimentos, predisposições e crenças, sendo mais difícil avaliar antes da capacitação, pois talvez para os profissionais não fosse claro o que seria trabalhado, para que se conseguisse responder sobre o que se estava sentindo.

Uma possível explicação para a dificuldade de avaliação da sub-escala Prática é que a duração da capacitação foi curta e a avaliação realizada em pouco espaço de tempo, não havendo o tempo necessário para mudança de prática no dia-a-dia. Enquanto conhecimento é uma medida mais concreta e atitude diz respeito ao que eles sentem em

relação ao que sabem, não precisando de tempo para haver mudanças nesses âmbitos. O ideal é que próximas pesquisas façam um “follow-up” para verificar se após algum tempo de atuação com o novo conhecimento a prática se altera e até mesmo se a atitude se mantém.

Outra possibilidade é que as perguntas tenham sido planejadas de forma que não conseguiram avaliar a escala em sua totalidade, como é o caso da questão 6, cuja exclusão acarretou um aumento do valor de Alpha de Cronbach de 0,633 para 0,798, ou seja, melhorou a consistência interna do instrumento.

6.6 Dados do questionário de satisfação

De forma geral, os resultados do questionário de satisfação mostram que os profissionais aprovaram a capacitação. As questões que tinham como alternativas “excelente”, “boa”, “regular” e “ruim”, referente à qualidade do curso, incluindo organização, didática de pesquisadora, temas e duração da capacitação tiveram 100% das avaliações entre “excelente” (52%) e “boa” (48%). Resultados adicionais que indicam a adequação do conteúdo do curso foi que (1) nenhum dos profissionais participantes excluiria nenhum tema e (2) todos relataram que indicariam futuras capacitações para os colegas de trabalho. Em todas avaliações houve apenas duas respostas “regulares”, ambas referente à duração da capacitação.

Uma das razões para essa alta satisfação com o modelo de capacitação proposto pode ser o fato de ter seguido os moldes da Educação Permanente, onde os profissionais tiveram participação ativa na programação e organização dos encontros, sendo esperado que os temas fossem aprovados. Ou seja, deixar que os profissionais façam parte de todo o processo é um caminho para que futuras capacitações tenham sucesso, garantindo-se que o tema a ser trabalhado seja de seu interesse e necessidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Outra possível explicação para a boa avaliação da capacitação é a dificuldade de acesso dos profissionais da área da saúde aos programas de aprimoramento na área de saúde mental. Há um distanciamento entre as universidades e a rede de assistência e escassez de programas de educação continuada. Não se pode negar que o acesso à informação de qualidade é essencial para que os profissionais ampliem o conhecimento na área e possam aplicar os conhecimentos científicos no contexto da prática clínica do cotidiano (LYON et al.,

2011). Em um estudo da cidade de Campinas – SP, profissionais da área de saúde mental apontam dificuldades em relação aos casos que envolvem sofrimento psíquico, por não se sentirem qualificados, com a formação necessária. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Por outro lado, algumas críticas e sugestões de alterações para as próximas capacitações foram mencionadas pelos profissionais. (1) A questão referente ao nível de dificuldade do curso baseado na experiência prévia dos profissionais, obteve respostas diversas, pois cinco profissionais acharam o curso “fácil”, sete acharam o nível “médio” e dois acharam o curso “difícil”. (2) Em relação à organização do curso, dos 14 profissionais apenas dois classificaram como “excelente” e os demais como “boa”, o que pode ser justificado pelas mudanças no meio do processo que influenciaram a quantidade e a duração dos encontros. (3) Também não houve unanimidade em relação ao tempo de duração do curso, já que essa questão recebeu duas avaliações “Regulares” e no campo “sugestões” esses profissionais listaram que a capacitação deveria ser mais longa. Porém, como mencionado anteriormente, a proposta inicial contava com cinco encontros, que foram reduzidos para três por uma solicitação dos coordenadores dos CAPSIs, principalmente por conta das mudanças estruturais ocorridas nos equipamentos de serviço. Para próximas capacitações sugerimos que o tempo e formato sejam bem acordados com as lideranças e profissionais envolvidos, sabendo-se que contratempos são esperados e precisam fazer parte do planejamento e cronograma de atividades.

6.7 Limitações do estudo

Parte das limitações do estudo é em relação aos participantes, como: (a) pequena amostra de conveniência e (b) ausência de randomização na seleção dos participantes. Assim, admitimos que os resultados obtidos podem estar condicionados a maior motivação e disponibilidade individual para a mudança de atitude e prática preexistente ao treinamento. Adicionalmente, (c) não foram controladas participações concomitantes em outras intervenções educacionais, tampouco contamos com um grupo controle que não receberia a capacitação, portanto os resultados podem não estar exclusivamente relacionados ao programa em estudo.

Outra limitação relevante foi a redução do número e formato dos encontros de capacitação após solicitação da equipe do CAPS decorrente do excesso de demanda e número reduzido de profissionais. Para dar conta de todo o conteúdo planejado para a capacitação, foram adotadas mudanças como diminuição no número de encontros (de 5 para 3), diminuição do espaçamento entre os encontros, e aumento no número de horas de cada encontro.

7. CONCLUSÕES

A capacitação para profissionais de CAPSI para a assistência de crianças com TEA, se mostrou factível seguindo os moldes da Educação Permanente e levando-se em consideração as especificidades do trabalho nesse tipo de instituição.

De forma geral, houve um aprimoramento no grau de conhecimento dos profissionais tanto pela avaliação por vídeos (com exceção de alguns temas) como pela avaliação pelo questionário KAP. Verificou-se também melhora nas atitudes dos profissionais capacitados (segundo questionário KAP) frente ao trabalho com crianças com TEA. A sub-escala prática do KAP não indicou melhora após capacitação, sendo uma das razões possíveis, sua fraca consistência interna já na fase pré-capacitação.

De modo geral as participantes avaliaram positivamente a capacitação em relação ao conteúdo, didática e organização dos encontros.

A partir desse estudo ficam sugestões para próximas capacitações, sendo as principais: (1) implementação de um modelo similar de capacitação em uma amostra maior, com a inclusão de um grupo controle que não receba a capacitação; (2) aprimoramento de alguns itens do material de avaliação, particularmente na seleção de alguns vídeos e nas questões da sub-escala de prática do KAP e (3) aperfeiçoamento de alguns aspectos no material de capacitação, particularmente em relação aos temas de sexualidade, autoagressão e sensibilidade auditiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTO, L. et al. Knowledge , attitude and practice of breast self-examination in health centers. **Revista de saúde pública**, v. 37, n. 5, p. 576–582, 2003.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. [s.l: s.n].
- ANAGNOSTOU, E. et al. Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. **CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 186, n. 7, p. 509–19, 2014.
- BEJEROT, S. An autistic dimension: A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. **Autism**, v. 11, n. 2, p. 101–110, 1 mar. 2007.
- BORDINI, D. et al. Impact of training in autism for primary care providers: a pilot study. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 37, n. 1, p. 63–66, 2015.
- BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 77–88, 2002.
- BOSA, C. A. As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 2, p. 281–287, 2001.
- BRASIL. **LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**, [s.d.].
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**. [s.l: s.n]. v. F
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS****Psicologia em Estudo**, 2006.
- BRASIL, Mistério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007**. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**, 2011a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**, 2011b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Às Pessoas Com Transtornos Do Espectro Do Autismo E Suas Famílias. **Comunicação e Educação em Saúde**, p. 160, 2013.
- BROOKMAN-FRAZEE, L. I.; DRAHOTA, A.; STADNICK, N. Training Community Mental Health Therapists to Deliver a Package of Evidence-Based Practice Strategies for School-Age Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 8, p. 1651–1661, ago. 2012.
- BTESHE, M.; ESTELLITA-LINS, C. Os diferentes usos do vídeo no cuidado à saúde materno-infantil. **Reciis**, v. 5, p. 53–64, 2011.

BURKA, S. D. et al. Integration of Pediatric Mental Health Care: An Evidence-Based Workshop for Primary Care Providers. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 28, n. 1, p. 23–34, jan. 2014.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição , características e pressupostos filosóficos Applied behavior analysis as intervention for autism: definition , features and philosophical concepts. **Revista de Educação Especial**, v. 26, n. 47, p. 639–650, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975–986, 2005.

CHIANG, H.-M. A Parent Education Program for Parents of Chinese American Children With Autism Spectrum Disorders (ASDs): A Pilot Study. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 29, n. 2, p. 88–94, 1 jun. 2014.

CLARK, A. et al. Implementing UK Autism policy & national institute for health and care excellence guidance- assessing the impact of Autism training for frontline staff in community learning disabilities teams. **British Journal of Learning Disabilities**, p. n/a–n/a, nov. 2014.

CORBETT, B.; ABDULLAH, M. Video Modeling: Why does it work for children with autism? **Journal of Early and Intensive Behavior Intervention**, v. 2, n. 1, p. 2–8, 2005.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357–366, 2012.

DIAS, B. V. B. et al. PACIENTES COM DISTÚRBIOS MENTAIS EM UM CENTRO DE ATUAÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II): PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Cuidarte Enfermagem**, v. 8, 2014.

ELMENSDORP, S. T. **Training Physicians on the Early Behavioral Characteristics of Autism: The Use of a Brief, Group Didactic Training Module**. [s.l.] University of California, Santa Barbara, 2011.

ELSABBAGH, M. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. **Autism Research**, v. 5, n. 3, p. 160–179, 2012.

FAGAN, T. J. et al. Professional education and training: How satisfied are we? An exploratory study. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 1, n. 1, p. 13–25, 2007.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. D. L. H. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 289–296, 2013.

FIGUEIRAS, A. C. D. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1691–1699, 2003.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, v. 65, n. 6, p. 591–598, 2009.

FRANCO MAYER, A. P.; DOBRIANSKYJ WEBER, L. N.; TUCUNDUVA TON, C. Children's perception about parental educative and feeding practices: a cluster analysis. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 15, n. 3, nov. 2014.

GADIA, C. A; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 83–94, 2004.

GEORGE, D.; MALLERY, P. SPSS for Windows Step by Step: Answers to Selected Exercises. **A Simple Guide and Reference**, p. 63, 2003.

GOLDSTEIN, S.; NAGLIERI, J. A.; OZONOFF, S. **Assessment of Autism Spectrum Disorders**. [s.l: s.n.].

GOMES, L. F. Videos didáticos: uma proposta de critérios para análise. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 89, n. 223, p. 477–492, 2001.

GONÇALVES, M. I. Comunidade Cooperativa de Aprendizagem em Rede. p. 50–59, 2006.

GUINCHAT, V. et al. Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, n. 2, p. 589–601, abr. 2012.

HAYES, S. A.; WATSON, S. L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 3, p. 629–42, 2013.

HERSCHELL, A. D. et al. The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 4, p. 448–466, jun. 2010.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 633–642, 2008.

HOWLIN, P.; MAGIATI, I.; CHARMAN, T. Systematic Review of Early Intensive Behavioral Interventions for Children With Autism. **American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities**, v. 114, n. 1, p. 23–41, jan. 2009.

KLEINMAN, J. M. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 38, n. 5, p. 827–839, maio 2008.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger : uma visão geral Introdução A uti s m o. 2007.

LAMPREIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 160–171, 2009.

LAUNIALA, A. "How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. **Anthropology Matters**, v. 1, 2009.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 1º. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

LEAF, R.; MCEACHIN, J. **A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism**. [s.l.] DRL Books, 1999.

LIMA, R. C. et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 715–739, set. 2014.

LOWENTHAL, R. et al. Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Down's Syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 37, n. 7, p. 1394–1395, 27 jul. 2007.

LOWENTHAL, R. **Capacitação em Saúde Mental na Infância e na Adolescencia para Profissionais da Atenção Primária**. [s.l: s.n.].

LYON, A. R. et al. Developing the Mental Health Workforce: Review and Application of Training Approaches from Multiple Disciplines. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 4, p. 238–253, jul. 2011.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 605–610, 2004.

MOURA, C. B. DE. O uso de vídeo em intervenções clínicas com pais : revisão da literatura e hipóteses comportamentais sobre seus efeitos. v. 10, n. 1, p. 144–161, 2008.

NEWSCHAFFER, C. J. et al. The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders *. **Annual Review of Public Health**, v. 28, n. 1, p. 235–258, abr. 2007.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. D. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 3, p. 478–484, 2007.

PAULA, C. S. et al. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)**, v. 34, n. 3, p. 334–51, 2012.

PAULA, C. S. DE; TEIXEIRA, M. C. T. V.; FILHO, J. F. B. Estudantes de Psicologia concluem a graduação com uma boa formação em Autismo ? Did students in Psychology conclude undergraduate with a good training in Autism ? v. 18, n. 1, 2016.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. DE. “ Cada Caps É Um Caps ”: Uma Coanálise Dos Recursos , Meios E Normas Presentes Nas Atividades Dos Trabalhadores De Saúde Mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. n. spe., p. 150–160, 2011.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. In: REEVES, S. (Ed.). . **Cochrane Database of Systematic**

Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2008.

REICHOW, B. Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 4, p. 512–520, 15 abr. 2012.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623–4634, 2011.

ROGERS, S. J. et al. Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 12, p. 2981–95, 2014.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71–84, 2010.

SANDIN, S. et al. The Familial Risk of Autism. **Jama**, v. 311, n. 17, p. 1770, 2014.

SANT, D.; VOSGERAU, A. R. Avaliação da aprendizagem em educação. **Educação Sociedade**, v. 27, n. 97, p. 1377–1381, 2006.

SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. **Transtornos do espectro do autismo - TEA**. [s.l: s.n.].

SILVA, S.; OLIVEIRA, A.; KAMIMURA, Q. Capacitação em Saúde Mental: Entre a Realidade e as Ofertas do Ministério da Saúde. **Sistemas & Gestão**, v. 9, n. 3, p. 406–416, 2014.

TAMANAHA, A. C. et al. A atividade lúdica no autismo infantil. **Revista Distúrbio da Comunicação**, v. 18, n. 3, p. 307–312, 2006.

TOLEDO, R. P. O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. **Vínculo [online]**, v. 1, 2004.

VIANNA, J. A. Educação à distância, inclusão e mobilidade social. **Inter Science Place**, v. 2, 2009.

VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 4, p. 387–399, 2010.

WING, L.; POTTER, D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, v. 8, n. 3, p. 151–61, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne**, 2001. Disponível em: <www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf>

9. ANEXOS

Anexo I



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE**

TID 13308104

Do Memo 51/2015

Folha de informação nº 02
em 04/03/2015
(a).....

INTERESSADO: Luciana Coltri e Silva

ASSUNTO: PESQUISA – “CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE CAPSI PARA A ASSISTÊNCIA DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA”

Comitê de Ética e pesquisa
Sr^a Presidente

Encaminho o presente a vossa Senhoria para conhecimento das conclusões alcançadas pela Assessora Técnica desta Coordenadoria que acolho e, portanto autorizo.

Esta autorização, entretanto, está vinculada ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS. Devendo o pesquisador seguir o trâmite normal para cadastro na Plataforma Brasil.

Solicitamos que nos sejam transmitidas as conclusões finais da pesquisa através de apresentação em reunião do Núcleo de Educação Permanente desta Coordenadoria.

Atenciosamente

[Assinatura]
Alberto Alves Oliveira
Coordenadora Regional de Saúde Norte
Secretaria Municipal da Saúde

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participantes de Pesquisa

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa “Capacitação de profissionais de CAPSI para a assistência de crianças com transtornos do espectro do autismo” que se propõe oferecer uma capacitação de curta duração em relação ao manejo de comportamento, comunicação e interação social de crianças com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) e avaliar mudança nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais participantes. Assim, se estiver de acordo, sua participação consistirá em comparecer aos encontros da capacitação (a quantidade de encontros será definida juntamente com os profissionais no primeiro encontro) preencher um questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas (KAP) e um protocolo estruturado para análise de alguns vídeos sobre temáticas relacionadas à TEA (antes da capacitação, imediatamente ao final desta e 4 meses depois), além de responder a um questionário de satisfação ao final da capacitação. Vale esclarecer que dois dos encontros, o primeiro e o último, serão gravados em áudio. Os instrumentos de avaliação são autoaplicáveis e tanto os instrumentos de coleta de dados, quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar a permissão para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde - Rua General Jardim, 36, 1º Andar. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do participante da Pesquisa: _____

Assinatura do participante da Pesquisa: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Luciana Coltri e Silva

Pesquisadora Responsável

Cristiane Silvestre de Paula

Orientadora Responsável

Endereço/Telefone e e-mail para contato: (11) 983533157 ou lucoltri@yahoo.com.br (Luciana)

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gestor do CAPSI

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa “Capacitação de profissionais de CAPSI para a assistência de crianças com transtornos do espectro do autismo” que se propõe oferecer uma capacitação de curta duração em relação ao manejo de comportamento, comunicação e interação social de crianças com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) e avaliar mudança nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais participantes. Assim, se estiver de acordo, sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada, quatro meses após a finalização da capacitação. Essa entrevista será conduzida pelo Pesquisador Responsável, sendo que esses procedimentos oferecem riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar a permissão para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde - Rua General Jardim, 36, 1º Andar. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do participante da Pesquisa: _____

Assinatura do participante da Pesquisa: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Luciana Coltri e Silva

Pesquisadora Responsável

Endereço/Telefone e e-mail para contato: (11) 983533157 ou lucoltri@yahoo.com.br (Luciana)

Nome da Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Cristiane Silvestre de Paula

Orientadora Responsável

Anexo IV

Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas (KAP)

Comportamento inadequado/Birra/Agressividade

“Eu consigo lidar com comportamento de birra das crianças com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Eu sei o que fazer quando uma criança com TEA está se autoagredindo”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“No caso de crianças com TEA, birra é sempre uma forma de comunicação”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Entendo o que devo fazer para evitar comportamentos inadequados da criança no dia-a-dia”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Consigo entender a diferença entre o valor positivo da rotina a disfuncionalidade dos rituais, comuns em crianças com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Estereotipia

“Eu sei como lidar com as estereotipias apresentadas pelas crianças com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Consigo diferenciar um brincar estereotipado de um brincar funcional”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Entendo o que a criança com TEA busca quando está engajada em estereotipia”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Sei o que é regulação sensorial”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Comunicação e linguagem

“Crianças com TEA não conseguem se comunicar”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Nem toda criança autista tem atraso na linguagem”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Fico muito angustiada quando uma criança com TEA não consegue se comunicar”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Eu sei como ajudar uma criança com TEA a se expressar/comunicar”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Diagnóstico e diagnóstico precoce

“Conheço os principais critérios diagnósticos para TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Sei quais sinais nos primeiros anos de vida de uma criança podem ser indicativos de TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Conheço quais são os grupos de risco para TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Sei como atuar quando me deparo com uma criança com suspeita de TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Orientação de pais

“Oriento os pais das crianças com TEA periodicamente”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Consigo passar todas orientações necessárias para que os pais sigam procedimentos em casa”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Conheço diversas estratégias de orientação a pais”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Me sinto confortável em orientar pais de crianças com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Ambiente terapêutico

“Sei montar um ambiente terapêutico adequado à uma criança com TEA”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Consigo identificar os distratores para as crianças com TEA no ambiente”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

“Não entendo direto a diferença de um bom ambiente terapêutico para crianças com TEA e crianças com outros transtornos psiquiátricos”

Discordo plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo plenamente

Anexo V

Questionário de satisfação sobre programa de para a assistência de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo

NOME

(opcional):

PROFISSÃO:

As questões 1 a 8 se referem a sua opinião geral em relação à capacitação:

1) Na sua opinião a qualidade geral do curso foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

2) Na sua opinião a organização do curso foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

3) Na sua opinião a relevância do tema para as suas necessidades profissionais foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

4) Na sua opinião a didática das aulas, isto é, a capacidade objetiva de transmissão de conhecimento foi:

- a) excelente
- b) boa
- c) regular
- d) ruim
- e) muito ruim

5) Na sua opinião, qual foi o nível do curso baseado na sua experiência prévia sobre o conteúdo transmitido:

- a) muito fácil
- b) fácil
- c) médio
- d) difícil
- e) muito difícil

6) Baseado no conhecimento adquirido, a partir de agora você vai:

- a) Manter a mesma prática clínica
- b) Adotar novas práticas clínicas utilizando grande parte dos aprendizados adquiridos no programa de capacitação.
- c) Adotar novas práticas clínicas utilizando pequena parte dos aprendizados adquiridos no programa de capacitação.

7) Na sua opinião, o tempo de duração do curso foi:

- a) muito satisfatório
- b) satisfatório
- c) regular
- d) insatisfatório
- e) muito insatisfatório

8) Como você avalia os temas das aulas:

- a) excelente
- b) bons
- c) regular
- d) ruins
- e) muito ruins

9) Qual nota de 0-10 você daria para cada sessão da capacitação:

Encontro 2) _____²

Encontro 3) _____

Encontro 4) _____

Encontro 5) _____

² Futuramente será incluído o conteúdo de cada encontro, pois depende da definição conjunta com os profissionais participantes.

10) Se você tivesse que tirar um ou dois temas da capacitação, qual escolheria?

Tema 1) _____

Tema 2) _____

11) Você recomendaria a capacitação para um colega que trabalha em CAPSI?

() sim () não

12) Quais suas sugestões para aprimoramento da capacitação?

Obrigada pela participação!