

CAPACITAÇÃO POR MEIO DE VÍDEOS PARA MANEJO DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO PARA PROFISSIONAIS DE CAPSI

Projeto do Programa de Pesquisa em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Apoio de PIBIC.

ALUNO: VICTOR AMOROSO (IC)

ORIENTADOR: CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA

RESUMO

Diante da lacuna existente na literatura atual, sobre como podemos utilizar o material audiovisual para o processo de capacitação de profissionais da área da saúde mental e o seu manejo adequado para atender as demandas necessárias no ambiente interventivo com crianças autistas, nota-se a importância da qualificação desses profissionais por meio da capacitação e da avaliação de vídeos no processo de empoderamento do conhecimento do sujeito que se envolve na área da saúde. Dessa maneira, busca-se, por meio da comunicação do processo de capacitação de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a aplicação do material audiovisual, verificar a evolução na qualidade de serviço oferecido pelos profissionais treinados, assim como a aplicabilidade do material desenvolvido para a capacitação. O projeto presente, tem por objetivos: (I) verificar a aceitação e a aplicabilidade do uso de vídeos para a avaliação de uma capacitação com profissionais de CAPSIs de São Paulo e (II) investigar mudanças na postura dos mesmos capacitados, relacionado ao conhecimento e manejo de comportamentos de crianças com TEA. Participaram 14 profissionais de saúde de quatro CAPSIs da região Norte, que passaram por uma capacitação de cinco fases: (1) observação pré-intervenção, (2) encontros com os profissionais para levantamento da demanda, (3) encontros para implantação do treinamento, (4) encontro final para discussão de casos, e (5) supervisões à distância. Como resultados, evidencia-se a aplicabilidade do uso de vídeos como instrumento de avaliação e treinamento. Notando um aumento médio de acertos gerais dos vídeos, em relação à fase pré-intervenção (aumento médio de 3,7; DP \pm 2,3), e item a item, 11 dos 13 vídeos. Conclui-se que o modelo proposto com uso de vídeos, mostra-se factível e efetiva.

Palavras-chaves: Transtorno do Espectro Autista; Material audiovisual; Avaliação/ Capacitação.

ABSTRACT

In the current literature background, in the manner of how the audio-visual material can be used for the professional's capacitation process belonging to the mental health sector and the proper management to attend to necessary demands inside the invertentional spectrum with autistic children, the need for capable professionals has become clear; as well as the need for the evaluation videos on the empowering process concerning the knowledge of the subject that is involved in the health sector. As such, the present work uses communication through the capacitation process of *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, the Center for Physosocial Attention, and the audio-visual material application, to verify the evolution stages of the service quality offered by trained professionals, as well as the application used for capacitation. The current project possesses the following objectives: (i) verifying the acceptance and application of videos as tool for evaluation of São Paulo's CAPS professional's capacitation; and (ii) investigate changes on the capable professionals' posture concerning the alignment of knowledge and management of TEA-bearing children's behaviors. The 14 health professionals; four of them CAPS from São Paulo; that were subjected to the following five stages: (i) pre-intervention observations; (ii) meeting health professionals for demand data collection; (iii) meetings for training implementation; (iv) final meeting for case discussion and; (iv) long distance supervision. The study's results proved the effectiveness of the application of videos as a tool for the training's evaluation. An increase in the videos' utility concerning the participants post capacitation process on the early pre-intervention stages (average increase of 3.7; Standard Deviation + 2.3), as well as point-by-point basis on 11 out of 13 videos. In conclusion, the proposed model that uses audio-visual material ,was proven consistent and effective.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder; Audio-visual Material; Evaluation/ Capacitation.

1) INTRODUÇÃO

Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) compõem um dos grupos clínicos que mais usam os serviços dos CAPSIs do Estado de São Paulo, entre outras razões por tratar-se de um transtorno cujos sintomas geralmente são graves e persistentes e comprometem expressivamente o comportamento adaptativo da criança ou adolescente acometido. (Paula, Lauridsen-Ribeiro, Wissow, Bordin, & Evans-Lacko, 2012)

Uma vez que o diagnóstico de TEA é feito de acordo com a avaliação clínica do paciente, não havendo ainda um marcador biológico que o caracterize, é importante que os profissionais conheçam bem a sintomatologia, o fenótipo e a topografia de comportamentos mais comuns. Por isso, torna-se tão importante a capacitação dos profissionais que atuam nesse setor

Uma possível forma de capacitar profissionais para esse conhecimento é por meio de material audiovisual, que possa ilustrar de forma objetiva as características das crianças com TEA e demonstrar as melhores formas de manejo.

O presente projeto tem a perspectiva de impactar positivamente a qualidade da assistência oferecida a crianças com TEA, permitindo um salto na qualidade do serviço oferecido por parte desses profissionais. Assim, a utilização do material audiovisual conduzido e direcionado com efetividade, acrescenta no cenário científico a possibilidade de capacitação e qualificação daqueles que usufruem desse instrumento para o processo de crescimento pessoal, e dessa forma contribuem com um atendimento e acolhimento diferenciado e eficaz para a sociedade.

2) REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Classificação dos Transtornos Mentais os critérios clínicos para considerar uma pessoa com TEA são sinais e sintomas relacionados com: (a) déficits persistentes na interação e comunicação social em diversos contextos; a saber, em indicadores de reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos; e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades com prejuízos no funcionamento adaptativo; a saber, movimentos motores, falas estereotipadas ou repetitivas, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas, respostas ritualísticas, interesses restritos e fixos, alterações sensoriais como hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. Além disso, espera-se que: (i) os sintomas estejam presentes desde a infância até os

8 anos de idade, os quais, podem não se manifestar completamente até as demandas sociais excederem o limite de suas capacidades; (ii) os sintomas causem prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes da vida da pessoa; (iii) esses sintomas não sejam melhores explicados devido à Deficiência Intelectual ou por atraso global do desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2014).

No que concerne à assistência as crianças e adolescentes com TEA, os comportamentos inadequados são um dos grandes obstáculos ao tratamento, pois exigem técnicas apropriadas de manejo e muitas vezes a dificuldade em alterá-los causa frustração e estresse para todos que lidam com a criança, inclusive os profissionais, além de diminuir as probabilidades de aprendizagem da criança, por se engajar menos nas atividades propostas. Em relação a esses comportamentos, é de fácil reconhecimento os comportamentos envolvendo a heteroagressividade e a autoagressividade, assim como as estereotípias e birras, porém os profissionais devem estar atentos também a comportamentos mais passivos, como a não participação em atividades propostas, isolamento e desatenção (LEAF & MCEACHIN, 1999).

Do ponto de vista clínico sabe-se que crianças e adolescentes com TEA apresentam diversas dificuldades relacionadas à linguagem, tanto expressiva (saber como dizer as coisas) quanto receptiva (entender o que se diz), além de alterações em habilidades da Teoria da Mente (Zanon, Backes, & Bosa, 2014). Essas últimas associadas à capacidade da pessoa com TEA fazer suposições sobre o que os outros estão pensando ou sentindo para prever de forma mais eficaz qual será sua reação em um determinado contexto. Assim, os quadros dos TEA são compostos por um conjunto de dificuldades que demandam da equipe multidisciplinar conhecimentos e técnicas específicas (WILLIANS & WRIGTH, 2008).

No Brasil, para tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes temos como principal equipamento de saúde os Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) que fazem parte do Serviço Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pela Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002. (BRASIL, 1996; CARVALHO, 2013). Os CAPSis têm por objetivos oferecer atendimento à população infanto-juvenil (usuários de até 24 anos) de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social, pelo acesso à escola, lazer, cultura, esportes, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O acompanhamento clínico realizado nos CAPSis contempla atenção diária, intensiva, efetiva, personalizada e promotora de vida

através de dispositivos como Projeto Terapêutico Singular e Técnico de Referência. As equipes técnicas multiprofissionais devem atuar de forma transdisciplinar, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistências e das atividades preventivas (BRASIL,1990- Art. 5º).

Considerando essa estrutura, as crianças/adolescentes com TEA devem ser atendidas nos CAPSi, juntamente com usuários com outros problemas de saúde mental. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, cada unidade deve atender uma média de 155 casos por mês. As equipes técnicas, compostas no mínimo por médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais, atuam de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas (BRASIL, 2004; PAULA et al, 2012).

Sendo os TEA uma síndrome que afeta significativamente o funcionamento sócio adaptativo das pessoas, especialmente na infância, é esperado que os profissionais que atuam com essas crianças estejam preparados para atender essa demanda, particularmente nos CAPSis, onde os TEA, pelo menos no Estado de São Paulo, têm ocupado grande parte das vagas disponíveis (PAULA et al, 2012).

2.1) Capacitação de profissionais.

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

Como mencionado acima, os TEA comprometem diferentes áreas do desenvolvimento global, principalmente a socialização, o comportamento, as funções sensoriais e a linguagem (SCHWARTZMAN, 2011). Por isso, o tratamento dessas pessoas precisa ser baseado no estímulo de suas potencialidades e, ao mesmo tempo, na recuperação de seus prejuízos. Discute-se que parte das dificuldades das crianças com TEA deve-se muitas vezes à falta de sua compreensão sobre o que está sendo exigido e não a uma busca proposital ao isolamento, o que aumenta a necessidade de um manejo especializado. Nesse sentido, a falta de investimento na criança com TEA baseada na crença em sua incapacidade para se comunicar e interagir pode levar à intensificação dos déficits inerentes às desordens do espectro (BOSA, 2002). Por isso, é interessante que se ofereça aos profissionais que atendem

essas crianças um treinamento específico sobre os TEA para que possam identificar os sinais e comportamentos quem compõem esse quadro clínico (Lampert, 2015).

Na literatura é possível encontrar diversos modelos de capacitações. Recentemente foi publicada uma das raras iniciativas nessa área realizada na cidade de São Paulo. O estudo piloto foi conduzido no CAPSI Vila Maria, na Zona Norte da cidade e teve como objetivo avaliar a eficácia de uma capacitação em TEA para pediatras e outros médicos da atenção primária. Os resultados mostraram que 81,8% dos participantes tinham melhorado seu nível de conhecimento em TEA e que houve um aumento do número de pacientes encaminhados com suspeita de TEA para os CAPSIs. Todos os casos encaminhados preenchiam critérios de suspeita de TEA, demonstrando que a prática profissional também foi aprimorada após o curso de capacitação (Bordini et al., 2015). Diversos autores têm argumentado sobre a importância de incorporar a avaliação de vídeos, como uma das técnicas para avaliar a eficácia das intervenções (Lampert, 2015)(Zanon et al., 2014). No Brasil, diversas pesquisas têm apontado que está técnica é interessante, pois contribui para a capacitação continuada ao mesmo tempo que empodera os profissionais no sentido de melhor identificar os problemas comportamentais infantis (Alckmin-carvalho, Brunoni, Strauss, & Paula, 2014). Seize & Lampreia utilizaram vídeos acompanhados de um questionário em uma capacitação para rastreio de sinais precoces de autismo (SEIZE E LAMPREIA, 2013). Em outro estudo de 2013, foram utilizados vídeos para avaliação da eficácia de um modelo de treinamento para professores que atuam com crianças com Deficiência Intelectual, comparando um grupo que havia recebido o treinamento com outro que não havia recebido (PEREIRA,2013). Em Londrina-PR foi realizado uma capacitação para manejo de comportamento de crianças com TEA, o recurso audiovisual foi utilizado como uma medida de eficácia e também como material de apoio durante os encontros de treinamento (GIANZANTE & FORNAZARI, 2009).

A modelagem pode ser definida como uma modificação gradual de alguma propriedade do responder, por meio do reforço diferencial de respostas e de aproximações sucessivas (Catania, 1999). Em muitos casos, é empregada para produzir classes de respostas que inicialmente têm baixa probabilidade de ocorrência, dado o baixo nível operante ou a complexidade do comportamento. Em situação de intervenção, esse procedimento se destaca por permitir à possibilidade de levar à ampliação do repertório comportamental dos que estão envolvidos na intervenção, por meio de aquisição de novas classes de respostas (Robson Zazula & Verônica Bender Haydu, 2011). A possibilidade da videomodelagem no processo de observação de

aprendizagem dos envolvidos, seguindo modelos, sugere um método efetivo para a compreensão dos comportamentos que se desejam identificar, permitindo orientações e feedbacks que tornam a aprendizagem algo concreto e eficaz.

Dessa forma, e explorando a literatura, a linguagem audiovisual permite atingir o interlocutor de diferentes formas. Os vídeos possibilitam uma melhor concentração, no sentido que o sujeito participante possa assisti-lo em momentos adequados, ou mesmo com um preparo extra, sendo possível que se pare e faça uma análise sobre o comportamento investigado. Tópicos avançados e aplicações práticas podem ser incluídas para um aprimoramento do vídeo em momentos oportunos e assim uma melhor orientação para o indivíduo que busca compreender e assim elaborar estratégias de intervenção para redução de comportamentos inadequados de forma efetiva (WOHLGEMUTH, 2005). Capacitando-se e aprimorando seu repertório de medidas de intervenção.

Tratando-se do uso do material audiovisual, nota-se um aumento relativo do uso como instrumento de dinamização do fazer pedagógico e forma de transmissão de conhecimento em diferentes áreas de intervenção, seja no desenvolvimento típico ou atípico de uma criança (WOHLGEMUTH, 2005). Assim, por ser uma linguagem que aproxima o cotidiano e facilita a compreensão, é necessário que se tenha essa credibilidade e fidedignidade como medida de intervenção para se investigar e analisar tal fenômeno. Mesmo que a utilização do material audiovisual seja um recurso novo, com pouca produção científica no Brasil a seu respeito, há evidências de sua importância e o quanto pode contribuir para o sucesso de uma intervenção clínica em crianças autistas e para o processo de capacitação de indivíduos que busquem atuar de forma efetiva e eficaz (Coltri e Silva, 2015; Lampert, 2015).

Considerando o exposto acima, os objetivos deste trabalho são: (I) verificar a aceitação e a aplicabilidade da utilização de vídeos para a avaliação de uma capacitação para profissionais de CAPSIs de São Paulo e (II) investigar mudanças na postura dos profissionais capacitados em relação ao conhecimento e manejo de comportamentos de crianças com TEA.

3) MÉTODO

Participantes

Os participantes do estudo foram 14 profissionais de saúde, sendo duas fonoaudiólogas, uma técnica em farmácia, uma profissional de apoio, uma terapeuta ocupacional, uma psicopedagoga, quatro auxiliares de enfermagem, três enfermeiras e uma nutricionista, todas trabalhadoras de quatro CAPSIs da Zona Norte da cidade

de São Paulo e que atendem crianças e adolescentes com TEA: CAPSI Freguesia do Ó/ Brasília, CAPSI Santana, CAPSI Casa Verde/Cachoeirinha e CAPSI Perus.

Considerações éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie, sob o protocolo tal número. Os coordenadores das cinco unidades de CAPSi apoiaram o projeto. Os 14 profissionais capacitados receberam uma carta-convite entregue pela coordenação dos CAPSIs e assinaram os Termos de Consentimento Livre Esclarecido, antes do início do projeto.

Procedimentos

Os profissionais dos CAPSi participaram do projeto de capacitação para manejo de comportamento de crianças com TEA desenvolvido por uma mestrandia (LC) do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie que contou com as seguintes fases: (1) observação pré-intervenção, (2) encontros com os profissionais para levantamento da demanda, (3) encontros para implantação do treinamento, (4) encontro final para discussão de casos ,e (5) supervisões à distância.

LC, juntamente com este aluno de Iniciação Científica, desenvolveram o material de avaliação (vídeos) para testar tal capacitação. A presente pesquisa foi acoplada àquele projeto de mestrado, utilizando dados parciais do mesmo. Os profissionais responderam um questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas (KAP) no campo dos TEA, elaborado no formato de uma escala Likert, assistiram 14 vídeos com situações relacionadas à TEA e responderam questões de múltipla escolha sobre cada um deles sobre manejo de comportamentos e situações de comunicação e interação social.

Instrumentos de avaliação

Os participantes assistiram a vídeos com temáticas relacionadas ao comportamento das crianças com TEA e responderam a questões de múltipla escolha sobre o manejo mais adequado para cada uma das situações, nas fases 2 e 4 do processo de capacitação.

Os vídeos foram selecionados e recortados, pelo proponente dessa pesquisa em colaboração com a mestrandia L.C., a partir de um grande volume de material

audiovisual (mais de 70 horas de gravação) gravado com crianças com TEA de outros projetos de pesquisa e de pacientes de clínicas particulares que autorizaram o uso do material para pesquisa. Depois de assistir todos os vídeos, os pesquisadores selecionaram as partes onde apareciam imagens com conteúdo necessário para montar o programa de capacitação, a saber: estereotipia, ecolalia, auto e heteroagressividade, hiper/hiporreatividade sensorial, atenção compartilhada, comportamentos inadequados, identificação precoce e critérios diagnósticos. Em seguida, os vídeos com suas respectivas perguntas foram revisados por duas juízas, professoras do programa de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. O quadro 1 descreve detalhadamente o conteúdo de cada um dos vídeos utilizados na presente pesquisa.

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

Tema do vídeo	Tarefa na fase Pré-capacitação	Tarefa na fase Pós-capacitação
Estereotipia (manejo)	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta movimentos estereotipados assistindo um desenho musical e mãe tenta promover uma interação social com ela para diminuir os movimentos estereotipados enquanto a criança assiste o desenho.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como promover a interação social com a criança e diminuição dos movimentos estereotipados?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Aguardar o vídeo acabar, desligar o computador e então falar com a criança.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança em sessão de terapia, não olha para o estímulo apresentado, pois apresenta movimentos estereotipados com a mão e olha para ela fixamente.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual o manejo correto da terapeuta para diminuir os movimentos estereotipados?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Redirecionar o comportamento oferecendo à criança um estímulo para ela segurar na mão.</p>
Hiper/Hiporreatividade sensorial	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta comportamento de esfregar fortemente o braço, na altura do cotovelo ininterruptamente, durante sessão de terapia.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Sabendo que essa criança esfregaria o braço até sangrar e que não reclamaria de dor, o que você faria?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Desviaria a atenção desse comportamento, com algo que ele precisasse usar as mãos.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança apresenta comportamento de colocar a mão na boca provocando ânsia de vômito, durante sessão de terapia.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Sabendo que essa criança não tiraria a mão da boca por conta própria até que vomitasse, o que você faria?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Desviaria a atenção desse comportamento, com algo que ele precisasse usar as mãos.</p>

Autoagressão	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, que está na cama, no escuro (provavelmente horário de dormir) apresenta comportamentos de autoagressão, batendo a própria cabeça contra a parede, enquanto chora.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O que você faria para que a autoagressão parasse?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Seguraria a criança, protegendo a cabeça, e tentaria desviar a atenção</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança aparece sentada no colo de um adulto, à mesa, com comportamentos de autoagressão, tentando dar cabeçadas nesse adulto e na mesa.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O que você faria para que a autoagressão parasse?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Seguraria a criança, protegendo a cabeça, e tentaria desviar a atenção</p>
Sinais precoces de TEA	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança de aproximadamente 1 ano e meio, está brincando com blocos de montar enquanto a mãe tenta insistentemente chama-la e ela não atende, nem manifesta qualquer tipo de reação ou tentativa de comunicação com a mãe.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Há algum sinal para identificação precoce do autismo nessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Não compartilha atenção enquanto brinca.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança de aproximadamente 1 ano, está brincando com brinquedo que emite som e luz. Mãe tenta insistentemente chama-la e ela não atende, nem manifesta qualquer tipo de reação ou tentativa de comunicação com a mãe.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Há algum sinal para identificação precoce do autismo nessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Não compartilha atenção enquanto brinca.</p>
Esteretipia (desencadeador)	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, sentada à mesa aparentemente ociosa, emitindo vários movimentos estereotipados com mãos e com a boca.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Quais os possíveis fatores associados à estereotipia dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Estar ocioso, ausência de atividade direcionada</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, deitada no chão, aparentemente ociosa, apresentando comportamentos estereotipados com mãos e com a boca.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Quais os possíveis fatores associados à estereotipia dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Estar ocioso, ausência de atividade direcionada</p>
Hiper-reatividade sensorial auditiva	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança em situação de avaliação tapa os ouvidos quando a avaliadora fala mais alto.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>É possível perceber que essa criança tem hipersensibilidade auditiva. O que os terapeutas podem fazer para</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança com os pais em um metrô, tapa os ouvidos aos sons mais altos emitidos quando o trem se aproxima.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>É possível perceber que essa criança tem hipersensibilidade auditiva. O que os terapeutas podem fazer para diminuir essa sensibilidade?</p>

	<p>diminuir essa sensibilidade?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Aplicar técnicas para que a criança se acostume gradativamente com barulhos e passe a antecipá-los e se incomodar menos</p>	<p>Resposta correta esperada</p> <p>Aplicar técnicas para que a criança se acostume gradativamente com barulhos e passe a antecipá-los e se incomodar menos</p>
Ecolalia	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança no consultório de terapia, brincando com a terapeuta com o jogo pula-pirata, apresenta comportamento de ecolalia, repetindo as frases da terapeuta diversas vezes.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Se você fosse a terapeuta, o que faria em relação à ecolalia apresentada pela criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Daria contexto para a fala da criança, iniciando um diálogo.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no carro com sua mãe e começa a repetir palavras e a mãe inicia um diálogo a partir da fala da criança.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual atitude da mãe foi correta em relação à ecolalia apresentada pela criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Dar contexto para a fala da criança, iniciando um diálogo</p>
Birra 1	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no consultório de terapia, próximo à porta, emitindo comportamentos de birra, com choros e gritos, querendo sair da sala.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>O menino fez birra por não querer ficar na sala de terapia. Chorou por mais de 20 minutos. Durante a birra, ele parou de chorar em alguns momentos, o que a terapeuta poderia ter feito?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Ter dado algum brinquedo interessante ou proposto outra atividade</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no carro com a mãe e irmã e emite comportamentos de birra, como gritar, chorar e chutar o banco da frente por querer algo que não está lá. A mãe tenta acalmá-lo conversando.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Qual das atitudes da mãe foi incorreta no manejo do comportamento de birra?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Falar com ele enquanto ele gritava.</p>
Brincar Funcional	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Menino, de aproximadamente 7 anos, está brincando no chão da sala com carrinhos. Sua brincadeira consistia em analisar os carrinhos e girar as rodas.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como você avalia a brincadeira dessa criança?</p> <p>Resposta correta esperada</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Menino, de aproximadamente 7 anos, está brincando em um pula-pula. Sua brincadeira consiste em se apoiar nas bordas e mexer o corpo de forma estereotipada.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Como você avalia a brincadeira dessa criança?</p>

	<p>Ela não usa o brinquedo da forma funcional e parece se interessar apenas por partes do brinquedo.</p>	<p>Resposta correta esperada</p> <p>Ela não usa o brinquedo da forma funcional e sim de forma estereotipada.</p>
Sinais Precoces 2	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Bebê, de menos de um ano, está deitado no chão, apresentando movimentos estereotipados com mãos e pés. A mãe o chama várias vezes e ele não olha para ela.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Marque a alternativa em que há dois sinais de autismo dessa criança</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Falta de atenção compartilhada e estereotipia</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Bebê, de aproximadamente um ano, está sentado num cadeirão de alimentação, brincando com uma colher e uma garrafinha. A mãe o chama diversas vezes, chega a tocá-lo mas ele não olha para ela.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Marque a alternativa em que há dois sinais de autismo dessa criança</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Falta de atenção compartilhada e não atender quando chamado.</p>
Birra – autoagressão	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Garoto, com idade aproximada de 14 anos, aparentemente fez algo errado e tenta se desculpar com o pai. O pai fica repetindo frases para reafirmar que ele fez algo errado. O menino começa a se bater e o pai fica passivo diante o comportamento do menino</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Na cena observa-se que a criança verbaliza indicadores de arrependimento pelo comportamento inadequado e passa a se auto agredir fortemente de maneira gradativa na medida em que o pai fala. Qual das atitudes do pai você considera adequada para o manejo dos comportamentos de autoagressão de crianças em situações semelhantes?</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Nenhuma das alternativas está correta.</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Garoto de aproximadamente 6 anos está no shopping com seus pais e não quer ir embora. Apresenta comportamentos de birra, chorando muito, se jogando no chão e batendo em quem tenta contê-lo.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Essa criança não quer ir embora do shopping, por isso a birra. O que poderia ter sido feito.</p> <p>Resposta correta esperada</p> <p>Poderiam ter sido utilizadas estratégias visuais combinando o que seria feito no shopping e no caminho de casa poderiam realizar atividades prazerosas para a criança</p>
Agressividade	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança está no carro, indo para escola começa a chorar e gritar que não quer ir. Em determinado momento agride o adulto que está com ele no carro.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p> <p>Essa criança não quer ir para a escola,</p>	<p>Conteúdo do vídeo</p> <p>Criança, na sessão de terapia, emite comportamentos de birra com choro e tentativas de bater e morder a terapeuta.</p> <p>Questão sobre o vídeo</p>

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

Os participantes também responderam a um questionário no formato KAP (do inglês: knowledge (conhecimento), attitude (atitude) e practice (prática/habilidade), desenvolvido especificamente para esse estudo. O instrumento KAP teve sua origem na década de 1950 e tem sido utilizado para a coleta de dados sobre o conhecimento, atitudes e práticas em diversos problemas de saúde ou doenças, sobre o que é conhecido, acreditado e feito em relação a um tema específico. Assim, ele não mensura apenas o nível de conhecimento, mas também a forma de atuar frente a determinados problemas (Launiala, 2009).

Análise dos dados

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

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente com base em frequências absolutas. As comparações das distribuições de respostas dos vídeos antes e depois da capacitação foram realizadas empregando-se o teste de McNemar.

A comparação de médias antes e depois do total de acertos de vídeos foram realizadas utilizando-se o teste t de Student para amostras pareadas.

4) RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

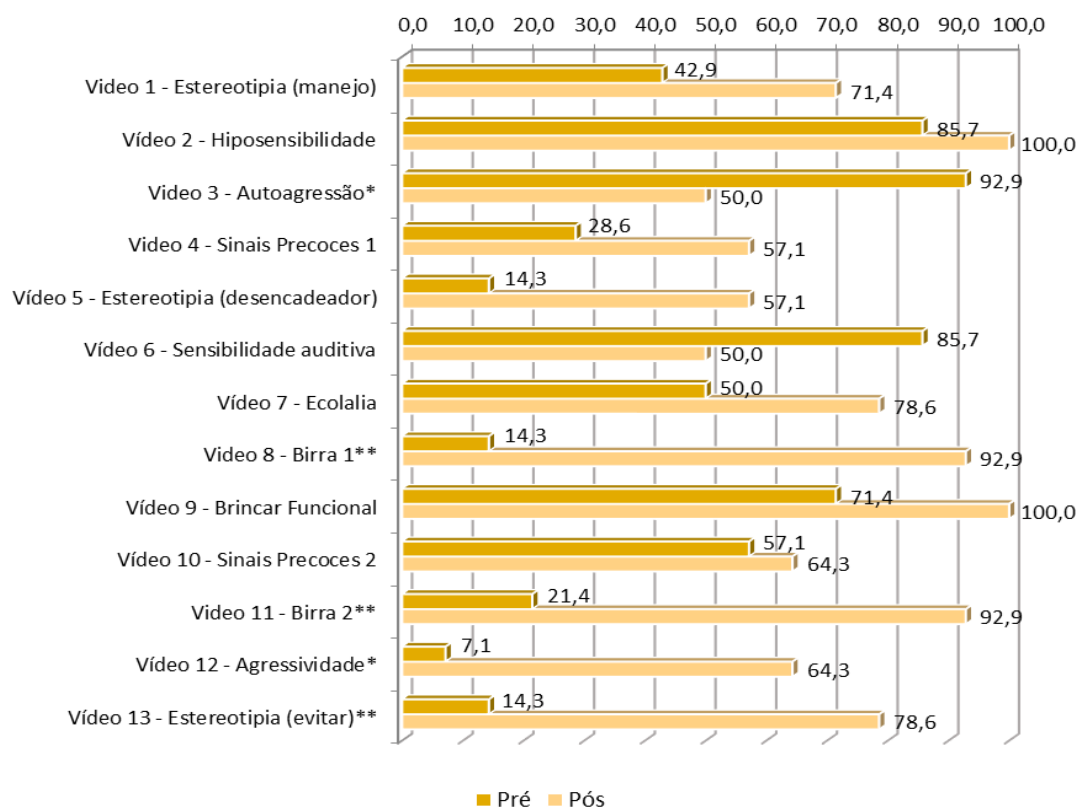
Tabela 1 – Medidas-resumo do total de acertos de vídeos por momento de avaliação (N=14)

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

*Teste t de Student para amostras pareadas

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

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



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

De acordo o gráfico 1, verificaram-se aumentos nas porcentagens de acertos em 11 dos 13 vídeos analisados. Porém essas mudanças só foram estatisticamente significantes em quatro destes 13 vídeos: dois vídeos sobre birra (vídeo 8 - birra 1, p=0,003; Vídeo 11 - birra 2, p=0,002), o vídeo sobre agressividade (vídeo 12, p=0,021) e um dos dois vídeos sobre estereotipia (Vídeo 13, p=0,004). Uma melhora média na pontuação do 2º vídeo sobre estereotipia foi observada, mas o nível de significância ficou em nível marginal (vídeo 5, p=0,07). Além disso, apesar de não ter sido possível realizar o teste de McNemar, nota-se que os níveis de acerto após a capacitação passaram a ser 100,0% em outros dois vídeos: número 2, sobre hipossensibilidade e número 9, sobre brincar funcional. Surpreendentemente, houve uma redução no número de acertos estatisticamente significativa em relação ao tema de autoagressão (vídeo 3: 92,3% para 50,0%, p=0,031) e não significativa em relação ao tema sensibilidade auditiva (vídeo 6: p=0,180).

Os resultados da avaliação por vídeo indicam, de forma geral, um aumento no conhecimento dos profissionais sobre a maior parte dos temas trabalhados. Esses resultados corroboram com achados na literatura nacional e internacional, que descrevem que capacitar profissionais da saúde mental aumenta o conhecimento na área (Bordini et al., 2015; Clark, Browne, Boardman, Hewitt, & Light, 2014; Lowenthal, 2014). Dessa forma vale citar uma pesquisa realizada na Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos. Os pesquisadores testaram um modelo de capacitação onde eram apresentados exemplos em vídeos de crianças pequenas com e sem indicadores de risco de TEA. Eles partiram do pressuposto que os médicos, pediatras e médicos da família, são os primeiros profissionais que têm contato com as crianças desde muito pequenas e, por isso, precisam ter conhecimento sobre a identificação precoce deste transtorno, para que uma possível intervenção seja iniciada o mais cedo possível. Os participantes foram divididos em dois grupos: experimental e controle. Os resultados mostraram mudanças principalmente na prática e na atitude desses profissionais, que se disseram mais confiantes para realizar identificação e diagnóstico precoce de TEA (Elmendorp, 2011).

Os resultados obtidos através da avaliação dos vídeos foram similares aos obtidos pelo questionário KAP. Vale lembrar que o instrumento KAP não mensura apenas o nível de conhecimento, mas também a forma de atuar frente a determinados problemas (Launiala, 2009).

5) CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de vídeos para a avaliação da capacitação se mostrou aplicável para avaliar uma capacitação de profissionais da área da saúde em CAPSI da Zona Norte de São Paulo.

De forma geral, houve um aprimoramento no grau de conhecimento dos profissionais pela avaliação por vídeos (com exceção de alguns temas).

Uma sugestão para futuras propostas e pesquisas é um aprimoramento no material de avaliação, ou seja, na escolha dos vídeos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alckmin-carvalho, F., & Strauss, V. G. (2014). Identificação de Sinais Precoces de Autismo Segundo um Protocolo de Observação Estruturada : um Estudo de Seguimento, 502–512.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. <http://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2242-0.00016-X>
- Bordini, D., Lowenthal, R., Gadelha, A., de Araujo Filho, G. M., Mari, J. D. J., & Paula, C. S. (2015). Impact of training in autism for primary care providers: a pilot study. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 37(1), 63–66. <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1367>
- Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 15(1), 77–88. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100010>
- Brasil. lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.
- Brasil, M. da S. Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (2002).
- Brasil, M. da S. (2004). *Saúde Mental no SUS* (Vol. F).
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7–26. <http://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (Pubmed, Ed.). Porto Alegre.
- Clark, A., Browne, S., Boardman, L., Hewitt, L., & Light, S. (2014). Implementing UK Autism policy & national institute for health and care excellence guidance- assessing the impact of Autism training for frontline staff in community learning disabilities teams. *British Journal of Learning Disabilities*, n/a–n/a. <http://doi.org/10.1111/bld.12116>
- Coltri e Silva, L. (2016). *Elaboração e implantação de um modelo de capacitação para profissionais de CAPSI na assistência a crianças com Transtornos do Espectro Autista*. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Elmensdorp, S. T. (2011). *Training Physicians on the Early Behavioral Characteristics of Autism: The Use of a Brief, Group Didactic Training Module*. University of California, Santa Barbara. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/871195237>

- Fornazari, S. A. (2009). Programa de orientação familiar para redução de comportamentos aberrantes em pessoas com deficiência mental severa ou profunda: análise funcional e DRA. In *Família e Educação Especial* (pp. 85–100).
- Howlin, P., Magiati, I., & Charman, T. (2009). Systematic Review of Early Intensive Behavioral Interventions for Children With Autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 23–41.
<http://doi.org/10.1352/2009.114:23-41>
- Lampert, S. S. (2015). *EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. PhD Proposal*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lampert, S. S. (2015). *Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do Transtorno do Espectro Autista na Atenção Básica em Saúde*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lampreia, C. (2009). Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(1), 160–171.
<http://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100013>
- Launiala, A. (2009). "How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters*, 1.
- LEAF, R., & MCEACHIN, J. (1999). *A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. DRL Books.
- Lowenthal, R. (2014). *Capacitação em Saúde Mental na Infância e na Adolescência para Profissionais da Atenção Primária*.
- Paula, C. S., Lauridsen-Ribeiro, E., Wissow, L., Bordin, I. a S., & Evans-Lacko, S. (2012a). How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*, 34(3), 334–51. <http://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.001>
- Paula, C. S., Lauridsen-Ribeiro, E., Wissow, L., Bordin, I. A. S., & Evans-Lacko, S. (2012b). How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 334–341. <http://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.001>
- Pereira, C. B. (2013). *Capacitação de saúde mental para professores do ensino*

fundamental e seu impacto no ambiente escolar. Universidade de São Paulo.

Schwartzman, J. S., & Araújo, C. A. (2011). *Transtornos do espectro do autismo - TEA.* (E. Mennon, Ed.).

Wohlgemuth, J. (2005). *Vídeo educativo uma pedagogia audiovisual.* SENAC.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria E Pesquisa, 30*(1), 25–33.
<http://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>

Zazula, R., & Londrina, U. E. De. (2011). Análise aplicada do comportamento e capacitação de pais : Revisão dos de artigos publicados pelo Journal of Applied Behavior Analysis 1, 20, 87–107.