



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

DETECÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE ALERTA DE AUTISMO EM CRIANÇAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES
INTERPESSOAIS

ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro
Abril 2024

Angelica Ribeiro Pinto de Oliveira

DETECÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE ALERTA DO AUTISMO EM CRIANÇAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES
INTERPESSOAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes

Rio de Janeiro

2024

0582d Oliveira, Angelica Ribeiro Pinto de
Detecção precoce dos sinais de alerta de autismo em crianças na atenção primária à saúde sob a perspectiva das relações interpessoais / Angelica Ribeiro Pinto de Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2024. 151 f.

Orientador: Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Criança. 3. Família. 4. Enfermagem. 5. Relações Interpessoais. I. Moraes, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de , orient. II. Título.

Angelica Ribeiro Pinto de Oliveira

DETECÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE ALERTA DO AUTISMO EM CRIANÇAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES
INTERPESSOAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 19/04/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes - Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Liliane Faria da Silva - 1^a Examinadora
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Ivone Evangelista Cabral - 2^a Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Lia Leão Ciuffo - Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Garcia Bezerra Góes - Suplente
Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras - Universidade Federal Fluminense

Dedicatória

Ao Alexandre, meu companheiro eterno e amor da minha vida. Sua presença e apoio constantes tornaram essa jornada possível. Cada passo e cada desafio superado são reflexos do nosso amor e compromisso mútuo. E também ao Lucas e Leandro, meus amados filhos, minha fonte de alegria e motivação.

Vocês me impulsionam a alcançar meus sonhos, e a ser o melhor que posso ser. Com todo o meu amor e gratidão, este trabalho é dedicado a vocês, minha família abençoada! Que nossas vidas continuem entrelaçadas por laços de amor, carinho, apoio e compreensão!

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste Mestrado demarca o término de uma jornada significativa e repleta de aprendizados, e é com profunda gratidão que expresso meus sinceros agradecimentos:

À Deus, por tudo e por tanto!

À minha querida família que esteve ao meu lado em cada etapa desta jornada. Sei que minhas ausências foram frequentes e, por vezes, difíceis de compreender, mas vocês nunca vacilaram em seu apoio. Vocês foram minha âncora em momentos de incerteza e minha fonte de força em momentos de dificuldade. Cada conquista alcançada é, em grande parte, resultado do apoio incondicional e da confiança que depositaram em mim. Com certeza, este trabalho não seria possível sem o amor, paciência e ajuda da minha família.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, que proporcionou o ambiente acadêmico propício ao desenvolvimento intelectual e à busca pelo conhecimento. Agradeço pelo suporte, recursos e oportunidades oferecidas, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Dra. Juliana Resende Montenegro Medeiro de Moraes, cuja sabedoria, atenção e apoio foram essenciais para a concretização desta dissertação. Sua dedicação e comprometimento foram a luz guia que iluminou meu caminho ao longo deste processo. Agradeço por compartilhar seu conhecimento e experiência, moldando não apenas este trabalho, mas também meu crescimento como acadêmica.

Aos membros da banca avaliadora, agradeço pela disponibilidade em dedicar tempo à análise específica deste trabalho. Suas contribuições, apontamentos e insights enriqueceram significativamente a qualidade desta pesquisa.

Aos professores, membros do Grupo de Pesquisa CRIANES liderado pela Dra. Ivone Evangelista Cabral, colegas de turma e colaboradores que contribuíram para o meu percurso acadêmico, meus agradecimentos profundos. Cada interação, discussão, aconselhamento e compartilhamento de ideias foram de valor imensurável.

Enfim, cada página escrita desta pesquisa é um reflexo dos vínculos positivos desenvolvidos ao longo do processo. A conquista do título também é compartilhada com vocês. Assim, testemunho a valorosa participação de vocês neste processo!

Com profunda gratidão,

Angelica Ribeiro Pinto de Oliveira ♥

Quando alguém diz que é difícil se conectar com uma criança com autismo, eu sorrio e digo:

“você pode ter certeza que ela se sente do mesmo jeito a respeito de você.”

Ellen Notbohm

RESUMO

OLIVEIRA, Angelica Ribeiro Pinto de. **Detecção precoce dos sinais de alerta de autismo em crianças na atenção primária à saúde sob a perspectiva das relações interpessoais.** 151 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: os transtornos do espectro do autismo (TEA) são uma condição de início precoce, cujas dificuldades estão relacionadas à ausência ou limitações no uso da linguagem, na interação social e das atividades imaginativas, bem como padrões restritos/repetitivos de comportamento. Geralmente, as primeiras manifestações dos TEA aparecem antes dos 36 meses de idade, o que envolve a adoção de medidas de detecção precoce dos sinais de alerta já nesses primeiros meses de vida. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), práticas de Enfermagem podem ser empreendidas para a detecção precoce desses sinais de alerta, partindo-se da premissa de que o enfermeiro possui papel estratégico neste processo, cujas ações podem impactar positivamente na qualidade de vida e bem estar de crianças e de suas famílias.

Objetivos: descrever a participação de enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças de até três anos de idade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde; e analisar as relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA.

Método: estudo de abordagem qualitativa, descritivo, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros de cinco unidades de Clínica da Família (CF) do município do Rio de Janeiro. Para tratamento dos dados foi utilizado o *software* IRaMuTeQ®. As interpretações e teorização foram orientadas pela aplicação da Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau. A pesquisa foi aprovada por Comitês de Ética em Pesquisa (Pareceres nº 5.370.466 e nº 5.443.956).

Resultados: participaram 27 enfermeiros, com idades variando entre 25 e 50 anos (média de 36,3 anos). A área predominante de formação em especialização/residência foi a de Saúde da Família (22 enfermeiros). O tempo de graduação entre os entrevistados obteve média de 9,5 anos; o tempo de trabalho na CF obteve média de 2,9 anos; e o tempo de trabalho na assistência a crianças, com média de 7,2 anos. O *corpus* advindo das entrevistas foi processado por meio de classificação hierárquica descendente, cuja estruturação se deu em dois blocos temáticos e cinco classes. O bloco I (composto pela classe 2) reuniu 229 segmentos de texto (ST), o que representou 20,3% do *corpus* textual; e o bloco II (composto pelas classes 1, 3, 4 e 5)

contemplou 866 ST, ou seja, 79,7% do *corpus* textual. A análise lexical foi estruturada a partir dessas cinco classes, que abordaram os seguintes temas: classe 2) as relações interpessoais nas consultas puericultura; classe 1) capacitação de enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA; classe 3) papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA; classe 4) a comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica; e classe 5) o trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA. **Considerações Finais:** a participação dos enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA revelou-se essencial, estratégica e necessária, a despeito das dificuldades constatadas em relação às demandas de trabalho, problemas de fluxos de atendimento, demoras nos acompanhamentos subsequentes pelo sistema de regulação, desconhecimento sobre aplicabilidade de escalas e protocolos de avaliação, e ainda autorreconhecimento precário de seus papéis e questões relacionadas à treinamento e capacitação. As implicações para a Enfermagem estão centradas no fortalecimento das relações interpessoais família-criança-enfermeiro, com vistas a melhorar a qualidade de vida futura, proporcionando suporte adequado e oportuno desde os primeiros passos do desenvolvimento. A articulação do conhecimento técnico-científico com a sensibilidade humana pode ser compreendida como o caminho para uma prática de Enfermagem mais efetiva, libertadora e inclusiva.

Palavras-Chave: Transtorno do Espectro Autista; Criança; Família; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Angelica Ribeiro Pinto de. **Early detection of warning signs of autism in children in primary care from the perspective of interpersonal relationships.** 151 p. Dissertation (Masters in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: autism spectrum disorders (ASD) are an early-onset condition, whose difficulties are related to the absence or limitations in the use of language, social interaction and imaginative activities, as well as restricted/repetitive patterns of behavior. Generally, the first manifestations of ASD appear before 36 months of age, which involves adopting measures to detect early warning signs in the first months of life. Within the scope of Primary Health Care (PHC), Nursing practices can be undertaken for the early detection of these warning signs, based on the premise that nurses have a strategic role in this process, whose actions can positively impact quality of life and well-being of children and their families. **Objectives:** to describe the participation of nurses in the process of early detection of warning signs of ASD in children up to three years of age, within the scope of Primary Health Care; and analyze the interpersonal relationships between nurses and families of these children in the process of early detection of warning signs of ASD. **Method:** qualitative, descriptive study, developed through semi-structured interviews with nurses from five Family Clinic (CF) units in the city of Rio de Janeiro. The IRaMuTeQ® software was used to process the data. The interpretations and theorization were guided by the application of Hildegard Peplau's Theory of Interpersonal Relations. The research was approved by Research Ethics Committees (Opinions n° 5,370,466 and n° 5,443,956). **Results:** 27 nurses participated, with ages ranging between 25 and 50 years (average of 36.3 years). The predominant area of specialization/residency training was Family Health (22 nurses). The time since graduation among those interviewed had an average of 9.5 years; working time at CF averaged 2.9 years; and time working in childcare, with an average of 7.2 years. The corpus arising from the interviews was processed through descending hierarchical classification, which was structured into two thematic blocks and five classes. Block I (composed of class 2) brought together 229 text segments (ST), which represented 20.3% of the textual corpus; and block II (composed of classes 1, 3, 4 and 5) included 866 ST, that is, 79.7% of the textual corpus. The lexical analysis was structured based on these five classes, which addressed the following themes: class 2) interpersonal relationships in childcare

consultations; class 1) training nurses to detect the warning signs of ASD; class 3) nurses' roles in caring for family members of children with warning signs of ASD; class 4) communication and bonding in the therapeutic interpersonal relationship; and class 5) multidisciplinary work in the early suspicion of ASD. **Final Considerations:** the participation of nurses in the process of early detection of warning signs of ASD proved to be essential, strategic and necessary, despite the difficulties observed in relation to work demands, problems with care flows, delays in subsequent follow-ups by the regulation system, lack of knowledge about the applicability of assessment scales and protocols, and also precarious self-recognition of their roles and issues related to training and qualification. The implications for Nursing are centered on strengthening family-child-nurse interpersonal relationships, with a view to improving future quality of life, providing adequate and timely support from the first steps of development. The articulation of technical-scientific knowledge with human sensitivity can be understood as the path to a more effective, liberating and inclusive Nursing practice.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Child; Family; Nursing; Primary Health Care; Interpersonal Relations.

RESUMEN

OLIVEIRA, Angelica Ribeiro Pinto de. **Detección precoz de signos de alerta de autismo en niños de atención primaria desde la perspectiva de las relaciones interpersonales**. 151 p. Tesis (Maestría em Enfermería) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introducción: los trastornos del espectro autista (TEA) son una condición de aparición temprana, cuyas dificultades están relacionadas con la ausencia o limitaciones en el uso del lenguaje, la interacción social y las actividades imaginativas, así como con patrones de conducta restringidos/repetitivos. Generalmente, las primeras manifestaciones del TEA aparecen antes de los 36 meses de edad, lo que implica adoptar medidas para detectar signos precoces de alerta en los primeros meses de vida. En el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), se pueden emprender prácticas de enfermería para la detección temprana de estos signos de alerta, partiendo de la premisa de que el enfermero tiene un papel estratégico en este proceso, cuyas acciones pueden impactar positivamente la calidad de vida y el bienestar de los niños y sus familias. **Objetivos:** describir la participación del enfermero en el proceso de detección temprana de signos de alerta de TEA en niños de hasta tres años de edad, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud; y analizar las relaciones interpersonales entre enfermeras y familias de estos niños en el proceso de detección precoz de signos de alerta del TEA. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado a través de entrevistas semiestructuradas con enfermeros de cinco unidades de Clínica de la Familia (CF) de la ciudad de Río de Janeiro. Para procesar los datos se utilizó el software IRaMuTeQ®. Las interpretaciones y teorización estuvieron guiadas por la aplicación de la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau. La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación (Dictamen nº 5.370.466 y nº 5.443.956). **Resultados:** Participaron 27 enfermeros, con edades comprendidas entre 25 y 50 años (promedio de 36,3 años). El área de formación de especialización/residencia predominante fue Salud de la Familia (22 enfermeros). El tiempo de egreso entre los entrevistados tuvo un promedio de 9,5 años; el tiempo de trabajo en CF fue de 2,9 años en promedio; y tiempo trabajado en guarderías, con una media de 7,2 años. El corpus surgido de las entrevistas fue procesado mediante clasificación jerárquica descendente, la cual se estructuró en dos bloques temáticos y cinco clases. El bloque I (compuesto por la clase 2) reunió 229 segmentos textuales (ST), que representaron el 20,3% del corpus textual; y el bloque II

(compuesto por las clases 1, 3, 4 y 5) incluyó 866 ST, es decir, el 79,7% del corpus textual. El análisis léxico se estructuró a partir de estas cinco clases, las cuales abordaron los siguientes temas: clase 2) relaciones interpersonales en las consultas de puericultura; clase 1) formación de enfermeras para detectar las señales de alerta del TEA; clase 3) funciones de las enfermeras en el cuidado de familiares de niños con signos de advertencia de TEA; clase 4) comunicación y vinculación en la relación interpersonal terapéutica; y clase 5) trabajo multidisciplinar en la sospecha temprana de TEA. **Consideraciones finales:** la participación de los enfermeros en el proceso de detección temprana de signos de alerta de TEA resultó esencial, estratégica y necesaria, a pesar de las dificultades observadas en relación a las demandas laborales, problemas con los flujos de cuidados, retrasos en los seguimientos posteriores por parte de los sistema de regulación, desconocimiento sobre la aplicabilidad de escalas y protocolos de evaluación, y también precario reconocimiento de sus roles y cuestiones relacionadas con la formación y la cualificación. Las implicaciones para la Enfermería se centran en fortalecer las relaciones interpersonales familia-niño-enfermero, con miras a mejorar la calidad de vida futura, brindando apoyo adecuado y oportuno desde los primeros pasos del desarrollo. La articulación del conocimiento técnico-científico con la sensibilidad humana puede entenderse como el camino hacia una práctica de Enfermería más eficaz, liberadora e inclusiva.

Palabras Clave: Trastorno del Espectro Autista; Niño; Familia; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Relaciones interpersonales.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Características clínicas de crianças com alerta para TEA por faixa etária	20
Quadro 02 – Estratégias de busca definidas por meio dos descritores DeCS, MeSH e Emtree, a partir dos elementos da estratégia PICO qualitativa	31
Quadro 03 – Papéis do enfermeiro no processo interpessoal	43
Quadro 04 – Terminologias aplicadas no processo de análise textual do <i>software</i> IRaMuTeQ®	51
Quadro 05 – Variável “tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem” utilizada na linha de comando do <i>corpus</i> textual	54
Quadro 06 – Variável “tempo em anos de trabalho na assistência a crianças” utilizada na linha de comando do <i>corpus</i> textual	54
Quadro 07 – Caracterização dos participantes	58
Quadro 08 – Divisão dos blocos temáticos e suas classes respectivas	63
Quadro 09 – Bloco Temático I (Classe 2)	64
Quadro 10 – Bloco Temático II (Classes 1, 3, 4 e 5)	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição de segmentos de texto por blocos temáticos e classes	61
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Fluxograma de identificação, triagem e inclusão de fontes de informação	33
Figura 02 – Fases da relação interpessoal sob a óptica da Teoria de Hildegard Peplau	39
Figura 03 – Fluxo demonstrativo do processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças de até três anos de idade mediado pelas relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças, no âmbito da APS	44
Figura 04 – Terminologias aplicadas no processo de análise textual do <i>software</i> IRaMuTeQ®	51
Figura 05 – Dendrograma nº 1 (CHD)	61
Figura 06 – Dendrograma nº 2 (CHD)	62
Figura 07 – Síntese dos achados (mapa mental da dissertação)	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP – Área Programática
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDC – Centers of Disease Control and Prevention
CF – Clínica da Família
CRIANES – Crianças com necessidades de saúde especiais
CSC – Caderneta de Saúde da Criança
DSM – Diagnostic and Statistical of Manual Disorders
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF – Estratégia Saúde da Família
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TEA – Transtornos do Espectro do Autismo
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	OBJETO DE ESTUDO	18
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO E PROBLEMÁTICA	18
1.3	QUESTÕES NORTEADORAS	28
1.4	OBJETIVOS	29
1.5	JUSTIFICATIVA	29
1.6	RELEVÂNCIA	36
1.7	CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	37
2	REFERENCIAL TEÓRICO	38
3	METODOLOGIA	45
3.1	ABORDAGEM DA PESQUISA	45
3.2	TIPOLOGIA DO ESTUDO	45
3.3	CENÁRIOS	46
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	47
3.5	GERAÇÃO DE DADOS	48
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	58
4.2	CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE	60
4.2.1	Bloco Temático I	64
4.2.1.1	<i>Classe 2 - As relações interpessoais dos enfermeiros nas consultas de puericultura</i>	64
4.2.2	Bloco Temático II	71
4.2.2.1	<i>Classe 1 – Capacitação dos enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA</i>	72
4.2.2.2	<i>Classe 3 – Papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA</i>	80
4.2.2.3	<i>Classe 4 – A comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica</i>	89
4.2.2.4	<i>Classe 5 – O trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA</i> ...	97
4.3	SÍNTESE DOS ACHADOS (MAPA MENTAL DA DISSERTAÇÃO) ..	107

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6	DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO	115
7	FINANCIAMENTO DA PESQUISA	118
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXOS	134
	ANEXO A – Pareceres de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente (EEAN-UFRJ) e da Instituição Coparticipante (SMS - Rio de Janeiro)	144
	APÊNDICES	157
	APÊNDICE A – Artigos selecionados para composição do Estado da Arte	157
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	159
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo foi a participação de enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo (TEA) em crianças de até três anos de idade, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva das relações interpessoais.¹

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO E PROBLEMÁTICA

A aproximação com esse tema de pesquisa se deu pelo interesse pessoal da autora sobre as demandas de famílias com crianças que possuem necessidades de saúde especiais, e sobretudo por perceber que muitas delas não têm seus sinais de alerta dos TEA detectados precocemente pelos profissionais de saúde (antes de três anos de idade), o que se constitui em um desafio importante a ser superado no campo da saúde pública.

A literatura técnico-científica aponta que tal situação ocorre por dificuldades relacionadas aos: sistemas classificatórios do campo da Saúde Mental, desconhecimento das causas dos transtornos mentais, necessidade de acompanhamento criterioso do desenvolvimento das crianças, insuficiência de redes de apoio, despreparo de profissionais da saúde, necessidades de fortalecimento das relações interpessoais nos espaços de cuidado, formas limitantes de difusão do conhecimento produzido, entre outras aspectos (Brasil, 2015; Oliveira, 2019; Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018; Bonfim *et al.*, 2020; Almeida; Neves, 2020; Rios; Camargo Junior, 2019; Gurgel; Tourinho; Monteiro, 2014).

Somam-se a isso, o fato de que, no Brasil, não existem dados oficiais sobre a prevalência (quantidade de casos em dado momento) dos TEA. A título de exemplificação, um estudo desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo constatou uma incidência de TEA de um para cada 330 nascidos vivos. Contudo, os autores apontaram que houve variabilidades dos achados e certos aspectos metodológicos, os quais sugeriram que tais resultados não deveriam ser generalizados para outros municípios brasileiros (Paula *et al.*,

¹ Nesta pesquisa adota-se o termo “sinais de alerta” para a abordagem da detecção precoce dos TEA, de modo a se enquadrar com a expressão utilizada pelo Ministério da Saúde (Brasil) em seu manual publicado sobre o tema em 2014 intitulado “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo” (Brasil, 2014).

2011).

Dados do Centers of Disease Control and Prevention (CDC) demonstram que a prevalência dos últimos anos, nos Estados Unidos da América, está aumentando aparentemente de forma acelerada. No ano 2000, a prevalência dos TEA foi de 1 em cada 150 crianças, o que foi aumentando progressivamente nos anos subsequentes: 2004 (1 em 125), 2006 (1 em 110), 2008 (1 em 88), 2010 (1 em 68), 2012 (1 em 69), 2014 (1 em 59), 2016 (1 em 54), 2018 (1 em 44) e 2020 (1 em 36) (CDC, 2023)².

O CDC aponta ainda que os TEA são geralmente quatro vezes mais comuns entre meninos do que em meninas, e ocorre em todos os grupos raciais, étnicos e socioeconômicos. Não obstante, registra-se que há ainda certa distinção relacionada aos grupos mais desfavorecidos economicamente, para os quais o diagnóstico é mais tardio, e o menor acesso a terapias torna a quantidade de casos graves proporcionalmente maior (CDC, 2023; Baio *et al.*, 2020).

Tais dados demonstram que a incidência dos TEA quase que quadruplicou em 20 anos (2000 a 2020), no caso norte-americano. Essa “epidemia de autismo” é algo que vem chamando à atenção da comunidade científica internacional quando, em verdade, não há necessariamente uma epidemia de autismo de fato em curso, mas sim uma epidemia de necessidades, sobretudo de necessidades não atendidas.

Os TEA são compreendidos como uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento pessoal, ao longo da vida, ocorrendo uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nos aspectos que definem o seu diagnóstico (Zanon; Backes; Bosa, 2014).

Em estudo clássico sobre o tema, de autoria de Lorna Wing (1981), foi definida a chamada “tríade sintomatológica”, que é utilizada para o diagnóstico do transtorno, e que envolve: (1) ausência ou limitações no uso da linguagem verbal e/ou não verbal; (2) ausência ou limitações na interação social; e (3) ausência ou limitações das atividades imaginativas, que deixam de ser flexíveis para se tornarem estereotipadas e repetitivas.

Atualmente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, conhecido como DSM-5, o qual foi atualizado em março de 2022 pela American Psychiatric Association (APA), considera como critérios diagnósticos: (a) déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos; (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; (c) presença de sintomas precoces no

² O histórico dos dados estatísticos do CDC está disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

período do desenvolvimento (que podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida); (d) presença de sintomas que causam prejuízos clínicos significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente; e (e) comunicação social abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento, considerando comorbidade entre deficiência intelectual e TEA.

Em função desses critérios diagnósticos do DSM-5, comumente observa-se que as primeiras manifestações dos TEA aparecem antes dos 36 meses de idade, o que envolve a adoção de medidas de detecção precoce de sinais de alerta já nesses primeiros meses de vida. O quadro a seguir apresenta de forma sumarizada as características clínicas apresentadas por crianças em alerta para TEA, por faixa etária³, apontadas pelo Ministério da Saúde do Brasil:

Quadro 01 – Características clínicas de crianças com alerta para TEA, por faixa etária

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência de contato visual).	Não respondem quando são chamados pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz-de-conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência de fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência de balbúcio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por objetos que giram, portas de elevadores).
Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Seu isolamento pode aumentar.

Fonte: adaptado de Brasil (2015, p. 48)

³ Maior detalhamento sobre os indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta por faixa etária pode ser encontrado em “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo” publicada pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (Brasil, 2014, p. 17-31).

Registra-se que, durante o processo de desenvolvimento desta pesquisa, a APA lançou o DSM-5-TR, uma versão atualizada e revisada do DSM-5, de 2013. No que diz respeito ao campo dos TEA, houve apenas uma mudança em relação ao manual original: agora, para se enquadrar num quadro de TEA, autistas precisam se encaixar em todas as subcaracterísticas do domínio de dificuldade de comunicação social (APA, 2022). Também foi lançada, em fevereiro de 2022, a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da OMS (OMS, 2022), que fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde compartilhar informações padronizadas em todo o mundo.⁴

Os TEA vêm sendo reconhecidos não como uma doença, mas como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais. Até o momento busca-se explicar que as complexidades dos transtornos são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, a identificação e o diagnóstico dos transtornos baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (Zanon; Backes; Bosa, 2014).

Ressalta-se que o diagnóstico tem caráter clínico e multidisciplinar, devendo ser especialmente iniciado pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), que fazem o acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento da criança. O diagnóstico geralmente se dá por meio de observação direta da criança, escuta qualificada para coleta de informações com os pais ou responsáveis, bem como através da aplicação de escalas, questionários e protocolos padronizados de observação do comportamento (APA, 2013).

Embora o diagnóstico definitivo de TEA só possa ser estabelecido após os três anos de idade, a identificação de sinais de alerta pode e deve ser feita precocemente pelos profissionais que acompanham o desenvolvimento infantil (Brasil, 2015, p. 45), destacadamente pelos enfermeiros que atuam na APS. Assim, compreender as características clínicas de crianças com sinais de alerta para os TEA é um aspecto necessário e relevante para este profissional.⁵

Em geral, os sinais precoces são muito sensíveis para perturbações da comunicação e interação, mas pouco específicos para os TEA propriamente ditos, o que possibilita que avaliações, escalas e pesquisas apontem sempre no sentido de alertas para os transtornos ou indicadores de perturbações da interação e da comunicação. Pelo fato de os sinais apresentarem mais sensibilidade do que especificidade, é oficialmente indicado que o diagnóstico definitivo

⁴ Maiores informações podem ser obtidas em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e>

⁵ Alguns quadros esquemáticos pormenorizados sobre essas características são apresentados no manual do Ministério da Saúde intitulado “Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo TEA”, que foi publicado em 2014 (Brasil, 2014, p. 17-31).

seja definido a partir dos três anos, o que não desfaz o interesse da avaliação e da intervenção o mais precoce possível, para minimizar o comprometimento global da criança (Giambona *et al.*, 2023; Brasil, 2015).

Portanto, a identificação de sinais precoces, por profissionais da APS, possibilita a instauração imediata de intervenções importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta às terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, que podem estar futuramente associados aos TEA, podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais (Brasil, 2014, p.16).

É consenso que o diagnóstico tardio dos TEA tende a trazer repercussões bastante negativas para a qualidade de vida de crianças e de seus familiares. Acrescenta-se a isso, os efeitos do impacto inicial do diagnóstico para as famílias que, em muitos casos, recebem uma hipótese diagnóstica sem ainda a devida clareza de como proceder, o que dá início ao processo de uma busca de informações sobre as impressões diagnósticas recebidas. Em estudo de Bonfim *et al.* (2020), desenvolvido junto a familiares, retrataram-se experiência difíceis permeadas por sentimentos de choque, medo, tristeza, choro intenso e dificuldade de aceitar.

A detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA é um dever do Estado, pois, em consonância com os princípios da APS⁶, contempla a prevenção de agravos, a promoção e a proteção à saúde, propiciando a atenção integral, o que causa impacto na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. As diretrizes do SUS preconizam a essencialidade de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade, o que é o caso das crianças com alterações na interação e na comunicação, porque isso pode representar, além de outras dificuldades para o desenvolvimento integral da criança, o alerta para TEA (Brasil, 2015, p. 45-6; Rios; Camargo Júnior, 2019).

No SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é estruturada como um modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Trata-se de um projeto dinamizador do SUS,

⁶ A APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário (Brasil, 2017).

condicionado pela evolução histórica e organização deste sistema de saúde no Brasil (Mendonça *et al.*, 2023).

Por meio da APS, vem se implementando uma linha de cuidado para atenção às pessoas com TEA, como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁷ do SUS, a partir da compreensão de que esta linha de cuidado tem seu início a partir do primeiro contato da família da criança com sinais de alerta desses transtornos (Brasil, 2015, p. 107).

No âmbito da RAPS, a APS ocupa lugar estratégico não só na ordenação das diferentes redes de atenção, como também na construção de relações interpessoais profissionais e famílias, garantindo escuta qualificada às diversas necessidades de saúde e às diferentes formas de expressão de sofrimento. Com efeito, a articulação dos princípios da APS com outros pontos de atenção deve ser feita institucionalmente, de modo a evitar que as famílias se desloquem desnecessariamente e tentem individualmente seu acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários. Por isso, os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, podem e devem, sempre que necessário, acionar outros pontos da rede para melhor proceder ao diagnóstico de TEA, entre eles estão os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como o Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) para consultas diagnósticas de neuropediatria ou psiquiatria infantil, quando necessário (Brasil, 2015, p. 94-5).

Os NASF são compostos por equipes multiprofissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, nos quais os NASF estão cadastrados⁸. Os NASF ofertam apoio matricial especializado a tais equipes, de forma a incluir a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes⁹, o que, entre outras ações, pode incluir também suporte ao diagnóstico, atendimento conjunto e suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS).

O NASF não se constitui como porta de entrada do SUS (pois não é um ambulatório), mas sim um dispositivo de apoio à ESF, tendo como eixos a corresponsabilização, a gestão

⁷ A RAPS integra o SUS e compartilha de seus princípios e suas diretrizes (Brasil, 2011). Compõem a RAPS, a APS, a Atenção Psicossocial Estratégica, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, a Estratégia de Desinstitucionalização, as Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2015, p. 93).

⁸ Os NASF são compostos pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiros, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, sanitarista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra, de acordo com a modalidade do NASF e com as especificidades locais/regionais. (Brasil, 2015, p. 96).

⁹ O termo “paciente” será empregado ao longo do texto desta pesquisa, pois é a definição de Hildegard Peplau (referencial teórico aqui adotado) para o indivíduo que necessita de atendimento de saúde

compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. Tem os objetivos de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização. Portanto, em relação às pessoas com TEA, o NASF é um recurso a ser acionado para contribuir de maneira conjunta e corresponsabilizada para o processo diagnóstico e a proposição do PTS, bem como para a sua viabilização (Brasil, 2015).

Ressalta-se que o PTS se relaciona ao direcionamento das ofertas de cuidado, o qual é construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço de saúde e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às crianças com TEA, valorizando as relações interpessoais. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos.

Esta forma de organizar o cuidado permite que a equipe de saúde não seja envolvida apenas pelas demandas mais aparentes e urgentes, deixando de lado aquelas demandas que podem ser, de algum modo, invisíveis ao ritmo acelerado dos serviços de saúde. Tal forma divide a responsabilidade do olhar para cada pessoa que busca e se insere num ponto da rede de atenção à saúde, a fim de garantir a plasticidade necessária aos serviços para responder às complexas necessidades dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2015).

Já o CAPS é um serviço comunitário que deve operar de portas abertas, sem barreiras de acesso ou agendamento, para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferecem cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. É um serviço estratégico da RAPS e tem a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial. Assim, é um dos serviços de referência para o cuidado às crianças com TEA, independentemente de sua idade. Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações, considerando-se a complexidade das necessidades das pessoas com TEA e também a intensidade da atenção desenvolvida pelos familiares. Em geral, os CAPS se diferenciam pelo tipo de pacientes atendidos, sendo os CAPSi responsáveis pelo atendimento específico de crianças e adolescentes¹⁰ (Brasil, 2015, p. 98).

¹⁰ Os CAPS foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados. A equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos,

Ressalta-se que, enquanto porta de entrada do SUS, a APS tem função estratégica quanto ao acompanhamento do desenvolvimento das crianças. Assim, no primeiro ano de vida são realizadas consultas com as equipes da ESF, podendo ser com o profissional de saúde enfermeiro ou médico, nas seguintes idades da criança: até 15 dias de vida, 30 dias de vida, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e 12 meses. Ao completar um ano de idade, o intervalo entre as consultas aumenta, sendo realizadas aos 15 meses, dois anos, quatro a seis anos, sete a nove anos e 10 anos. Em todos esses encontros devem ser avaliados aspectos relativos ao acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil, bem como possíveis distúrbios (Brasil, 2012).

Por oportuno, em estudo desenvolvido por Ribeiro, Silva e Puccini (2010) é ressaltado que os agentes comunitários de saúde (ACS) são aqueles que, no âmbito da Rede de Atenção Básica, geralmente realizam visitas mensais às casas de crianças de até 24 meses de idade, ocasião em que têm a oportunidade de acompanhar as crianças em seu ambiente natural, utilizando a abordagem da vigilância do desenvolvimento como um eixo integrador da atenção à saúde. Ademais, no estudo de Steyer, Lamoglia e Bosa (2018) se assevera a ideia de que, no âmbito da Rede de Atenção Básica, cujas ações ocorrem a partir da atuação de equipes multiprofissionais, os ACS, especificamente, podem desempenhar um papel relevante na suspeição precoce dos TEA, haja vista que a sua atuação constitui o primeiro nível de acesso das famílias à assistência à saúde, os quais utilizam a abordagem da vigilância do desenvolvimento como um eixo integrador da atenção à saúde. Esse eixo, por sua vez, compreende as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento típico e à detecção de desvios nesse processo. Nesse sentido, não somente os profissionais enfermeiros, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de nível superior têm papel na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças, mas também os ACS pela proximidade da vivência no território.

Ressalta-se ainda que o acompanhamento do desenvolvimento infantil e os cuidados em saúde necessários devem seguir o que está preconizado na Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2015, p. 94). Durante as consultas cabem aos profissionais de saúde, e em especial aos enfermeiros, avaliarem o desenvolvimento mental, físico, auditivo, visual ou relacional, além

psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, entre outros, que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com os usuários e suas famílias e articuladas a projetos terapêuticos singulares (PTS) (Brasil, 2015, p. 98).

de escutarem comunicados, queixas, opiniões e preocupações dos pais, dos cuidadores, da creche e da escola sobre a criança.

Em geral, os distúrbios de linguagem e/ou cognitivos costumam ser menos identificados nas consultas de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento, enquanto que os distúrbios com predomínio motor (como por exemplo, a paralisia cerebral) costumam ser mais facilmente diagnosticados. No entanto, os distúrbios de linguagem e/ou cognitivos têm maior correlação com o progresso do desenvolvimento do que as alterações na evolução do comportamento motor. Embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, distúrbios de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais tendem a não serem facilmente diagnosticados antes dos três anos de idade. Os distúrbios do desenvolvimento de predomínio relacional caracterizam-se por distúrbios na interação social e na comunicação. Uma parte de tais crianças apresenta déficits cognitivos, sendo o autismo um transtorno mais grave deste amplo espectro de entidades (Brasil, 2012).

Não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de crianças com TEA. Comumente, recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso. Desse modo, no âmbito da RAPS no SUS, existem algumas abordagens e tecnologias que vêm sendo indicadas para o cuidado dessas crianças, tais como: tratamento clínico de base psicanalítica, análise do comportamento aplicada (ABA), comunicação suplementar e alternativa (CSA), integração sensorial, tratamento e educação para crianças com TEA (TEACCH), acompanhamento terapêutico, aparelhos de alta tecnologia e tratamento medicamentoso para certos sinais acessórios (condutas agressivas e autolesivas, episódios de raiva e descontrole, dificuldades para conciliar o sono e a inquietude extrema) (Brasil, 2015).

Apesar dos aspectos ora considerados, parte-se do pressuposto de que medidas adequadas e de fato resolutivas, voltadas às crianças com TEA, ainda não são plenamente desenvolvidas no SUS, como também nos demais setores públicos, como os da Educação, Trabalho, Transporte e Cidadania, apesar de todos os esforços desenvolvidos por associações de pais, comunidades científicas e organizações não governamentais. Há que se ter maior esclarecimento, celeridade e organização sobre a abordagem deste sério problema.

No campo universitário, observa-se que os próprios currículos de formação das carreiras da área da Saúde tendem a não explorar satisfatoriamente o tema, no sentido de se desenvolverem habilidades e competências específicas para melhor abordagem dessa demanda. Isso tende a trazer implicações para a qualidade dos processos de detecção precoce dos TEA, uma vez que a construção dessas habilidades e competências deveria ser estruturada desde as

escolas de formação.

Ressalta-se que existem testagens diagnósticas multidisciplinares aplicadas em algumas clínicas especializadas, cujo acesso é bastante difícil às famílias com baixo poder aquisitivo, especialmente pelos elevados preços praticados. Para além disso, pressupõe-se que existe uma aparente desarticulação na organização do Setor Saúde para dar conta desta demanda no país o que, em última análise, trata repercussões negativas para a detecção precoce de casos de crianças com TEA.

Nas ações de assistência materno-infantil da APS, as equipas profissionais são importantes na tarefa de identificação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento (Brasil, 2014, p. 16). Como exemplo, cita-se a relevância do preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança (CSC), um instrumento potente de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.

Estudo de Araújo *et al.* (2021) revelou que os fatores que influenciam a ausência ou preenchimento inadequado da CSC são principalmente a falta de capacitação profissional para o preenchimento, a indisponibilidade da caderneta nas unidades, o tempo insuficiente para fazer uma consulta de qualidade e a desvalorização do instrumento pelas mães ou responsáveis. Assim, a CSC constitui-se em uma importante iniciativa para a detecção dos sinais de alerta dos TEA.

No âmbito das iniciativas de análise do desenvolvimento infantil, não só os profissionais têm papel estratégico, mas as famílias também. Com efeito, há que se considerar que nem sempre é possível verificar os sinais dos TEA se a criança não é conduzida a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). E isso ocorre quando a família não percebe os sinais disfuncionais nos primeiros meses de vida, seja por proteção frente aos estigmas sociais, seja por negação ou desinformação, seja ainda, em casos extremos, por negligência com a criança (Nascimento *et al.*, 2018).

Como agravante, a ideia equivocada de que a identificação dos sinais de alerta dos TEA não é propriamente uma responsabilidade dos enfermeiros também tende a ser um obstáculo a maior para a detecção precoce e participação deste profissional neste processo (Nascimento *et al.*, 2018). Por ocupar uma posição destacada na APS, o conhecimento teórico, o pensamento crítico, o conhecimento prático e a oportunidade de terem acesso às situações de saúde/doença dos pacientes e de suas famílias oportunizam aos enfermeiros a vantagem de serem importantes agentes no processo de detecção precoce de sinais de alerta dos TEA na comunidade, haja vista os múltiplos papéis nas **relações interpessoais** que este profissional pode vir a desenvolver junto às famílias (Peplau, 1992).

Desse modo, esses agentes reúnem condições que tendem a ser favoráveis para o desenvolvimento de intervenções de forma mais resolutiva frente a tal problemática. Contudo, há que se compreender que as demandas voltadas à detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças são uma necessidade que envolve profissionais de outras áreas de conhecimento, em perspectiva multidisciplinar, como já reafirmado.

No campo das práticas de detecção precoce, tanto no cenário nacional como no internacional, a maioria dos programas de capacitação tem como alvo os profissionais de saúde com formação de nível superior, que atuam nos serviços de APS. Os resultados dos estudos têm demonstrado que, após a realização desses programas, os profissionais passaram a identificar um maior número de crianças com sinais de alerta dos TEA, quando comparado com os índices de identificação anteriores (Brasil, 2015; Brasil, 2014; Alruwaili *et al.*, 2023; Blancher; Yetman, 2023; Steyer, 2016; Posar; Visconti, 2023).

A partir desse ponto de vista, destaca-se a pertinência em se delinear programas de identificação de sinais de alerta para TEA que incorporem em seus conteúdos, além desses sinais propriamente ditos, informações detalhadas sobre os marcos de desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança, de modo que constituam parâmetros típicos do desenvolvimento sociocomunicativo e do comportamento infantil (Steyer; Lamoblia; Bosa, 2018, p. 1.398). Nesse sentido, instrumentalizar os profissionais da APS parece ser estratégico, justamente para se alcançar a equidade a favor das famílias mais vulneráveis.

Diante do exposto faz-se necessário compreender como se dá a participação dos enfermeiros, sob a perspectiva das **relações interpessoais**, uma vez que, no âmbito da equipe multidisciplinar e das demandas de saúde mental e de atenção psicossocial, a Enfermagem presta cuidados a pacientes e seus familiares, dando suporte à: *orientação* às crianças e famílias sobre as suas necessidades; *identificação* da dependência dessas crianças e famílias em relação à assistência em saúde; *exploração* dos serviços e cuidados prestados; e *solução* das demandas (Peplau, 1992).

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

As questões norteadoras definidas para o desenvolvimento deste estudo foram as seguintes:

- Como se dá a participação de enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

- Como as relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças pode potencializar o processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo?

1.4 OBJETIVOS

- Descrever a participação de enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde; e

- Analisar as relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo.

1.5 JUSTIFICATIVA

Estudos vêm revelando que os serviços de APS são comumente de difícil acesso e que há dificuldades nos mecanismos de referência e contrarreferência¹¹, no que diz respeito à assistência às crianças com necessidades de saúde especiais (CRIANES) (Picco *et al.*, 2022; Andrade *et al.*, 2023; Casacio, 2022). Outros estudos apontam que, em geral, as famílias dessas crianças mostram-se envolvidas em um cuidado solitário e feminino, além de pouco centrado em planos assistenciais no âmbito do SUS. Em certas situações, aqueles que não possuem acesso às redes de cuidado acabam ficando à mercê da própria sorte, lutando por seus direitos de forma solitária (Bezerra, 2022; Neves *et al.* 2015; Schimith *et al.*, 2021).

Outros estudos consideram que as primeiras dificuldades manifestas por parte das crianças com sinais de alerta dos TEA apresentam-se de formas bastante sutis, especialmente quando se tratam crianças com menos de três anos de idade, ainda muito pequeninas, ou quando não gravemente comprometidas. Esse estado leva à ponderação de que os TEA são demonstrados mais como uma espécie de desvio qualitativo do desenvolvimento do que propriamente pelo seu atraso (SEebeck; Sznajder; Kjerulff, 2023; Falck-Ytter; Bussu, 2023; Lee *et al.*, 2023).

¹¹ A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismo do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde (Andrade; Francischetti, 2019).

Devido às particularidades clínicas e à complexidade de certos diagnósticos, as CRIANES necessitam de uma rede de cuidados multiprofissional para o acompanhamento de sua saúde, que proporcionem uma vida com melhor qualidade, não só para as mesmas, mas também para seus familiares cuidadores, atuando como facilitador do empoderamento dessas famílias. Conhecimento sobre as necessidades, condições de vida, demandas de cuidado e de acesso podem auxiliar na reestruturação dos serviços e acolhimento na APS (Neves *et al.* 2015; Cabral *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de se amplificar a discussão sobre a segurança e a qualidade de práticas assistenciais especializadas voltadas à detecção precoce dos sinais de alerta de TEA, o que pode dar suporte para a orientação de ações de capacitação de profissionais da APS e de educação permanente acerca desta temática. Também, acredita-se que, no Brasil, há uma necessidade de criação, organização e desenvolvimento de pesquisas e políticas públicas de saúde voltadas para o diagnóstico e intervenção precoce dos TEA.

Com efeito, alguns estudos apontam a importância do acesso a intervenções precoces para a melhora do quadro clínico dos casos de TEA, ao tempo que destacam que a precocidade do diagnóstico e da intervenção geram ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento desses indivíduos, aspecto este associado à plasticidade cerebral (Gabbay-Dizdar *et al.*, 2022; Dawson, 2008; Maksimović *et al.*, 2023). Outros apontam que os ganhos consequentes das intervenções precoces podem reduzir substancialmente os gastos com o tratamento das crianças com TEA, tanto para a família como para o próprio sistema público de saúde (Oliveira, 2017; Carvalho *et al.*, 2013).

Um ponto que chama à atenção é o abordado nos estudos de Nunes, Souza e Giunco (2009) e de Sena, Reinalde e Silva (2015), os quais ressaltam que um dos aspectos motivadores para o desinteresse dos profissionais da área de Enfermagem sobre a abordagem do autismo pode estar relacionado à falta de estímulos durante a formação acadêmica, que, em alguns momentos, carece de conteúdos de Atenção Psicossocial e Saúde Mental de forma mais bem sustentada nas grades curriculares voltadas à Saúde da Criança. Nessa direção, o estudo de Nascimento *et al.* (2018) aponta que a falta de capacitações ofertadas pelos serviços voltadas para a Atenção Psicossocial e Saúde Mental em geral, e específicas sobre os TEA, tendem a limitar a atuação dos profissionais.

Por seu turno, almejou-se que o desenvolvimento desta pesquisa possa vir a subsidiar a orientação de profissionais e serviços de saúde quanto à tomada de decisão sobre quais intervenções podem/devem ser estruturadas no contexto da APS, em face das demandas de

detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA. Acredita-se que o contato com profissionais de saúde da APS para a abordagem dessa problemática pode vir a sensibilizar e a suscitar elementos importantes para a (re)configuração de práticas, que envolvam ações de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA entre as famílias assistidas.

Espera-se, ainda, que esse estudo possa vir a inspirar os pesquisadores a atentarem para os fenômenos que envolvem os TEA, a fim de produzirem projetos/pesquisas, cujos resultados manifestos sob a forma de produtos, processos e tecnologias, que tenham condições efetivas de trazerem inovações para a prática assistencial, possam potencializar a melhor compreensão e abordagem dos TEA.

A fim de se acessar e reconhecer informações atualizadas advindas de fontes técnico-científicas sobre o tema desta dissertação de Mestrado, na fase inicial de redação do texto (no 2º semestre de 2021) foi desenvolvido o **Estado da Arte**. Para tanto, tomou-se como base a seguinte **pergunta de pesquisa**: *quais são os conhecimentos disponíveis na literatura técnico-científica sobre o processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, que é desenvolvido no contexto da Atenção Primária à Saúde?*

A pergunta de pesquisa foi estruturada segundo o mnemônico **PICo**, da seguinte forma: **P**opulação (crianças de até três anos de idade); fenômeno de **I**nteresse (detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA); e **C**ontexto (atenção primária à saúde).

Nesse sentido, a estratégia de busca contemplou **descritores** DeCS (da BVS), MeSH (da PubMed) e Emtree (da Embase) combinados por meio de operadores booleanos OR e AND, relacionados a esses três elementos do mnemônico PICo para análise qualitativa.

Quadro 02 – Estratégias de busca definidas por meio dos descritores DeCS, MeSH e Emtree, a partir dos elementos da estratégia PICo qualitativa

Elementos da Estratégia PICo	Descritores DeCS/MeSH/Emtree e termos de interesse
População	criança OR "lactente" OR "pré-escolar" OR "child" OR "infant" OR "child, preschool"
fenômeno de Interesse	"transtorno do espectro autista" OR autismo OR "detecção precoce" OR "autism spectrum disorder" OR "autism"
Contexto	"atenção primária à saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "primary health care" OR "family health strategy"
Estratégia de busca utilizada	("criança" OR "lactente" OR "pré-escolar" OR "child" OR "infant" OR "child, preschool") AND ("detecção precoce" OR "transtorno do espectro autista" OR autismo OR "autism spectrum disorder" OR "autism") AND

	("atenção primária à saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "primary health care" OR "family health strategy")
--	--

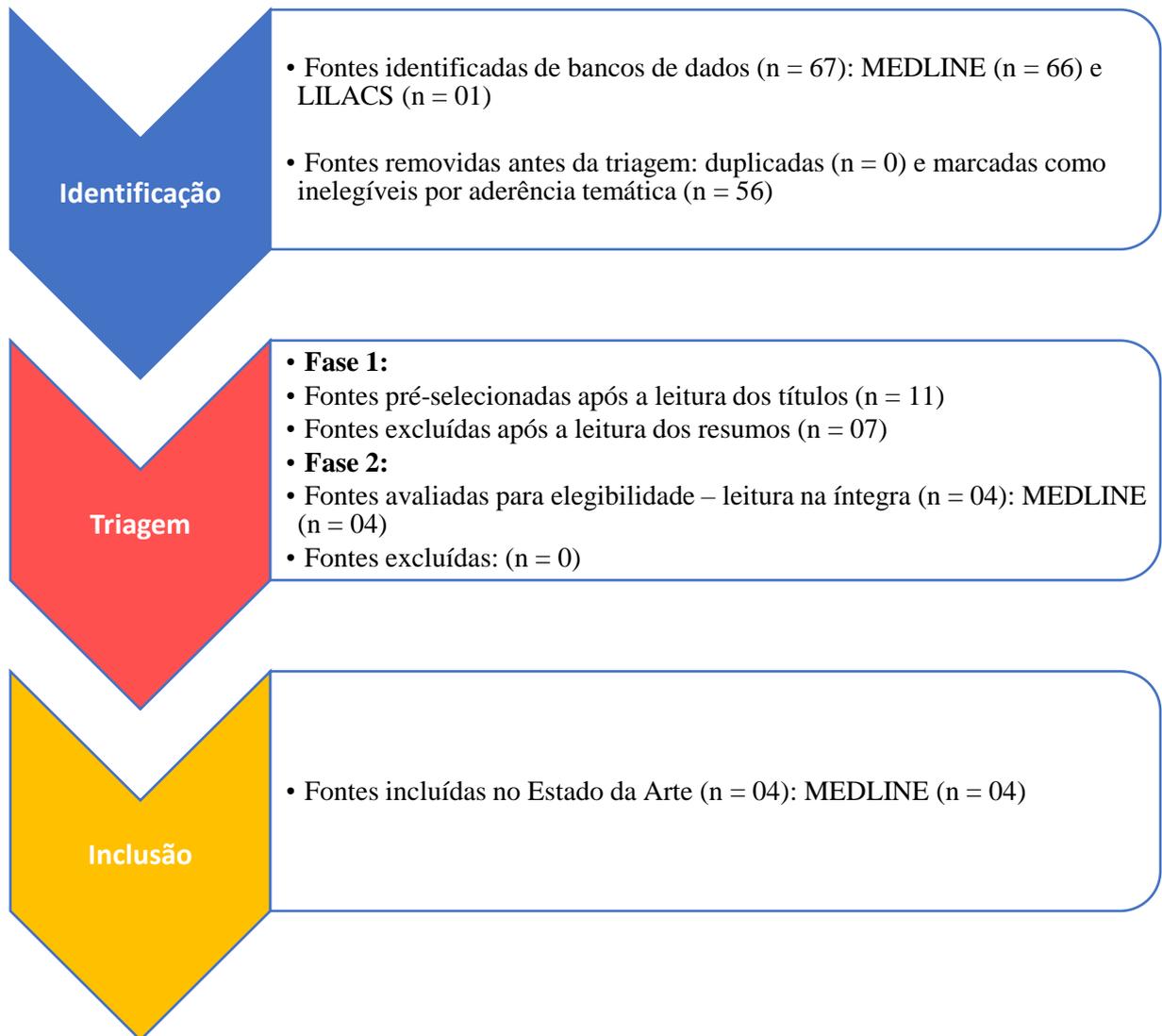
Fonte: a Autora (2021)

Desse modo, foi consultado o Portal Regional da BVS (<https://bvsalud.org/>), repositório que reúne diversas bases de dados, tais como: MEDLINE, LILACS, IBECs, PAHO, dentre outras. Os estudos pré-selecionados obedeceram aos seguintes **critérios de inclusão**: artigos científicos em texto completo redigidos em quaisquer idiomas; e publicados nos últimos cinco anos, considerando a janela temporal de janeiro de 2016 a novembro de 2021, a fim de serem obtidas fontes com informações mais atualizadas. Foram **critérios de exclusão**: fontes duplicadas nas bases de dados; protocolos de pesquisas sem resultados; e que não tivessem aderência à pergunta de pesquisa e temática.

A pré-seleção foi realizada a partir da leitura dos títulos e dos resumos das fontes inicialmente encontradas. Uma vez estabelecida a observância dos critérios de elegibilidade, foi realizada a extração dos dados, a partir de leitura exploratória e definição da amostra final. Assim, das 67 publicações recuperadas por meio da estratégia de busca foram selecionados quatro artigos.

O fluxograma a seguir demonstra o processo de identificação de fontes de informação nas bases de dados:

Figura 01 – Fluxograma de identificação, triagem e inclusão de fontes de informação



Fonte: a Autora (2021)

Ao todo foram incluídos quatro artigos publicados em 2017 (01), 2019 (01), 2020 (01) e 2021 (01). Dos artigos selecionados, três foram publicados nos Estados Unidos da América, e um em Bangladesh. O **Apêndice A** reúne a descrição detalhada dos estudos incorporados.

A leitura deste *corpus* possibilitou a definição de uma categoria temática, em função do destaque a certos aspectos no conteúdo das publicações, que se referiram especialmente ao desenvolvimento e emprego de tecnologias de detecção precoce dos TEA.

Assim, no estudo de Sturner *et al.* (2017), foi examinado o efeito da idade na conclusão de um teste de triagem de autismo sobre as taxas de falha de cada item, contrastando com a aplicação de crianças mais velhas (> 20 meses) com crianças mais novas (< 20 meses). Para tanto o estudo foi desenvolvido junto a uma amostra de “cuidados primários comunitários” de

73.564 crianças norte-americanas, sendo 39.656 mais velhas e 33.908 mais novas. Este aspecto fora anteriormente encontrado em um estudo que apontou a idade como uma variável importante para o diagnóstico de autismo (Sturner *et al.*, 2013).

A tecnologia aplicada foi a lista de verificação modificada para autismo em crianças (M-CHAT) que, inclusive, é referida pelo Ministério da Saúde no manual técnico “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (Brasil, 2014, p. 37). Esta lista de verificação modificada para autismo em crianças contempla 23 itens para autismo em crianças, e consta de uma lista de verificação do relatório dos pais em itens apresentados em um formato sim / não.

Os dados foram coletados de 280 consultórios de “cuidados primários pediátricos” em todas as regiões dos Estados Unidos da América. Concluiu-se que as taxas de falhas mais altas se dão entre crianças mais novas (< 20 meses) em relação às mais velhas (> 20 meses), e que há necessidade de revisão da pontuação da lista de itens do M-CHAT, alternativas mais sensíveis à idade e gênero, padronização de estratégias de triagem para crianças mais jovens, e que consultas para check-up em crianças mais novas deve ser uma prioridade, a fim de melhorar a detecção precoce.

No estudo de Tariq *et al.* (2019) foram utilizados vídeos caseiros de crianças de Bangladesh coletados em um hospital pediátrico, abordando atrasos de desenvolvimento, incluindo condições de fala e linguagem, em comparação com vídeos coletados nos Estados Unidos. Conforme é apontado pelos pesquisadores, a comparação se constituiu em uma limitação em função de certos aspectos culturais sobre nuances comportamentais.

A tecnologia empregada envolveu o uso de classificadores para distinguir entre desenvolvimento típico / atípico e transtornos do espectro do autismo / condições de atraso na fala e na linguagem.

O estudo apontou potencialidades do desenvolvimento desta tipologia tecnológica, destacando que, em áreas onde os recursos são escassos, essa ferramenta pode ser essencial para realização de uma triagem confiável e com boa relação custo-benefício. Pois, os pais podem enviar pequenos vídeos caseiros de seus filhos para a “nuvem”, momento em que o vídeo é encaminhado para vários avaliadores que realizam a marcação de recursos do comportamento da criança. Com base nos padrões de anotação anteriores dos avaliadores e seus modelos associados, a criança receberia uma probabilidade de risco prevista de atraso no desenvolvimento ou TEA e uma equipe clínica próxima poderia então ser alertada, conforme apropriado. No caso de Bangladesh, país com população de 160 milhões, dos quais cerca de

45% estão na faixa etária pediátrica, o acesso a serviços confiáveis pode ser limitado. A formalização das abordagens documentadas aqui pode permitir um alcance e cobertura mais ampla por meio de atendimento remoto, permitindo que equipes clínicas com poucos recursos implantem seus esforços onde são mais necessários. De certa forma, em função das possíveis dificuldades operacionais de detecção precoce de sinais de alerta dos TEA, esta tecnologia poderia ser aplicada no Brasil.

Já no estudo de Micheletti *et al.* (2020), por meio de revisão sistemática e meta-análise, foram comparados os resultados no nível de desenvolvimento e sinais de crianças de 24 a 36 meses de idade com TEA verificada em três métodos de averiguação diferentes: acompanhamento prospectivo (PRO), referência à comunidade (COMM) e triagem universal.

Ao todo 20 estudos foram selecionados na amostra final, cujo tratamento dos dados oportunizou se chegar a algumas conclusões: a de que crianças assistidas em unidades comunitárias seriam mais prejudicadas em relação a seu acompanhamento, apontando que pesquisas adicionais são necessárias para sondar os efeitos sociodemográficos nos resultados clínicos de crianças pequenas com TEA.

Os autores apontam que devem ser amplificadas as estratégias de vigilância - como envolvimento dos pais e educação e monitoramento e avaliação precoce da criança – a fim de melhorar o padrão de análise de desenvolvimento, detecção e diagnóstico de casos de TEA. Apontam, ainda, que pesquisas futuras devem determinar qual a estratégia de vigilância tem condições de melhorar tais resultados.

Eisenhower *et al.* (2021) analisaram as disparidades potenciais na implementação de um protocolo de avaliação diagnóstica e triagem de TEA em vários estágios, com 4.943 crianças com idades entre 14-36 meses (média de 22,0 meses; 62,9% meninos, 73,3% crianças “de cor”¹², 34,9% que não falavam a língua inglesa - linguagem primária, 64,5% com seguro público).

O estudo teve o propósito de melhorar o engajamento na triagem de casos de TEA e de considerar o acesso ao diagnóstico para crianças marginalizadas por questões étnicas, linguísticas e socioeconômicas, o que, em muitos casos, mostrava-se atrasado. Diante disso foi examinada a viabilidade de implementação de um modelo de triagem integrado na comunidade em vários estágios para identificar casos de TEA, bem como sua capacidade de abordar disparidades de saúde na triagem e diagnóstico de TEA. Segundo os autores, este modelo de triagem em vários estágios se mostrou promissor para melhorar oportunamente e

¹² O termo “crianças de cor” foi empregado por Eisenhower *et al.* (2021), autores do referido estudo.

equitativamente o acesso a diagnósticos de TEA.

Em suma, por meio da análise desta amostra, as questões tecnológicas vêm sendo oportunamente consideradas nos estudos que abordam a detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças de até três anos de idade (em contextos próprios de APS), buscando reiterar as questões que envolvem o acesso, especialmente daqueles grupos mais vulneráveis, seja por questões econômicas, sociais, étnicas ou culturais.

Registra-se ainda que, nesta seleção, constatou-se que não foram localizados estudos desse tema (detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA) com a estratégia de busca aplicada publicados por enfermeiros ou que os tenham como participantes. Eles são os profissionais que, no contexto da APS, podem atuar de modo a intervir positivamente na detecção precoce dos sinais de risco dos TEA.

1.6 RELEVÂNCIA

A relevância desta dissertação está centrada na tríade social, profissional e acadêmica, uma vez que considera distintas possibilidades e necessidades. Assim, no que diz respeito à **relevância social**, a pesquisa busca oferecer subsídios para o suporte ao cuidado integral às crianças com sinais de alerta dos TEA e seus familiares, na medida em que tem potencial para melhorar a qualidade de vida, saúde e bem estar, e diminuir o sofrimento humano ao indicar, entre os seus resultados, evidências que possam subsidiar as práticas em saúde. Esse aspecto envolve a necessidade de se (re)considerar a estruturação de políticas públicas mais resolutivas e bem enquadradas às demandas dessas crianças e de seus familiares.

Sobre a **relevância profissional**, a dissertação reafirma a necessidade e potência da atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde, ressaltando aspectos sobre a participação mais ativa do enfermeiro sobre o tema destacado.

Em relação à **relevância acadêmica**, a pesquisa contribui com o processo de produção de conhecimento no campo dos estudos sobre as CRIANES, buscando inspirar positivamente os pesquisadores sobre a necessidade de investimento em projetos futuros sobre problemáticas relacionadas aos fenômenos dos TEA.

1.7 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este estudo fortalece o debate sobre o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, no que diz respeito à detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA e ao cuidado específico a esse grupo.

De certo, é fundamental que o profissional tenha bastante experiência sobre os TEA e também que entenda profundamente sobre comportamentos infantis de forma geral, para que, então, a detecção precoce de seus sinais de alerta seja feita com êxito. Ressalta-se que uma das principais dificuldades em identificar esses sinais de alerta são as inúmeras condições clínicas adversas e comorbidades associadas, que infelizmente acabam por se confundir com os TEA ou agravar o quadro, e resultar em diagnósticos equivocados. Por isso, é tão necessária a capacitação dos profissionais, para que saibam distinguir as condições clínicas características de cada transtorno e as possíveis comorbidades associadas a cada caso, por mais semelhantes que esses possam se parecer (Pessim, Fonseca, 2015; Sena *et al.*, 2015).

Parte-se da premissa de que o enfermeiro tem um papel relevante na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, e que o contexto da APS reúne boas condições para que este trabalho possa ser efetivamente realizado, inclusive para aquelas CRIANES cujas famílias possuem maior dificuldade financeira e de acesso à educação/informação/assistência/cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa foi norteada pela **Teoria das Relações Interpessoais** (TRI), desenvolvida pela enfermeira norte-americana Hildegard Elizabeth Peplau (1909-1999). Reconhecida como a mãe da Enfermagem Psiquiátrica, esta autora iniciou os seus estudos na área da Enfermagem em 1931. Mais tarde, em 1943, no contexto da 2ª Guerra Mundial (1939-1945), graduou-se em Psicologia Interpessoal; e já entre os anos de 1947 e 1953, obteve seus títulos de Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade da Columbia (D'Antonio *et al.*, 2014).

Em 1952, ela publicou a obra *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*, por meio da qual propôs um novo paradigma para a assistência em Enfermagem Psiquiátrica, com foco nas relações interpessoais enfermeiro-indivíduo-comunidade (Peplau, 1992; Carlon *et al.*, 2019).

A partir desta obra, Hildegard Peplau apresentou a sua Teoria, em que destaca a busca por uma relação terapêutica positiva entre enfermeiros e pacientes durante a experiência do cuidado (Franzoi *et al.*, 2016). Ela aborda a Enfermagem como um processo interpessoal, terapêutico, significativo e educativo capaz de estabelecer, por meio da comunicação, a construção/evolução de uma dinâmica interativa com o seu usuário, valorizando a participação do mesmo na sua situação de saúde e demandando autoconhecimento do profissional (Carlon *et al.*, 2019).

Sua Teoria foi construída por meio do conhecimento das ciências do comportamento, recebendo forte influência de renomados pensadores da área da Psiquiatria, tais como: Percival Simonds, Harry Sullivan, Abraham Maslow e Neal Miller (Ataíde; Pagliuca; Damasceno, 2002). Desse modo, para a estruturação de sua Teoria, Hildegard Peplau focou em bases teóricas alinhadas à interação (Belcher; Fish, 2000). Assim, além de se caracterizar como uma proposição de cunho interacionista, a TRI também se distingue como uma teoria explicativa, na medida em que explica como a Enfermagem pode ser compreendida enquanto processo interpessoal relacionado às causas e efeitos da interação, constituindo-se em uma abstração sistemática da realidade, que pode trazer potenciais contribuições para a fundamentação da sua própria prática (Barnum, 1998).

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau descreve **quatro fases** distintas para a abordagem do relacionamento interpessoal, a saber: 1) orientação; 2) identificação; 3) exploração; e 4) solução. Essas quatro fases são permeadas por percepções particulares do indivíduo e do enfermeiro, e enquadram o processo comunicativo como um aspecto indispensável a cada uma das etapas (Peplau, 1992; Peplau, 1997).

Figura 02 – Fases da abordagem da relação interpessoal sob a óptica da Teoria de Hildegard Peplau



Fonte: a Autora (2024)

Na fase inicial de **orientação**, o enfermeiro e o paciente/família têm o primeiro contato, quando se sentem como estranhos, e passam processualmente a identificarem e compreenderem as necessidades do problema existente. O paciente/família tem uma necessidade de saúde percebida; contudo, essa necessidade pode não ser prontamente identificada ou mesmo compreendida pelos agentes envolvidos, por que eles ainda são estranhos (Peplau, 1992).

A título de exemplificação, uma mãe de uma criança com comportamentos que a família julga inadequados pode procurar apoio em uma unidade básica de saúde próxima a sua residência, a fim de buscar orientação. Assim, a orientação envolve atitudes, tanto do enfermeiro quanto do próprio paciente/família, no sentido de dar ou receber ajuda, circunstância em que esses agentes do processo interpessoal apresentam papéis igualmente relevantes na interação terapêutica.

Esse é um momento propício para o estabelecimento de vínculos entre o paciente/família e o enfermeiro, quando se inicia o trabalho de enfrentamento do problema apresentado. Este vínculo tende a ser fortalecido enquanto as preocupações e dificuldades vão sendo identificadas, o que irá confluir em uma decisão conjunta sobre o tipo de assistência necessária para o caso, o que pode, inclusive, demandar encaminhamentos para abordagens diagnósticas e terapêuticas específicas. Nessa primeira fase de orientação, há uma influência significativa da reação do profissional enfermeiro e também do paciente/família, o que se

relaciona com a sua cultura, religião, raça, valores, crenças, antecedentes educacionais, experiências, ideias pré-concebidas e expectativas (Belcher; Fish, 2000).

No final da fase de orientação, o enfermeiro e o paciente/família empenham-se mutuamente para identificar o problema com clareza, e passam a sentir-se mais à vontade um com o outro. Além disso, o paciente/família torna-se mais confortável nesse ambiente de ajuda, o que os torna prontos para evoluírem para uma próxima fase: a identificação (Belcher; Fish, 2000).

Nesta segunda fase, de **identificação**, o paciente/família passa a responder de forma mais seletiva e direta àqueles que podem atender suas necessidades, de fato. Desse modo, tanto o paciente/família quanto o enfermeiro devem esclarecer as suas percepções e expectativas. Em geral, cada paciente/família responde distintamente nesta fase, buscando ativamente ou esperando impassível até que o enfermeiro se aproxime. Segundo Peplau (1992), a resposta ao enfermeiro ocorre em três etapas: 1) participar com o enfermeiro e ser interdependente dele; 2) ser autônomo e independente do enfermeiro; ou 3) ser passivo e dependente do enfermeiro.

No bojo do objeto deste estudo, compreende-se que a família, na fase de identificação, deve ter condições propícias de selecionar aqueles profissionais ou serviços que poderão lhe ajudar na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA. Com efeito, a relação de ajuda ocorre porque uma das partes precisa de informação, instrução, conselho, compreensão, apoio ou tratamento, que a outra parte pode vir a oferecer (Carvalho, 2013, p. 123). Essa perspectiva é pontuada pela professora emérita Vilma de Carvalho, que também aborda outras impressões sobre a prática da Enfermagem em si como relação de ajuda:

A assistência de Enfermagem, - como resposta diretamente voltada para as necessidades dos pacientes -, configura-se como relação de ajuda [...]. Este enunciado é não apenas uma proposição básica, mas um conceito fundamental da concepção teórica da relação de ajuda como elemento distintivo, de coerência lógica e inerência objetiva, ou eixo epistemológico na consubstanciação da prática de prestar cuidados de Enfermagem [...] A relação de ajuda é a primeira e a última da totalidade da prática da Enfermagem (Carvalho, 2013, p. 108, 123).

Na fase de identificação, a família passa a relatar a condição de saúde de sua criança de modo mais fluido, momento em que o conhecimento e impressões da família passam a ser levados em consideração, o que pode promover maior aproximação dos agentes envolvidos. Oportunamente, neste processo, a predisposição para a escuta de qualidade das demandas da família tende a levar em consideração as divergências de atitude e opinião, os pensamentos e a

partilha de experiências, como aspectos necessários para o desenvolvimento de relações interpessoais (Gurgel; Tourinho; Monteiro, 2014).

Já na fase de **exploração**, o paciente/família se beneficiam dos serviços disponíveis, quando passam a sentir-se como integrante do ambiente de ajuda, e iniciam o controle da situação. Os enfermeiros devem procurar compreender as distintas manifestações e solicitações do paciente/família sobre a sua situação de saúde/doença, procurando lidar com as forças subconscientes que provocam as ações do paciente/família. Para que o vínculo entre enfermeiro e paciente/família, que foi estabelecido até esta fase, não seja prejudicado, deve ser estabelecido um relacionamento terapêutico pelo enfermeiro que transmita uma atitude de aceitação, preocupação, confiança, respeito e empatia. Assim, o enfermeiro deve encorajar o paciente/família a reconhecer e a explorar os seus sentimentos, pensamentos, emoções e comportamentos, no sentido de proporcionar uma atmosfera sem críticas e julgamentos e um clima emocional verdadeiramente terapêutico (Belcher; Fish, 2000, p. 49).

A fase de exploração ocorre quando o paciente/família identifica o enfermeiro como um agente que reconhece e compreende as relações interpessoais imbricadas no problema, quando passam a explorar os serviços que lhe são oportunizados. Nesse sentido, ao ser tomado como referência o objeto deste estudo, quando uma família se percebe em um ambiente que seja provedor de ajuda/cuidados há que se promover as condições para que possa, de modo consciente e deliberado, envolver-se no processo de detecção precoce e de potenciais e abreviadas intervenções junto à criança, a fim de serem superadas as dificuldades envolvidas tanto na detecção precoce, quanto na confirmação propriamente dita do diagnóstico. É justamente neste instante que a família passa a depender mais daqueles profissionais que reúnem condições de intervirem nos processos de desenvolvimento da criança, cabendo ao enfermeiro viabilizar um ambiente terapêutico propício para ajudar à criança e à família a explorarem todas as possibilidades que conduzam a um melhor desfecho.

Na fase de **resolução**, quarta e última do processo interpessoal, as necessidades de saúde já foram supridas com base nas ações conjuntas desenvolvidas entre o paciente/família e o enfermeiro, ocasião em que ocorre o término do relacionamento terapêutico, o que efetivamente se dá quando as outras fases tiverem sido bem sucedidas. Em dadas circunstâncias, esses laços encontram alguma dificuldade de serem desfeitos, seja da parte do paciente/família, seja da parte dos próprios enfermeiros. Em uma resolução bem sucedida, o paciente/família afastam-se da identificação do agente que os ajudaram, tornando-se independentes um do outro. Assim, ambos podem tornar-se mais fortalecidos e amadurecidos, uma vez que as necessidades estão

atendidas e podem ser realizadas mobilizações para alcance de novas metas (Belcher; Fish, 2000, p. 50).

Como exemplo da fase de resolução, a partir do objeto deste estudo, os pais que recebem a notícia do diagnóstico de TEA podem manifestar dúvidas sobre como proceder frente às inúmeras e complexas demandas derivadas das intervenções terapêuticas, o que pode envolver reações psíquicas/emotivas diversas, como preocupação, negação, medo, angústia, pavor, culpa, raiva, frustração, desânimo, tristeza, dentre tantas outras. Assim, nem sempre a fase de resolução, a depender das características do problema enfrentado, tende a se dar de forma plena. O esperado, contudo, é que os resultados alcançados por meio de todo esse processo promovam uma relação positiva de ajuda, que fortaleça a independência da família no cuidado de suas crianças com necessidades de saúde especiais.

Registra-se que, nesta pesquisa, optou-se por não ser abordada a quarta fase do processo interpessoal, pois ela envolve a ideia de que as necessidades de saúde já foram supridas, fenômeno que não está previsto no âmbito do objeto deste estudo, uma vez que a detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA envolve mais o início do processo interpessoal, abarcando intervenções nas outras três primeiras fases (de orientação, identificação e exploração).

Em suma, diante do processo de desenvolvimento de relações interpessoais, a cada encontro terapêutico, espera-se que a prática de Enfermagem venha a ser tornar gradativamente mais resolutiva. Desse modo, o tipo de papel assumido pelo enfermeiro, no âmbito dessas relações construídas, passa a ter influência direta sobre a sua habilidade no relacionamento terapêutico interpessoal. Por certo, enfermeiro e paciente/família aprendem e crescem juntos, como fruto da interação.

Para Peplau (1992), existem três fatores para o estabelecimento da relação interpessoal, como um processo de aprendizagem: o enfermeiro, o paciente/família e os seus respectivos contextos de vida. Tais fatores são a essência de três eixos conceituais: conhecer a si – enfermeiro; conhecer o outro – paciente/família; e entender o ambiente no sentido ampliado, o que diz respeito a tudo aquilo que circunda e contextualiza os agentes envolvidos.

Nesse sentido, Hildegard Peplau aponta diferentes **papéis do enfermeiro**, que podem ser assumidos durante as quatro fases do relacionamento interpessoal. O quadro a seguir faz uma síntese descritiva desses papéis:

Quadro 03 – Papéis do enfermeiro no processo interpessoal¹³

Papel do Enfermeiro	Descrição
Educador em Saúde	Aquele que transmite conhecimento relativos a uma necessidade ou interesse.
Fonte de Informação	Aquele que proporciona informações necessárias e específicas, que auxiliam na compreensão de um problema ou de uma situação nova.
Aconselhamento	Aquele que, através do uso de certas habilidades e atitudes, ajuda outra pessoa a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver problemas que estão interferindo na sua capacidade de viver efetivamente e de modo feliz.
Coordenador	Pessoa que realiza o processo de iniciação e de manutenção das metas de um grupo através da interação.
Especialista	Pessoa que proporciona o atendimento físico demonstrando habilidades clínicas e operando o equipamento utilizado para este fim.
Relacionamento Empático	Aquele que ocupa o lugar de outro.

Fonte: adaptado de Belcher e Fish (2000, p. 46-7)

Da apreciação analítica desses papéis, é possível vislumbrar seus potenciais nexos com a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, considerando o contexto da APS, posto que a Teoria de Peplau compreende a Enfermagem como um processo interpessoal significativo, terapêutico, o que envolve o trabalho de um profissional preparado para assumir os seus múltiplos papéis, no reconhecimento e na resposta às necessidades de ajuda das famílias.

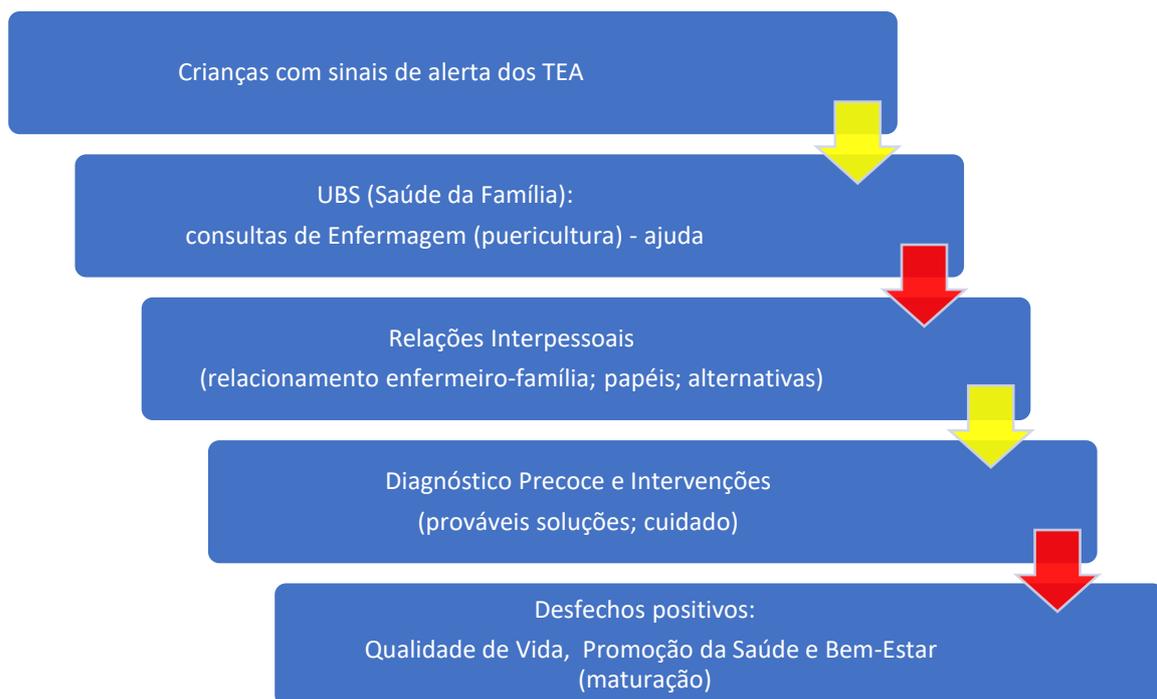
Diante do exposto, busca-se na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau um caminho para a abordagem de perspectivas de atuação da Enfermagem junto a crianças com sinais de alerta dos TEA, a fim de que esses profissionais possam vir a canalizar suas habilidades e competências para operarem mudanças que, de modo positivo, poderão influenciar na qualidade de vida e promoção da saúde e bem estar de tais crianças e de seus familiares. Assim, a TRI considera duas condições especiais de interação, que são essenciais à saúde: a primeira relaciona-se às demandas físicas/fisiológicas/funcionais/desenvolvimentais da criança com necessidades de saúde especiais, que exigem atenção/intervenção/cuidado para

¹³ Entre a proposição da Teoria das Relações Interpessoais na década de 1940 e a operacionalização desta pesquisa sobre os processos de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA existe um distanciamento histórico, temporal e cultural, que influencia a utilização de determinadas terminologias. Assim, neste estudo, distintamente do que é previsto por Belcher e Fish (2000), à luz dos apontamentos de Hildegard Peplau, os termos alusivos aos papéis dos enfermeiros no processo interpessoal foram revisados e adaptados à luz das práticas atualmente desenvolvidas no âmbito da APS. Desse modo, foram realizadas as seguintes modificações: de professor para “educador”; de recurso para “fonte de informação”; de conselheiro para “aconselhamento”, de líder para “coordenador”, de especialista técnico para “especialista” e de ‘substituto’ para “relacionamento empático”.

o seu bem-estar, bem como de seus familiares; e a segunda refere-se às demandas individuais e sociais, as quais buscam satisfazer as necessidades da personalidade/personalidade/singularidade/particularidade/sociabilidade, no sentido de permitir a expressão e uso das capacidades de forma produtiva e positiva, na compreensão de que, na contemporaneidade, os TEA precisam ser melhor compreendidos, abordados e explicados.

Enfim, a figura a seguir busca demonstrar sinteticamente esse processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA de crianças no âmbito da APS, que é mediado oportunamente pelas relações interpessoais familiares dessas crianças e enfermeiros, fundamentando e ressaltando potencialidades da TRI na abordagem estruturada por este estudo:

Figura 03 – Fluxo demonstrativo do processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças de até três anos de idade mediado pelas relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças, no âmbito da APS



Fonte: a Autora (2024)

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa e, portanto, relacionado ao aprofundamento dos significados e percepções das ações e relações humanas sobre um determinado fenômeno. Assim, ocupa-se do registro e da análise de interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas (Minayo; Costa, 2019).

A abordagem qualitativa é geralmente atribuída a uma pesquisa de cunho interpretativo, se relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo social e a como as compreendem nesse mundo, almejando interpretar os fenômenos sociais (interações e comportamentos) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão, e buscando refletir sobre estes. Assim, a pessoa que se dedica à pesquisa de abordagem qualitativa assume o papel de sujeito cognoscente; um sujeito que necessariamente pensa, percebe, reflete, sente, contra-argumenta, demonstrando interesse e ânimo pelo tema que almeja investigar (Minayo; Costa, 2019).

3.2 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo é de tipologia descritiva, e foi desenvolvido por meio de entrevistas com profissionais enfermeiros com experiências práticas relacionadas ao problema de pesquisa, a fim de descrever os fatos, eventos e fenômenos de determinada realidade.

Com efeito, a pesquisa descritiva é um dos tipos de pesquisa científica que consiste na captura da complexidade e riqueza dos dados, explorando as nuances e as perspectivas dos participantes. Uma das características da pesquisa descritiva, na abordagem qualitativa, é a sua natureza exploratória e indutiva, o que significa que os pesquisadores frequentemente entram no campo sem hipóteses predefinidas, permitindo que os dados e as observações guiem o desenvolvimento das análises e conclusões. Trata-se, pois, de uma ferramenta valiosa para explorar e descrever fenômenos complexos e multifacetados, oferecendo *insights* sobre as experiências humanas e contextos sociais em que ocorrem (Triviños, 1987, p. 110).

3.3 CENÁRIOS

Os cenários do estudo foram as Clínicas da Família (CF) do município do Rio de Janeiro. As unidades foram definidas a partir da identificação daquelas que possuíam o maior número de crianças cadastradas para atendimento. Para tanto, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro um documento institucional que demonstrasse este quantitativo. Na ocasião, foi obtida uma planilha do Microsoft Excel® com exportação de dados da Plataforma SUBPAV, que incluíam informações referentes ao número de crianças menores de cinco anos registradas por equipes de cada unidade, por Área Programática. Esses dados foram extraídos de prontuários eletrônicos, na vigência de dezembro de 2020. Dessa forma, todas as CF selecionadas por tal critério localizaram-se na zona oeste do município do Rio de Janeiro, nas áreas programáticas (AP) 4.0, 5.1 e 5.2¹⁴.

Considerando que, em média, cada CF possui seis a sete enfermeiros atuando diariamente e que cada equipe conta com um enfermeiro, e compreendendo ainda o prazo limitado de 24 meses previsto para a realização deste Curso de Mestrado, foi decidido selecionar cinco clínicas para o desenvolvimento desta dissertação. Essa escolha resultou na previsão de um total de 30 a 35 participantes do estudo.

Ressalta-se que esse tipo de unidade (CF) se configura como um marco da reforma da APS no município do Rio de Janeiro. Seu modelo, centrado na Estratégia Saúde da Família, tem como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças. Em geral, as CF possuem uma equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância em saúde, dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, e mantêm atendimento ambulatorial em diversas especialidades (Rio de Janeiro, 2021).

¹⁴ As áreas programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro são divisões geográficas e administrativas utilizadas para a organização e gestão dos serviços de saúde na cidade. Cada AP é composta por um conjunto de bairros e unidades de saúde, incluindo hospitais, clínicas da família, centros de saúde, entre outros. Ao todo, a cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas, numeradas de AP 1.0 a AP 5.3. Essas áreas são estabelecidas com base em critérios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos, visando otimizar a distribuição dos recursos e a prestação de serviços de saúde à população. Cada AP tem a responsabilidade de planejar, coordenar e executar ações de saúde pública, conforme as necessidades específicas da sua região. A divisão em áreas programáticas permite uma melhor gestão dos serviços de saúde, facilitando a implementação de políticas de saúde, a coordenação das ações entre diferentes níveis de atenção e a resposta a demandas emergenciais. Além disso, essa organização auxilia no monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços oferecidos à população. Uma relação dos bairros e respectiva AP está disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs_Mapa

Ademais, é importante salientar que a idade das crianças geralmente atendidas nas CF para a realização das consultas de puericultura (ocasião em que podem ser detectados precocemente os sinais de alerta dos TEA), situa-se entre sete dias a seis anos de vida (marco da primeira infância), o que contempla o recorte etário estabelecido neste estudo (de até três anos), em função dos indicadores e orientações previstas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2015).

Compreende-se que esse cenário compôs os requisitos básicos para a coleta de dados, e caracterizou-se como local propício para o desenvolvimento da pesquisa, inclusive por atender famílias de classes populares ou de classe baixa à média e, por pressuposto, com maiores dificuldades de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA (Ruella; Amato, 2019; Andrés, 2014).

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os enfermeiros que atuam na assistência, nas unidades de saúde supramencionadas. A captação de tais participantes foi desenvolvida por meio de indicação dos gestores de cada uma das unidades que integraram o estudo.

Os enfermeiros foram convidados a participarem da pesquisa pessoalmente. Para tanto, foram realizados contatos preliminares com os gestores das equipes, nas CF e reiterados juntos aos enfermeiros via aplicativo de mensagem, a fim de serem definidos os melhores dias para a realização das entrevistas, no sentido de não haver potenciais prejuízos ao serviço. Alguns ajustes de data foram diretamente realizados junto aos próprios participantes, em horários de melhor disponibilidade para os mesmos.

Apesar da situação epidemiológica e demandas de biossegurança advindas da epidemia de COVID-19 terem sido previstas no projeto original como possíveis dificultadores do processo de investigação, não houve intercorrências nesse sentido durante a fase de seleção, convite e geração de dados.

Foram incluídos profissionais enfermeiros que atuam em Clínicas da Família da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, cujas práticas estivessem dirigidas ao atendimento de crianças e que possuíssem experiência de pelo menos um ano na assistência a esses pacientes.¹⁵

¹⁵ Embora se reconheça o papel relevante de profissionais médicos e psicólogos no diagnóstico e tratamento, bem como profissionais de áreas afins, optou-se neste estudo em abordar apenas profissionais enfermeiros, em função da eleição de um objeto de estudo que viesse ao encontro da natureza da prática de Enfermagem e foco do próprio Programa de Pós-Graduação, sem desconsiderar a lógica e relevância do trabalho multi/interdisciplinar. Ressalta-se, ainda, que os agentes comunitários de saúde também não foram incluídos,

Como critérios de exclusão foram previstos profissionais que estivessem em fase de realização de curso de residência, e profissionais enfermeiros que estivessem em licenças para tratamento de doença durante a fase de coleta de dados.

Inicialmente foram previstos 31 enfermeiros a serem entrevistados, na dependência dos critérios de elegibilidade elencados. Ao longo do processo, um enfermeiro afastou-se do serviço por licença médica, dois se recusaram a participar das entrevistas e uma foi excluída por possuir apenas um mês de experiência no atendimento a crianças (puericultura). Portanto, foram entrevistados 27 enfermeiros ao todo.

3.5 GERAÇÃO DE DADOS

Como estratégia de geração de dados, foram operacionalizadas entrevistas semiestruturadas combinando oito perguntas fechadas e dez abertas (**Apêndice B**), para o que se observou a liberdade dos participantes em se posicionarem de forma abrangente sobre as questões consideradas (Guazi, 2021).

Em todo início de entrevista, foram apresentados os objetivos da pesquisa aos participantes, e procedida a leitura do TCLE (**Apêndice C**), quando a pesquisadora se colocou à disposição para eventuais dúvidas sobre o processo, inclusive por meio de telefone, aplicativo de mensagem, e-mail pessoal e dos comitês de ética em pesquisa envolvidos. Quando houve necessidade, foram também esclarecidos o significado das perguntas e terminologias utilizadas.

Foi aplicado um instrumento previamente estruturado, compreendendo dados demográficos, de formação e de capacitação profissional; e perguntas com aspectos de interesse do objeto de estudo, que viessem atender aos objetivos traçados.

O instrumento foi submetido à pilotagem para ajustes de conteúdo a partir da aplicação do mesmo junto a dois enfermeiros voluntários, não atuantes nos cenários do estudo e que possuíssem experiência de trabalho em clínicas da família do município do Rio de Janeiro. Um dos voluntários é pós-doutor em Enfermagem e atuava como residente em Enfermagem em Estratégia de Saúde da Família, enquanto que o outro era mestrando em Enfermagem ligado ao Grupo de Pesquisa CRIANES da UFRJ, com experiência em clínica da família. Tal iniciativa visou aprimorar o planejamento de coleta de dados, tanto em relação ao conteúdo das questões,

ainda que participem do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil durante as visitas mensais às casas de crianças de até 24 meses de idade, ocasião em que têm a oportunidade de acompanhá-las em seu ambiente natural, utilizando a abordagem da vigilância do desenvolvimento como um eixo integrador da atenção à saúde (Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018; Sousa; Almeida, 2023).

quanto à compreensão dos termos utilizados e aos procedimentos a serem seguidos. Dessa maneira, os dados coletados a partir dessas entrevistas foram abordados e discutidos criticamente junto à professora orientadora e aos membros da banca de defesa inicial do projeto, quando foram (re)definidas a aplicação de cada uma das questões do roteiro e operados alguns ajustes, oportunizando a revisão e adequação do instrumento de coleta de dados. Ressalta-se que esses dados anteriormente coletados junto aos dois enfermeiros voluntários, não fizeram parte dos resultados desta pesquisa.

As entrevistas com os 27 participantes voluntários foram realizadas presencialmente, em dia e horário agendado com cada participante. As entrevistas foram realizadas em local nas clínicas da família, que conferisse privacidade. Foi respeitado o tempo de cada participante, no que diz respeito a fazer pequenas pausas para atender suas necessidades pessoais, bem como recuperação logo após momentos que despertaram reações emocionais. Todas as falas foram gravadas em dispositivo digital (*smartphones*), e salvas em dispositivos rígidos computacionais internos e externos, como forma de proteger as informações coletadas. Não foi pré-estabelecido um tempo específico para limitação da gravação das entrevistas junto aos participantes. Cada entrevista foi realizada em uma única ocasião. O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de 17/08/2022 a 01/11/2022. O tempo total de realização de todas as entrevistas foi de 537 minutos, o que equivale a 8 horas e 57 minutos; sendo que o tempo de entrevista com cada enfermeiro variou de 11 a 38 minutos (média de 19,9 minutos).

Ao ser considerada a lógica de que “quem produz pesquisa qualitativa trabalha com a ideia de que Ciência se faz por aproximações” (Bachelard, 1990), a saturação teórica dos dados deste estudo foi definida a partir da repetição de informações (conteúdo manifesto) acerca do objeto, a partir da identificação do momento em que pouco de substancialmente novo apareceu, sem deixar de se observar as diferenças dos enunciados, os significados, a perspectiva dos participantes, as relações interpessoais presentes ao longo do processo e as interconexões de atores e fatos. Com efeito, a definição da saturação dos dados em estudos de abordagem qualitativa tende a ser uma operação metodológica complexa e até mesmo controversa (Minayo, 2017). Sob tal perspectiva, a constatação de saturação neste estudo dependeu especialmente do atendimento dos objetivos, na tentativa de se garantir maior validade externa, ou seja, maior transferibilidade das interpretações para contextos mais ampliados (Nascimento *et al.*, 2018).

Ressalta-se, ainda, que a geração de dados foi encerrada também a partir do esgotamento do número de enfermeiros que aceitaram participar do estudo nas CF selecionadas, e que houve homogeneidade do padrão de resposta a partir da entrevista de número 21, sendo incluídos mais

seis participantes para atestar a ausência de novos dados, o que demonstrou a saturação amostral.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados advindos das perguntas fechadas apoiaram a definição da caracterização do perfil dos participantes do estudo. Esses dados foram armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel®, os quais foram organizados a partir das seguintes variáveis: idade, gênero, nível de escolaridade, tempo em anos de formação em Curso de Graduação em Enfermagem, realização de outros Cursos de Graduação, tempo em anos de formado em outros Cursos de Graduação, tempo total em anos de trabalho na Clínica da Família como enfermeiro e tempo total em anos de trabalho na assistência a crianças. Esses dados corroboraram para a compreensão das características dos participantes da pesquisa em relação ao objeto de estudo, a experiência prática e temporal que pudessem expressar possíveis influências na compreensão do fenômeno analisado, o que, de certo modo, importou na operacionalização dos objetivos desta pesquisa. Para garantir a anonimização, os codinomes dos enfermeiros participantes ficaram assim descritos: enf_1, enf_2, enf_3 etc.

Já os dados advindos das perguntas abertas (material empírico coletado), foram todos cuidadosamente transcritos pela própria pesquisadora, a fim de se obter o *corpus* documental para **análise lexical**. Esse *corpus* textual foi tratado por meio do IRaMuTeQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), *software* gratuito criado pelo francês Pierre Ratinaud, o qual foi desenvolvido de acordo com a lógica open source e está licenciado pela General Public Licence (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no *software* R e na linguagem Python. No estudo foi utilizada a versão 0.7 alpha 2, licença 2008/2014, disponível no site responsável pela divulgação do *software* (<http://www.iramuteq.org/>).

O IRaMuTeQ® desenvolve método informatizado para análise quantitativa de dados textuais, que é pautado em contextos e classes de conteúdo, com base na similaridade de vocabulário. Ele estrutura e organiza o discurso, ao tempo que informa as relações entre os léxicos mais frequentemente enunciados pelos participantes.

As vantagens deste *software* dizem respeito a sua agilidade, facilidade, oportunidade de análises mais consistentes e confiáveis, bem como rigor estatístico. Além disso, o *software* possibilita que se recuperem, no *corpus* original, os segmentos de texto associados à cada classe, momento em que se obtém o contexto das palavras estatisticamente significativas, o que

evidencia uma análise mais qualitativa dos dados. Constitui-se, portanto, em ferramenta oportuna para os diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos, uma vez que permite empregar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, viabilizando um olhar criterioso sobre o material coletado e, conseqüentemente, dos resultados do estudo, o que tende a potencializar a pesquisas de cunho qualitativo (Acauan *et al.*, 2020).

No processo de análise textual do *software* são geralmente aplicadas algumas terminologias, as quais estão expressas no quadro a seguir:

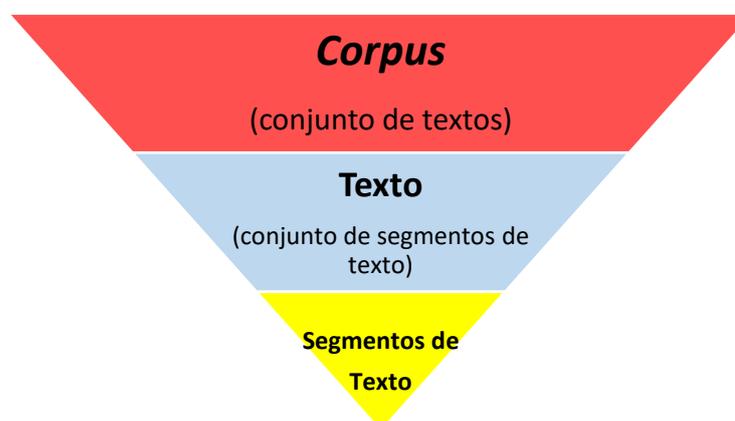
Quadro 04 – Terminologias aplicadas no processo de análise textual do *software* IRaMuTeQ®

Termos	Descrição
Corpus	Conjunto de textos que se pretende analisar, que é elaborado pelo pesquisador.
Texto	Os textos são estruturas geradas pelo IRaMuTeQ® separadas por linhas de comando, também chamadas de "linhas com asteriscos" (****). No caso de entrevistas, como cada uma delas é um texto, elas necessariamente devem começar com esta linha de comando. Esta linha informa o número de identificação do entrevistado e algumas características (variáveis), que são importantes para o delineamento da pesquisa. O conjunto de textos constitui o <i>corpus</i> de análise.
Segmentos de texto (ST)	Fragments de texto, na maior parte das vezes do tamanho de três linhas, dimensionados pelo próprio <i>software</i> em função do tamanho do <i>corpus</i> . Após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o <i>software</i> divide os textos do <i>corpus</i> em segmentos de texto.

Fonte: Camargo; Justo (2013)

A figura a seguir demonstra a proporcionalidade e correlações entre os termos apresentados pelo IRaMuTeQ®:

Figura 04 – Terminologias aplicadas no processo de análise textual do *software* IRaMuTeQ®



Fonte: adaptado de Camargo e Justo (2013)

Aponta-se que cada uma das entrevistas caracteriza um **texto**, e o conjunto desses textos constituiu o **corpus** de análise da pesquisa. A partir das palavras mais frequentes identificadas nos **segmentos de texto** é que se realiza a análise lexical.

O programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente e análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (Camargo; Justo, 2013). Ao todo, o IRaMuTeQ® possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas - lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras); pesquisa de especificidades de grupos; análises multivariadas (classificação hierárquica descendente); análises de similitude e nuvem de palavras. Neste estudo, optou-se pela classificação hierárquica descendente, que será descrita com mais detalhes adiante.

Em termos operacionais, para o processamento dos dados pelo IRaMuTeQ®, foram seguidas **três etapas**: **1)** preparação do *corpus* textual; **2)** processamento dos dados mediante as análises do *software*; e **3)** tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Na **primeira etapa**, o preparo do *corpus* foi iniciado com a utilização do aplicativo Transkriptor® (<https://app.transkriptor.com/>), que permitiu maior celeridade ao processo de transcrição, por meio do qual cada arquivo digital de cada entrevista foi criteriosamente transcrito e salvo em formato Microsoft Word®. Depois disso, foram estruturados dois arquivos digitais: um com os dados demográficos, de formação e de capacitação profissional, os quais foram incorporados a uma tabela do programa Microsoft Excel®; e outro arquivo em formato de um único *corpus* textual advindo das entrevistas, que foi inicialmente salvo em documento do Microsoft Word®.

O arquivo digital de texto gerado em formato Microsoft Word® (com o *corpus* textual) foi composto originalmente por 69 páginas¹⁶. Este arquivo foi salvo como texto codificado no formato “txt” em uma pasta digital no computador da pesquisadora.

Registra-se que o resultado das transcrições pelo aplicativo Transkriptor® nem sempre se apresentou claro e correto o suficiente, o que determinou, portanto, a necessidade de serem realizadas (re)audições das entrevistas, bem como serem feitos copidesques, oportunidade onde foram ajustados erros de digitação e ortográficos, especialmente de pontuação, acentuação, grafia de algumas palavras, e ajustes de concordância verbal e nominal.

Na sequência, para uso no *software* IRaMuTeQ®, passou-se à realização do preparo do

¹⁶ Empregou-se fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples, e margens superior e inferior medindo 2,5cm e margens direita e esquerda, 3,0cm.

corpus, ocasião em que foram uniformizadas/padronizadas algumas siglas, tais como *acs*, *sisreg*, *imc*, *rn*, *irdi*¹⁷, supressão de fontes em negrito, itálico ou sublinhado, ajuste de vícios de linguagem, retirada de letras maiúsculas presentes no meio das frases, supressão do uso de diminutivos, manutenção dos números em forma algorítmica, formatação do texto em um único parágrafo e utilização de underline (_) nas palavras cujos sentidos fossem construídos em composição (termos compostos), a exemplo de: *clínica_da_família*, *sinais_de_alerta*, *caderneta_da_criança*. Ressalta-se que as perguntas e o material verbal produzido pela pesquisadora foram suprimidos, considerando-se apenas as respostas dos participantes. Todas as observações foram realizadas de forma rigorosa para que o processamento fosse operacionalizado com o maior aproveitamento das palavras compostas no *corpus*. Toda essa operação minuciosa e sistematizada foi necessária para configurar o texto de acordo com as recomendações do tutorial do *software*.¹⁸

Cada entrevista dos participantes (*texto*) foi separado por uma linha de comando, composta por códigos específicos para reconhecimento do *software*. As linhas de comando iniciaram-se por quatro asteriscos (****), espaço, mais um asterisco (*), o codinome dado ao enfermeiro participante (*enf_1*), espaço, um asterisco (*), tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem (*tpgrad_n*), espaço, mais um asterisco (*), tempo em anos de trabalho na assistência a crianças (*tpassist_n*). Assim, a título de exemplificação, as linhas de comando ficaram assim estruturadas: **** *enf_01 *tpgrad_07 *tpassist_01.

Registra-se que somente foram definidas as variáveis (enfermeiro, tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem e tempo em anos de trabalho na assistência a crianças), as quais foram inseridas nas linhas de comando, por representarem as características mais propícias dos participantes a serem oportunamente consideradas.

Ainda que o critério de inclusão de participantes tenha previsto enfermeiros “que possuíssem experiência de pelo menos um ano na assistência”, a variável “tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem” foi estabelecida a partir de três anos, em função de que, entre os participantes, três anos foi o tempo do profissional (*enf_15*) com menor temporalidade de formação.

¹⁷ As referidas siglas referem-se a: agentes comunitários de saúde (*acs*), sistema de regulação (*sisreg*), índice de massa corporal (*imc*), recém-nascido (*rn*) e indicadores de risco para desenvolvimento infantil (*irdi*).

¹⁸ Uma versão do tutorial do software em português (Brasil) pode ser acessada em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>

Quadro 05 – Variável “tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem” utilizada na linha de comando do *corpus* textual

Tempo em anos de formação de graduação em Enfermagem	
Variável	Intervalo adotado
1	3 a 8 anos (inclusive)
2	9 a 14 anos (inclusive)
3	15 a 20 anos (inclusive)

Fonte: a Autora (2024)

Quadro 06 – Variável “tempo em anos de trabalho na assistência a crianças” utilizada na linha de comando do *corpus* textual

Tempo em anos de trabalho na assistência a crianças	
Variável	Intervalo adotado
1	1 a 5 anos (inclusive)
2	6 a 10 anos (inclusive)
3	11 a 16 anos (inclusive)

Fonte: a Autora (2024)

Após a operação de produção do *corpus* textual em arquivo digital do Microsoft Word®, foi copiado e colado todo o conteúdo em arquivo salvo por meio do LibreOffice Writer®, a partir das seguintes opções de salvamento: tipo de documento (texto – escolha a codificação) >>> salvar >>> clicar em: “utilizar o formato texto escolha codificação” >>> clicar em: “conjunto de caracteres” e marcar a opção “unicode (UTF-8)” >>> marcar na opção quebra de parágrafo: “LF” >>> clicar em “ok”.

Ao ser aberto este arquivo gerado pelo LibreOffice Writer®, com estas opções de salvamento no *software* IRaMuTeQ®, foram tomadas as seguintes medidas, conforme orienta o tutorial do *software*: 1) em edição (preferências), optou-se pelo idioma da interface (português); 2) em definições, selecionou-se a opção: padrão UTF8 all linguagens.

Na segunda etapa, foi operacionalizada a análise por **classificação hierárquica descendente (CHD)**, também chamada de método de Reinert, por meio do qual o IRaMuTeQ® operacionaliza o processamento do texto a fim de serem identificadas classes de vocabulários, o que viabiliza a inferência de quais ideias o *corpus* textual transmitiu. Assim, a CHD desenvolve uma análise de categorias por léxico, estruturando classes. Dessa maneira, o

software identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI), ou seja, as dinâmicas, em Unidades de Contexto Elementares (UCE), isto é, os segmentos de texto (ST). Assim, os segmentos de texto foram classificados de acordo com os seus vocabulários respectivos, e o conjunto deles foi repartido em função da frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). A partir de matrizes, que cruzam segmentos de textos e palavras em repetidos testes do tipo χ^2 (qui-quadrado), aplicou-se o método de CHD com o propósito de se obter uma classificação estável e definitiva (Almico; Faro, 2014).

Registra-se que o χ^2 (qui-quadrado) é tido como um coeficiente estatístico, o qual ajuda a verificar a dispersão que existe entre duas variáveis, ao tempo que demonstra o quanto os valores observados se distanciam do esperado, caso não haja alguma relação entre as variáveis. Assim, quanto menor for o χ^2 , menos as variáveis relacionam-se entre si (Oltamari; Camargo, 2010).

O uso da CHD foi possível na pesquisa, posto que a porcentagem de texto do *corpus* foi satisfatória (77,85%). Ressalta-se que as análises do tipo CHD requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto, sendo possível considerar o aproveitamento de 70% dos segmentos de textos, conforme considera alguns autores (Camargo; Justo, 2013).

É importante registrar que nenhum dos resultados gerados por meio do *software* produz análises dos dados. Com efeito, o pesquisador é o elemento central neste processo. É ele quem opera a interpretação do material gerado, buscando nexos com o texto original, a fim de compreender e identificar as conclusões mais plausíveis a partir desses dados. Logo, apesar de o programa viabilizar a codificação e categorização de um significativo volume de informações, o mesmo não substitui a responsabilidade do pesquisador na interpretação substantiva e conclusiva dos resultados (Smallman, 2016). Diante disso, com relação à terceira e última etapa, a partir dos resultados brutos obtidos por meio do *software*, procurou-se torná-los significativos e válidos com o apoio do referencial teórico, o que oportunizou a codificação e categorização das informações advindas dos dados textuais, a interpretação substantiva dos resultados e a discussão dos dados da pesquisa articulada às fontes técnico-científicas sobre o tema.

Enfim, neste estudo o *software* IRaMuTeQ® favoreceu uma análise mais criteriosa sobre o *corpus* textual estruturado, qualificando o processo de categorização e da apresentação dos resultados próprios desta pesquisa, que se operacionalizou em perspectiva qualitativa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

As entrevistas somente ocorreram mediante anuência da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC- RJ) e devido cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e aprovação do mesmo pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente (EEAN/HESFA) e da instituição coparticipante (SMSDC-RJ). Assim, registra-se que o projeto foi submetido em 13 de abril de 2022 por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado em 26 de abril de 2022 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital Escola São Francisco de Assis – UFRJ, sob o número de parecer 5.370.466 (CAAE: 57924722.0.0000.5238); e aprovado em 1º de junho de 2022 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ, sob o número de parecer 5.443.956 (CAAE: 57924722.0.3001.5279) (**Anexo A**).

Registra-se, ainda, que foram observados todos os aspectos previstos na Resolução nº 466, de 12/12/2012, bem como na Resolução nº 510, de 07/04/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2016a). A pesquisa também considerou os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS contidos na Resolução nº 580, de 22/03/2018. Assim, observou-se que os procedimentos da pesquisa não deveriam interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde e nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, devendo respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

O processo de consentimento envolveu o estabelecimento de relação de confiança entre a pesquisadora e os participantes, o que se fez de forma continuamente aberta ao diálogo e ao questionamento. Assim, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que foi impresso em duas vias. Uma via ficou com cada um dos participantes e a outra, com a pesquisadora, firmando, assim, um contrato entre ambas as partes, após o devido esclarecimento sobre a natureza, objetivos e métodos da pesquisa, bem como sobre os riscos e benefícios. As informações foram transmitidas de forma clara e inteligível, concedendo tempo para reflexão acerca do aceite ou não.

Cuidadosamente, foram observados os direitos dos participantes de: I - ser informado sobre a pesquisa; II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III - ter sua privacidade respeitada; IV - ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V - decidir se sua identidade seria divulgada e quais seriam, dentre as informações que forneceu, as que poderiam ser tratadas de forma pública; VI - ser indenizado

pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII - ser ressarcido das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa (Brasil, 2016a).

Ressalta-se que os dados da pesquisa ficarão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos, a contar da data das entrevistas. Após esse tempo, os dados ainda permanecerão sob a guarda desta pesquisadora, uma vez que ainda não há previsão protocolar da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de como os dados de estudos com seres humanos devem ser arquivados. Registra-se que os participantes não custearam e nem receberam quaisquer pagamentos por sua participação nesta pesquisa, sendo a sua participação totalmente voluntária.

Registra-se que, em todo o período de realização da pesquisa, foi garantida a possibilidade de os enfermeiros declinarem de sua participação, não havendo prejuízos de nenhuma natureza aos mesmos. Ademais, o anonimato das informações foi assegurado. Os participantes foram identificados/as por um sistema de codificação alfanumérico (enf_nº), a fim de se preservar as suas identidades. O mesmo cuidado foi observado na abordagem das Clínicas da Família que participaram do estudo, as quais não foram identificadas nominalmente. Contudo, foram identificadas as áreas programáticas onde estão situadas as mesmas.

Dentre os potenciais riscos (considerados mínimos) envolvidos na participação dos profissionais enfermeiros nesta pesquisa, foram previstos: o risco de cansaço ou aborrecimento ao responderem o questionário; o risco de desconforto, constrangimento e/ou alteração de comportamento durante a gravação de áudio das entrevistas; e o risco de alteração da autoestima provocada pela evocação de memórias ou de temas que não tivessem conhecimento. Esses riscos mínimos foram observados cuidadosamente e eticamente pela autora durante todo o processamento das entrevistas, por meio de interação dialógica, empatia e da verificação da necessidade de se interromper ou mesmo rever a estratégia de coleta de dados. Registra-se que não foram identificadas ocorrências dessa natureza.

Os participantes foram oportunamente informados que não teriam benefícios diretos ao participarem desta pesquisa, mas indiretos, uma vez que as suas contribuições poderiam vir a amplificar o conhecimento científico no campo da Enfermagem, sobretudo dos cuidados às crianças com necessidades de saúde especiais, estimulando, principalmente, a reflexão crítica sobre o enfrentamento de desafios e o desenvolvimento de estratégias de detecção precoce de sinais de alerta dos TEA, no âmbito da APS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 27 enfermeiros participantes da pesquisa, 24 são do sexo feminino (88,9%) e três, do sexo masculino (11,1%), com idades variando entre 25 e 50 anos (média de 36,3 anos). Todos os enfermeiros possuíam especialização e/ou residência (cursos de pós-graduação *Lato Sensu*), mas nenhum com formação de Mestrado e/ou Doutorado (cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*). A área predominante de formação em especialização/residência foi a de Saúde da Família (22 enfermeiros, 81,5%). Destaca-se que o tempo de formação de graduação em Enfermagem entre os entrevistados obteve média de 9,5 anos (com variação de três a 20 anos); o tempo de trabalho na unidade (CF) como enfermeiro obteve média de 2,9 anos (variando de um a nove anos); e o tempo de trabalho na assistência a crianças, com média de 7,2 anos (variação de um a 16 anos).

Quadro 07 - Caracterização dos participantes do estudo

CF	Enf	Idade	Sexo	Curso(s) de Especialização	Tempo formação Graduação Enfermagem (anos)	Outra Graduação	Tempo formação outra Graduação (anos)	Tempo total de trabalho na unidade como enfermeiro (anos)	Tempo total trabalho assistência a crianças (anos)	Tempo de entrevista (minutos)	Data da entrevista
A	1	34	F	SF	7	-	-	1	1	24	26/10
	2	27	F	SF + Neo	5	-	-	2	5	14	26/10
	3	41	M	SF	8	-	-	4	4	23	26/10
	4	48	F	Onco	9	-	-	5	5	11	26/10
	5	33	F	Obstetr	9	-	-	1	7	14	26/10
	6	40	F	SF + SM + Dermato	5	-	-	1	16	27	28/10
	7	37	F	SF + Obstetr	15	-	-	1	13	20	28/10

B	8	33	F	Dermato	11	-	-	1	7	23	13/09
	9	42	M	SF + Cardio	19	-	-	3	3	23	13/09
	10	46	F	SF	4	-	-	2	4	28	31/10
	11	37	F	SF + Gestão + ET + Estética	14	-	-	1	10	11	31/10
C	12	50	F	SF + Dermato	20	-	-	2	7	29	15/09
	13	33	F	SF	11	Biologia	8	2	11	16	15/09
	14	36	F	SF + Auditoria	10	-	-	3	9	23	15/09
	15	25	F	SF	3	-	-	1	3	17	15/09
	16	37	F	SF	8	-	-	3	8	25	31/09
	17	33	F	SP	5	-	-	1	1	12	31/09
	18	41	F	Estética	11	-	-	2	10	38	31/09
D	19	35	F	SF	12	-	-	5	8	18	17/08
	20	31	F	SF + Estética	8	-	-	5	8	15	17/08
	21	31	F	SF + ET + Obstetr	8	-	-	2	7	12	17/08
	22	36	F	SF	5	-	-	4	4	12	17/08
	23	28	F	Resid SF	6	-	-	3	6	22	17/08
	24	34	F	Resid SF + Dermato	11	-	-	8	11	23	14/09
E	25	41	F	SF + Obstetr	11	-	-	9	10	13	01/11
	26	41	M	SF + ET	14	-	-	3	11	33	01/11
	27	29	F	Resid SF	7	-	-	3	6	11	01/11
Total (Média)	-	36,3	24f+3m	-	9,5	-	-	2,9	7,2	537 (19,9)	-

Legenda: Enf = Enfermeira(o); f = feminino; m = masculino; SF = Saúde da Família; Neo = Neonatologia; Onco = Oncologia; Obstetr = Obstetrícia; SM = Saúde Mental; Dermato = Dermatologia; Cardio = Cardiologia; ET = Enfermagem do Trabalho; Resid = Residência

Fonte: a Autora (2024)

4.2 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

A CHD oportunizou o agrupamento de diferentes segmentos de texto por classes. Ao todo, distinguiram-se 1.395 segmentos de texto, dos quais 1.086 foram classificados para análise. Na CHD, geraram-se cinco classes de segmentos de textos.

Os dados foram estruturados em dois dendrogramas, que ilustram as correlações entre as classes. Desse modo, com base nas classes que emergiram, o programa calculou e forneceu segmentos de texto mais característicos de cada classe (*corpus* em cor), o que permitiu a contextualização de vocabulários típicos de cada classe. Portanto, cada uma das classes teve em sua composição vários segmentos de texto em função de uma classificação, segundo a distribuição dos vocabulários (formas) destes segmentos de texto.

Para a criação de um dicionário de palavras, o IRaMuTeQ® utilizou o teste qui-quadrado (χ^2), que demonstrou a recorrência das palavras e suas respectivas classes. Tal operação ocorre quando o teste é maior que 3,84, representando $p < 0,0001$. Assim, quanto menor o valor do qui-quadrado, menor é a relação entre as variáveis (Lahlou, 2012).

Por conseguinte, as características principais encontradas nos resultados processados pelo IRaMuTeQ® foram as seguintes:

- Números de textos: 27
- Números de segmentos de textos: 1.395
- Números de formas: 3.602
- Números de ocorrências: 48.331
- Números de formas ativas: 1.986
- Números de formas suplementares: 127
- Números de formas ativas em uma frequência ≥ 3 : 919
- Retenção de segmentos: **1.086** segmentos classificados de 1.395 (77,85 %).
- Número de classes: 5
- Tempo: 0h 0m 33s

A distribuição dos segmentos de texto, e sua respectiva porcentagem por bloco temático e classes, constam na tabela a seguir:

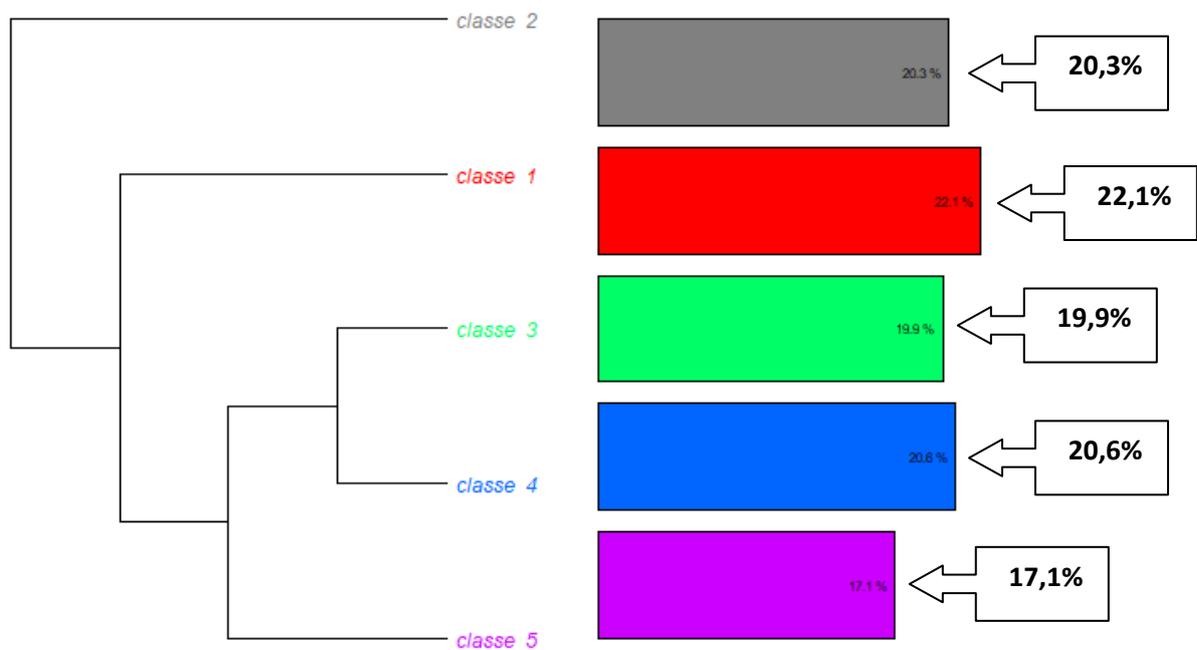
Tabela 01 – Distribuição de segmentos de texto por blocos temáticos e classes

Bloco Temático	Classes	Nº de Segmentos de Texto	Frequência (%)
I	2	220	20,3
II	1	240	22,1
	3	216	19,9
	4	224	20,6
	5	186	17,1
Total	-	1.086	100,0

Fonte: *software IRaMuTeQ® 0.7 alpha 2*

A próxima figura apresenta um dendrograma em formato horizontal originalmente gerado pelo Iramuteq®, que evidencia a representatividade quantitativa de cada classe. A CHD demonstra a divisão das classes por meio de uma representação diagramática ramificada, a partir da inter-relação de grupamentos léxicos que possuem fatores comuns.

Figura 05 – Dendrograma nº 1 (CHD)



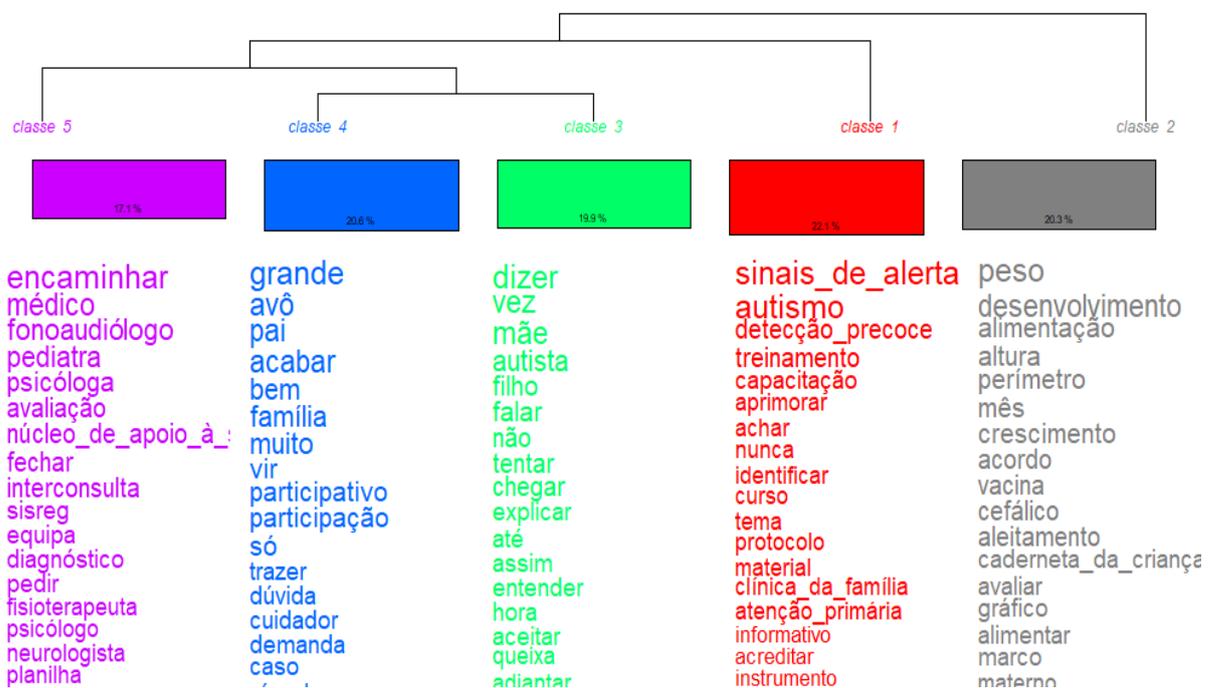
Fonte: *software IRaMuTeQ® 0.7 alpha 2*

Observa-se que a Classe 1 obteve o maior número de falas aproveitadas (22,1%), o que significa que esta foi a classe estatisticamente mais representativa das falas dos participantes, configurando-se, portanto, como a classe mais importante do estudo.

A leitura do dendrograma é realizada no sentido esquerda-direita, de acordo com a afinidade entre as classes. Na Figura 05 é possível observar que, primeiramente, há uma ramificação em dois temas. O primeiro tema refere-se à Classe 2 (220 ST, 20,3%); e o segundo tema sofre mais uma divisão em outros dois temas, isolando a Classe 1 (240 ST, 22,1%), e se dividindo em mais dois subtemas, a Classe 5 (186 ST, 17,1%) e mais outra ramificação, a qual se subdivide em duas classes: Classe 3 (216 ST, 19,9%) e Classe 4 (224 ST, 20,6%). A CHD parou aqui, pois as cinco classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante.

Na figura a seguir tem-se a demonstração de outro formato de dendrograma com as cinco classes, em que são descritas as palavras de maior representatividade do *corpus* textual.

Figura 06 – Dendrograma nº 2 (CHD)



Fonte: software IRaMuTeQ® 0.7 alpha 2

Esta Figura 06 apresenta um dendrograma em formato verticalizado, cuja leitura se faz da parte de cima para a parte de baixo. Neste dendrograma, estão indicadas as formas ativas

contidas nos segmentos de textos associados à cada classe, em que as primeiras palavras são as de maior representatividade e ocorrência em cada uma das classes.

Por meio da CHD, o IRaMuTeQ® apresentou dois blocos temáticos e cinco classes advindas do *corpus* documental, as quais foram nominadas a partir das (re)leituras dos segmentos de texto, em função do conteúdo manifesto nas falas dos participantes do estudo, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 08 – Divisão dos blocos temáticos e suas classes respectivas

Blocos Temáticos	Classes		Total de ST
I (220 ST, 20,3%)	2	As relações interpessoais nas consultas de puericultura	220 ST, 20,3%
II (866 ST, 79,7%)	1	Capacitação de enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA	240 ST, 22,1%
	3	Papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA	216 ST, 19,9%
	4	A comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica	224 ST, 20,6%
	5	O trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA	186 ST, 17,1%

Fonte: a Autora (2024)

A seguir estão apresentados os segmentos de texto em função da ordem em que foram apresentados nos dendrogramas, ou seja, inicialmente é abordado o Bloco Temático I pela Classe 2. Na sequência, é abordado o Bloco Temático II a partir das Classes 1, 3, 4 e 5. Apesar de a Classe 2 não ter sido configurada como a estatisticamente mais significativa do estudo (220 ST, 20,3%), optou-se pela sua apresentação inicial em função de que esta classe compreende aspectos inerentes às consultas de puericultura, momento inicial do processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, onde é oportunizada a aproximação das crianças/família com os enfermeiros das clínicas da família, o que faz nexos com a primeira fase do relacionamento interpessoal descrita por Hildegard Peplau na TRI, de orientação.

4.2.1 Bloco Temático I

O Bloco Temático I foi composto pela Classe 2 (220 ST, 20,3%). A partir da análise lexical dos conteúdos do Bloco Temático I, no recorte da Classe 2, nomeou-se a referida classe como “As relações interpessoais dos enfermeiros nas consultas de puericultura”. O quadro a seguir demonstra as principais palavras associadas e as variáveis mais expressivas desta classe.

Quadro 09 - Bloco Temático I (Classe 2)

BLOCO TEMÁTICO I		
Classe e Tema	Palavras Associadas	Variáveis
<p>Classe 2 As relações interpessoais dos enfermeiros nas consultas de puericultura</p>	<p>peso ($\chi^2 = 157,62$) desenvolvimento ($\chi^2 = 112,56$) alimentação ($\chi^2 = 91,66$) altura ($\chi^2 = 86,78$) caderneta_da_criança ($\chi^2 = 57,44$)</p>	<p>* enf_11 * enf_21 * enf_20</p>

Fonte: a Autora (2024)

4.2.1.1 Classe 2 – As relações interpessoais nas consultas de puericultura

A Classe 2 está estruturada em 220 segmentos de texto, o que representou 100% da análise do Bloco Temático I, e 20,3% do material de classificação do *corpus* das entrevistas com os enfermeiros das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro. Os entrevistados 11, 20 e 21 tiveram maior ligação com a Classe 2, conforme indicado pelo *software* IRaMuTeQ®.

Os segmentos de texto e as palavras que caracterizam a Classe 2 (*peso, desenvolvimento, alimentação, altura e caderneta_da_criança*) expressam os discursos dos enfermeiros sobre as consultas de puericultura desenvolvidas nas Clínicas da Família. Essas consultas representam momentos estratégicos de interação entre as famílias e o enfermeiro, especial oportunidade para ser operacionalizado ou mesmo iniciado o processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA.

Os segmentos de textos da Classe 2 estão apresentados a seguir, os quais foram selecionados em função de sua maior aderência ao objeto de estudo:

**** *enf_01 *tpgrad_07 *tpassist_01 - por exemplo, em uma consulta normal vemos basicamente como é que a criança está se comportando, o **desenvolvimento** dela [...]. Vemos se ela está interagindo, se não está, e se não está, por quê.

**** *enf_05 *tpgrad_09 *tpassist_07 - na consulta de puericultura, a gente faz exame cefalocaudal, [...] a questão motora, **desenvolvimento** motor, se a criança já anda, se já senta, se fala, se verbaliza.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 - na nossa consulta fazemos uma avaliação não só do peso e estatura, mas também da introdução alimentar, do **desenvolvimento** psicomotor, desenvolvimento neurológico, observando se a criança senta, se já fala, se tem a formação dos dentes, e encaminhamos quando vemos alguma alteração.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 - na consulta de puericultura que eu faço, eu uso a **caderneta_da_criança** para tudo porque, por ela, eu consigo [...] avaliar se a criança está realmente dentro do desejável para idade.

**** *enf_11 *tpgrad_14 *tpassist_10 - sempre orientamos a mãe para estimular a criança, e ver como está se desenvolvendo de acordo com a idade [...]. Conseguimos identificar os sinais_de_alerta pela caderneta_da_criança. [...] A caderneta_da_criança já te dá os meses que você tem que acompanhar, e o que é que a criança precisa apresentar naquele período.

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 - e na caderneta_da_criança vou registrando os indicadores de desenvolvimento. Basicamente, a **caderneta_da_criança** nos permite identificar o autismo. Ela é um instrumento que ajuda bastante.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - nós temos um manual que seguimos, que fala sobre os marcos de **crecimento** e desenvolvimento da criança. Temos essa parte, mas os sinais_de_alerta do autismo, não.

**** *enf_20 *tpgrad_08 *tpassist_08 - Com base na **caderneta_da_criança**, eu acho que agente consegue ver se tem algum atraso de desenvolvimento, e ficamos mais alerta quanto àquilo, e vamos ficar observando. Mas, para ser sincera, não sei como fazer com o autismo.

**** *enf_21 *tpgrad_08 *tpassist_07 - E se a gente não der atenção aos sinais_de_alerta, vai passar despercebido. Então, eu acho que é importante registrar direito na **caderneta_da_criança**.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - Temos um protocolo de enfermagem. Porém, nesse protocolo, não temos nada falando especificamente do autismo. Seria até algo para poder pensar e fazer.

**** *enf_25 *tpgrad_11 *tpassist_10 - para identificar os sinais_de_alerta do autismo, eu não utilizo nenhum protocolo ou manual. Nós observamos mesmo é o **desenvolvimento** para o olhar da criança. Se ela está interagindo com você, a forma de andar, se já anda.

Discussão

No âmbito da APS, a consulta de puericultura constitui-se em momento especial no qual o enfermeiro é responsável por acolher, triar e orientar as famílias, avaliando o crescimento físico, bem como o desenvolvimento mental (cognitivo), comportamental (emocional) e social (interacional) das crianças sob os seus cuidados. Por meio da coleta dos dados na consulta de puericultura, durante a realização da anamnese com a criança e sua família, o enfermeiro reúne informações e realiza o planejamento assistencial, em consonância com os elementos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (Lima *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023).

Com efeito, na perspectiva de Hildegard Peplau, as ações de cuidado de Enfermagem estão inseridas no âmbito das construções coletivas durante a consulta da criança, enquanto mediadoras do estímulo às relações interpessoais, de modo a possibilitar a troca de saberes e práticas entre os envolvidos e, inclusive, o empoderamento dos mesmos (enfermeiros e familiares) no relacionamento terapêutico.

Na puericultura, o enfermeiro tem a oportunidade de identificar possíveis alterações disfuncionais. Assim, revela-se como estratégica a abordagem de parâmetros para avaliar a ausência de sinais esperados para a idade. Tal ausência de sinais deve ser criteriosamente avaliada e verificada pelo enfermeiro, juntamente com os demais membros da equipe multiprofissional, com o intuito de serem confirmadas as alterações observadas: na entrevista inicial, com os pais, cuidadores ou responsáveis; na história social, familiar e de saúde da própria criança; e na avaliação específica do crescimento, desenvolvimento e comportamento da criança (Lima *et al.*, 2023).

O acompanhamento regular do desenvolvimento infantil é um aspecto fundamental para a detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA. Em países como o Canadá e a Austrália, crianças de zero a seis anos passam por consultas regulares de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em serviços de APS. Nesses cenários, pesquisadores têm buscado desenvolver estratégias para identificação de crianças que apresentam risco para o desenvolvimento dos TEA, tais como: vigilância do desenvolvimento de comportamentos sociais e de comunicação, que diferem de acordo com a idade em que a criança é monitorada; educação sobre os sinais de alerta para todos os profissionais de cuidados de saúde primários; desenvolvimento e validação de escalas de vigilância de comportamentos sociocomunicativos direcionada aos agentes de saúde, para orientar a avaliação das crianças durante as visitas de acompanhamento; e planejamento de políticas públicas que minimizem os danos trazidos por um distúrbio do desenvolvimento, como é o caso dos TEA (Coscini *et al.*, 2023; Morse, 2021;

Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018).

Ademais, a participação dos familiares/cuidadores no momento da realização das consultas individuais ou coletivas é uma condição importante em todo esse processo de acompanhamento/vigilância do crescimento e desenvolvimento. Eles comumente atuam desde o momento da pesagem e aferições antropométricas da criança, até o registro das informações na caderneta de saúde da criança (CSC) colhidas no momento da consulta, além de fornecerem informações que possam dar base de sustentação a diagnósticos e intervenções de Enfermagem (Amorim *et al.*, 2022).

Ao prestar o cuidado direto, criativo e sensível com a criança e seus familiares, e atuando como um elo que conecta toda a equipe multiprofissional (Bubadué; Cabral; Carnevale, 2022), o enfermeiro deve (re)conhecer os sinais de alerta dos TEA, bem como considerar as influências reais e possíveis sobre o cotidiano dos familiares envolvidos diretamente com a criança, a fim de observar, com a devida clareza, aspectos comportamentais mediante a consulta de puericultura (Souza *et al.*, 2020).

Tal (re)conhecimento precoce de alterações no desenvolvimento deve ser potencializado nos serviços de APS, especialmente nas consultas de rotina, nos momentos de vacinação ou em outras oportunidades assistenciais. Para isso, é necessário também que as equipes estejam devidamente capacitadas para reconhecerem os sinais dos TEA e procederem, quando necessário, o adequado encaminhamento e acompanhamento da criança (Bonfim, 2020).

Contudo, nem sempre é possível verificar os sinais de alerta dos TEA se a criança não é conduzida às unidades de APS. Isso ocorre com alguma frequência quando a família não percebe os sinais disfuncionais nos primeiros 36 meses de vida, seja por autoproteção frente aos preconceitos e estigmas sociais, seja por negação ou desinformação, seja ainda, em casos extremos, por negligência ou maus tratos com a criança (Dias *et al.*, 2022; Brasil, 2014).

Cabe ressaltar que conhecer e acompanhar as etapas do desenvolvimento infantil é tarefa primordial, posto que é possível perceber quando esse desenvolvimento não ocorre como o esperado, inclusive avaliar se isso apresenta-se como um sinal de alerta demandante de maior atenção, tendo em vista o fato de a identificação precoce de alterações no desenvolvimento possibilitar uma intervenção adequada. Por certo, conhecer o desenvolvimento infantil é condição necessária para a observação eficaz dos marcos de habilidades previstas para uma criança realizar ao longo do tempo. A compreensão sobre como as crianças evoluem dentro desses marcos, em determinados recortes temporais, é um dos componentes básicos de conhecimento e sistematização do cuidado infantil. Assim, a observação das diferenças no processo de desenvolvimento das crianças envolve a

premissa de buscar compreender, preliminarmente, as propriedades e características que são comuns, a fim de que, em seguida, seja possível bem compreender as diferenças (Moraes; Nascimento; Tamarozzi, 2022).

Diante da relevância da detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, para o início da estimulação abreviada através de terapias, é possível promover a quebra de barreiras, resolver a vergonha e/ou de superproteção dos familiares (Silva *et al.*, 2019). Outrossim, considera-se que o conhecimento e a identificação precoce de alterações de desenvolvimento infantil abrem caminhos para a realização de um tipo de intervenção preventiva em relação a outros problemas físicos e mentais (De Voss *et al.*, 2023).

Alguns participantes do estudo destacaram o uso da CSC como um importante instrumento para o acompanhamento da saúde das crianças, por meio da qual são registrados os dados e os eventos mais relevantes do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2020), constituindo-se em fonte de conhecimento dos sinais de alerta dos TEA¹⁹. Apesar de ser um instrumento simples, há problemas no seu preenchimento, o que tende a dificultar a análise sobre as questões que se referem aos TEA. Por certo, as questões que envolvem os registros e os efeitos da subnotificação ainda se constituem em sérios desafios das práticas em saúde, conforme é abordado em diferentes perspectivas nos estudos de Cordovil *et al.* (2022), de Prado *et al.* (2020), de Belo *et al.* (2021) e de Marinus *et al.* (2022). Destarte, é necessário que o enfermeiro conheça bem os instrumentos com os quais trabalha cotidianamente, para que possa exercer sua função de forma plena e oferecer os cuidados de forma contínua e certa (Brasil, 2014).

Em estudo de Silva *et al.* (2018) foram considerados o despreparo dos profissionais para a utilização da CSC de forma adequada, bem como a falta de conhecimento sobre a CSC enquanto instrumento de vigilância integral à saúde da criança. Já no estudo de Souza *et al.* (2019) foi considerado que a precarização do preenchimento da CSC pelos profissionais de saúde pode gerar desdobramentos negativos para a qualidade da assistência. Araújo *et al.* (2021) apontam que os principais fatores que interferem para o não preenchimento da CSC são: a falta capacitação dos profissionais de saúde, má comunicação entre a equipe multiprofissional, falta de cadernetas nas unidades de saúde, desmerecimento e falta de conhecimento da caderneta pelas mães ou responsáveis pelas crianças.

¹⁹ Na versão do ano de 2021 da CSC (3ª versão) há uma página que reúne informações básicas, as quais podem auxiliar o profissional na identificação de possíveis sinais de alerta dos TEA. Maiores detalhes sobre a CSC do Ministério da Saúde estão disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>. Segue outra fonte sobre o tema: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/caderneta-da-crianca/>

Os marcos do desenvolvimento são um conjunto de habilidades que a maioria das crianças consegue realizar dentro de um tempo específico. Despontam como referência e parâmetro para a compreensão sobre o curso de desenvolvimento, e delimitam o desenvolvimento da criança a partir de dois limites: inferior e superior. Desse modo, respeita-se o tempo de desenvolvimento de cada criança, considerando limites de segurança (Brasil, 2016b). Compreender o processo de desenvolvimento vital de cada criança é considerar que todos os indivíduos, ao amadurecer, passam por fases e estágios. Cada etapa se caracteriza por novas tarefas e o amadurecimento consiste precisamente na solução dessas tarefas, cada vez mais complexas (Souza *et al.*, 2023).

A infância é o período em que a preocupação com o desenvolvimento deve ser prioritária. Muitos profissionais que lidam com crianças repercutem um discurso sobre o suposto tempo particular de cada criança. Muitas vezes, sem perceber, profissionais de saúde ou educadores deixam de atentar para eventuais sinais de alerta para algum transtorno, sob influência da crença de que “cada criança tem seu tempo”. Com efeito, há limites que indicam variações possíveis entre uma criança e outra, no que concerne ao desenvolvimento. Não obstante, há de se considerar a existência de marcos que indicam se o desenvolvimento de uma criança caminha ou não de acordo com o esperado (Moraes; Nascimento; Tamarozzi, 2022).

A compreensão sobre como as crianças mudam ao longo do tempo é um dos componentes básicos para os bons cuidados infantis, independentemente do cenário ou da situação em que se encontram as crianças. Mas, a mudança no desenvolvimento é ordenada e sistematizada, sendo importante que todos os profissionais que trabalham com a primeira infância possam conhecer (Bosco, 2023).

Em geral, o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento infantil nos coloca em contato com as etapas vividas pela criança, assim como pode conduzir a criança para avaliação precoce, diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação, promovendo, assim, a prevenção de agravos. Nesse sentido, a American Psychiatric Association recomenda a vigilância do desenvolvimento e triagem para identificar de modo precoce atrasos ou deficiências no desenvolvimento, com o propósito de garantir intervenções oportunas e melhorar os resultados de tratamentos e reabilitações. O conhecimento sobre o desenvolvimento típico infantil é fundamental para que o profissional em contato com a infância possa identificar possíveis sinais atípicos, bem como fatores de riscos, salientando-se que a identificação de atrasos no desenvolvimento, bem como a definição do diagnóstico e o início da intervenção são determinantes para minimizar os prejuízos na vida futura da criança (APA, 2013).

Cada criança com TEA apresenta sinais específicos e particulares, inclusive em intensidades diferentes. Também não se deve observar uma criança e partir para conclusões precipitadas do tipo:

“se não tem todos os sinais, então não é uma criança com autismo”. Nesse sentido, a maioria das crianças apresenta uma composição diferente de sinais, embora todas se inscrevam nos domínios dos TEA (Moraes; Nascimento; Tamarozzi, 2022).

Reforça-se a importância da detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA para que as estimulações possam ocorrer justamente no período em que a plasticidade neuronal é mais intensa. O diagnóstico e intervenções tardias potencializam diversos déficits no desenvolvimento global das crianças (SBP, 2019; OMS, 2022). Posto isso, é importante que profissionais em contato com a primeira infância sejam capacitados e instrumentalizados para rastrear e manejar os próximos passos a serem seguidos pela família.

Em suma, a atuação dos enfermeiros no atendimento às crianças com sinais de alerta dos TEA e seus familiares é caracterizada pela assunção de um importante papel socializador, de ajuda no processo de aceitação e compreensão da criança pelos pais, bem como no estabelecimento de práticas de relacionamento interpessoal que envolvem ações de orientação, identificação, exploração e resolução, o que exige do enfermeiro embasamento teórico/científico (Araujo *et al.*, 2019; PEPLAU, 1997), para discorrer informações aos pais sobre sinais e comportamentos, como também apoio quanto aos desafios e procedimentos assistenciais que os mesmos utilizarão no processo de cuidar (Carvalho, 2022).

4.2.2 Bloco Temático II

O Bloco Temático II foi formado pelas classes 1, 3, 4 e 5, e reuniu 866 segmentos de texto ao todo, o que representou 79,7% do material passível de análise presente no *corpus*.

A partir da análise lexical dos segmentos de texto do Bloco Temático II, as classes ficaram assim nomeadas:

- **Classe 1** – Capacitação dos enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA;
- **Classe 3** – Papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA;
- **Classe 4** – A comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica; e
- **Classe 5** – O trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA.

A partir da formação do Bloco Temático II, foi operacionalizada a estruturação dessas classes e seus respectivos temas, bem como a categorização das palavras associadas e a definição das variáveis relacionadas aos participantes que tiveram mais relacionamento com cada uma das classes estabelecidas, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 10 - Bloco Temático II (Classes 1, 3, 4 e 5)

BLOCO TEMÁTICO II		
Classes e Temas	Palavras Associadas	Variáveis
Classe 1 Capacitação dos enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA	sinais_de_alerta ($\chi^2 = 358,24$) autismo ($\chi^2 = 336,92$) detecção_precoce ($\chi^2 = 150,2$) treinamento ($\chi^2 = 133,63$) capacitação ($\chi^2 = 110,53$)	* enf_02 * enf_26 * enf_09
Classe 3 Papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA	dizer ($\chi^2 = 77,5$) mãe ($\chi^2 = 68,04$) autista ($\chi^2 = 47,32$) filho ($\chi^2 = 44,24$) explicar ($\chi^2 = 24,33$)	* enf_07 * enf_06 * enf_18
Classe 4 A comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica	avó ($\chi^2 = 55,99$) pai ($\chi^2 = 53,59$) família ($\chi^2 = 45,44$) participação ($\chi^2 = 36,46$) dúvida ($\chi^2 = 27,32$)	* enf_27 * enf_14 * enf_23
Classe 5 O trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA	encaminhar ($\chi^2 = 183,02$) médico ($\chi^2 = 145,48$) fonoaudióloga ($\chi^2 = 124,84$) pediatra ($\chi^2 = 110,07$) psicóloga ($\chi^2 = 97,19$)	* enf_04 * enf_08 * enf_13

A descrição analítica dos resultados das classes 1, 3, 4 e 5, alusivas ao Bloco Temático II, bem como a discussão de cada uma delas, estão apresentadas a seguir:

4.2.2.1 Classe 1 – Capacitação dos enfermeiros para a detecção dos sinais de alerta dos TEA

A Classe 1 foi constituída por 240 segmentos de texto, o que representou 27,71% da análise do Bloco Temático II, e 22,1% do material de classificação do *corpus* das entrevistas com os enfermeiros das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro. Os enfermeiros 02, 26 e 09 foram os que tiveram maior conexão com a Classe 1, conforme indicado pelo *software* IRaMuTeQ®.

Os segmentos de texto e as palavras que caracterizam a Classe 1 (*sinais_de_alerta, autismo, detecção_precoce, treinamento, capacitação*) traduzem a importância de ações de treinamento e capacitação voltadas aos enfermeiros, bem como a proposição pelos mesmos de estratégias de intervenções educativas, a fim de tentar garantir que as crianças com sinais de alerta dos TEA, atendidas nas Clínicas da Família, recebam os serviços e tratamentos o mais cedo possível, o que pode melhorar significativamente seus resultados a longo prazo. A necessidade de treinamento e capacitação esteve presente na maioria dos discursos dos participantes, que inclusive apontaram percalços em relação à participação em atividades educativas por conta de suas intensas demandas de trabalho. Tais aspectos estão claramente representados pelos segmentos de texto a seguir:

**** *enf_01 *tpgrad_07 *tpassist_01 - no caso do autismo, um **treinamento** para a gente nos ajudaria a ver de melhor forma, a detectar uma coisa que, talvez, passou na nossa correria, passou e só vamos ver lá na frente, quando o caso está um pouco mais avançado.

**** *enf_02 *tpgrad_05 *tpassist_05 – é necessário cursos de educação continuada, de capacitação. Isso, eu acho que falta. A gente peca um pouco nisso. É um assunto que é pouco abordado, até nas próprias escolas de formação, também.

**** *enf_05 *tpgrad_09 *tpassist_07 - tivemos uma **capacitação** para termos atenção a alguns sinais_de_alerta do autismo, mas foi aquela coisa bem sucinta, algo bem superficial. Aqui na clínica_da_família que atuo agora, eu nunca tive nada a respeito desde que eu cheguei.

**** *enf_06 *tpgrad_05 *tpassist_16 - para se melhorar a detecção_precoce dos sinais_de_alerta do autismo, eu acho que o início de tudo seria ampliar os **cursos** de capacitação, principalmente. Eu acho que deveria ser feito esse treinamento para todos, no geral.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 - a gente deveria ter **capacitação** para identificar os sinais_de_alerta do autismo, porque essa situação do autismo está um boom. Pelo menos aqui, nessa unidade, a gente vê muitos casos de autismo.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 - eu acho que se a gente tivesse **capacitação** funcionaria muito melhor. Eu penso que deveria ter capacitação para o profissional e também para a população, para o usuário.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 - aqui na clínica_da_família onde eu atuo ainda não utilizamos protocolo ou manual sobre os sinais_de_alerta do autismo, e também não tivemos nenhum **treinamento**. É algo que a gente está vendo numa crescente muito grande, de fato.

**** *enf_09 *tpgrad_19 *tpassist_03 - na verdade, o autismo é algo que eu tenho muita dificuldade por conta de não ter tido um **curso**, de não ter tido alguma abordagem sobre isso.

**** *enf_10 *tpgrad_04 *tpassist_04 - a gente tenta numa consulta do dia a dia, a gente observa e tenta fazer o melhor, mas eu acho que a capacitação para **aprimorar** isso é a primeira linha mesmo. Acho que não tem outra coisa.

**** *enf_12 *tpgrad_20 *tpassist_07 - e aí, eu fico me perguntando se nós estamos preparados para isso. A gente realmente tem um olhar diferenciado para isso. O que é que está faltando, então? Eu acho que realmente é **treinamento**.

**** *enf_13 *tpgrad_11 *tpassist_11 - casos mais graves é mais fácil de você identificar, mas os casos que são mais leves, ficamos sempre na **dúvida** se é um perfil da criança mais introspectiva, ou mais tímida, ou se realmente é um problema relacionado ao espectro.

**** *enf_16 *tpgrad_08 *tpassist_08 - eu nunca tive nenhum **treinamento** e meus colegas também. Às vezes tem tanto trabalho que, em algumas situações, não se consegue dispensar o profissional.

**** *enf_17 *tpgrad_05 *tpassist_01 - para **aprimorar** a detecção_precoce dos sinais_de_alerta do autismo, eu acredito que haja necessidade de treinamento dos profissionais [...], e desenvolver instrumentos de pesquisa para apoio nos atendimentos ajudaria bastante.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - mas, eu acho que tínhamos que ter um **treinamento**, para que se crie um olhar mais sensível e diferenciado, porque às vezes a gente pode deixar escapar algum caso.

**** *enf_19 *tpgrad_12 *tpassist_08 - o que poderia ser feito para **aprimorar** a detecção_precoce, no contexto da atenção_primária, é desenvolver mais conteúdos voltados para o enfermeiro ter o seu diagnóstico, não o diagnóstico médico, mas o diagnóstico de enfermagem.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - quando tem a campanha do mês de autismo, às vezes a gente põe um laço azul, mas realmente, de **capacitação**, eu nunca tive, nem aqui na unidade, e nem na coordenação de área.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - Além da **capacitação**, eu acho que a gente precisa sensibilizar mais os profissionais. Eu trabalho há muito tempo na assistência e, às vezes, a gente fica tão mecânica, atendendo tanta gente, tanta coisa.

**** *enf_25 *tpgrad_11 *tpassist_10 - sobre o autismo, nós não tivemos nenhum **treinamento** ou capacitação. Nunca tivemos uma palestra, banner, cartazes explicativos ou alguma coisa que orientasse o profissional, nem para nós e nem para os usuários.

**** *enf_26 *tpgrad_14 *tpassist_11 - [...] a detecção precoce dos sinais de alerta do autismo requer muito saber, **treinamento**. Não só nota técnica, mas um questionário, ou um checklist ou protocolo sobre o que é que a gente tem que observar.

**** *enf_27 *tpgrad_07 *tpassist_06 - na minha opinião, [...] poderia ser divulgado mais o tema, e ter **treinamento**. O que aprendemos aqui foi com a gente junto, no dia a dia.

Discussão

Estudos atuais vêm demonstrando o reconhecimento das necessidades de treinamento e capacitação adequada e contínua de enfermeiros e de profissionais de outras áreas da saúde para a detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA (Nogueira *et al.*, 2022; Costa; Guarany, 2021; Quinn; Porter, 2023; Waddington *et al.*, 2022). Pari passu, nas falas dos enfermeiros participantes deste estudo foram observadas referências sobre a precisão de se potencializar o conhecimento sobre o tema, no sentido de aperfeiçoar habilidades e observar o exercício de um novo comportamento frente às demandas de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA.

Nesse sentido, o termo ‘capacitação’ aqui pode ser entendido como a preparação do profissional para exercer funções inerentes ao seu trabalho, por meio da aplicação e gestão do conhecimento, ao mesmo tempo em que objetiva desenvolver competências específicas. Por seu turno, a ‘competência’ é compreendida como o produto resultante do conhecimento, habilidade e atitude (Oliveira, 2023). Desse modo, ao desenvolver competência, a capacitação busca fornecer autonomia, autoconfiança e criatividade ao aplicar o conhecimento, resolver problemas e alcançar os resultados propostos de forma efetiva (Silva; Leite, 2022).

Com efeito, ao se garantir que enfermeiros acumulem conhecimento e desenvolvam habilidades necessárias para detectar os sinais de alerta dos TEA precocemente, há possibilidades substanciais de se ajudar a melhorar a qualidade de vida a curto, médio e longo prazo das crianças e suas famílias. A curto prazo, por ajudar as famílias a diminuírem o grau de angústia em função das dúvidas e incertezas sobre a condição de atrasos no desenvolvimento

infantil. No médio prazo, através de linhas de cuidado e tratamento multiprofissional que possam auxiliar o desenvolvimento de habilidades necessárias para as atividades cotidianas e sociais, de interação e autocuidado. E, a longo prazo, percebe-se possibilidades factíveis de melhoria da qualidade de vida e bem estar dessas crianças e seus familiares (Logrieco *et al.*, 2022; Atherton *et al.*, 2021).

Compreende-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, o que se dá a partir do cuidado da criança na puericultura, através da anamnese e atendimento por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o que auxilia no fechamento do diagnóstico precoce (Oliveira; Moraes; Franzoi, 2019). Por seu turno, cabe ressaltar que as fases referentes ao relacionamento interpessoal (orientação, identificação, exploração e resolução), de acordo com Hidegard Peplau, guardam certos nexos com a própria aplicação da SAE, devendo serem abordadas de maneira ordenada e sistemática, no sentido de buscar a solução de problemas em colaboração entre o enfermeiro e a família, com o objetivo final de preencher as necessidades da criança.

Não obstante, a partir do momento que a família busca ajuda especializada, e o profissional de Enfermagem não possui o devido e suficiente conhecimento para identificar esses sinais de alerta, a fim dar resolutividade à essa demanda, tanto a criança quanto o círculo familiar acabam sendo prejudicados, intensificando a insegurança e angústia dos pais (Passos; Kishimoto, 2022; Faulin *et al.*, 2021).

Assim, as fragilidades na assistência às crianças com sinais de alerta dos TEA e suas famílias trazem implicações para a efetividade das ações e diretrizes dedicadas ao tema (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Estudos apontam que a principal causa está no despreparo dos profissionais de saúde em função do conhecimento limitado sobre como assistir as crianças e suas famílias, pelo sentimento de insegurança ao se prestar o cuidado, pela dificuldade de organização e integração da Rede de Atenção à Saúde, e até mesmo ao estigma relacionado aos transtornos mentais (Bonfim *et al.*, 2020; Gallaher, 2023; Riman, 2023).

Cabe ressaltar que as dificuldades dos participantes deste estudo também foram verificadas entre profissionais de outros países. Em um estudo conduzido na Austrália, que investigou as experiências de profissionais de unidades de saúde, revelou-se a necessidade de maior desenvolvimento profissional em serviços de intervenção precoce para crianças no espectro do autismo, para apoiar os melhores resultados possíveis para esta população (Luskin-Saxby *et al.*, 2023). Já em pesquisa desenvolvida no Reino Unido apontou-se que, embora a prevalência do autismo esteja em ascensão nos últimos anos, os currículos de graduação e de pós-graduação demoram para se adaptarem e impactarem no que é ministrado na formação, de

modo que os profissionais de saúde relatam pouco treinamento sobre esse tema (Doherty; Haydon; Davidson, 2021).

Entre as dificuldades em detectar sinais de alerta dos TEA relacionadas a treinamentos e capacitações profissionais está a questão do conhecimento e divulgação de materiais técnicos específicos, que facilitem o processo de detecção precoce. Ademais, a ideia enviesada de que a identificação de sinais de alerta dos TEA não é necessariamente de responsabilidade dos enfermeiros também é outra barreira a ser considerada, uma vez que esses profissionais não se veem necessariamente como partícipes relevantes dos processos de detecção precoce (Nascimento, 2018).

Foi comumente verificado nos discursos dos enfermeiros deste estudo o sentimento de insegurança e despreparo em relação à detecção dos sinais de alerta, o que tende a acarretar demora no diagnóstico e comprometimento da identificação precoce. Isto acaba levando a família e a criança a passarem sucessivamente por diversos profissionais e instituições antes que seja constatado os TEA, retardando, dessa maneira, qualquer tipo de intervenção que pudesse contribuir para a melhoria do desenvolvimento da criança (Smith, 2023; Bonfim *et al.*, 2023).

Ademais, a recorrência das falas dos enfermeiros sobre as necessidades de treinamento e capacitação vem acompanhada da constatação pelos mesmos do aumento na procura de famílias em busca da identificação dos sinais precoce dos TEA. Contudo, foi percebido que essa identificação encontra maior facilidade sobretudo naqueles casos aparentemente considerados “mais graves”, ou seja, com necessidades de maior suporte.

Apesar do relativo aumento da produção de conhecimento sobre o tema nos últimos anos, a impressão desenvolvida durante a coleta de dados desta pesquisa é a de que muitas crianças deixam de ser identificadas antes do período escolar, ainda que muitos pais venham a suspeitar de problemas no desenvolvimento sociocomunicativo de seus filhos desde os três primeiros anos de vida, o que se coaduna com os achados de outros estudos (Bonfim *et al.*, 2023; Gallaher, 2023).

Por isso, ganha força a hipótese de que o atraso na identificação dos sinais de alerta está relacionado à falta de treinamento e capacitação de enfermeiros e demais profissionais de saúde, tanto para identificar clinicamente os TEA, quanto para utilizar instrumentos de rastreamento (Kouo, 2021). Parte-se do pressuposto de que o conhecimento dos profissionais de saúde no Brasil sobre o tema ainda é insuficiente, mesmo considerando que a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764 de 27/12/2012) já tenha sido publicada há cerca de 11 anos, inclusive os programas governamentais voltados à saúde

das pessoas com TEA do Ministério da Saúde, os quais foram publicados em 2013 e 2014 (Brasil, 2014; Brasil, 2015).

Acrescenta-se a ideia de que a proposição de programas de treinamento e capacitação voltados à detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA para enfermeiros (assim como para outros profissionais de saúde) exige a combinação do cuidado com o embasamento conceitual e a sistematização desse conhecimento, de forma que atenda à demanda das ações previstas nas políticas públicas em saúde. Além disso, não basta a oferta e a garantia de acesso dos profissionais a programas de qualificação, mas a combinação dessas medidas com metodologias específicas que busquem avaliar a efetividade dessas intervenções educativas (Eiraldi; Comly; Goldstein, 2023).

Nas falas dos participantes deste estudo também foi atestada a alta demanda de trabalho como fator limitador nos processos de detecção precoce dos sinais de TEA, bem como foram apontadas até mesmo dificuldades para que pudessem estar presentes nos cursos ofertados sobre a temática. Além disso, destaca-se que o reconhecimento das necessidades de treinamento e capacitação entre os participantes deste estudo demonstra preocupação para estruturarem melhores intervenções junto às crianças e suas famílias. Isso expressa não exatamente e unicamente o despreparo desses profissionais, mas a necessidade de organização dos processos de trabalho que deem conta desse tipo de demanda, que antes, em função das subnotificações e desconhecimento (do que são e do que não são os TEA), foram marcados por certa situação de desassistência. Isso indica que, se não há registros e conhecimento suficiente, certos problemas tendem a passar despercebidos, especialmente se considerada a problemática de sobrecarga de trabalho verificada no âmbito das Clínicas da Família. A título de exemplificação, estudos apontam essa sobrecarga de trabalho, em função das múltiplas tarefas assistenciais e gerenciais (Ferreira; Périco; Dias, 2018; Andrade *et al.*, 2023).

Ressalta-se ainda que a atuação dos enfermeiros na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA perpassa pela vivência de percepções e sentimentos diversos ao se defrontarem com as necessidades das crianças e de seus familiares, sendo de importância a escuta e valorização das queixas das famílias.

Em relação à implementação de programas no contexto da APS no Brasil são significativos os desafios a serem superados. Em geral, alguns desafios referem-se às dificuldades para reunir as equipes, às horas de trabalho “subtraídas” da assistência para os programas de capacitação e à problemática de mensuração do impacto da aprendizagem na assistência (Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018).

Em geral, as estratégias de treinamentos/capacitações envolvem a necessidade de compreensão e previsão dos sinais de alerta comuns dos TEA, bem como a capacidade de realizar triagem adequada e encaminhamentos para avaliação e confirmação diagnóstica. Ações de educação permanente para esta demanda são necessárias, uma vez que o campo da saúde mental está em constante evolução e atualização. Para tanto, as práticas baseadas em evidências têm potencial para responderem a uma abordagem integrada e bem sustentada dos processos de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA.

Provavelmente, a dificuldade de compreensão de como identificar os sinais de alerta esteja relacionada à falta de conteúdos referentes ao tema durante o processo de formação acadêmica nos cursos de graduação. Além disso, a falta de capacitações ofertadas pelos serviços, voltadas para saúde mental, em geral ou especialmente os TEA, também limitam a atuação do profissional, uma vez que capacitações devem ocorrer para viabilizar a melhoria das atividades de trabalho. Elas podem acontecer de forma permanente no cotidiano do serviço, e nas reuniões ricas em discussões de condutas entre os demais profissionais (Nascimento *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde tem contribuído com as práticas de detecção precoce ao publicar manuais com diretrizes e instruções que descrevem os sinais observáveis em cada fase do desenvolvimento infantil, propondo instrumentos facilitadores da avaliação e do acompanhamento do desenvolvimento, que podem ser utilizados durante as consultas, tais como: os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e o *Modified-Checklist for Autism in Toddlers* (M-Chat) (Brasil, 2014). Além desses manuais, a Caderneta de Saúde da Criança também é importante ferramenta de acompanhamento do desenvolvimento, inclusive de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA. Positivamente, resultados de estudos têm demonstrado que, após o desenvolvimento de programas de capacitação, os profissionais passam a identificar um maior número de crianças com sinais de risco, quando comparado com os índices de identificação antes dos mesmos (Shaw *et al.*, 2020; Smith *et al.*, 2023).

Por outro lado, Guan, Zwaigenbaum e Sonnenberg (2022) apontam preocupações em relação às consequências da proposição de programas de capacitação nesta área, especialmente no que diz respeito ao receio no aumento de encaminhamentos de crianças com suspeita de TEA. Para os autores, o potencial risco é de que encaminhamentos inadequados possam vir a gerar preocupações parentais desnecessárias, além de uma demanda superior à capacidade de atendimento dos sistemas de saúde em atendê-la adequadamente. Contudo, o próprio CDC aponta que o maior número de diagnósticos de TEA nos últimos anos refere-se justamente ao

fato de maior acesso à informação e ações assistenciais mais breves (Bradshaw; Eberth; Zgodic, 2023).

A partir dessa óptica, ressalta-se a relevância de serem delineados programas de identificação de sinais de alerta que incluam, além desses sinais, informações detalhadas sobre os marcos de desenvolvimento social nos primeiros anos de vida da criança, de forma que constituam parâmetros típicos do desenvolvimento sociocomunicativo e do comportamento infantil. Além disso, estudos de avaliação de programas em identificação precoce dos sinais de alerta dos TEA são necessários e devem ser conduzidos para demonstrarem a efetividade da abordagem dos profissionais enfermeiros na identificação de crianças em risco para o desenvolvimento dos TEA. Esses estudos também fornecem informações para a definição de prioridades e a reorientação de práticas na APS, de modo a promover a prevenção e a identificação precoce dos problemas de desenvolvimento infantil (Fregnan, 2020; Corrêa *et al.*, 2022).

Os programas de capacitação de profissionais da APS precisam ser efetivos, tendo como alicerce a identificação do desenvolvimento sociocomunicativo e comportamental de crianças com indícios de atraso no desenvolvimento, em especial em crianças de até 36 meses de idade. Para isso, é necessário que o profissional de saúde conheça as bases teórico-conceituais do desenvolvimento e neurodesenvolvimento, para que possa aplicar na avaliação da criança (Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018). A complexidade dos sinais de alerta demanda conhecimento do profissional da APS, sobretudo daqueles que realizam consulta de puericultura. Desse modo, a formação permanente da equipe, por meio de programas validados de capacitação, oportunizará a observação e a escuta mais atentas e acolhedoras, auxiliando os pais na detecção dos sinais de risco para o desenvolvimento do bebê (Homercher *et al.*, 2020).

Portanto, o delineamento, a implementação e a avaliação de programas de capacitação profissional em TEA, baseados em evidências, envolvem a necessidade de práticas educativas sistematizadas e regulares (Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018). Isso vai ao encontro da proposição de Hildegard Peplau (1988) em potencializar a prática clínica e desenvolvimento de interação e habilidades de comunicação entre o enfermeiro e a família, e de compreensão da Enfermagem como um “processo interpessoal significativo terapêutico”, que carece, indubitavelmente, de boas práticas de ensino-aprendizagem.

4.2.2.2 Classe 3 – Papéis dos enfermeiros na atenção a familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA

Nesta Classe 3 estão reunidos 216 segmentos de texto, o que representou 24,94% da análise do Bloco Temático II, e 19,9% do material de classificação do *corpus* das entrevistas. Os enfermeiros 07, 06 e 18 foram aqueles que apresentaram maior conexão com a Classe 3, conforme indicado pelo *software* IRaMuTeQ®.

Os segmentos de texto e as palavras que caracterizam a Classe 3 (*dizer, mãe, autista, filho, explicar*) envolvem ações e agentes das relações interpessoais estabelecidas entre enfermeiros e as famílias de crianças com sinais de alerta dos TEA, apontando necessidades, demandas, interações, papéis específicos dos enfermeiros e problemáticas que envolvem a dinâmica dessas interações.

Para melhor apresentação dos resultados referentes à Classe 3, dividimos os segmentos de texto em três partes. A primeira, descrita a seguir, expressa as necessidades apresentadas pelos familiares das crianças aos enfermeiros das Clínicas da Família sobre problemas relacionados ao desenvolvimento infantil:

**** *enf_04 *tpgrad_09 *tpassist_05 – temos muita demanda com as mães **dizendo** que é autismo. Na verdade, alguns são sim. Mas acho que a grande maioria não são. Eu acho que está um pouco confuso isso.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 - as mães já chegam aqui **dizendo** que acham que o filho é autista. Aí, quando você vai ver, tem tudo, tem todo o sentido [...].

**** *enf_11 *tpgrad_14 *tpassist_10 - quando a criança é acompanhada aqui na clínica_da_família é mais fácil, porque a gente está sempre alertando. Então, a própria **mãe** também já nos dá isso. Ela já sabe, ela já observa e ela já traz isso para a gente.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - nós vamos cuidando da família. Então, quando a mãe **entende** que realmente a criança tem um desenvolvimento atrasado, ela já chega para nós com diversas perguntas [...].

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - tem mães que chegam e já falam que o filho é autista, mas tem mães que não **aceitam** bem esse atraso do desenvolvimento da criança, ou então acham que não precisa de nenhum tratamento, que a criança está bem.

**** *enf_21 *tpgrad_08 *tpassist_07 – eles já vêm com essa fala, com essa afirmação de autismo, e nós vamos conversando e **explicando** que a gente tem que investigar, que a gente tem que ver, porque existem vários tipos de transtornos, não é só autismo.

A seguir estão outros segmentos de texto da Classe 3, os quais retratam elementos alusivos aos papéis desenvolvidos pelos enfermeiros no processo de relacionamento interpessoal com os membros das famílias de crianças com sinais de alerta dos TEA. Conforme é considerado na Teoria das Relações Interpessoais, foram identificados os papéis: de aconselhamento, de coordenador, de educador em saúde, de fontes de informação e de especialista.

Papel de Aconselhamento

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 - o meu relacionamento interpessoal com as famílias das crianças acontece no sentido de **explicar** quais são os comportamentos da criança, porque tem mães que realmente vêm num estado deplorável, cansadas, e não sabendo mais o que fazer.

**** *enf_06 *tpgrad_05 *tpassist_16 – você tem que deixar a família ter esse momento de respirar, de aceitar, de **entender** primeiramente. Então, você também tem que saber respeitar isso.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 – a criança precisa ter um diagnóstico para sabermos se realmente tem ou não autismo. Então, eu tento acalmar a mãe, o pai, o familiar que está ansioso. **Digo** para esperarem, que vamos seguir, que tudo tem tratamento.

**** *enf_10 *tpgrad_04 *tpassist_04 - eu converso com os pais, e digo que isso é uma coisa hoje que se trata com naturalidade, que tem acompanhamento, porque na verdade tem muitos pais que não são preparados para receber um filho autista ou para **aceitar** um diagnóstico.

Papel de Coordenador

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 - a mãe consegue, às vezes, conversar melhor comigo, dizendo que já **entendeu** que a criança é autista, mas que precisa que eu lhe ajude de alguma forma.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 – então vamos esclarecendo dessa forma, de que vamos passar por um especialista, de que vamos ver o que o especialista vai **dizer**, e vamos trabalhando.

Papel de Educador em Saúde

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 – a gente está sempre orientando à **mãe**, para que ela também nos dê esse feedback da parte dela.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 – eu **explico** para a mãe como é que ela vai ter que fazer, dizendo a ela a forma de ajudar o bebê, e orientando que se o bebê tiver alguma alteração, que ela terá que trazer para gente ver.

**** *enf_22 *tpgrad_05 *tpassist_04 - a minha relação com a família é sempre no sentido de tentar passar informações de uma forma que ela **entenda** e não fique tão assustada, que não sinta aquele baque.

Papel de Fonte de Informação

**** *enf_06 *tpgrad_05 *tpassist_16 - **e digo** que pode ser o meu olhar exagerado, como pode ser realmente algo que precise de um cuidado maior, até mesmo para a mãe não sair daqui nervosa, para ela não sair daqui pegando o telefone.

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 - **falamos** para os pais que, com as limitações que a criança apresenta, vamos precisar de alguns incentivos, mostrando para a família todas as possibilidades, para ela entender que a criança tem uma questão que vai precisar ser manejada.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - **falamos** primeiramente que a criança poderia estar de outro jeito, e da necessidade de investigarmos, porque é que a criança está com atraso do desenvolvimento. Daí, nós vamos cuidando não só da criança. Temos que cuidar da família também.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 – então, nós trabalhamos nessa questão de vigilância da **aceitação** e de apoio à família. A estratégia saúde da família trabalha dessa forma. Aqui, as enfermeiras são meio que uma porta de entrada.

Papel de Especialista

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 – discutimos para definir para onde a gente vai, e analisamos se a criança já está muito avançada, se a família já **entendeu** isso, se vamos chamar a família para conversar.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - temos que ter muito cuidado em relação a isso. Tem muitas famílias assim. Elas **dizem** que a criança tem problema, que é autista, e não é. Às vezes, é uma criança que está no círculo familiar onde ela não tem uma atenção.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 – então, acaba criando uma relação de confiança, e fica mais fácil chegar e dizer o que precisamos atentar, ou sinais_de_alerta do autismo que precisam ser avaliados. Mas, eu **explico** que se tratam de sinais_de_alerta do autismo.

Na sequência estão dispostos segmentos de texto da Classe 3, que se referem a problemáticas que tendem a impactar negativamente as relações interpessoais e a qualidade da assistência, as quais se relacionam a demandas de cuidado, obstáculos para a coordenação das

atividades e dificuldades de manejo do processo de detecção precoce por parte dos enfermeiros.

**** *enf_01 *tpgrad_07 *tpassist_01 - se fosse em algum outro lugar, onde as pessoas tivessem mais acesso à informação, talvez fossem mais exigentes, e eu teria que **explicar** à família a necessidade de chamar alguém para investigar o que a criança não está apresentando, e o que ela deveria apresentar dentro de sua idade.

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 - é claro que nós sempre colocamos que cada criança vai ter o seu desenvolvimento próprio. Enquanto uma corre, a outra vai **falar** mais, e vice versa. Isso pode acontecer.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 – demora muito uma consulta, e demora muito mais o retorno deles para a gente **tentar** acompanhar.

**** *enf_07 *tpgrad_15 *tpassist_13 – não conseguimos fazer consulta de crianças maiores por conta da demanda de trabalho na clínica_da_família, ou porque a família não traz.

**** *enf_12 *tpgrad_20 *tpassist_07 - muitas crianças a gente não percebe, os pais não percebem, e a gente pode estar deixando passar isso. É preocupante, porque é uma enxurrada de crianças hoje em dia que vem com **demandas** para investigação.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - a criança pode ter um atraso no desenvolvimento. Parece que agora virou um pouco de moda. Recebemos **mães** aqui, que falam que acham que o filho é autista, e aí eu pergunto por que elas acham que ele é autista.

**** *enf_20 *tpgrad_08 *tpassist_08 - até quando as mães vêm com alguma **queixa** e tudo mais, os médicos normalmente nos orientam a esperar mais ou menos a criança completar uns 3 anos porque, antes dos 3 anos, não tem como fechar o diagnóstico de autismo.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - às vezes é como um poço sem fundo, com muitas pessoas para atender, e aquele paciente, por exemplo, que eu atendo em 20 minutos, eu deveria atender pelo menos em 40 minutos a 1 hora, e dar mais atenção, **explicar** mais.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - **não** é algo fácil, e às vezes é tão sutil um sinal, que às vezes passa despercebido por nós mesmos, pela demanda louca do dia a dia [...].

**** *enf_25 *tpgrad_11 *tpassist_10 – o município do rio de janeiro não está preparado para a quantidade de crianças **autistas** que a gente tem, e de outros transtornos também. Sabemos que é uma dificuldade.

**** *enf_27 *tpgrad_07 *tpassist_06 - e a gente também não sabe responder tudo, vai acompanhando nas consultas, tenta explicar e pedir para ela ler para **entender** mais sobre autismo, que é uma coisa muito complexa. Acho que até nós não sabemos tudo.

Discussão

As relações interpessoais enfermeiros e famílias de crianças com sinais de alerta dos TEA são essenciais para garantir a qualidade da assistência de saúde, na compreensão de que tais transtornos podem trazer desafios únicos e bastante sensíveis para o cotidiano da vida familiar. Além disso, as famílias podem precisar de apoio e orientação para ajudar seus filhos a lidarem com os sintomas e as dificuldades associadas. Assim, as relações interpessoais são tidas como ferramentas dos enfermeiros para dar sustentação à assistência de saúde às crianças e suas famílias, ajudando-as a lidarem com as situações atípicas que envolvem atrasos no desenvolvimento.

Quando a família vivencia certas alterações de comportamento da criança, o processo de relação interpessoal passa a ser construído no sentido de se estabelecer uma relação terapêutica positiva entre a família e o enfermeiro durante a experiência do cuidado, para o enfrentamento das questões e inquietações.

Contudo, ao longo deste processo, certas dificuldades também podem ser observadas ao ponto de interferirem no reconhecimento dos familiares de que esses sinais de alerta precisam ser devidamente investigados. A significação de que tais comportamentos ou alterações sejam características pessoais da criança ou da própria idade, e que passariam, pode estar vinculada ao sentimento de medo, que permeia essa fase inicial e as relações familiares, especialmente no que diz respeito ao futuro idealizado construído pela família para a criança. Diante disso, os pais, quando notam que o desenvolvimento evolutivo da criança não ocorre da maneira esperada, começam a se atentar aos comportamentos (Homercher *et al.*, 2020).

Por pressuposto, alguns familiares podem não reconhecer bem os sinais de alerta, e mesmo quando os reconhecem, podem não saber lidar com o comportamento da criança estudo (Carvalho; Ignácio; Magri, 2022; Homercher *et al.*, 2020). Ademais, embora outros familiares possam participar do processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, geralmente é a mãe da criança quem mais tende a buscar ajuda, dedica-se aos principais cuidados da criança e administra o seu dia-a-dia, sendo ela, comumente, a pessoa que inicialmente percebe o desenvolvimento atípico na criança, o que foi expresso nas falas de alguns participantes deste estudo.

Com efeito, as mães, mas também os demais membros do núcleo familiar, têm a maior probabilidade de perceberem precocemente as primeiras alterações ou manifestações dos TEA em seu filho(a). Esta possibilidade concretizada, bem como sua participação nas investigações

e primeiras intervenções terapêuticas, pode colocar a criança em situação favorável à experiência de uma vida mais próxima da autonomia.

Além da observação dos sinais de alerta presentes na criança durante as consultas de puericultura, há que se exercer escuta atenta aos discursos da mãe e demais familiares, como estratégia singular de compreensão de potenciais demandas e necessidades da criança atendida. Assim, o olhar atento do enfermeiro associado a um raciocínio clínico perspicaz poderá nortear as intervenções de forma resolutiva. Há que se compreender e reiterar a ideia de que os relatos manifestos pelas mães podem auxiliar sobremaneira a fundamentar a atuação do profissional no processo de detecção precoce. É nesse momento que elas expõem suas ansiedades, dúvidas e pressentimentos em relação aos seus filhos, possibilitando um canal de comunicação entre serviço e família (Nascimento *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, dentre as estratégias que os enfermeiros podem adotar para construir relações interpessoais positivas com essas famílias, ajudando-as a lidarem com a condição da criança de forma eficaz, incluem-se: empatia, comunicação clara, respeito pelas diferenças, orientação e suporte, bem como abordagem centrada na família.

Tais estratégias e ideias vêm ao encontro do que aponta Hildegard Peplau, de que Enfermagem é terapêutica por ser uma arte curativa, auxiliando o paciente e seus familiares a estabelecerem uma meta comum, na qual o enfermeiro e o paciente/familiares respeitam um ao outro como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como resultado dessa interação. Processualmente, ao apresentarem aos enfermeiros as demandas relacionadas ao desenvolvimento infantil de suas crianças, as famílias iniciam um curso de ações para resolvê-las, a partir de antecedentes diversos e individualidades exclusivas (Belcher; Fish, 2000).

A teoria de Hildegard Peplau foi baseada no modelo psicodinâmico, o qual visa apreender as necessidades do cliente, identificando dificuldades e procurando ajudá-lo a superar seus problemas, através de um cuidado de Enfermagem individualizado. É uma teoria com forte pertinência à área de Enfermagem em Saúde Mental, pois o ser humano deve ser visto como um todo, e o enfermeiro necessita do conhecimento de outras ciências para que possa conhecer e intervir junto a esse cliente. O papel maior do enfermeiro é estabelecer o processo de comunicação e relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidado humano, estimulando o enfrentamento das dificuldades ou problemas e o desejo de permanecer saudável (Peplau, 1993).

Sobre as interações terapêuticas oriundas do processo de relação interpessoal ou relacionamento enfermeiro-cliente, Peplau (1991) conceitua como sendo aquelas em que duas pessoas chegam a se conhecer suficientemente para enfrentar os problemas que surjam de forma

cooperativa. Para que a dinâmica da relação interpessoal possa acontecer é necessária que as ações do enfermeiro sejam destinadas às pessoas que necessitem de cuidados, de tal modo que essas possam refletir na comunidade em que vivem.

Por essa lógica, o amadurecimento dos familiares/cuidadores está resguardado no modo como eles atuam. A forma com que eles operam aponta, primordialmente, para o desenvolvimento de ações voltadas ao direcionamento de saberes nas práticas realizadas nos serviços, de modo a estabelecer uma aproximação entre profissional/usuário, mediando uma relação horizontal, onde os benefícios são observados tanto do lado do enfermeiro, como para os indivíduos envolvidos (Peplau, 1993; Peplau, 2015).

É na fase de identificação que o indivíduo responde de forma direta àqueles que podem preencher suas necessidades. Nesta etapa, tanto o indivíduo quanto a enfermeira devem esclarecer suas percepções e expectativas. Aqui, pode-se evidenciar uma participação do indivíduo de forma ativa, já que passa a responder a quem o ajuda. Cada cuidador passa a relatar a condição de saúde de sua criança, de maneira que o diálogo flui no decorrer da consulta. As falas dos cuidadores, na medida que referenciam o seu conhecimento popular, devem ser levadas em consideração, como forma de promover uma maior aproximação dos sujeitos envolvidos.

Cada indivíduo presente na consulta tem suas peculiaridades, porém todos ali vivenciam situações semelhantes quando se faz referência ao cuidado da criança. E é justamente essa diversidade existente que faz ampliar a visão da saúde humana e seus nexos com aspectos culturais, pois levam em consideração as divergências, reflexões e troca de experiências como fatores preponderantes para a construção de uma prática social relevante (Lenardt *et al.*, 2021).

A teórica Hildegard Peplau aponta que o processo interpessoal está centralizado na Enfermagem e no paciente; ou seja, na criança e no seu familiar/cuidador. Por meio de sua Teoria, ela busca identificar conceitos e princípios que apoiem tais relações na prática da Enfermagem, de forma que o cuidado possa ser estabelecido por meio da aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 2015; Peplau, 1993).

Nessa perspectiva, pode-se referir as ações de cuidado de Enfermagem como um processo interpessoal, já que envolve a interação de dois ou mais indivíduos com um objetivo comum. Ao decorrer desse processo, ambos estabelecem um relacionamento, onde um passa a entender o papel do outro e os fatores que estão relacionados à situação ali existente, pontuando ações para a resolução do problema (George, 2000).

Peplau (1992) defende que a Teoria das Relações Interpessoais tem potencial para servir de base de conhecimento para o desenvolvimento de práticas voltadas especialmente ao campo

da Saúde Mental, indicando papéis que são específicos dos profissionais enfermeiros: aconselhamento, coordenador, educador em saúde, fonte de informação e especialista, os quais foram expressos nos segmentos de texto da Classe 3 deste estudo.

À luz dos resultados desse estudo e imersão da pesquisadora no cenário das clínicas da família, existem aspectos positivos desses papéis, mas também negativos, que podem trazer repercussões para a assistência, os quais precisam ser compreendidos pelos profissionais, no âmbito da construção de relações interpessoais com familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA.

Em relação ao papel de “aconselhamento”, o aspecto positivo envolve a possibilidade de ser proporcionado um ambiente seguro para os familiares expressarem preocupações e emoções relacionadas ao desenvolvimento da criança, promovendo a compreensão e auxílio na aceitação e adaptação dos pais às necessidades específicas da criança com sinais de alerta dos TEA, além de resolução de problemas; mas, como aspecto negativo, pode haver desafios ao lidar com emoções intensas, levando a um desgaste emocional do enfermeiro, em função da natureza delicada e muitas vezes emocionalmente carregada do diagnóstico de TEA.

Sobre o papel de “coordenador”, o aspecto positivo relaciona-se com a facilitação da comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e familiares, o que possibilita a melhoria da qualidade do cuidado por meio de uma abordagem coordenada adequadamente e dirigida à avaliação e intervenção precoce. Isso pode reduzir a fragmentação nos cuidados. Contudo, como aspecto negativo, pode haver a necessidade de enfrentamento de obstáculos na coordenação, devido a desafios na comunicação ou mesmo conflitos internos na equipe, como também problemáticas relacionadas à complexidade do próprio sistema de saúde e da rede de serviços disponíveis para crianças com TEA.

No que diz respeito ao papel de “educador em saúde”, como ponto positivo está a possibilidade de capacitação das famílias sobre os sinais de alerta dos TEA para conhecimento e possibilidade de detecção precoce, o que traz implicações para a promoção da saúde dos membros da família como um todo e autogestão da situação experienciada por eles. Também pode ser apontada a ajuda na desmistificação de estigmas associados aos TEA. Já como ponto negativo, alguns familiares podem resistir às intervenções educativas ou não estarem prontos para participarem ativamente do processo educativo, inclusive aponta-se dificuldades na transmissão de informações complexas de forma acessível.

Sobre o papel de “fonte de informação” é positiva a possibilidade de oferta de informações precisas, relevantes e atualizadas sobre o desenvolvimento típico e atípico da criança, que possam vir a contribuir para a tomada de decisões pelas próprias famílias. Também

pode ser apontado o auxílio aos familiares na busca por recursos e suporte adicionais. Entretanto, informações inadequadas, não devidamente sustentadas por evidências científicas ou mal compreendidas, podem levar a decisões inadequadas por parte das famílias das crianças com sinais de alerta dos TEA, inclusive a possibilidade de sobrecarga dos familiares com informações excessivas ou inadequadas, bem como a dificuldade em lidar com a variabilidade de informações disponíveis sobre os TEA.

E, no que se refere ao papel de “especialista”, a expertise em Enfermagem pode melhorar a qualidade da detecção precoce, mais precisa e apropriada, e do plano de tratamento/acompanhamento/estímulo das crianças. Porém, dependendo da situação, uma abordagem excessivamente especializada/clínica pode resultar em falta de holismo no cuidado ou dificuldade em integrar diferentes perspectivas, não considerando adequadamente as necessidades específicas das crianças, além de gerar ansiedade nos familiares, se não for comunicado de maneira sensível.

Portanto, a aplicação desses papéis na prática das relações interpessoais pode trazer benefícios significativos para a detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, como também alguns desafios e limitações que trarão implicações negativas relacionadas às práticas e até à ética profissional, que precisam ser mapeadas devidamente pelos profissionais.

Outro ponto a considerar é que as pesquisas sobre o campo da saúde mental infanto-juvenil vêm apontando que os CAPSi têm sido implantados de modo irregular e desigual no Brasil, em quantidade insuficiente frente às demandas, e que pouco mencionam a construção de redes de cuidado e atenção em saúde desse público (Delfini; Bastos; Reis, 2017; Delfini; Toledo; Garcia, 2021), a assunção e o fortalecimento de papéis dos enfermeiros parecem mesmo estratégicos no auxílio às famílias que atravessam situações de sofrimento e angústia perante todo o processo investigativo de TEA.

Diante desse panorama, a relação interpessoal enfermeiros e familiares embasa o processo de apreensão e validação das experiências, fazendo fluir energia e informação, bem como ajuda e compreensão entre os mesmos (Delaney; Shattell; Johnson, 2017; Sousa; Duarte, 2022).

Em estudo de Nascimento *et al.* (2018) considerou-se que a atuação dos enfermeiros na detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA envolve muitas dificuldades, entre elas o pouco conhecimento sobre o assunto, a formação acadêmica deficitária e o pouco investimento em educação permanente, além de esses profissionais vivenciarem sentimentos diversos ao se defrontarem com as necessidades da criança e de seus familiares. Embora se reconheça a necessidade de responsabilização de outras categorias profissionais por tal intervenção, a

preparação do profissional enfermeiro da APS para intervir junto às crianças com sinais de alerta dos TEA é indispensável. A intervenção assertiva do enfermeiro em articular a ESF com uma rede, para que outros serviços possam ser acionados e façam parte de um arranjo terapêutico, é essencial para dar início, o quanto antes, aos cuidados que possibilitem melhor qualidade de vida à criança e sua família.

Nos resultados dessa pesquisa foram evidenciadas dificuldades outras relacionadas às múltiplas demandas de assistência a serem acolhidas pelos enfermeiros nas CF. Tais dificuldades podem vir a impactar na redução do tempo das consultas com as famílias; no alongamento do intervalo entre as consultas das crianças um pouco maiores, que não têm mais atendimentos tão frequentes, o que dificulta o acompanhamento; nas faltas das crianças/famílias às consultas; bem como nas dificuldades de manejo do processo de detecção precoce por parte dos enfermeiros relacionados a estereótipos culturais e de dificuldade de acesso à informação das famílias, tais como: a ideia de que há uma “moda” / “enxurrada” de investigações de TEA demandadas por pais e escolas; e a indevida ou mesmo frágil compreensão do próprio profissional e membros da equipe multiprofissional sobre o tema. Essas e outras dificuldades precisam ser superadas, estigmas precisam ser reduzidos e ações de promoção à saúde mental necessitam ser reconfiguradas de modo positivo.

4.2.2.3 Classe 4 – A comunicação e o vínculo na relação interpessoal terapêutica

A Classe 4 foi estruturada com 224 segmentos de texto, o que representa 25,87% da análise do Bloco Temático II, e 20,6% do material de classificação do *corpus* relacionado às entrevistas. Os enfermeiros 27, 14 e 23 foram os que apresentaram maior relação com a Classe 4, de acordo com o que foi apontado pelo *software* IRaMuTeQ®.

Os segmentos de texto e as palavras que caracterizam a Classe 4 (*avó, pai, família, participação, dúvida*) expressam a potência da comunicação e a relevância da construção de práticas interativas com os familiares. Esses segmentos guardam estreitos nexos com o desenvolvimento de uma experiência positiva de cuidado, destacando a subjetividade das pessoas envolvidas, suas emoções, sentimentos, necessidades de acolhimento, de serem ouvidas e de serem valorizadas as suas participações no processo de enfrentamento das questões de suas crianças.

A apresentação dos segmentos de texto que compõem a Classe 4 está estruturada em três

partes. A primeira revela aspectos relacionados especificamente às questões emocionais expressas nas relações de cuidado dos enfermeiros em relação às famílias de crianças com sinais de alerta dos TEA, conforme consta a seguir:

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 - é claro que não é fácil! Eu até me emociono ao dizer isso, quando a mãe **vem** relatando que o filho dela não quer dizer 'eu te amo'.

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 - às vezes, não sabemos o que falar na hora. Essas mães se desesperam quando veem que o filho não fala. Elas **acabam** comparando com outras crianças mais espertas.

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 - [...] o nosso relacionamento com a **família** [...] é sempre no sentido de oferecer suporte emocional, apoio e orientações.

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 - na minha equipe, eu tenho uma **família** que está totalmente em negação. Eu acho que ela já sabia, mas nunca ninguém tinha falado o que precisava claramente fazer, para desenvolver essa criança.

Na sequência estão reproduzidos os segmentos de texto da Classe 4 relacionados com o acolhimento por parte dos enfermeiros, e as interações com os familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA:

**** *enf_02 *tpgrad_05 *tpassist_05 - acabamos marcando uma visita domiciliar, vendo como que é a abordagem dentro de casa, como é que são esses **pais** com essa criança.

**** *enf_09 *tpgrad_19 *tpassist_03 - a minha relação com as **famílias** é de mostrar para elas que aqui eu as acolho. Na realidade, eu falo que aqui vamos ajudar nesse processo de desenvolvimento dessa criança com a possibilidade de autismo.

**** *enf_16 *tpgrad_08 *tpassist_08 - a partir do momento que o paciente confia, você vai se tornar uma referência para ele. Então, depois que uma criança volta com o diagnóstico fechado, nós temos uma abordagem acolhedora. Sempre deixamos aquela mãe **trazer** suas dificuldades.

**** *enf_17 *tpgrad_05 *tpassist_01 - e aí, a **família** inteira se envolve no atendimento e no vínculo. Isso é a atenção primária. A gente está aqui não só para atender as questões que os pacientes trazem, mas para criar um vínculo para eles terem segurança e retornar.

**** *enf_17 *tpgrad_05 *tpassist_01 - o relacionamento interpessoal com as famílias é **muito** bom. A gente cria vínculo. Não chega a ser uma questão de amizade, mas também não é uma questão técnica somente. A gente acaba sendo a referência.

**** *enf_27 *tpgrad_07 *tpassist_06 - tem uma mãe (de uma criança com sinais de alerta) que eu atendi na semana passada. Ela estava desgastada. Ela veio até sozinha, e eu conversei com ela. Não tinha nenhuma **demanda** específica. Era mais necessidade de conversar mesmo. Era mais o suporte emocional.

As facilidades e dificuldades de comunicação e interação com os familiares percebidas pelos enfermeiros das clínicas da família, no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, estão descritas por meio dos segmentos de texto a seguir:

**** *enf_04 *tpgrad_09 *tpassist_05 - na consulta de puericultura, geralmente a maioria das mães são bem **participativas**. Há algumas mães que têm alguns problemas, e não conseguem assimilar as informações. A gente tem muito isso aqui. O nível de escolaridade aqui é muito baixo.

**** *enf_05 *tpgrad_09 *tpassist_07 - geralmente, as mães são **participativas**. Aqui pelo menos elas participam bem. Uma ou outra que é mais apática, mas é raro. Geralmente, elas participam muito, perguntam muito, falam, e aí a gente começa a entender melhor um pouco da dinâmica da casa.

**** *enf_14 *tpgrad_10 *tpassist_09 - a **participação** da família nas consultas de puericultura é muito boa. Eles perguntam muito. Geralmente, quem traz as crianças nas consultas são a mãe ou a avó materna.

**** *enf_19 *tpgrad_12 *tpassist_08 - quanto maior a escolaridade, mais **dúvidas** elas tiram, mais questionamentos fazem, principalmente quando é aquela mãe de primeira viagem, que lê mais, que tem maior grau de escolaridade, e aí tem interesse de saber mais, de perguntar.

**** *enf_23 *tpgrad_06 *tpassist_06 - a maior dificuldade no atendimento com as crianças [...] é a questão da continuidade, e o entendimento das mães de que as crianças precisam continuar o atendimento de saúde depois dos 2 anos. Até 1 ano, isso não é um problema para a gente [...]. Depois que completam 1 ano, elas começam a ser mais faltosas.

Discussão

As questões emocionais e de cuidado expressas nas relações interpessoais família e enfermeiro estão imbricadas no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA. As emoções e os vínculos estabelecidos durante este processo podem vir a fortalecer a segurança e confiança dessas famílias, ou não (Peplau, 1993).

É essencial que enfermeiros reconheçam que o processo de detecção dos sinais de alerta dos TEA pode vir a se constituir em uma experiência emocionalmente complexa e até mesmo

avassaladora para a família. Nesse momento delicado, o enfermeiro, ao se mostrar empático e sensível às emoções dos familiares, podem desempenhar um papel significativo no apoio emocional e na construção de uma parceria terapêutica. A partir de uma comunicação eficaz, este profissional, pode ajudar a reduzir a ansiedade e o medo associados ao diagnóstico, proporcionando uma base sólida para o processo de intervenção precoce.

Estudo de Barbosa e Nunes (2019) sobre a relação entre o enfermeiro e familiares de crianças com TEA ressaltou que ela geralmente se desenvolve de forma retardatária, causando sentimentos de medo, vergonha, temor, raiva, humilhação e rejeição (Barbosa; Nunes, 2019). Outro estudo de Bonfim *et al.* (2020) sobre experiências familiares na descoberta do TEA apontou, como dificuldades, a falta de uma rede de apoio, tanto profissional quanto social e familiar. Neste estudo, alguns enfermeiros informaram que as mães, enquanto cuidadoras principais, referem a ausência de suporte por outros membros da família, apontando com mais frequência a falta de apoio do pai da criança, a ausência de dispositivos de suporte social e cuidados à saúde e questões sobre os cuidados focados no cuidado da criança e não da família.

Sob tais questões, intervir na melhoria da qualidade de vida das famílias é uma meta a ser traçada pelo enfermeiro, uma vez que a presença de certos estereótipos e sintomatologia da criança, tais como alterações no padrão do sono, agitação, gritos, heteroagressividade, automutilação e falta de reciprocidade social e emocional, levam a família, muitas vezes, a sentir-se impotente, absorvendo um elevado nível de estresse (Bonis; Sawin, 2016).

Diante de tais aspectos, compreende-se que a relação de cuidado centrada na perspectiva de Peplau promove a compreensão das necessidades emocionais de cada membro da família envolvido. Cada indivíduo pode reagir de maneira diferente ao diagnóstico, apresentando variados níveis de aceitação, negação ou frustração. O enfermeiro, ao reconhecer essas reações emocionais, pode ajustar sua abordagem, oferecendo um cuidado personalizado que atenda às demandas emocionais específicas de cada família, por meio de uma comunicação aberta e franca entre as partes envolvidas (Peplau, 1993).

Outro ponto importante é que as questões emocionais expressas durante a interação entre a família e o enfermeiro podem influenciar diretamente a adesão ao tratamento e às intervenções recomendadas futuramente. Quando os pais se sentem compreendidos e apoiados emocionalmente, é mais provável que eles se engajem ativamente no plano de cuidados proposto, seguindo as orientações de forma mais consistente. A empatia e o acolhimento demonstrados pelo enfermeiro fortalecem a parceria terapêutica, aumentando a efetividade das intervenções na promoção do desenvolvimento da criança com TEA.

Contudo, é importante reconhecer que a atuação do enfermeiro no contexto das relações de cuidado pode também desencadear desafios emocionais par o próprio profissional. Lidar com a complexidade do diagnóstico de TEA e com a jornada terapêutica das famílias pode gerar sentimentos de impotência ou estresse para o enfermeiro. Nesse sentido, é fundamental que as Clínicas de Família ofereçam suporte e acompanhamento emocional a esse profissional, garantindo sua saúde mental e seu bem-estar, e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado.

Por certo, as questões emocionais vivenciadas pelo enfermeiro durante o cuidado à família podem influenciar a dinâmica do processo terapêutico. É necessário que o profissional esteja consciente de suas próprias emoções, para evitar que elas afetem negativamente a relação com a família ou prejudiquem a tomada de decisões clínicas. A autorreflexão constante e a busca por estratégias de enfrentamento saudáveis são fundamentais para que o enfermeiro mantenha sua capacidade de cuidar com empatia e eficiência.

Diante disso, a abordagem de Hidegard Peplau, centrada nas relações interpessoais, oferece uma perspectiva enriquecedora para compreender as complexidades emocionais envolvidas nesse processo. Ao promover uma relação de confiança e empatia, o enfermeiro pode oferecer um cuidado mais humanizado e efetivo, contribuindo positivamente para o desenvolvimento e bem-estar da criança com TEA e de sua família, mas também o seu próprio bem-estar (Peplau, 1991).

No que se relaciona ao acolhimento e às interações dos enfermeiros com os familiares, compreende-se que, por meio de uma abordagem sensível e empática, o enfermeiro pode criar um ambiente de cuidado que favoreça a troca de informações e a compreensão das necessidades emocionais dos familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA. Isso poder ser criado por meio de empatia e compaixão; comunicação (verbal e não verbal) clara, demonstrando respeito às opiniões e preocupações dos familiares; escuta ativa e por perguntas abertas que encorajem a expressão de sentimentos; orientações de maneira compreensível; respeito à privacidade e dignidade dos familiares e da criança e promoção de um ambiente de conforto; envolvimento da família no processo de tomada de decisões; cuidado centrado na família; *feedback* contínuo; oferta de apoio psicológico, se necessário, e reconhecimento das emoções durante o processo de cuidado.

Oliveira, Schmidt e Pendeza (2020) apontaram em seu estudo, sobre empoderamento parental, que o acolhimento e a orientação para as famílias são fundamentais para que elas deixem de lado crenças errôneas, e não se desgastem com culpas desnecessárias e sem propósitos; e que cuidar dos familiares, especialmente das mães, é tão importante quanto cuidar

das próprias crianças. Isso demanda intervenções que, além dos benefícios para os filhos, prevê a manutenção e fortalecimento da unidade familiar, mostrando resultados promissores, inclusive sobre o desenvolvimento de habilidades sócio comunicativas da criança.

Outro estudo demonstrou que, além da criança com TEA, que precisa ser devidamente assistida, deve-se olhar atentamente para a família, principalmente a mãe, já que é ela quem assume as maiores responsabilidades de cuidar no dia-a-dia. Diante disso, cabe aos profissionais criar estratégias de intervenção que possibilitem a essas mulheres serem escutadas, trocarem experiências, compartilhem dor/sofrimento para que, de alguma forma, tentem amenizar suas angústias e incertezas (Mekhitarian; Bialer; Lerner, 2021).

Hildegard Peplau (1991) aponta a necessidade de se trabalhar com a compreensão das pessoas e também de seus familiares, uma vez que diferentes indivíduos/famílias tendem a reagir de modo distinto às doenças e suas manifestações clínicas. Desse modo, os enfermeiros precisam estar interessados (e demonstrarem interesse) sobre aquilo que leva uma pessoa a buscar orientação, tratamento, cuidados para enfrentar suas dificuldades relacionadas à saúde. É a partir dessa compreensão, por parte do enfermeiro, que é possível pensar e implementar seus cuidados de Enfermagem. Com efeito, é no bojo do processo de construção do relacionamento interpessoal que se faz reconhecer a individualidade do paciente e seus familiares e que se trabalha com os problemas apresentados por eles, de forma a tornar esse paciente e familiares coparticipantes do processo de investigação/tratamento. Ademais, Peplau ressalta a necessidade de se exercer a escuta do paciente/família, por meio do emprego do conceito interpessoal “conhecer o outro”, na compreensão de que permitir-se escutar representa ouvir necessidades.

A teoria de Hildegard Peplau reconhece a Enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal pelo envolvimento da interação de dois ou mais indivíduos, com meta comum, e função de cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível a pessoas/famílias e comunidades. Essa relação se opera entre um indivíduo/família que está adoecido ou precisando de serviços de saúde e um enfermeiro preparado para conhecer e responder às necessidades de assistência. Esta meta ajuda a incentivar o processo terapêutico, em que os envolvidos nessa relação, enfermeiro e paciente/família, aprendem e crescem como resultado da interação (Peplau, 1993).

Para Peplau, “enfermagem” e “educação” não são coisas distintas, posto que a Enfermagem deve ser vislumbrada como força de amadurecimento e instrumento educativo que tem potencial para fomentar o progresso da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, em que tanto a Enfermagem quanto a(s) pessoa(s)

envolvida(s) na ação interpessoal constituem uma experiência de aprendizagem do eu (Peplau, 1993).

No que tange às interações terapêuticas advindas do processo de relação interpessoal ou relacionamento enfermeiro-paciente/familiar, Peplau conceitua como sendo aquela em que duas pessoas chegam a se conhecer suficientemente para enfrentar os problemas que surjam de forma cooperativa. Para que a dinâmica da relação interpessoal possa acontecer é necessária que as ações do enfermeiro sejam destinadas às pessoas que necessitem de cuidados, de tal modo que essas possam inclusive refletir na comunidade em que vivem (Peplau, 1993).

O acolhimento é a base para estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e os familiares dessas crianças. Ao demonstrar empatia e interesse genuíno, o enfermeiro cria um espaço seguro para que os familiares possam expressar suas preocupações, dúvidas e sentimentos relacionados ao diagnóstico e ao processo de detecção precoce. As interações dos enfermeiros com os familiares também são fundamentais para identificar sinais de alerta de TEA. Uma comunicação aberta e eficaz possibilita ao enfermeiro obter informações detalhadas sobre o desenvolvimento da criança e os comportamentos que chamam a atenção dos familiares, facilitando a detecção precoce e o encaminhamento adequado para avaliações especializadas subsequentes. Além disso, o acolhimento e a interação empática do enfermeiro contribuem para a redução do estigma associado ao diagnóstico de TEA. Ao se sentirem compreendidos e apoiados, os familiares podem enfrentar, com mais resiliência, os desafios da jornada terapêutica da criança (Vieira, 2019).

Vale ressaltar que o acolhimento não se restringe apenas ao momento do processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA até se chegar ao diagnóstico propriamente dito, mas deve ser uma constante ao longo do acompanhamento da criança com TEA. A continuidade das interações empáticas permite que o enfermeiro esteja atento às necessidades em evolução da família, fornecendo suporte emocional contínuo e informações atualizadas. A interação com o paciente/família é sustentada, assim, por meio da prestação de um cuidado que seja capaz de promover o aprendizado e o crescimento pessoal dos indivíduos envolvidos, trazendo contribuições substanciais para a melhoria da assistência (Peplau, 1993).

O acolhimento do enfermeiro, articulado a um raciocínio perspicaz, poderá sustentar a resolutividade das intervenções. Nesse sentido, os próprios relatos das mães e demais membros da família podem ajudar a fundamentar as práticas profissionais no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, quando elas colocam em evidência suas necessidades, ansiedades e angústias relacionadas ao filho, viabilizando um canal de comunicação entre o serviço e a família (Cappe *et al.*, 2017).

Um outro aspecto abordado nos segmentos de texto da Classe 4 é o fato de que a comunicação e interação dos enfermeiros com os familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA podem apresentar tanto facilidades quanto dificuldades, o que pode impactar diretamente no processo de detecção precoce, como também no bom padrão de acompanhamento dessas crianças na APS.

Como facilidades de comunicação/interação entre enfermeiros e familiares, destaca-se: demonstração de empatia e sensibilidade, ambiente acolhedor que favoreça o diálogo, e escuta ativa e atenta que facilite a compreensão das necessidades emocionais da família, o que pode contribuir para a formação de vínculo de confiança entre as partes. Ao adotar uma abordagem colaborativa e de parceria, o enfermeiro pode envolver os familiares nas decisões relacionadas ao cuidado da criança com sinais de TEA. Essa interação compartilhada empodera a família e aumenta a adesão às intervenções que, futuramente, serão definidas para a criança (Kappel *et al.*, 2019; Vasconcelos *et al.*, 2022; Reis; Pereira, 2023).

A perspectiva de Hildegard Peplau enfatiza a compreensão das emoções presentes nas interações. Enfermeiros empáticos podem identificar e validar as emoções dos familiares, o que fortalece a relação de cuidado e cria um ambiente mais seguro e acolhedor (Peplau, 1993). Ademais, enfermeiros que dominam estratégias de comunicação não verbal, como linguagem corporal e expressões faciais, podem estabelecer uma conexão mais significativa com os familiares, especialmente quando a criança apresenta dificuldades de comunicação verbal. E ainda, enfermeiros que demonstram sensibilidade cultural podem adaptar sua abordagem de comunicação e interação às crenças e valores dos familiares, o que facilita o entendimento e a aceitação das orientações de cuidado.

Por outro lado, no que se refere às dificuldades na comunicação/interação, alguns enfermeiros podem enfrentar desafios para comunicar informações técnicas de forma clara e acessível aos familiares, o que pode gerar dificuldades de entendimento sobre os sinais de alerta dos TEA e as opções de intervenção/tratamento disponíveis. A linguagem técnica/rebuscada pode se tornar uma barreira para a compreensão mútua. Outros pontos referem-se a condições inadequadas no ambiente de trabalho relacionadas aos recursos financeiros, humanos e materiais, bem como o da gestão inapta, que têm o efeito de influenciarem na insatisfação de profissionais, os quais descrevem sentimentos de desvalorização e desencorajamento com as ações no serviço, e repercussões à saúde mental. Além disso, a falta de tempo disponível para os enfermeiros na APS pode limitar as oportunidades de interação com os familiares de forma mais aprofundada. Tais aspectos podem vir a comprometer a identificação de preocupações e

dificuldades específicas da família no cuidado com a criança (Hartog, 2019; Costa; Pimenta; Brito, 2019).

Por pressuposto, ressalta-se que alguns enfermeiros podem encontrar dificuldades pessoais em lidar com as emoções intensas e complexas expressas pelos familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA. Isso pode levar a um distanciamento na relação e prejudicar o suporte emocional oferecido. Outros enfermeiros podem não estar familiarizados com técnicas de comunicação alternativa e aumentativa, prejudicando a interação com crianças que têm dificuldades na fala, o que pode limitar a compreensão das necessidades da criança e da família. Também, a falta de familiaridade e compreensão das diferenças geracionais e socioculturais pode gerar mal-entendidos e conflitos durante as interações com os familiares, prejudicando a eficácia do cuidado prestado (Kappel *et al.*, 2019; Vasconcelos *et al.*, 2022).

Em suma, a comunicação e interação dos enfermeiros com os familiares de crianças com sinais de alerta dos TEA podem ser facilitadas pela empatia, sensibilidade emocional e abordagem colaborativa. No entanto, algumas dificuldades podem surgir devido a barreiras linguísticas, falta de tempo e compreensão das emoções intensas associadas ao cuidado da criança. A perspectiva das relações interpessoais de Peplau destaca a importância de superar essas dificuldades, para estabelecer um ambiente de cuidado mais eficaz, confortável e acolhedor para as famílias envolvidas.

4.2.2.4 Classe 5 – O trabalho multidisciplinar na suspeição precoce dos TEA

A Classe 5 ficou constituída por 186 segmentos de texto, o que representa 21,48% do material de análise do Bloco Temático II, e 17,1% do *corpus* referente às entrevistas com os enfermeiros das Clínicas da Família. Os enfermeiros 04, 08 e 13 foram aqueles que tiveram maior relação com a Classe 5, conforme indicado pelo *software* IRaMuTeQ®.

Os segmentos de texto e as palavras que caracterizam a Classe 5 (*encaminhar, médico, fonoaudióloga, pediatra, psicóloga*) revelam que a perspectiva multidisciplinar pode oportunizar uma avaliação mais completa e oportuna, pois envolve a compreensão da necessidade de se conjugar múltiplos olhares/saberes para os sinais apresentados pelas crianças, possibilitando intervenções abreviadas e, conseqüentemente, melhora de prognósticos.

Os elementos expressos no âmbito da Classe 5 vão nessa direção ao retratarem que os enfermeiros podem ser membros importantes da equipe multidisciplinar, seguros com seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e suas habilidades e sensibilidades em avaliar e monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Ademais, eles são os responsáveis

por encaminhar as crianças com atraso de desenvolvimento para outras avaliações complementares com pediatras, neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Porém, alguns profissionais não se percebem como participantes ativos deste processo.

A apresentação dos segmentos de texto desta Classe 5 foi estruturada em três partes. A primeira refere-se ao não reconhecimento de competências e à subalternidade nas práticas assistenciais por parte de alguns participantes do estudo, conforme descrito a seguir:

**** *enf_01 *tpgrad_07 *tpassist_01 - se eu realmente estou achando que tem um atraso, então **encaminhamento** para quem é de direito, mas aí a criança sempre volta pra mim. Então, na consulta, nós fazemos isso, buscamos acompanhar essa criança.

**** *enf_06 *tpgrad_05 *tpassist_16 - sempre informo isso para o paciente: que eu sou enfermeira, que eu não sou **médico**. Todas as avaliações que eu faço, e tudo que eu peço além, é visando a melhoria daquela criança, visando que ela não sofra lá na frente as consequências.

**** *enf_10 *tpgrad_04 *tpassist_04 – então, vou ter que ver outros nomes, outros profissionais. Por exemplo, se eu identifiquei uma criança, como enfermeira, eu vejo que eu preciso de uma **avaliação** de um profissional médico, correta.

**** *enf_10 *tpgrad_04 *tpassist_04 - eu não posso nem fechar **diagnóstico**. Eu somente identifiquei os sinais_de_alerta do autismo.

**** *enf_12 *tpgrad_20 *tpassist_07 - eles têm um preparo maior para perceber isso, a fonoaudióloga, a psicóloga e tudo mais.

**** *enf_26 *tpgrad_14 *tpassist_11 – então, temos que ter um nível elevado de conhecimento sobre o assunto. Temos que ter uma referência próxima que é o nosso **psicólogo**, que está apto a lidar com tudo isso, para dar uma diretriz também.

Na sequência estão expostos os segmentos de texto da Classe 5 relacionados à importância da equipe multidisciplinar e das práticas colaborativas relacionadas ao processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, no contexto da APS:

**** *enf_04 *tpgrad_09 *tpassist_05 - na verdade temos aqui a psicóloga que, quando temos dúvida, conversamos com ela, fazemos **interconsulta** e, na dúvida, passamos mensagem.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 - acaba sendo um atendimento multidisciplinar, interessante, pois, além da palestra da orientação, da medida de acompanhamento, da rotina, a gente consegue inserir os outros profissionais também para participarem junto com a gente, dando as orientações, fazendo **avaliação**.

**** *enf_09 *tpgrad_19 *tpassist_03 - na realidade, para a gente **encaminhar** para um acompanhamento, a gente precisa fazer interconsulta para o psicólogo dar o aval dele, para **encaminhar**. Quando identificamos algo, nós não falamos logo para a família, não.

**** *enf_12 *tpgrad_20 *tpassist_07 - nós temos aqui a fonoaudióloga, a fisioterapeuta, a assistente social, a educadora física e a psicóloga. Quem estiver na unidade, a gente já chama para estar acolhendo naquele momento, e depois estar agendando uma posterior **avaliação**.

**** *enf_13 *tpgrad_11 *tpassist_11 - a gente passa os casos e o perfil das crianças suspeitas, e pede para atendermos juntos, e aí chamamos todo mundo: **fisioterapeuta**, fonoaudióloga, psicóloga, e fazemos um atendimento com todas as áreas.

**** *enf_13 *tpgrad_11 *tpassist_11 - na verdade, quem acaba fazendo a detecção é a enfermagem, ou os **médicos** que estão ali no atendimento diário. A gente identifica e aciona os **médicos** para confirmarem ou não a nossa suspeita.

**** *enf_15 *tpgrad_03 *tpassist_03 - tem a fonoaudióloga, a fisioterapeuta, a psicóloga. Quando a gente pede apoio, eles prontamente nos auxiliam em relação a isso. Daí, fazemos esse diagnóstico junto com o núcleo_de_apoio_à_saúde_da_família, para **encaminhar** a criança.

**** *enf_15 *tpgrad_03 *tpassist_03 - o **núcleo_de_apoio_à_saúde_da_família** é um apoio, mas, até para o **núcleo_de_apoio_à_saúde_da_família** intervir, nós temos que estar junto, porque passamos o caso para eles. Os casos de suspeita de sinais_de_alerta do autismo nunca passam direto para eles.

**** *enf_18 *tpgrad_11 *tpassist_10 - conforme identificamos algum atraso na criança, pedimos um auxílio a outro profissional [...]. Nós sempre temos um trabalho em conjunto com a **equipe** multidisciplinar.

**** *enf_25 *tpgrad_11 *tpassist_10 - Eu também costumo pedir um suporte para o pessoal do núcleo_de_apoio_à_saúde_da_família com os **psicólogos** e com os fonoaudiólogos, que estão mais acostumados com o ambiente de consultório, e tem esse olhar mais diferenciado.

Os segmentos de texto a seguir fazem alusão a aspectos dos fluxos de encaminhamento das crianças com sinais de alerta dos TEA no âmbito da Estratégia Saúde da Família (clínicas da família), ao tempo que alertam para problemas sensíveis que impactam na qualidade da assistência:

**** *enf_03 *tpgrad_08 *tpassist_04 - Fica muito solto. Não temos um checklist que aponte quando a criança está apresentando déficit na fala, déficit no aprendizado, déficit cognitivo, que determine para qual profissional a criança deve ser encaminhada para **fechar** o diagnóstico.

**** *enf_05 *tpgrad_09 *tpassist_07 - às vezes, temos que pedir uma outra **avaliação** de um outro neurologista, e aí demora mais ainda, e aí vão se fechando um monte de janelas para a criança, porque vai passando o tempo, e eles vão crescendo.

**** *enf_05 *tpgrad_09 *tpassist_07 - eu e a médica da minha equipe achamos que podia ter uma telemedicina com um **neurologista** na tela. A enfermeira, a médica, a criança e a mãe conversando com o **neurologista**, trocando.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 - não tem um fluxo específico para isso. Então, a gente vai tentando adaptar do fluxo que temos, a partir do suporte multidisciplinar de **encaminhar**, de voltar.

**** *enf_08 *tpgrad_11 *tpassist_07 – muitas vezes nós mandamos para o **sisreg** para consulta com o neuropediatra, mas a consulta não sai de imediato. Então, a família vai esperar. O problema é essa situação de marcar, esperar a consulta para ter o diagnóstico, para só depois poder encaminhar.

**** *enf_11 *tpgrad_14 *tpassist_10 - 5 anos, 6 anos sem fechar um laudo de autismo, porque não tem neurologista, e o médico não se sente à vontade de dar o **diagnóstico**.

**** *enf_24 *tpgrad_11 *tpassist_11 - tem o capsí, que às vezes dá um suporte para a gente, que é porta aberta. Então, necessariamente, não precisamos **encaminhar**. Podemos orientar que o paciente vá lá no capsí, pois ele vai ser acolhido.

Discussão

O não reconhecimento de competências e a subalternidade nas práticas assistenciais do enfermeiro em relação ao processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA são fatores que tendem a impactar negativamente no processo dos cuidados prestados às crianças e suas famílias. Sob a perspectiva das relações interpessoais, de Hidegard Peplau, é fundamental compreender e abordar essas questões estratégicas de fortalecimento dos papéis do enfermeiro no âmbito da APS, o que pode vir a garantir um processo de detecção precoce mais apropriado, eficiente, empoderado e também humanizado dos sinais de TEA.

Esse “não reconhecimento” de competências pelos enfermeiros pode resultar em uma limitação de suas atribuições e responsabilidades na prática clínica, naquilo que se refere à abordagem dos casos de TEA, levando a uma falta de autonomia e desvalorização do conhecimento e experiência do enfermeiro, o que, em última análise, pode trazer prejuízos às crianças e seus familiares (Rabelo; Silva, 2022).

A subalternidade nas práticas assistenciais tem seus vieses históricos e culturais (Medeiros *et al.*, 2023), e comumente decorrem de padrões de hierarquia rígida e tradicional no ambiente de trabalho, onde outros profissionais de saúde, como médicos ou psicólogos, são vistos como autoridades principais na detecção e diagnóstico dos TEA, enquanto o papel específico do enfermeiro tem uma tendência a ser relegado a posições secundárias, em certas circunstâncias. A superação das barreiras hierárquicas e a promoção de uma cultura organizacional que valorize a atuação multi/interdisciplinar são essenciais para que o enfermeiro se sinta mais valorizado e confiante em suas habilidades e práticas (Rabelo; Silva, 2022).

Essa subalternidade pode gerar uma sensação não somente de desvalorização, mas também de desmotivação entre os profissionais enfermeiros, o que pode vir a afetar negativamente seu engajamento. É essencial que os gestores e as equipes multidisciplinares reconheçam e valorizem as contribuições específicas do enfermeiro nesse processo (Steyer; Lamoglia; Bosa, 2018).

A perspectiva de Hidegard Peplau ressalta o emprego de intervenções que visem a colaboração e a cooperação entre os membros da equipe de saúde, para a oferta de um cuidado holístico e centrado no paciente. Assim, compreende-se que as situações de subalternidade do enfermeiro podem dificultar essa colaboração, prejudicando o compartilhamento de informações, ideias e formas de cuidar relevantes para a detecção precoce de sinais de alerta (Peplau, 1988).

Especificamente sobre o processo de trabalho de enfermeiros brasileiros na APS, referiu-se que, além da curva crescente de demanda de usuários, outras dificuldades, como as questões de dimensionamento precário de profissionais de Enfermagem nas equipes, a sobrecarga com atividades clínico-assistenciais, administrativas e de gestão, os problemas de ordem estrutural e funcional das unidades de saúde, a precariedade de vínculos empregatícios e a falta de reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos gestores e usuários dos serviços tendem a dificultar sobremaneira os processos, práticas e modelos assistenciais, que contam estrategicamente com a participação do enfermeiro (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

Estudo de Rabelo e Silva (2022) defendeu a necessidade de as enfermeiras participarem ativamente de movimentos sociais e feministas, no sentido de acionarem saberes sociopolíticos-emancipatórios, por meio de exercícios que informem capacidade de crítica sobre si, sobre a profissão e sobre as políticas de saúde. As autoras apontaram que, como resultado de um fazer mobilizado, fundamentalmente pelos saberes sociopolíticos-emancipatórios, são encontrados indicativos de ofertas diferenciadas de cuidado em um modo de agir voltado para redução das

desigualdades, de práticas políticas implicadas pelos aprendizados com os movimentos sociais e feministas, atreladas a uma dimensão ampliada de saúde, com disposição de encarar embates.

Essa prática é resultante da elaboração e reflexão voluntária, do exercício de consciência do meio e das estruturas sociais, aberta à coletividade, promotora de redução de assimetrias de poder e da criação de redes. Tal proposição implica na necessidade de valorização profissional e de aproximação da Enfermagem de espaços de tomada de decisões e de produção de discursos autorizados sobre temas diversos, inclusive desse que é tratado na presente pesquisa (Rabelo; Silva, 2022).

Em suma, promover a valorização, autonomia e capacitação dos enfermeiros nessa área contribui para uma prática assistencial mais eficiente, humanizada e centrada nas necessidades das crianças e suas famílias. A obtenção de níveis elevados de comprometimento e entrenchamento com as especificidades da carreira de Enfermagem perpassa a observância desses elementos (Azim; Islam, 2018).

Apesar de este estudo destacar a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, parte-se da premissa de que toda a equipe de saúde precisa estar instrumentalizada para essa intervenção (Nascimento *et al.*, 2018).

A importância da equipe multidisciplinar diante deste processo é crucial para garantir uma abordagem abrangente, precisa e humanizada no cuidado às crianças e suas famílias. Sob a perspectiva das relações interpessoais de Hidegard Peplau, a colaboração entre os profissionais de saúde é essencial para promover a integralidade do cuidado, compartilhar conhecimentos e experiências e oferecer um suporte efetivo no contexto da APS. Hidegard Peplau compreende a colaboração e comunicação entre os membros da equipe como forma de promoção de saúde e de bem-estar do paciente (Peplau, 1992).

Para as demandas que envolvem o processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, a equipe multidisciplinar geralmente é estruturada por profissionais de diferentes especialidades, como enfermeiros, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, inclusive professores. Essa diversidade de conhecimentos e habilidades permite uma abordagem mais holística, considerando aspectos biopsicossociais da criança (Bonfim *et al.*, 2023).

No Brasil, para além desses profissionais, a Estratégia Saúde da Família conta com os agentes comunitários de saúde (ACS), os quais podem desempenhar um papel estratégico no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, nas unidades básicas. Em geral, esses profissionais desenvolvem atividades voltadas à atenção preventiva, curativa e reabilitação, assim como a promoção de ações em saúde, as quais são comumente

acompanhadas por enfermeiros. Por meio da ESF, os ACS realizam visitas mensais à residência de crianças de até 24 meses de idade, oportunidade em que têm a oportunidade de avaliar a criança em seu ambiente natural, utilizando a abordagem da vigilância do desenvolvimento como um eixo complementar da atenção à saúde, que compreende as atividades referentes à promoção do desenvolvimento típico e à detecção de possíveis desvios (Brasil, 2014). Estudo de Salgado *et al.* (2023) indicou que os ACS demonstram preocupação com os usuários, conhecem os moradores e as características da comunidade onde atuam, o que favorece a longitudinalidade do cuidado aos pacientes, mas carecem da realização de cursos de capacitação, educação continuada e apoio matricial, o que poderia resultar em ganhos para a atenção à saúde dos usuários.

A troca de informações entre os membros da equipe multiprofissional é fundamental para obter uma visão mais completa do desenvolvimento da criança. Ao compartilharem suas observações e avaliações, os profissionais podem identificar sinais de alerta dos TEA de forma mais célere. O trabalho colaborativo também evita a duplicação de esforços e (re)testes desnecessários, otimizando o uso de recursos. A equipe multidisciplinar pode criar um plano de cuidados coordenado, garantindo que a criança e sua família recebam a assistência adequada de cada profissional (Romeu; Rossit, 2022).

A abordagem da equipe multidisciplinar é especialmente valiosa quando se considera a complexidade do espectro do autismo, que abrange uma ampla variedade de manifestações e necessidades. Cada membro da equipe pode oferecer uma perspectiva única sobre o desenvolvimento da criança, enriquecendo a compreensão do quadro clínico. A formação contínua e a atualização dos profissionais de saúde na equipe multidisciplinar também são fundamentais para garantir uma detecção precoce precisa e baseada em evidências (Gama *et al.*, 2021).

Além da detecção precoce, a equipe multidisciplinar também desempenha um papel importante no acompanhamento e suporte contínuo das crianças com TEA e suas famílias. O trabalho conjunto possibilita uma intervenção mais abrangente e individualizada, visando o desenvolvimento e bem-estar da criança (Bonfim *et al.*, 2023). Por certo, a colaboração, comunicação e compartilhamento de práticas e conhecimentos entre os profissionais de saúde resultam em um cuidado mais abrangente, eficiente, acolhedor e humanizado para as crianças com TEA e suas famílias na APS.

Ressalta-se que, no Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe a garantia do acesso e qualidade de serviços, sob a óptica do cuidado integral e multiprofissional, com enfoque nos serviços de base territorial e comunitária articulada com a participação social de

usuários e familiares. Enquanto política pública, a RAPS traz em seu bojo diretrizes para atuação dos membros da equipe multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, buscando garantir a inserção dos membros da família no planejamento da assistência, e visando proporcionar a articulação e a integração dos serviços nos diferentes pontos da rede (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Ademais, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, que foi instituída no ano de 2012 e regulamentada em 2014, estabeleceu que as crianças com TEA e suas famílias devem ter acesso aos serviços de saúde, a processos de diagnóstico e ao atendimento multiprofissional. A Política determina que sejam desenvolvidas medidas que promovam a qualificação e a articulação das atuações profissionais e dos serviços para a assistência à saúde adequada dessas crianças, no sentido de garantir o cuidado integral no âmbito não só da atenção primária, mas também secundária e terciária (Brasil, 2014). Desse modo, em todos os níveis, as práticas de cuidado em saúde para essas famílias envolvem escuta, acolhimento, rodas de conversa, visitas domiciliares, orientações de acordo com as demandas das famílias e encaminhamentos a especialistas. Já o serviço da atenção secundária operacionaliza ações de acolhimento, avaliação e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Bonfim *et al.*, 2023; Bonfim *et al.*, 2020).

Como já destacado por este estudo, o processo de detecção precoce dos TEA geralmente se inicia com a atenção do enfermeiro durante as consultas de rotina na ESF, onde ele deve observar e identificar alterações do comportamento infantil indicativos de sinais de alerta. Essa etapa inicial é crucial, pois permite o início de um acompanhamento mais aprofundado e especializado. Em seguimento, no que diz respeito aos aspectos dos fluxos de encaminhamento das crianças com sinais de alerta dos TEA, considera-se que este processo precisa ser ágil e eficiente, para evitar atrasos no diagnóstico e tratamento. Nessa direção, uma coordenação eficaz entre os profissionais da ESF e os serviços de referência é essencial para garantir que as crianças sejam atendidas em tempo hábil (Mandaj; Simões-Zenari; Molini-Avejonas, 2023).

A equipe da ESF deve estar preparada para oferecer informações claras e precisas aos familiares sobre os procedimentos de encaminhamento, os serviços disponíveis e os possíveis resultados das avaliações e intervenções. O enfermeiro pode desempenhar um papel central nessa comunicação.

Uma comunicação efetiva também é fundamental entre os serviços de referência e a ESF. O retorno das avaliações e intervenções realizadas é essencial para o acompanhamento contínuo da criança e a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde. O enfermeiro na ESF pode atuar como um agente facilitador no fluxo de encaminhamento,

auxiliando a família na organização das consultas e exames necessários, bem como na melhor compreensão das orientações recebidas dos serviços especializados. Ademais, a importância do fluxo de encaminhamento também se estende ao acompanhamento das crianças com TEA após o diagnóstico. A equipe da ESF pode continuar a oferecer suporte emocional e informações relevantes, contribuindo para a adesão ao tratamento e o bem-estar geral da criança e sua família (Lima *et al.*, 2020).

A disponibilização de protocolos com a descrição clara da rede de atenção psicossocial, que bem oriente quais são os serviços de referência disponíveis, pode driblar possíveis entraves que comumente são identificados nas buscas pelo diagnóstico precoce. Nas próprias capacitações, é estratégico demonstrar como o sistema em rede é operacionalizado, especialmente nas situações que necessitem de atendimento especializado. É necessária, portanto, interação dos centros de atendimento especializado e equipes atuantes nas ESF, a fim de garantir melhor acompanhamento, viabilizar ações direcionadas às necessidades específicas das crianças e seus familiares, e favorecer a continuidade da assistência, como, por exemplo, o matriciamento efetivo entre a ESF e os CAPS (Brasil, 2014; Lima *et al.*, 2020).

Resultados da pesquisa desenvolvida por Bonfim *et al.* (2020) apontam, como problemática, a ausência de serviços especializados no atendimento de crianças com sinais de alerta dos TEA e suas famílias, no próprio município de residência. No estudo relatou-se que as crianças foram encaminhadas para as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), principalmente, por ser um serviço disponível que possuía uma equipe multiprofissional. Contudo, pela assistência recebida nessas instituições não ser direcionada para as especificidades dos TEA, as famílias se deslocaram até as capitais para conseguir atendimento com especialistas, principalmente para obter o diagnóstico. Esse tipo de situação-problema precisa de planos de gestão assertivos, que possam minorar a angústia sofrida pelos familiares na busca do diagnóstico de suas crianças.

Ressalta-se que, para efeito de apoio aos familiares e equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da criança com TEA no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde lançou, em 2014, diretrizes que contemplam o projeto terapêutico singular na perspectiva da reabilitação, o que inclui apoio e acolhimento à família, fluxograma de acompanhamento e atendimento na rede do SUS (Brasil, 2014).

Nessa direção, o estudo de Bonfim *et al.* (2023) defende que a elaboração e a implantação de protocolos que indiquem o fluxo e o funcionamento da rede de atenção para o cuidado de crianças com TEA e suas famílias são compreendidos como estratégia positiva para lidar com esse tipo de dificuldade. Já no estudo de Rotoli *et al.* (2019) é defendido que o uso

do PTS e do apoio matricial por profissionais da atenção secundária são considerados mecanismos de cuidado à família, além de encaminhamentos para outros profissionais ou especialistas em educação especial, no serviço primário e terciário. Contudo, a assistência não pode ser limitada à rotina de encaminhamentos aos especialistas e a prescrições e dispensação de fármacos na APS.

Cabe destacar que o cuidado limitado à realização de encaminhamentos, por vezes é decorrente da dificuldade dos profissionais em compreenderem o seu próprio papel, a situação em si, bem como estabelecerem vínculo e escuta qualificada com os usuários do serviço, elaborarem propostas de cuidado e manterem o seu seguimento, o que foi demonstrado em um estudo na China (Wu *et al.*, 2020).

Apesar das políticas públicas decretadas a favor das crianças com TEA nos últimos anos, essas crianças ainda enfrentam inúmeros percalços em identificarem, mesmo após anos, qual é o seu “lugar” na rede de cuidados, no âmbito dos sistemas públicos em saúde, haja vista as discussões internacionais sobre este tema não terem um consenso. Garantir direitos conquistados e espaços, ainda é um desafio a ser enfrentado por este grupo populacional. É fundamental que cada ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se responsabilize em ofertar possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado, para compreender e responder melhor às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida (Fernandes *et al.*, 2020).

Ainda que não expressa nas falas dos participantes, neste estudo defende-se a ideia de que o enfermeiro desempenha um papel de protagonismo no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, no âmbito da APS. Com efeito, o enfermeiro é frequentemente o primeiro profissional de saúde a ter contato com a criança e sua família na APS. Sua presença atuante permite a identificação precoce de sinais de alerta dos TEA durante as consultas de puericultura, possibilitando encaminhamento rápido para avaliações especializadas.

O enfermeiro possui habilidades de observação e escuta ativa que lhes permite perceber nuances sutis nos comportamentos das crianças, o que contribui para a identificação de sinais de alerta dos TEA que podem passar despercebidos por outras pessoas e profissionais. Além de identificar os sinais de alerta, o enfermeiro é essencial na orientação dos familiares sobre os próximos passos a serem tomados no processo de detecção precoce dos TEA, auxiliando no entendimento das avaliações e serviços especializados disponíveis no sistema de saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Como protagonista, o enfermeiro pode liderar ações inovadoras de gerenciamento do cuidado e de educação em saúde para a comunidade, bem como desenvolver tecnologias para

o cuidado, gestão e educação em saúde, divulgando informações sobre a importância da detecção precoce dos sinais dos TEA e incentivando os pais a buscarem avaliações, caso identifiquem qualquer sinal de alerta no desenvolvimento da criança. Ademais, pode atuar na construção de uma rede de apoio para a criança e sua família, conectando-os a outros profissionais de saúde e serviços sociais, e garantindo um cuidado mais abrangente e integral. Além disso, através de sua participação ativa na detecção precoce de TEA, o enfermeiro contribui para a redução do tempo de espera por um diagnóstico e início de intervenções terapêuticas, melhorando as perspectivas de desenvolvimento e qualidade de vida da criança (Oliveira *et al.*, 2022).

A valorização do papel do enfermeiro como protagonista no processo de detecção precoce de TEA é essencial para fortalecer sua atuação na APS, o que carece de capacitação contínua e atualização em relação aos conhecimentos e práticas mais recentes nessa área. Na ESF, o enfermeiro trabalha na perspectiva da promoção da saúde e redução dos agravos, por meio do acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil durante as ações de puericultura (Nascimento, 2018). Trata-se de um protagonista-chave neste processo, haja vista que a sua atuação abrange desde a identificação de sinais de alerta até o suporte emocional e coordenação de cuidados para a criança e sua família.

Nesse sentido, a perspectiva das relações interpessoais de Hidegard Peplau destaca a importância da empatia, escuta ativa e comunicação efetiva do enfermeiro para construir um cuidado integral, sensível e humanizado no processo de acolhimento, interação e detecção precoce dos TEA (Peplau, 1991).

Enfim, as relações interpessoais são importantes de serem sistematicamente consideradas no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças com menos de três anos. Nesse processo, o enfermeiro tem um papel fundamental, pois é frequentemente o primeiro profissional a ser consultado na APS. O enfermeiro pode usar técnicas de avaliação, como entrevistas e observações, para identificar sinais de TEA, e fornecer orientações aos pais ou cuidadores para que procurem ajuda especializada. É importante que o enfermeiro tenha uma boa relação com a família e a criança, para garantir que a detecção precoce seja realizada de maneira eficaz e, assim, diminuir o estigma e a discriminação relacionados aos TEA.

4.3. SÍNTESE DOS ACHADOS (MAPA MENTAL DA DISSERTAÇÃO)

Como forma de apresentação de uma síntese, a partir das escolhas metodológicas que

operacionalizaram a pesquisa, do conteúdo dos dados produzidos, da interpretação desses dados à luz da Teoria das Relações Interpessoais, bem como das percepções desenvolvidas por esta autora ao longo da pesquisa, foi estruturado um mapa mental para expressar os elementos principais que envolvem a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças, na Atenção Primária à Saúde.

Os benefícios da detecção precoce são evidentes, o que destaca a importância de um chamado à ação para promover essa prática na Atenção Primária à Saúde, garantindo um futuro mais inclusivo e promissor para crianças com TEA e suas famílias.

A atuação estratégica e presença contínua do enfermeiro no cuidado com as famílias podem posicioná-lo como um agente essencial na identificação precoce dos sinais de alerta dos TEA. A título de ilustração e argumentação, dentre alguns aspectos que envolvem a participação deste profissional no processo estão:

- Acolhimento e Escuta Empática: o enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional de saúde com quem as famílias têm contato nas unidades básicas de saúde. Sua capacidade de acolher e ouvir atentamente as preocupações dos pais e cuidadores é fundamental para identificar sinais de alerta dos TEA, que podem não ser imediatamente aparentes.

- Avaliação Global da Criança: durante as consultas de rotina e visitas de acompanhamento, o enfermeiro realiza uma avaliação holística da criança, monitorando seu desenvolvimento físico, emocional e comportamental. Essa abordagem global permite a detecção de indicadores específicos de TEA.

- Triagem e Encaminhamento Adequado: com base em sua avaliação, o enfermeiro pode realizar triagens específicas para identificar possíveis sinais de alerta dos TEA. Caso sejam identificados, o enfermeiro pode encaminhar a criança para uma avaliação mais aprofundada por especialistas, o que pode vir a garantir um diagnóstico precoce e preciso.

- Orientação e Apoio às Famílias: o enfermeiro tem um papel fundamental na educação das famílias sobre os TEA, seus sinais e sintomas, bem como sobre os serviços e recursos disponíveis. Essa orientação empodera os pais e cuidadores para lidarem com a situação e buscarem o apoio necessário.

- Registro e Acompanhamento: manter registros detalhados das consultas de puericultura e observações é uma prática comum e necessária em Enfermagem. Essa documentação permite o acompanhamento longitudinal das crianças e a identificação de padrões de comportamento, que podem ser indicativos de TEA.

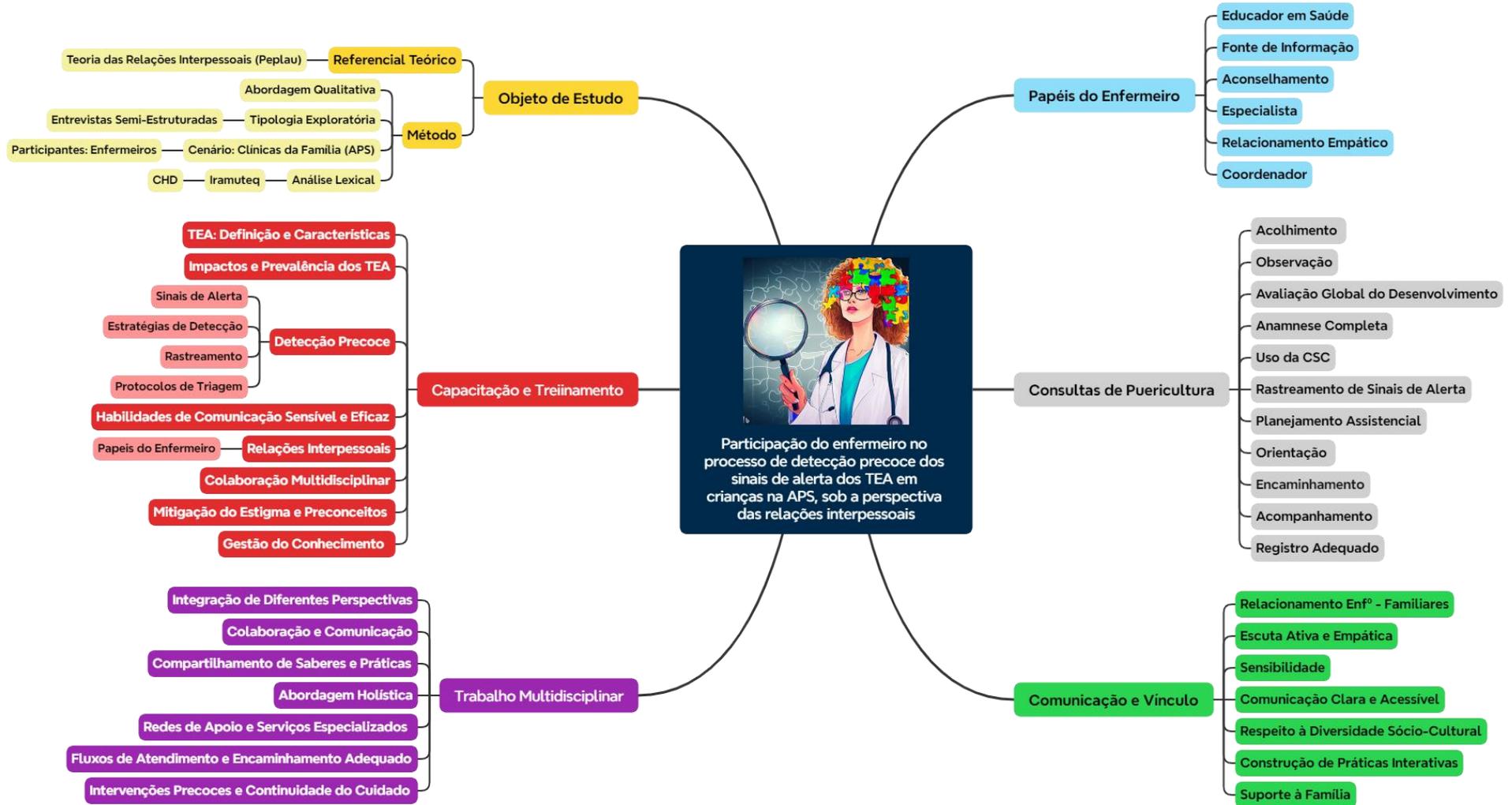
- Trabalho em Equipe: o enfermeiro atua em conjunto com outros profissionais de

saúde, como pediatras, psicólogos e terapeutas, para garantir uma abordagem multidisciplinar na detecção e intervenção precoce dos TEA.

Em suma, a presença do enfermeiro na vida das crianças, nos processos de cuidar de sua saúde e de suas próprias famílias, estabelece vínculos de confiança, que facilitam a detecção de sinais sutis e a promoção de intervenções precoces. Tem, ainda, a oportunidade de apoiar àquelas famílias mais vulnerabilizadas socialmente, a quem os serviços especializados de detecção precoce dos TEA são mais escassos e pouco acessíveis. Além disso, o enfermeiro pode desempenhar um papel crucial na redução do estigma e preconceitos associados aos TEA, tornando o processo de diagnóstico e intervenção menos intimidante para as famílias.

Portanto, é inegável que o enfermeiro se reconheça como um possível profissional protagonista no processo de detecção precoce dos sinais de alerta do autismo no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Sua abordagem oportuniza um olhar holístico, empático e colaborativo, que pode contribuir para a promoção de um diagnóstico precoce e para o início de orientações adequadas promovendo, assim, o desenvolvimento saudável e o bem-estar das crianças com TEA e suas famílias. O papel desse profissional é essencial na construção de uma sociedade mais inclusiva e atenta às necessidades das crianças com TEA. Assim, a estrutura do mapa mental a seguir buscou expressar e sintetizar esses ideais, os resultados principais da pesquisa e as percepções da autora.

Figura 07 – Mapa mental de operacionalização da pesquisa e dos resultados obtidos a partir da análise da participação dos enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA no âmbito da APS, sob a perspectiva das relações interpessoais



Fonte: a Autora (2024)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto neste estudo, foi evidenciado que, no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo, em crianças de até três anos de idade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, os enfermeiros têm um papel essencial e estratégico. Esse reconhecimento se dá a despeito das dificuldades operacionais constatadas, que geralmente relacionam-se às intensas e múltiplas demandas de trabalho, dificuldades relacionadas aos fluxos de atendimento, demoras nos acompanhamentos subsequentes pelo sistema de regulação, não aplicabilidade de escalas de e protocolos de avaliação dos sinais de alerta, auto-reconhecimento precário de seus papéis e necessidades de treinamento e capacitação sobre o tema.

Por meio de abordagens centradas nas pessoas envolvidas nas relações de cuidado e na observância e fortalecimento das relações interpessoais, aspecto ressaltado nos discursos dos participantes, é possível promover melhorias na qualidade de vida futura das crianças com sinais de alerta dos TEA e suas famílias, o que implica proporcionar suporte adequado, oportuno e precoce desde os primeiros passos do desenvolvimento.

A articulação do conhecimento técnico-científico desenvolvido, da sensibilidade humana e da ajuda precisa ser compreendida como o caminho para uma prática de Enfermagem cada vez mais efetiva e inclusiva. Nesse sentido, a Teoria das Relações Interpessoais destaca-se ao evidenciar a importância do estabelecimento de relações terapêuticas positivas entre os enfermeiros e as crianças/famílias, bem como à necessidade de prever os efeitos diretos e indiretos do acesso aos serviços e das iniquidades em saúde, que dificultam o processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA.

A pesquisa revelou o quanto é imprescindível o investimento na preparação dos profissionais de Enfermagem, a fim de garantir a qualidade e continuidade da assistência no que diz respeito ao processo de detecção precoce. Nessa direção, ressalta-se que o desenvolvimento de habilidades e competências de enfermeiros sobre o tema precisa ser sistematicamente considerado em programas de graduação e de pós-graduação, bem como de treinamento em serviço, a fim de que os profissionais assumam com efetividade e responsabilidade consciente o seu papel nessas situações.

Foi explicitado neste estudo que existem dificuldades operacionais de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, inclusive naqueles serviços que têm, a princípio, maior potencial de abordagem desse fenômeno, como no âmbito das Clínicas da Família (por meio da Estratégia Saúde da Família), onde as crianças são acompanhadas desde recém-nascidas nas consultas de

puericultura por enfermeiros e médicos, o que carece de atenção dos gestores e profissionais envolvidos.

Por outro lado, os dados levantados também atestaram a importância do desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar. Ao serem reunidos profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, psicólogos, médicos pediatras e psiquiatras, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, é possível obter uma abordagem abrangente e holística para identificar, com maior clareza, os sinais de alerta dos TEA em crianças. Cada profissional traz uma perspectiva única e expertise especializada, o que pode viabilizar uma avaliação mais precisa e possibilidades de intervenções precoces mais eficazes. A correlação das observações e contribuições de cada profissional pode fornecer uma imagem mais completa e ajuda a diferenciar os TEA de outros distúrbios ou atrasos de desenvolvimento.

E, uma vez identificado o diagnóstico, juntos, esses profissionais podem criar planos de tratamento/estímulo personalizados e adaptados às necessidades específicas da criança, no sentido de desenvolverem intervenções e terapias que visem melhorar as habilidades sociais, de comunicação e comportamental da criança. A intervenção precoce (assim como a detecção precoce) tem sido amplamente reconhecida como uma abordagem para crianças com TEA, ajudando-as a alcançar melhores resultados no desenvolvimento e na qualidade de vida.

Ao almejar um futuro onde as crianças com TEA recebam o suporte necessário desde cedo, é fundamental que a comunidade acadêmica, profissionais de saúde/educação e gestores trabalhem em conjunto para promoverem a conscientização, a capacitação e a implementação de práticas cada vez mais robustas e inclusivas. Somente assim será possível oferecer um atendimento adequado e melhorar significativamente a vida dessas crianças e suas famílias.

Acerca das implicações para a prática de Enfermagem, foram destacados neste estudo o desenvolvimento de papéis específicos do enfermeiro (de aconselhamento, coordenador, educador em saúde, fonte de informação e especialista), o que envolve a operacionalização de ações voltadas ao acolhimento e escuta empática pelo profissional, a observância da avaliação global da criança durante as consultas, a triagem e encaminhamento adequado para identificar possíveis sinais de alerta dos TEA, a orientação e apoio às famílias sobre os serviços e recursos disponíveis, o registro e acompanhamento para acompanhamento longitudinal das crianças e a identificação de padrões de comportamento, o trabalho em equipe junto a profissionais de outras áreas de conhecimento para abordagem multidisciplinar na detecção e intervenção precoce dos TEA. Tais elementos precisam ser considerados nos programas de formação, capacitação e treinamento.

Registra-se que esta pesquisa apresentou limitações no espectro metodológico.

Vislumbrou-se que o desenvolvimento de entrevistas de alguns enfermeiros de um mesmo município brasileiro (Rio de Janeiro) pode ter gerado alguma homogeneidade dos dados, devido à limitação da amostra e às similaridades de características culturais e contextuais/socioeconômicas nos territórios de trabalho desses profissionais, o que minora a possibilidade de generalizações. Ressalta-se, ainda, que a estratégia de coleta de dados eleita (entrevistas) pode ter influenciado a transferibilidade do conhecimento, no que se refere a não oportunizar uma triangulação de dados, como também à subjetividade da própria pesquisadora e dos profissionais entrevistados, o que pode ter resultado em interpretações variadas ou até mesmo enviesadas, o que, de certo modo, esteve em vigilância pelos membros do Grupo de Pesquisa que acessaram o material, especialmente a orientadora e doutoras em Enfermagem que compuseram as disciplinas do Curso de Mestrado e as bancas de defesa de projeto, qualificação e defesa final desta dissertação.

Diante da relevância do tema, indica-se o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre a evolução epidemiológica dos TEA no contexto brasileiro, acompanhem mais de perto as famílias de crianças com sinais de alerta dos TEA, explorem tecnologias criativas voltadas à detecção precoce, analisem o desenvolvimento de habilidades e competências no âmbito dos cursos de graduação e de pós-graduação, abordem estratégias de intervenções educativas sobre a temática junto aos profissionais que atuam na APS, entre outras tantas possibilidades.

Ademais, como apoio a pesquisas futuras, à luz dos aspectos observados e atestados junto aos profissionais entrevistados, existem lacunas de pesquisas que podem orientar estudos para expansão e aprimoramento dos processos de detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, o que implica pensar na: 1) incorporação de ferramentas de triagem baseadas na relações interpessoais para a detecção precoce, que estejam integrados aos processos de atendimento na APS; 2) modelos inovadores de capacitação para profissionais de Enfermagem/Saúde para detecção de sinais de alerta centrados nas relações interpessoais; 3) aplicativos de apoio para pais que forneçam informações e suporte, enfatizando a relevância das relações interpessoais no manejo e compreensão da condição de suas crianças; 4) sistemas de monitoramento online, que permitam o mapeamento contínuo e colaborativo do desenvolvimento dessas crianças com sinais de alerta dos TEA; 5) colaborações com creches/escolas e comunidades, por meio de parcerias para implementação de iniciativas plausíveis de sensibilização/conscientização sobre os TEA, destacando a necessidade das relações interpessoais no apoio às crianças e suas famílias; 6) estratégias gerenciais de intervenção precoce, que se baseiem nas relações

interpessoais, que busquem um mapeamento mais claro e satisfatório dos casos de TEA nas comunidades.

Enfim, há muito o que ser aprendido e discutido sobre o tema, especialmente se for considerado o cenário da produção acadêmica nacional. Reconhecidamente, percebe-se o atraso de produções científicas e tecnológicas a este respeito. Novos objetos, processos, produtos, perspectivas, abordagens inovadoras sobre esse fenômeno precisam de investimentos futuros, a fim de dar conta da ideia de que o autismo precisa ser melhor compreendido. Em função dos dados epidemiológicos atuais e da missão relevante dos profissionais de saúde, isso urge.

6 DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTO

Durante o Curso de Mestrado foi possível a apresentação do estudo em fóruns e eventos científicos nacionais e internacionais, a fim de amplificar o debate sobre o tema, oportunidade em que foram demonstrados os resultados parciais da pesquisa, o que ajudou na validação das ideias e dos aspectos teórico-metodológicos abordados nesta investigação.

Dentre os trabalhos apresentados em eventos científicos, destacam-se:

Em 2021:

- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Produção científica nacional sobre cuidados de Enfermagem a crianças com autismo: estudo exploratório In: IX Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal - Online. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP, 2021.

Em 2022:

- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos espectro do autismo: um olhar pela Enfermagem In: 73º Congresso Brasileiro de Enfermagem (73º CBEn). Salvador: ABEn, 2022.
- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Percepções de enfermeiros da atenção primária sobre a detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo. In: IV Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem. São Paulo: USP, 2022.
- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Painel Temático - Crianças com necessidades de saúde especiais: demandas de cuidados familiar. In: Festival do Conhecimento UFRJ - Do ancestral ao digital. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wEbT8J1PTSE>
- OLIVEIRA, A.R.P.; CABRAL, I. E.; MORAES, J. R. M. M. Detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças – vídeo. In: Festival do Conhecimento UFRJ - Do ancestral ao digital. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022.
- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Produção científica nacional sobre cuidados de Enfermagem a crianças com autismo: estudo exploratório. In: 9º Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro:

NUPESC-EEAN-UFRJ, 2022.

- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Atuação da Enfermagem na detecção precoce dos sinais de alerta do autismo em crianças In: XIII Seminário de Internacionalização da Produção do Conhecimento em Enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN-UFRJ, 2022.

Em 2023:

- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M.; CABRAL, I. E. Detecção precoce dos sinais de alerta do autismo nas consultas de puericultura pelos Enfermeiros In: 12º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa - CIAIQ2023. Lisboa, 2023.
- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. A participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo, In: 22º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE. Curitiba: ABEn, 2023.

Em 2024:

- OLIVEIRA, A.R.P.; MORAES, J. R. M. M. Relações interpessoais no processo de detecção precoce de sinais de alerta do autismo em crianças. In: 31º Pesquisando em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2023. Este trabalho recebeu o 1º lugar do prêmio Ivone Evangelista Cabral no âmbito deste evento científico.

O desenvolvimento desta dissertação de mestrado viabilizou a participação da autora no processo de formação de estudantes de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em duas aulas regulares do Programa Curricular Interdepartamental VIII relacionado ao ensino sobre cuidados à criança hospitalizada (18/02/2023), com ao acompanhamento da professora Juliana Rezende, orientadora da pesquisa. O *feedback* dos estudantes e professores foi bastante positivo. Buscou-se sensibilizar os estudantes para os desafios e potenciais estratégicas que podem ser incorporadas às práticas assistenciais e de gestão em saúde, para minorarem os efeitos da detecção tardia dos TEA em crianças, entre outros aspectos que envolvem o cuidado às crianças com TEA e ao desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros sobre o tema.

Também foi apresentado o tema em aula na disciplina Cuidar/Cuidado em Saúde da Criança a mestrandos da EEAN/UFRJ (22/10/2023) e a alunos do Curso de Residência em Enfermagem em Pediatria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, coordenada pela professora Ivone Cabral, líder do Grupo de Pesquisa CRIANES, ao qual o desenvolvimento desta dissertação está vinculado.

Foram estruturados dois artigos científicos a partir dos resultados da pesquisa, os quais foram submetidos para revistas com Qualis A, atendendo às orientações do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da EEAN/UFRJ, a fim de serem socializados e difundidos os resultados.

Outras formas oportunas de socialização, em termos de produtos e processos, poderão estar ainda em desenvolvimento, quando da defesa final do estudo e sua aprovação for considerada pelos membros da Banca Examinadora. Assim, prevê-se o desenvolvimento de podcasts, a partir dos resultados desta pesquisa, bem como treinamentos dos participantes desta pesquisa e outros enfermeiros voltados à detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA em crianças com menos de três anos de idade, por meio de uma abordagem centrada nas relações interpessoais. Neste programa de treinamento serão oportunamente enfocadas estratégias orientadas pelos pontos ressaltados nesta pesquisa, no sentido de ser aprimorado o processo de detecção precoce.

7 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa contou com bolsas concedidas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ (modalidade FAPERJ Nota 10), a quem agradeço a oportunidade e apoio.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L.V. *et al.* Utilização do *software* IRaMuTeQ® para análise de dados qualitativos na Enfermagem: um ensaio reflexivo. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, p. e-1326, 2020. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1480>
- AL NAHI, B. G. Cognitive competencies necessary for teachers of children with autism disorder. **Journal of Misan Researches**, v. 18, n. 36, 2023. Disponível em: <https://www.iasj.net/iasj/article/270182>
- ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 40, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- ALRUWAILI, M. *et al.* An Assessment of Pediatric Nurses Awareness and Perceived Knowledge of Autism Spectrum Disorders: A Gulf State Survey. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 2023, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2023/4815914>
- AMORIM, L. P. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, e201701116, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jcps7xwkCLW9CSRZ3JcHBWF/>
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestión del cuidado de Enfermería para la calidad de la atención prenatal en Atención Primaria de Salud. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?lang=pt>
- ANDRADE, G. K. S. *et al.* Rede de atenção à saúde de crianças com zika vírus na perspectiva de profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20230043, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230043.pt>
- ANDRADE, L. A. *et al.* Depressão, ansiedade e estresse entre profissionais da atenção primária à saúde na pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e11670, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11670>
- ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões E Práticas. **Sau. & Transf. Soc.** v. 10, n. 1/2/3, p. 54-63, 2019. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/5281/5636>
- ANDRÉS, A. **Pessoas com deficiência nos censos populacionais e educação inclusiva.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.
- ANGEL, R. F. *et al.* Caderneta da criança: conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, p. e-11601, 2022. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11601>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5.** 5th ed. Washington: APA, 2013. Disponível em:

http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-5-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2022.

ARAÚJO, C. M. *et al.* O papel do enfermeiro na assistência à criança autista. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 3, p. 31-5, 2019. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/186>

ARAÚJO, M. R. S. *et al.* Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e6698, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6698>

ATAÍDE, M. B. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Inter-relação dos propósitos da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 6, p. 674-9, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xLrhKY6xwH7fJY6w7VHtpyf/?format=pdf&lang=pt>

ATHERTON, G. *et al.* Autism Through the Ages: A Mixed Methods Approach to Understanding How Age and Age of Diagnosis Affect Quality of Life. **J Autism Dev Disord**, p. 1-16, 3639-54, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05235-x>

AZIM, M. T.; ISLAM, M. M. Social Support, Religious Endorsement, and Career Commitment: A Study on Saudi Nurses. **Behav Sci (Basel)**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/bs8010008>

BACHELARD, G. **Essai sur la connaissance approchée**. 3. ed. Paris: Librairie Philosophique, 1990.

BAIO, J. *et al.* Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR Surveill Summ**, v. 67, n. 6, pp. 1-23, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29701730/>

BARBARO, J.; RIDGWAY, L.; DISSANAYAKE, C. Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child health nurses in an Australian community-based setting: Promoting the early identification of Autism Spectrum Disorders. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 26, n. 4, p. 334-7, 2011. Disponível em: [10.1016/j.pedn.2010.04.007](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.04.007)

BARBOSA, P. A. S.; NUNES, C.R.A. Relação entre o Enfermeiro e a Criança com Transtornodo Espectro do Autismo. **Rev. Cient. interdisciplinar**. v. 2, n. 2, p. 100-196, 2019. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/39/37>

BARNUM, B. S. **Nursing theory**: analysis, application, evaluation. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1998.

BELCHER, J.R.; FISH, L. J. B. Hildegard E. Peplau. In: GEORGE, J. B. cols. **Teorias da Enfermagem**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BELO, M. M. DE A. *et al.* Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020501, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jCGPLJLQHLxrBT89sh4fhHw/abstract/?lang=pt#>

BEZERRA, A. C. L. **Vulnerabilidades no contexto das famílias de crianças com deficiência**. 2022. 108 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/72415>

BLANCHER, A. T.; YETMAN, M. M. Medical Students' Knowledge of Autism Compared to the General Population: A Pilot Study. **Journal of Medical Education Research**, v. 3, n. 1, p. 5-24, 2023. Disponível em: <http://ojs3.ubplj.org/index.php/jmer/article/view/2123>

BONFIM, T. A. *et al.* Assistance to families of children with Autism Spectrum Disorders: Perceptions of the multiprofessional team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3780, 2023. Disponível em: [10.1590/1518-8345.5694.3780](https://doi.org/10.1590/1518-8345.5694.3780)

BONFIM, T.A. *et al.* Family experiences in discovering Autism Spectrum Disorder: implications for family nursing. **Rev Bras Enferm**, n.73 (Supl 6), e20190489, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0489>

BORDINI, D. *et al.* Impact of training in Autism for primary care providers: a pilot study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 1, p. 63-6, 2015. Disponível em: [10.1590/1516-4446-2014-1367](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1367)

BORGES, M. M. S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, 2023. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/132433>

BOSCO, M. C. L. 'Bodies that never grow': How psychiatric understanding of autism spectrum disorders affects autistic people's bodily experience of gender, ageing, and sexual desire. **Journal of Aging Studies**, v. 64, p. 101101, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2023.101101>

BRADSHAW, J., EBERTH, JM, ZGODIC, A. *et al.* County-Level Prevalence Estimates of Autism Spectrum Disorder in Children in the United States. **J Autism Dev Disord**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-023-05920-z>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo nº 183, 22 de setembro de 2017, p. 68-76. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2457>

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. 2016a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014**. Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, 3 dez. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança: Menina**. Ed. 5. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf

BUBADUÉ, R. M.; CABRAL, I. E.; CARNEVALE, F. Padrões do conhecer de enfermeiras sobre revelação do HIV à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xGBMx9tsMGt7VYcjJ8Fctkh/?format=pdf&lang=pt>

CABRAL, I. E. *et al.* Demandas de crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária da cidade do Rio de Janeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde (Online)**, v. 19, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50479/751375150377>

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and

Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. **MMWR**, v. 72, n. 2, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/pdfs/ss7202a1-H.pdf>

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRaMuTeQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-8, 2013. Disponível em: [10.9788/TP2013.2-16](https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16)

CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os Princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Escola Anna Nery**, v. 4, n. 10, p. 718–24, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/PsgWxTgxFhbyGvO9LKs7PkJ/?lang=pt#>

CARRILHO, C. A.; ALMEIDA, A. N. S.; MARTINS, I. C. Uma reflexão sobre a teoria de Peplau e a teoria psicanalítica: caminho de interseções. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 1, n. 1, p. 169-76, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v1i1.1392>

CARVALHO, F. A. *et al.* Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. **Psicol Teor Prat.**, v. 15, n. 2, p. 144-54, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872013000200011&lng=pt&nrm=iso

CARVALHO, J. C. S., IGNÁCIO, L. G.; MAGRI, M. P. F. Sistematização da assistência de Enfermagem no Transtorno de Espectro Autista: do diagnóstico ao atendimento familiar na puericultura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 5, p. 21591-604, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-300>

CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da Enfermagem**: tópicos de crítica e contribuição. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

CASACIO, G. D. M. *et al.* Cuidado integral de crianças com necessidades especiais: desafios da Atenção Primária na tríplex fronteira. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, p. e13119-e13119, 2022. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/13119>

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

CORDOVIL, A. B. C. *et al.* Subnotificação da tuberculose nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Biológicas & Saúde**, v. 12, n. 41, p. 1-13, 2022. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/2496

CORRÊA, I. S. *et al.* Triagem para transtorno do espectro autista pela enfermeira na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 293-303, 2022. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/578>

COSCINI, N. *et al.* Multicountry review: developmental surveillance, assessment and care by outpatient paediatricians. **Archives of Disease in Childhood**, v. 108, n. 3, p. 153-9, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2021-322799>

COSTA, C. S.; GUARANY, N. R. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na Atenção Básica **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v.5, n. 1, p. 31-44, 2021. Disponível em: [10.47222/2526-3544.rbto33841](https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto33841)

COSTA, I. P.; PIMENTA, C. J. L.; BRITO, M. J. M. Adversities experienced by professionals in the Primary Health Care: implications for the meanings of the work. **Esc Anna Nery**. 2019, v. 23, n. 3, p. e20180373. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0373>

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 4, p. 384-89, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso

DAWSON, G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. **Development and psychopathology**, v. 20, n. 3, p. 775-803, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0954579408000370>

DE VOSS, S. *et al.* Increasing the psychosocial focus in child developmental assessments: a qualitative study. **BMC pediatrics**, v. 23, n. 44, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12887-023-03849-x>

DELANEY, K. R.; SHATTELL, M.; JOHNSON, M. E. Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: a model for engagement. **Arch Psychiatr Nurs.**, v. 31, n. 6, p. 634-40, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>

DELFINI, P. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. Family odysseys: the search for infant mental health care. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 12, e00145816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00145816>

DELFINI, G.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Processo de trabalho da equipe de Enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03775, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/mcbsfpczshTYNsHcNsYSwVy/?lang=pt#>

DIAS, S. M. C. *et al.* A importância da identificação precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças: uma revisão de literatura: **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 6, p. 24572-83, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55433>

DOHERTY, M.; HAYDON, C.; DAVIDSON, I.A. Recognising autism in healthcare. **Br J Hosp Med (Lond)**, v. 82, n. 12, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34983217/>

EIRALDI, R. *et al.* Desenvolvimento de uma plataforma de treinamento on-line e estratégia de implementação para profissionais de saúde mental em escolas rurais: um estudo de

métodos mistos. **Saúde Mental Escolar**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12310-023-09582-1>

FALCK-YTTER, T.; BUSSU, G. The sensory-first account of autism. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 153, 2023. Disponível em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1800485/FULLTEXT01.pdf>

FAULIN, N. S. *et al.* SUS e transtorno do espectro autista: percepção dos trabalhadores sobre a linha de cuidado. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 28162-74, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/41543>

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cad Bras Ter Ocup**, v. 28, n. 2, p. 725-40, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, p. 704-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

FREGNAN, M. C. **Viabilidade de métodos eficazes de detecção de sinais precoces de transtorno do espectro autista: revisão de literatura e programa de capacitação profissional**. Campo Grande, MS: 2020. 107 p. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1035232-viabilidade-de-metodos-eficazes-de-deteccao-de-sinais-precoces-de-transtorno-do-espectro-autista-revisao-de-literatura-e-programa-de-capacitacao-profissional.pdf>

GABBAY-DIZDAR, N. *et al.* Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1–2 years. **Autism**, v. 26, n. 6, p. 1353-63, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/136236132110490>

GALLAHER, L. *et al.* Medical student perceptions of autism education: A qualitative study. **Frontiers in Rehabilitation Sciences**, v. 4, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fresc.2023.1096117/full>

GAMA, C. A. P. D. A. *et al.* Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200438, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBL56xBNvHGNGjScJ9S/?format=html&lang=pt#>

GEORGE, J. B. (ed.). **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIAMBONA, P. J. *et al.* Parent Perceptions of the Effects of Early Intensive Behavioral Interventions for Children with Autism. **Behavioral Sciences**, v. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs13010045>

GUAN, X.; ZWAIGENBAUM, L.; SONNENBERG, L. K. Building capacity for community pediatric autism diagnosis: a systemic review of physician training programs. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 43, n. 1, p. 44-54, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001042>

GUAZI, T. S. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, v. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131>

GURGEL, P. K. F.; TOURINHO, F. S. V.; MONTEIRO, A. I. Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HMJnpTTRdRqWQ3FTfSP77Ly/abstract/?lang=pt>

KAPPEL, V. B. *et al.* Comunicação profissional-família em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil: facilidades e dificuldades. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0025>

HARTOG, C. S. Ich kann nicht mehr: Burn-out - eine Aufrüttelung. **Med Klin Intensivmed Notfmed**, v. 114, n. 8, p. 693-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>

IGNÁCIO, T. S.; UHMANN, S. M. Transtorno do espectro autista e família: relação que contribui (ou não) para a inclusão escolar. **Revista Cadernos Macambira**, v. 6, n. 1, p. 174-369, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/600-Texto%20do%20artigo-2308-1-10-20211020.pdf>

JENDREIECK, C. O. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicol Argum**, v. 32, n. 77, p. 153-8, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284488308_Dificuldades_encontradas_pelos_profissionais_da_saude_ao_realizar_diagnostico_precoce_de_autismo

KHAN, S. I. *et al.* Predicting the level of autism and improvement rate from assessment dataset using machine learning techniques. **Int. j. inf. tecnol.**, v. 15, p. 1647-52, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41870-023-01212-y>

KOUO, J. L.; KOUO, T. S. Scoping review of targeted interventions and training to facilitate medical encounters for school-aged patients with an autism spectrum disorder. **J Autism Dev Disord**, v. 51, n. 8, p. 2829-51, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-020-04716-9>

LEE, E. A. L. *et al.* “He Sees his Autism as a Strength, Not a Deficit Now”: A Repeated Cross-Sectional Study Investigating the Impact of Strengths-Based Programs on Autistic Adolescents. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-022-05881-9>

LENARDT, M. H. *et al.* Production of knowledge based on the Theory of Culture Care Diversity and Universality: documental research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. e20200732, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0732>

LIMA, A. E. S. *et al.* Uma atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 97, n. 1, p. e023006, 2023. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1404>

LIMA, R. C. *et al.* Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. **Saúde em Debate**, v. 44, spe 3, p. 144-55, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E313>

LIMA, S. G. S. *et al.* Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: Grounded Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20201105, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vzpnbrxRsKXW6fwD7LdXGnq/abstract/?lang=pt#>

LOGRIECO, M. G. (cols). Risk and protective factors of quality of life for children with autism spectrum disorder and their families during the COVID-19 lockdown. An Italian study. **Res Dev Disabil**, v. 120, p. 104130, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34826776/>

LUSKIN-SAXBY, S.; ZIMMER-GEMBECK, M., SULEK, R.; PAYNTER, J. Professional Development and Use of Evidence-Based Practice in Autism Early Intervention. **Journal of Early Intervention**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10538151231159638>

MAKSIMOVIĆ, S. *et al.* Importance of Early Intervention in Reducing Autistic Symptoms and Speech–Language Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder. **Children**, v. 10, n. 1, p. 122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children10010122>

MANDAJ, V.; SIMÕES-ZENARI, M.; MOLINI-AVEJONAS, D. R. O sistema de saúde pública e o lugar do autismo. **Revista CEFAC**, v. 25, n. 2, p. e7322, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/FcC3mDvgggL4HgCg7wNdJKD/?lang=pt#>

MEDEIROS, H. P. S. *et al.* Interrelações das Epistemologias do Sul e o cuidado transcultural nas práticas em saúde e Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220443, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0443pt>

MEKHITARIAN, A. V. P.; BIALER, M. M.; LERNER, R. Um olhar ético para o sofrimento da família da criança com autismo. **Psicologia em Estudo**, v. 26, e. 48763, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/48763/751375152049>

MENDONÇA, F. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/7841>

MINAYO, C.; COSTA, A.P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação.** Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>

MORAES, G. T. G.; NASCIMENTO, L. R.; TAMAROZZI, G. A. Marcos do desenvolvimento infantil e sua relação com o diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 9, n. 24, 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/8103>

MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 228–33, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200016>

MORSE, A. J. **Implementation of developmental surveillance for autism using the Social attention and communication surveillance-revised (SACS-R) assessment tool for young children in Tasmania, Australia. 2021.** Doctoral Thesis. University of Tasmania. Disponível em: https://figshare.utas.edu.au/articles/thesis/Implementation_of_developmental_surveillance_for_autism_using_the_Social_attention_and_communication_surveillance-revised_SACS-R_assessment_tool_for_young_children_in_Tasmania_Australia/23250104

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Lexical Analysis and Content Analysis: a Proposal for Conjugate Utilization. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n. 2, 2006. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/11028/8731>

NASCIMENTO, Y. C. M. L. *et al.* Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev baiana enferm.**, v. 32, p. e25425, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25425>

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

NEVES, E. T. *et al.* Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, n. 2, p. 399-406, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200399&lng=en&nrm=iso

NOGUEIRA, M. L. M. *et al.* Transtorno do Espectro do Autismo em Minas Gerais: Panorama da Formação Médica. **Educação Especial**, v. 35, p. e23/1–21, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X65388>

NUNES, S. C.; SOUZA, T. Z.; GIUNCO, C. T. Autismo: conhecimento da equipe de Enfermagem. **CuidArte Enferm.**, v. 3, n. 2, p. 134-41, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1027810>

OLIVEIRA, A. C. A.; MORAIS, R. C. M.; FRANZOI, M. A. H. Percepções e desafios da equipe de Enfermagem frente à hospitalização de crianças com transtornos autísticos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, n. 28300, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28300>

OLIVEIRA, I. B. *et al.* Innovative actions developed by nurses in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20200782, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nWWYM4BFXmwMqRcbZVv7QBF/?lang=pt#>

OLIVEIRA, J. J. M.; SCHMIDT, C. E.; PENDEZA, D. P. Intervenção implementada pelos pais e empoderamento parental no transtorno do espectro autista. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, e. 218432. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392020218432>

OLIVEIRA, M. C. **A formação continuada de professores e a melhoria da educação**. Ponta Grossa: Aya, 2023. 63 p. Disponível em: <https://ayaeditora.com.br/livros/L331.pdf>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11)**. 11^a rev. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>

PASSOS, B. C.; KISHIMOTO, M. S. C. O impacto do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista na família e relações familiares. **Brazilian Journal Of Development**, v. 8, n.1, p. 5827-33, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43094>

PEPLAU, H. E. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. **Enfermagem Ciência trimestral**, v. 10, n. 4, pp. 162-7, 1997. Disponível em: [10.1177/089431849701000407](https://doi.org/10.1177/089431849701000407)

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York (USA): G.P. Putman's, 1991.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería**: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

PEPLAU, H. E. The art and Science of nursing: similarities, differences and relations. **Nursing Science Quaterly**, v. 1, p. 8-15, 1988.

PEPLAU, H.E. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. **Nursing Science Quarterly**, v. 1, n. 5, p. 13-18, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538849/>

PESSIM, L.; FONSECA, B. Transtornos do espectro autista: importância e dificuldade do diagnóstico precoce. **Revista FAEF**, v. 3, n. 14, p. 7-28, 2015. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/pnnWsCHLoL9zOLE_2015-3-3-14-7-28.pdf

PICCO, T. M. *et al.* Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210104, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>

POSAR, A.; VISCONTI, P. Autism Spectrum Disorder in 2023: a Challenge Still Open. **Turkish Archives of Pediatrics**, v. 58, n. 6, 2023. Disponível em: [https://turkarchpediatr.org/Content/files/sayilar/132/TAP_November_2023-8-13\(1\).pdf](https://turkarchpediatr.org/Content/files/sayilar/132/TAP_November_2023-8-13(1).pdf)

PRADO, M. F. *et al.* Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 2, p. 224-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/XHwNB9R4xhLTqpLxqXJ6dMx/#>

QUINN, M.; PORTER, S. A. Desenvolvimento de Imersões Curriculares em um Programa de Enfermagem: Transtorno do Espectro Autista como Exemplo. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 19, n. 5, p. 104578, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415523000776?casa_token=WIRf110vy8AAAAA:B1jGd3EcYsqI_THjzWhP9UcPARRbnPoP1bKRcezr16zbGqJ1pgNAkGo8YH2hYhnKR9LutBq2Rio

RABELO, A. R. M.; SILVA, K. L. Let it not be that nursing that asks for silence: participation in social movements and sociopolitical-emancipatory knowledge. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20210630, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YWQ7HqdH5sTTLcXC7Dhg9xC/?lang=pt#>

REIS, L. B.; PEREIRA, C. M. Percepções de Familiares sobre uma Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantojuvenil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e254081, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003254081>

RIBEIRO, A. M.; SILVA, R. R. F.; PUCCINI, R. F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção primária à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28 (Supl. 2), p. 208-14, 2010. Disponível em: [10.1590/S0103-05822010000200013](https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000200013)

RIMAN, K. A. *et al.* Nurse Education and Hospital Readmissions for Children With and Without a Mental Health Condition. **Hospital Pediatrics**, v. 13, n. 1, p. 72-9, 2023. Disponível em: <https://publications.aap.org/hospitalpediatrics/article-abstract/13/1/72/190252/Nurse-Education-and-Hospital-Readmissions-for>

RIO DE JANEIRO. **Clínicas da Família**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>

RIOS, C.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo no SUS. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 3, p. 1111-20, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1111-1120/>

ROMEU, C. A.; ROSSIT, R. A. S. Trabalho em Equipe Interprofissional no Atendimento à Criança com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 28, p. e0114, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/MC468jkW5w8wtQwbxz3RPMH/?lang=pt#>

ROSOLEM, L. H. *et al.* Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde. **Revista Cogitare enferm.**, v. 24, p. e61496, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61496>

ROTOLO, A. *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>

RUELLA, I. A. S.; AMATO, C. A. H. Caracterização sociofamiliar dos educandos com transtorno do espectro autista (TEA) atendidos por uma instituição filantrópica do Rio de Janeiro/RJ. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, v. 19, n. 1, p. 98-125, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p98-125>

SALGADO, J. W. *et al.* Saúde mental na atenção básica: percepção dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad Saúde Colet**, v. 31, n. 2, e31020065, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020065>

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. **BMC Public Health**, v. 21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11397-1>

SANTOS, D. S. *et al.* Potencialidades e fragilidades no cuidado de Enfermagem à criança: revisão da literatura. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 451-62, 2022. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/563>

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do Espectro Autista**. 2019. 24p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775d-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo_2_.pdf

SCHIMITH, M. D. *et al.* Comunicação em saúde e colaboração interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>

SCHUERTZ, A. L. *et al.* Primary Health Care to meet families of children with special needs. **Rev RENE**, v. 21, e43369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143369>

SEEBECK, J.; SZNAJDER, K. K.; KJERULFF, K. H. The association between prenatal psychosocial factors and autism spectrum disorder in offspring at 3 years: a prospective cohort study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-023-02538-5>

SENA, R. C. F. *et al.* Práticas e conhecimentos dos enfermeiros sobre o autismo infantil. **J Res Fundam Care**, v. 7, n. 3, p. 2707-16, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762244>

SHAW, K. A. *et al.* Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 72, n. 1, p. 1-15, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7201a1>

SILVA, T. C. T. *et al.* Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 12, p. 3445-55, 2018.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/334617756> Caderneta de saúde da criança vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil

SILVA, S. À. *et al.* Conhecimento da equipe interprofissional acerca do autismo infantil. **Research, Society And Development**, v. 8, n. 9, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i9.1250>

SMITH, H. *et al.* Exploration of caregiver experiences of reported first signs of Autism. **Child: Care, Health and Development**, v. 49, p. 879-88, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cch.13096>

SOUSA, W. A.; DUARTE, R. C. C. Análise dos impactos do diagnóstico do espectro autista no âmbito familiar: desafios e possibilidades. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e152111435647, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35647>.

SOUZA, A. P. *et al.* Assistência de Enfermagem ao portador de autismo infantil: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2874–86, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8552>

SOUZA, E. T. *et al.* Prática Clínica em Neuropsicologia Pediátrica em um Programa de Extensão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 14, n. 1, p. 41-52, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/13152>

SOUZA, J. S. R.; COSTA, A. C. B.; VILELA, S. C. Relações interpessoais entre enfermeiro-paciente na perspectiva da violência atual. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 648-53, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9103>

SOUZA, N. S. *et al.* Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 3, pp. 680-9, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015633>

SOUSA, J. O. A; ALMEIDA, P. F. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33044, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333044>

STEYER, S. **Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro autista na atenção primária em saúde**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202545>

STEYER, S.; LAMOGLIA, A.; BOSA, C. A. A importância da avaliação de programas de capacitação para identificação dos sinais precoces do Transtorno do Espectro Autista – TEA. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 3, p. 1395–410, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.3-10Pt>

SWANSON, A. R. *et al.* The diagnosis of autism in community pediatric settings: Does advanced training facilitate practice change? **Autism**, v. 18, n. 5, p. 555-61, 2013. Disponível em: [10.1177/1362361313481507](https://doi.org/10.1177/1362361313481507)

VASCONCELLOS, R. N. *et al.* A família da criança com necessidades especiais de saúde e suas relações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210031, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0031>

VIEIRA, D. K. Rodrigues (ed.). **Pessoas com deficiência e doenças raras: o cuidado na atenção primária**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

WADDINGTON, H. *et al.* Brief Report: Training New Zealand Well Child/Tamariki Ora Nurses on Early Autism Signs Using the Social Attention and Communication Surveillance-Revised. **J Autism Dev Disord**, v. 52, n. 11, p. 5050-7, 2022. Disponível em: [10.1007/s10803-021-05344-7](https://doi.org/10.1007/s10803-021-05344-7)

WAID, F., KELLY, M. Supporting family engagement with child and adolescent mental health services: a scoping review. **Health Soc Care Community**, v. 28, n. 5, p. 1333-42, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12947>

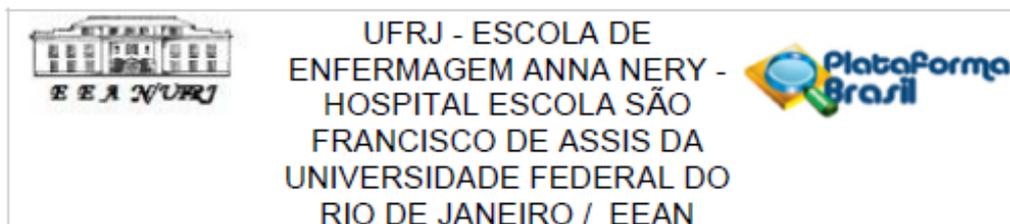
WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 11, p. 115-29, 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7208735/>

WU, Q *et al.* Stigmatizing attitudes towards mental disorders among non-mental health professionals in six General Hospitals in Human Province. **Front Psychiatry**, v. 10, n. 946, pp. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00946>

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso

ANEXOS

Anexo A – Pareceres de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente (EEAN-UFRJ) e da Instituição Coparticipante (SMS - Rio de Janeiro)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO PRECOZE DOS SINAIS DE ALERTA DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO EM CRIANÇAS: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Pesquisador: ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57924722.0.0000.5238

Instituição Proponente: ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERI

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.370.466

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado que tem como objeto de estudo: a participação do enfermeiro na detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo (TEA) em crianças de até três anos de idade, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva das relações interpessoais.

No âmbito das iniciativas de análise do desenvolvimento infantil, não só os profissionais têm papel estratégico, mas as famílias também. Com efeito, há que se considerar que nem sempre é possível verificar os sinais dos TEA se a criança não é conduzida a uma Unidade Básica de Saúde. E isso ocorre quando a família não percebe os sinais disfuncionais nos primeiros meses de vida, seja por proteção frente aos estigmas sociais, seja por negação ou desinformação, seja, em casos extremos, por negligência com a criança. Diante disso, a uma ideia equivocada de que a identificação dos sinais de alerta dos TEA não é propriamente uma responsabilidade dos enfermeiros, também tende a ser um obstáculo a maioria para a detecção precoce e participação deste profissional neste processo. Por ocupar uma posição destacada na APS, o conhecimento

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

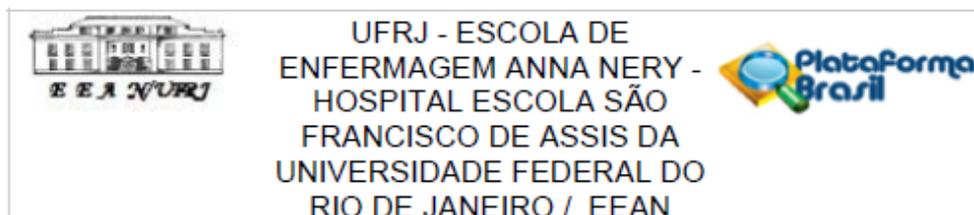
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanheta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: S.370.466

teórico, o pensamento crítico, o conhecimento prático e a oportunidade de terem acesso às situações de saúde/doença dos pacientes e de suas famílias oportunizam aos enfermeiros a vantagem de serem importantes agentes no processo de detecção precoce de sinais de alerta dos TEA na comunidade, haja vista os múltiplos papéis nas relações interpessoais que este profissional pode vir a desenvolver junto às famílias. Desse modo, esses agentes reúnem condições que tendem a ser favoráveis para o desenvolvendo de intervenções de forma mais resolutiva frente a tal problemática.

Questões de pesquisa:

- Qual a participação do enfermeiro na detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, que é desenvolvida no âmbito da APS?
- Quais são as relações interpessoais envolvidas na participação dos enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da APS?

Critério de Inclusão:

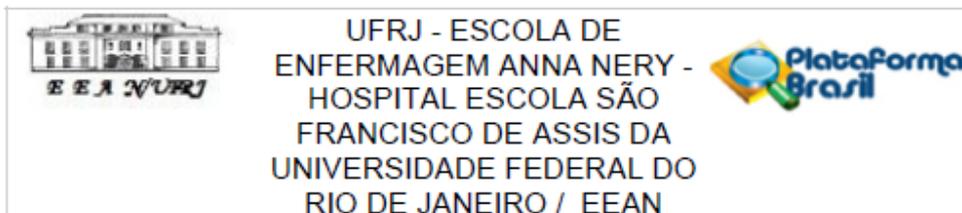
Serão incluídos profissionais enfermeiros que atuam em Clínicas da Família da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, cujas práticas estejam dirigidas ao atendimento de crianças e que possuam experiência de pelo menos um ano na assistência a esses pacientes.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os profissionais enfermeiros que estiverem em gozo de licenças, para tratamento de doença durante a fase de coleta de dados, ou ainda os que, porventura, venham a solicitar a exclusão de sua participação durante o desenvolvimento da pesquisa. Também serão excluídos aqueles que declararem não ter experiência no atendimento a crianças com TEA.

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de tipologia exploratória, que irá contemplar entrevistas com profissionais com experiências práticas relacionadas à detecção precoce de sinais

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhsta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.370.466

de alerta dos transtornos do espectro do autismo. Os cenários do estudo serão Clínicas da Família (CF) do município do Rio de Janeiro, e os participantes de estudo serão os enfermeiros que atuam na assistência nessas unidades de saúde. Como estratégia de coleta de dados serão operacionalizadas entrevistas semiestruturadas, cujos dados serão por meio de análise lexical, através do software IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da APS e;
- Analisar essa participação sob a perspectiva das relações interpessoais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Dentre os potenciais riscos mínimos envolvidos na participação dos profissionais enfermeiros nesta pesquisa aponta-se: o risco de cansaço ou aborrecimento ao responderem o questionário; o risco de desconforto, constrangimento e/ou alteração de comportamento durante a gravação de áudio das entrevistas; e o risco de alteração da autoestima provocada pela evocação de memórias ou de temas que não tenham conhecimento.

Esses riscos mínimos serão observados cuidadosamente e eticamente pela autora durante todo o processamento das entrevistas, por meio de interação dialógica, empatia e da verificação da necessidade de se interromper ou mesmo rever a estratégia de coleta de dados".

Benefícios:

"Em relação aos potenciais benefícios, os participantes não terão benefícios diretos ao participarem desta pesquisa, mas indiretos, uma vez que as suas contribuições poderão amplificar o conhecimento científico no campo da Enfermagem, em especial dos cuidados às crianças com necessidades especiais de saúde, estimulando, especialmente, a reflexão crítica sobre a

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhista@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.466

necessidade de desenvolvimento de estratégias de detecção precoce de sinais de risco dos TEA, no âmbito da APS*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e importante para a saúde da criança, pois ajudará o enfermeiro a melhor identificar os primeiros sinais do autismo e assim, iniciar de modo precoce o tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusão ou pendências.

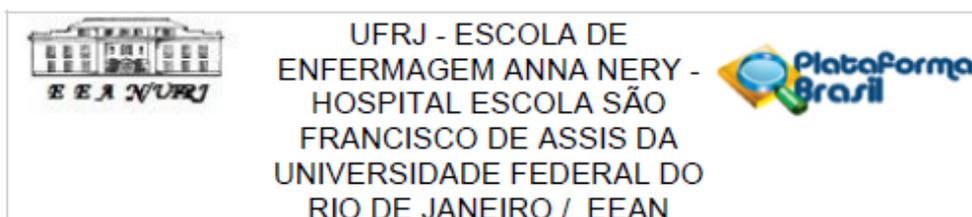
Recomendações:

Com os objetivos apresentados, sugere-se incluir todos os enfermeiros, independente de terem experiência ou não com essa clientela.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência das Instituições cenário: adequada.
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 8) Riscos e Benefícios: adequado
- 9) Termo de Confidencialidade: não se aplica.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhsta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.370.466

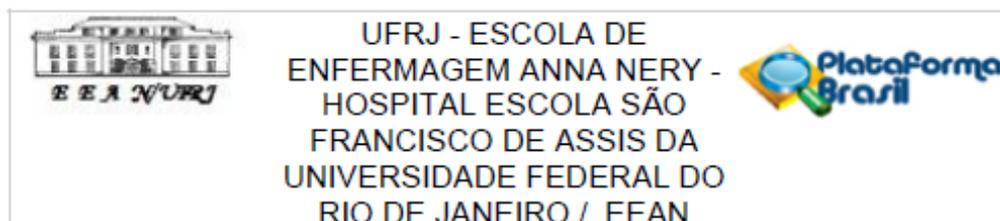
Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HESFA. Observar aprovação nas instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação de relatório parcial e final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903824.pdf	14/04/2022 16:07:44		Aceito
Outros	Anuencia_CF_JOSE.pdf	14/04/2022 16:01:16	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_pesquisadora.pdf	13/04/2022 18:05:55	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	13/04/2022 17:51:01	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Financiamento.pdf	13/04/2022 17:50:09	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Checklist.pdf	13/04/2022 17:46:51	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cv_Juliana.pdf	13/04/2022 17:45:07	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cv_Angelica.pdf	13/04/2022 17:44:48	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	13/04/2022 17:44:08	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/04/2022 17:43:48	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_VALDECIR.pdf	13/04/2022 17:43:04	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_Cristiani.pdf	13/04/2022 17:42:47	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_ANTONIO.pdf	13/04/2022 17:42:27	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_ALKINDAR.pdf	13/04/2022 17:42:02	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhesta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.370.466

Cronograma	Cronograma.pdf	13/04/2022 17:37:47	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	13/04/2022 16:56:35	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FR_Angelica_Oliveira.pdf	13/04/2022 16:56:02	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

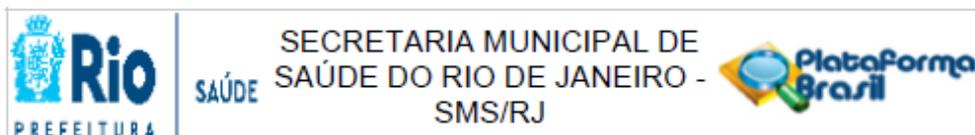
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Abril de 2022

Assinado por:
ANDREZA PEREIRA RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhista@eean.ufrj.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE ALERTA DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO EM CRIANÇAS: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Pesquisador: ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57924722.0.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.443.956

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1903824.pdf, de 14/04/2022.

Resumo:

Projeto de dissertação de mestrado que tem como objeto de estudo: a participação do enfermeiro na detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo (TEA) em crianças de até três anos de idade, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva das relações interpessoais. Os objetivos são: descrever a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da APS; e analisar essa participação sob a perspectiva das relações interpessoais. O estudo será de abordagem qualitativa, de tipologia exploratória, e irá contemplar entrevistas com profissionais com experiências práticas relacionadas à detecção precoce de sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo. Os cenários do estudo serão Clínicas da Família (CF) do município do Rio de Janeiro, e os participantes de estudo serão os enfermeiros que atuam na assistência nessas unidades de saúde. Como estratégia de coleta de dados serão operacionalizadas entrevistas semiestruturadas, cujos dados serão por meio

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.443.956

de análise lexical. Como potenciais resultados espera-se fortalecer o debate sobre o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros no que diz respeito à detecção precoce dos sinais de alerta dos TEA, como também no cuidado específico a esse grupo.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos profissionais enfermeiros que atuam em Clínicas da Família da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, cujas práticas estejam dirigidas ao atendimento de crianças e que possuam experiência de pelo menos um ano na assistência a esses pacientes. Embora se reconheça o papel relevante de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento, bem como de agentes comunitários de saúde enquanto responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil durante as visitas mensais à casa de crianças de até 24 meses de idade, ocasião em que têm a oportunidade de avaliar a criança em seu ambiente natural, utilizando a abordagem da vigilância do desenvolvimento como um eixo integrador da atenção à saúde, optou-se neste estudo em abordar apenas profissionais enfermeiros, em função da eleição de um objeto de estudo que vá ao encontro da natureza da prática de Enfermagem, sem desconsiderar a lógica e relevância do trabalho multi/interdisciplinar.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os profissionais enfermeiros que estiverem em gozo de licenças para tratamento de doença durante a fase de coleta de dados, ou ainda os que, porventura, venham a solicitar a exclusão de sua participação durante o desenvolvimento da pesquisa. Também serão excluídos aqueles que declararem não ter experiência no atendimento a crianças com TEA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

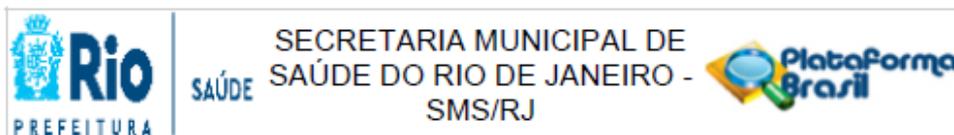
Descrever a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da APS; e analisar essa participação sob a perspectiva das relações interpessoais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dentre os potenciais riscos mínimos envolvidos na participação dos profissionais enfermeiros nesta pesquisa aponta-se: o risco de cansaço ou aborrecimento ao responderem o questionário; o risco de desconforto, constrangimento e/ou alteração de comportamento durante a gravação de áudio das entrevistas; e o risco de alteração da autoestima provocada pela evocação de memórias

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.443.956

ou de temas que não tenham conhecimento. Esses riscos mínimos serão observados cuidadosamente e eticamente pela autora durante todo o processamento das entrevistas, por meio de interação dialógica, empatia e da verificação da necessidade de se interromper ou mesmo rever a estratégia de coleta de dados.

Benefícios:

Em relação aos potenciais benefícios, os participantes não terão benefícios diretos ao participarem desta pesquisa, mas indiretos, uma vez que as suas contribuições poderão amplificar o conhecimento científico no campo da Enfermagem, em especial dos cuidados às crianças com necessidades especiais de saúde, estimulando, especialmente, a reflexão crítica sobre a necessidade de desenvolvimento de estratégias de detecção precoce de sinais de risco dos TEA, no âmbito da APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O presente projeto de pesquisa pretende ser realizado nas Clínicas da Família: C.F. Antônio Gonçalves Villa Sobrinho, C.F. Cristian Vieira Pinho, C.F. Valdecir Salustiano Cardozo, C.F. José de Azevedo Tiúba, C.F. Alkindar Soares Pereira Filho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, satisfatoriamente, os termos obrigatórios, conforme solicitados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

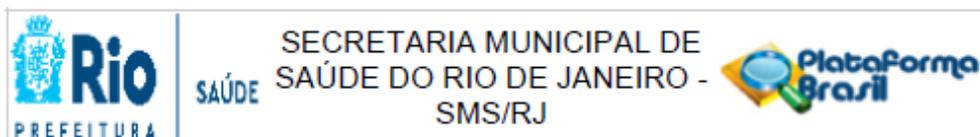
Após apreciação ética, este Comitê identificou as seguintes pendências:

1- Incluir, no TCLE, a metodologia da pesquisa a ser realizada, especificar o tempo aproximado de duração das entrevistas da pesquisa e local que será realizada, tendo em vista que, conforme a Resolução CNS nº 580/18, nos artigos 6º e 7º, as atividades da pesquisa não poderão interferir nas atividades dos funcionários, apenas se devidamente justificadas.

RESPOSTA: A pesquisadora responsável atendeu à solicitação, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: Pendência atendida.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.443.956

2 - Ajustar, no TCLE, a Resolução CNS nº 510/16 para nº 580/18, pois trata-se de pesquisa que estabelece interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

RESPOSTA: A pesquisadora responsável atendeu à solicitação, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

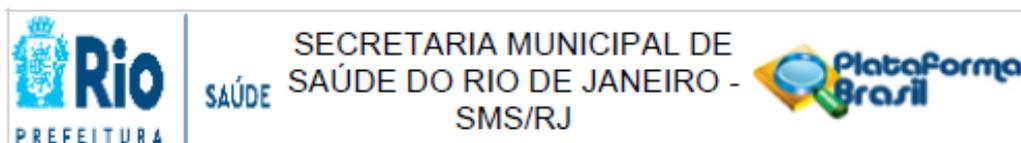
Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.443.956

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

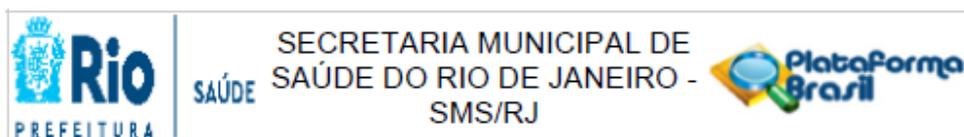
Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1937549.pdf	20/05/2022 20:19:56		Aceito
Outros	Doc_CEP_SMS.pdf	20/05/2022 20:17:45	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado.pdf	20/05/2022 20:16:39	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.443.956

Outros	Anuencia_CF_JOSE.pdf	14/04/2022 16:01:16	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	13/04/2022 17:51:01	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Financiamento.pdf	13/04/2022 17:50:09	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Checklist.pdf	13/04/2022 17:46:51	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cv_Juliana.pdf	13/04/2022 17:45:07	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cv_Angelica.pdf	13/04/2022 17:44:46	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/04/2022 17:43:46	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_VALDECIR.pdf	13/04/2022 17:43:04	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_Cristiani.pdf	13/04/2022 17:42:47	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_ANTONIO.pdf	13/04/2022 17:42:27	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_CF_ALKINDAR.pdf	13/04/2022 17:42:02	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	13/04/2022 16:56:35	ANGELICA RIBEIRO PINTO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Junho de 2022

Assinado por:

Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

APÊNDICES

Apêndice A – Artigos selecionados para composição do Estado da Arte

Artigo	Publicação e Base	Autores e País	Objetivo	Resultados	Conclusão
Comparison of Autism Screening in Younger and Older Toddlers	J Autism Dev Disord ; 47(10): 3180-3188, 2017 Oct. Medline	Sturmer, Raymond; Howard, Bárbara; Bergmann, Paul; Stewart, Lydia; Afarian, Talin E (EUA)	Examinar o efeito da idade na conclusão de um teste de triagem de autismo sobre as taxas de falha de item contrastando crianças mais velhas (> 20 meses) com crianças mais novas (<20 meses) em uma amostra de cuidados primários comunitários de 73.564 crianças	Crianças mais novas produziram taxas mais altas de falha de itens do que crianças mais velhas.	O uso dos mesmos itens e da mesma pontuação em toda a faixa etária-alvo para o rastreamento do autismo pode não ser a melhor estratégia para identificar as crianças mais novas em risco de autismo.
Detecting Developmental Delay and Autism Through Machine Learning Models Using Home Videos of Bangladeshi Children: Development and Validation Study	J Med Internet Res ; 21 (4): e13822, 2019 04 24. Medline	Tariq, Qandeel ; Fleming, Scott Lanyon ; Schwartz, Jessey Nicole ; Dunlap, Kaitlyn ; Corbin, Conor ; Washington, Peter ; Kalantarian, Haik; Khan, Naila Z ; Darmstadt, Gary L ; Wall, Dennis Paul (Bangladesh)	Usar vídeos de crianças de Bangladesh coletados do Hospital Infantil de Dhaka Shishu, para expandir fluxo para outros atrasos de desenvolvimento, incluindo condições de fala e linguagem.	Usando essas técnicas, alcançamos uma precisão (área sob a curva [AUC]) de 76% (DP 3%) e sensibilidade de 76% (DP 4%) para identificar crianças atípicas entre crianças com atraso de desenvolvimento, e uma precisão (AUC) de 85% (SD 5%) e sensibilidade de 76% (SD 6%) para identificar crianças com TEA daquelas previstas para ter outros atrasos de desenvolvimento.	Esses resultados são promissores para o uso de uma abordagem baseada em vídeo móvel e direcionada ao aprendizado de máquina para a detecção precoce e remota de autismo em crianças de Bangladesh. Essa estratégia pode fornecer recursos importantes para a saúde em países em desenvolvimento com poucos recursos clínicos para diagnóstico, ajudando as crianças a terem acesso a cuidados desde a tenra idade.
Research Review: Outcomes of 24- to 36-month-old children with autism spectrum disorder vary by ascertainment strategy: a systematic review and	J Child Psychol Psychiatry ; 61 (1): 4-17, 2020 01. Medline	Micheletti, Megan; McCracken, Courtney; Constantino, John N; Mandell, David; Jones, Warren; Klin, Ami (EUA)	Examinar a extensão e direção para qual estratégia de averiguação pode influenciar clinicamente os resultados de crianças pequenas com TEA. Foram comparados os resultados no nível de desenvolvimento e sintoma de crianças de 24 a 36 meses de idade com TEA verificada	Onze estudos prospectivos, dez de encaminhamento à comunidade e oito estudos universais de triagem foram identificados, relatando 1.658 crianças com TEA. Não encontramos diferenças nos resultados entre os estudos de	Os resultados de crianças com TEA verificados por meio de acompanhamento prospectivo são melhores do que aqueles de crianças com TEA recrutados por meio de referência da comunidade ou triagem universal. Embora discutamos por que o viés de amostragem provavelmente não é a força motriz por trás dessas descobertas, não podemos descartar a possibilidade de que o viés de amostragem contribua para as diferenças

meta-analysis			em três métodos de recrutamento diferentes: acompanhamento prospectivo (PRO), referência à comunidade (COMM), e triagem universal (UNI).	referência da comunidade e de triagem universal. Em relação a ambos, os estudos prospectivos relataram níveis de desenvolvimento significativamente mais elevados e menor gravidade dos sintomas.	observadas; estudos futuros devem investigar os efeitos das variáveis sociodemográficas nos desfechos clínicos em função da estratégia de averiguação. Apesar dessa limitação, nossos resultados levantam a possibilidade de que o acompanhamento prospectivo pode conferir um 'efeito de vigilância' que contribui para melhores resultados de desenvolvimento e diagnóstico em crianças com TEA. Pesquisas futuras devem testar essa hipótese e determinar o mecanismo específico pelo qual a vigilância pode melhorar os resultados. Nossos resultados levantam a possibilidade de que o acompanhamento prospectivo pode conferir um 'efeito de vigilância' que contribui para melhores resultados de desenvolvimento e diagnóstico em crianças com TEA.
Multi-stage Screening in Early Intervention: A Critical Strategy for Improving ASD Identification and Addressing Disparities	J Autism Dev Disord ; 51 (3): 868-883, 2021 de março Medline	Eisenhower Abbey; Martinez Pedraza, Frances; Sheldrick, R Christopher; Frenette, Elizabeth; Hoch, Noah; Brunt, Sophie; Carter, Alice S. (EUA)	Examinar as disparidades potenciais na implementação de um protocolo de avaliação diagnóstica e triagem de TEA em vários estágios com 4.943 crianças com idades entre 14-36 meses (média de 22,0 meses; 62,9% meninos, 73,3% crianças de cor, 34,9% não ingleses - linguagem primária, 64,5% com seguro público.	A participação e o acompanhamento foram altos (64,9% e 65,3% na triagem de primeiro e segundo estágios, respectivamente, 84,6% na avaliação diagnóstica).	As regressões logísticas identificaram preditores de participação na triagem e resultados em cada estágio; diferenças demográficas (raça, idioma, seguro público) foram observadas apenas na triagem do primeiro estágio e refletiram maior participação para crianças de cor e telas positivas mais altas para crianças com seguro público.

Apêndice B – Roteiro de entrevista**Código da Entrevista:** _____**Projeto de Pesquisa:** Detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças: uma abordagem sob a perspectiva das relações interpessoais**Pesquisadora:** Angelica Ribeiro Pinto de Oliveira**Orientadora:** Prof.^a Dr.^a Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes**Cenário da Pesquisa:** Clínica de Família _____
A.P.: _____**Dados Gerais da(o) Entrevistada(o):**

Idade	
Gênero	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outros
Nível de escolaridade	Especialização: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (qual área?): Residência: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (qual área?): Mestrado: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (qual área?): Doutorado: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (qual área?): Pós-Doutorado: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (qual área?):
Tempo de formação (graduação) em Enfermagem (anos)	
Outras áreas de formação profissional (outra graduação)	
Tempo de formação em outras áreas (anos)	
Tempo que atua na unidade como enfermeira(o) (anos)	
Tempo total em que trabalha com crianças na assistência em saúde (anos)	

(Apresentar os objetivos da pesquisa e obter assinatura do TCLE).

- Descrever a participação do enfermeiro no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da APS; e

- Analisar essa participação sob a perspectiva das relações interpessoais.

- 1) Na Clínica da Família, você faz **consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil**? Poderia me falar um pouco mais sobre como você desenvolve essa consulta?
- 2) Poderia me descrever todas as **etapas da consulta de acompanhamento da criança**, desde a chegada da criança e seus acompanhantes à Clínica da Família?
- 3) Com base na **caderneta da criança**, você acredita que é possível identificar os sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo? Como você faz essa identificação? Poderia me descrever como você utiliza a caderneta da criança na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
- 4) Como é a **participação da família/acompanhante na consulta**? (Eles tiram dúvidas, perguntam? Você faz orientações? Quais?)
- 5) Além da caderneta da criança, você utiliza algum **outro instrumento, protocolo ou manual** para identificar os sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo? Qual?
- 6) Na Clínica da Família onde você trabalha, já observou o **uso de algum tipo de material informativo** (banner, cartaz, folder etc.), **ou algum tipo de treinamento/capacitação para profissionais** (palestras, minicursos etc.), que aborde os sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo?
- 7) No caso de identificação dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo, o que você faz? **Qual o seu papel**?
- 8) Com base na experiência que você vivencia no seu cotidiano de trabalho com as famílias que possuem crianças com sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo, como se dá essa **relação interpessoal**? Pode me dar exemplos disso?
- 9) Na sua opinião, o que poderia ser feito para **aprimorar** a detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo no contexto da Atenção Primária à Saúde?
- 10) Gostaria de falar ou complementar mais alguma coisa?

Apêndice C – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **DETECÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE ALERTA DE AUTISMO EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS**, que tem como objetivos: descrever a participação de enfermeiros no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo em crianças de até três anos de idade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde; e analisar as relações interpessoais enfermeiros e familiares dessas crianças no processo de detecção precoce dos sinais de alerta dos transtornos do espectro do autismo.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de aproximadamente sete meses, com o término previsto para dezembro de 2022.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em entrevistas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; o risco de desconforto, constrangimento e/ou alteração de comportamento durante a gravação de áudio das entrevistas; e o risco de alteração da autoestima provocada pela evocação de memórias ou de temas que não tenham conhecimento. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Desse modo, dentre as estratégias para minimizar esses riscos estão a interação dialógica e empatia durante todo o processamento das entrevistas, e a verificação da necessidade de se interromper ou mesmo rever a estratégia de coleta de dados.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa incluem potenciais contribuições para amplificar o conhecimento científico no campo da Enfermagem, em especial dos cuidados às crianças com necessidades de saúde especiais, estimulando, sobretudo, a reflexão crítica sobre a necessidade de desenvolvimento de estratégias de detecção precoce de sinais de risco dos transtornos do espectro do autismo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa, mas também em pesquisas futuras. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na Resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora responsável

E-mail: angelica.rpoli@gmail.com; Cel: 21 99756-0106

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna
Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/UFRJ
(CEP-EEAN/HESFA/UFRJ)

Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ

Telefone: 21 3938-0962

E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br, cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

Telefone: 21 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____