



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER

**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM
SOBRAL - CE PARA A IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS
COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)
FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014**

SOBRAL – CE
2016

JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER

**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM
SOBRAL - CE PARA A IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS
COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)
FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família – EEPDPSF

Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado

SOBRAL – CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B1 BRAYNER, JOSÉ CLAUBER MATOS.

Formação e atuação dos agentes comunitários de saúde em Sobral-CE para identificação e acompanhamento das pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) frente ao decreto no 8.368/2014 / JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER. – 2016.
74 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

1. Autismo. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. SUS. 4. Direito. I. Título.

CDD 610

JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER

**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM
SOBRAL - CE PARA A IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS
COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)
FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*

Prof. PhD. Vicente de Paulo Teixeira Pinto (Examinador)
Universidade Federal do Ceará- *Campus Sobral*

Profª. PhD. Maria Socorro de Araújo Dias (Examinadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú

AGRADECIMENTOS

11Aconteceu que, caminhando para Jerusalém, Jesus passava entre a Samaria e a Galileia. 12Quando estava para entrar num povoado, dez leprosos vieram ao seu encontro. Pararam à distância, 13e gritaram: “Jesus, Mestre, tem compaixão de nós!”

14Ao vê-los, Jesus disse: “Ide apresentar-vos aos sacerdotes”.

Enquanto caminhavam, aconteceu que ficaram curados. 15Um deles, ao perceber que estava curado, voltou glorificando a Deus em alta voz; 16atirou-se aos pés de Jesus, com o rosto por terra, e lhe agradeceu. E este era um samaritano.

17Então Jesus lhe perguntou: “Não foram dez os curados? E os outros nove, onde estão? 18Não houve quem voltasse para dar glória a Deus, a não ser este estrangeiro?” 19E disse-lhe: “Levanta-te e vai! Tua fé te salvou”. (Lc 17,11-19)

O Evangelho de Lucas (17,11-19) nos remete a mais agradável, a mais leve e a mais luminosa das virtudes: a gratidão. Segundo André Comte-Sponville, *a gratidão não nos tira nada, ela é dom em troca, mas sem perda e quase sem objeto. A gratidão nada tem a dar, além do prazer de ter recebido.*

Hoje, à semelhança do samaritano do Evangelho de Lucas, quero registrar nessas pequenas letras a minha gratidão:

Inicialmente ao Senhor Nosso Deus, misericordioso e a quem temos a graça de chamar de Pai, todo louvor, toda honra e toda a glória.

À minha esposa Mirna, pelo seu estímulo, apoio, compreensão e carinho.

Ao meu filho João Gabriel, alegria do meu viver.

Ao Professor Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado pelo acolhimento em seu grupo de pesquisa e pela sua orientação.

À Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, ou carinhosamente Socorrinha, por sua doação e empenho em tudo que faz, participando de forma efetiva em todas as etapas desse

trabalho, a quem certamente devo a conclusão desta dissertação.

À Profa. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas pela valiosa ajuda na revisão deste trabalho.

Ao Prof. Vicente de Paulo Teixeira Pinto pela disponibilidade em partilhar com sua experiência na discussão desse trabalho.

A Profa. Camilla Araújo Lopes pela valiosa contribuição na qualificação do projeto de pesquisa.

Aos queridos amigos Elder Escossio, Mazé Galdino e Márcia Santos, pelo prazer do convívio diário.

À Sâmea e Bruna, pelo apoio técnico dispensado a este trabalho.

Ao Lucas e Neiline, com quem compartilhei as aulas e os trabalhos neste percurso acadêmico.

A todos os colaboradores que fazem a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, com os quais divido o orgulho de fazer parte deste instituição.

Aos Servidores Técnicos administrativos da Universidade Federal do Ceará – Curso de Medicina – *Campus* de Sobral pelo suporte na logística do processo.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC.

RESUMO

Estudos que busquem melhor compreender as necessidades de pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) poderão contribuir para a oferta de cuidado/atenção desses sujeitos. O autismo passou a ser reconhecido como uma deficiência a partir do Decreto nº 8.368/2014 que versa sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Considerando que o cuidado às pessoas com TEA envolve a atuação em equipe multiprofissional, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se como um personagem singular no rastreamento precoce dos casos de TEA na atenção primária. Nesse contexto, esse estudo teve como objetivo analisar a formação e atuação dos ACS em Sobral-CE para a identificação e acompanhamento das pessoas com diagnóstico de TEA. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semi-estruturado e autogerenciado, aplicado a 251 ACS do município de Sobral-CE (61,8% da população). Os participantes anuíram a participação. Pesquisa aprovada no Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú. A análise dos resultados revelou que: 90,8% da amostra foi representado por ACS do gênero feminino; observou-se concentração superior a 60% da amostra na faixa etária entre 25-44 anos; apenas 1,6% da amostra tinham o Ensino Fundamental Incompleto, 64,5% dos ACS tinham Ensino Médio Completo, e mais de 25% da amostra está cursando ou já concluiu o nível superior. Considerando os conhecimentos dos ACS sobre o TEA, observou-se que: 65,7% dos ACS sabem o que é o autismo. Quando questionados se consideram o autismo uma deficiência observou-se uma similaridade nos percentuais entre aqueles que consideram o autismo uma deficiência (41%) e aqueles que não consideram (54,6%). 74,9% dos ACS afirmaram existir pessoas com diagnóstico de TEA na sua área de atuação. Quando questionados sobre a participação em processos de Educação Permanente acerca da temática Autismo, 88,4% dos ACS responderam não ter participado. Analisando-se a pergunta: *como você considera seu conhecimento nessa área*, 82,1% dos ACS consideram seu conhecimento de regular-péssimo. Essa observação fica mais evidente quando se questionou se o ACS *se sentia preparado para identificar esses pacientes*, onde 82,9% dos ACS responderam que não se sentiam preparados. Ademais, questionando se tinham interesse em aperfeiçoar seu conhecimento nessa área, 97,2% dos ACS manifestaram interesse. Além disso, 98,4% da amostra considera importante o ACS identificar os pacientes com TEA. Podemos concluir que existe uma demanda de TEA no município de Sobral-CE e que os ACS possuem informações sobre o autismo. Ainda, não foram identificadas ações de capacitação referentes ao TEA para esses profissionais que demonstraram claro interesse de participação nesse tipo de atividade. Portanto, sugere-se a inclusão desta temática nos processos de Educação Permanente para que uma vez capazes de identificar precocemente os casos de TEA os ACS possam contribuir para melhorar a qualidade da atenção e resolutividade dos serviços de saúde, superando um dos maiores desafios enfrentados na assistência à pessoa com TEA que é o diagnóstico tardio, um dos determinantes de um prognóstico ruim para esses sujeitos.

Palavras-chave: Autismo; Agente Comunitário de Saúde; SUS, Direito.

ABSTRACT

Studies that seek to understand the needs of patients diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) may contribute to better provision of care / attention for these individuals. Decree #8,368/2014 recognized that people with ASD have the Rights of Persons with Disabilities. The Community Health Worker (CHW) is a unique character in the early identification of cases of ASD in primary care, gateway to the Unified Health System (SUS) and reference for comprehensive care. The aim of this study was to analyze the implementation of continuous education actions and the technical qualification of 406 CHWs, in Sobral-CE, regarding the care of people diagnosed with ASD, after the commencement of Decree #8,368/2014. Data collection was conducted by means of a semi-structured and self-managed questionnaire administered to 251 CHWs in the municipality of Sobral-CE (sample equal to 61.8% of the population). The participants signed the Informed Consent Form (Resolution #196/96). The results showed that: 90.8% of the sample was represented by female CHWs; a concentration above 60% of the sample was aged between 25-44 years old; only 1.6% of the sample had not completed elementary school, while 64.5% of CHWs had completed High School, and more than 25% of the sample were attending or had completed higher education. Regarding the knowledge of the CHWs on ASD, it was observed that: 65.7% of the CHWs know what autism is. When asked if they consider autism a deficiency there was a similarity in the percentage of those who consider autism a disability (41%) and those who do not (54.6%). 74.9% of CHWs affirmed that there were patients diagnosed with ASD in their attendance area. When asked about participation at any point in Continuing Education where the theme of Autism was discussed, 88.4% of CHWs responded that they had not participated in this type of training. Analyzing the question: how do you consider your knowledge in this area, 82.1% of the CHWs consider their knowledge as regular-bad. This observation is more evident when the CHWs were questioned whether they felt prepared to identify these patients, and 82.9% of CHWs responded that they did not feel prepared. Moreover, when questioned whether they had an interest in improving their knowledge in this area, 97.2% of the CHWs affirmed their interest. In addition, 98.4% of the sample considers it important for the CHWs to identify patients with ASD. When asked about how the practice of CHWs could contribute in the identification and monitoring of people with ASD, the following was reported: the need for training on the theme; and that they could contribute through the good reception of people with ASD and their families. Still, their speech shows the expanded view on the need for multi-professional work in the care of people with ASD, through the work of the CHWs, the minimum staff of a Family Health Team (FHS) and a Support Center for Family Health (SCFH). Another aspect mentioned corresponds to the desire of professionals to promote the social inclusion of people with ASD. To sum up, there is a demand for ASD in Sobral-CE. No training activities for ASD were identified for these professionals that have demonstrated a clear interest in the subject. Therefore, there is urgency for the involvement of CHWs in Continuous Education processes with emphasis on ASD to achieve efficient and transforming professional practice, by means of constant learning, qualifying health care and its resoluteness, overcoming one of the biggest challenges of ASD, which is the late diagnosis.

Keywords: Autism; Community Health Workers; SUS; Right.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DSM-IV e DSM-V	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos ACS, segundo Características Pessoais, Sobral-CE, 2016	39
Tabela 2 - Distribuição dos ACS segundo reconhecimento de pessoas com diagnóstico de Autismo em Sobral-CE, 2016	42
Tabela 3 - Distribuição dos ACS segundo identificação de pessoas com autismo nos territórios (SEDE) de atuação, Sobral-CE, 2016	42
Tabela 4 - Distribuição dos ACS segundo identificação de pessoas com autismo nos territórios (DISTRITOS) de atuação, Sobral-CE, 2016	44
Tabela 5 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo percepção do autismo como deficiência, Sobral-CE, 2016	45
Tabela 6 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo Conhecimentos sobre o Autismo, Sobral-CE, 2016	46
Tabela 7 - Distribuição dos ACS segundo participação em momentos educacionais e aptidão para identificação de pessoas com TEA, Sobral-CE, 2016	48
Tabela 8 - Distribuição dos ACS segundo interesse de aperfeiçoamento sobre TEA e importância de identificação de casos. Sobral-CE, 2016	49

LISTA DE FIGURA

- Figura 1 - Mapa de Sobral com detalhamento da divisão territorial da Sede, Distritos 34 e limites com outros municípios

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contexto e problematização do objeto	12
1.2	Justificativa e relevância	14
1.3	OBJETIVOS	16
1.3.1	Objetivo Geral	16
1.3.2	Objetivos Específicos	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Transtorno do Espectro Autista	19
2.2	Políticas Públicas brasileira e Legislação Vigente frente ao Transtorno do Espectro Autista	20
2.3	Agentes Comunitários de Saúde e sua atuação na Estratégia Saúde da Família	24
2.4	Estratégias de Educação Permanente no Brasil e em Sobral	26
2.5	Educação Permanente para qualificação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde	28
3	METODOLOGIA	32
3.1	Tipo e abordagem do estudo	32
3.2	Período do estudo	33
3.3	Cenário do estudo	33
3.4	População do estudo	35
3.5	Coleta e análise dos dados	35
3.6	Aspectos éticos e legais do estudo	37
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
4.1	Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde	39
4.2	Casos de pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Sobral segundo reconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde	41
4.3	Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Transtorno do Espectro Autista	45
4.4	Formação dos Agentes Comunitários de Saúde para atuação frente aos casos de Transtorno do Espectro Autista	48
4.5	A Práxis dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação e acompanhamento de pessoas com TEA: potencialidades e limites	51

4.5.1	<i>É necessário conhecer para intervir</i>	51
4.5.2	<i>Identificando primariamente a pessoa com Transtorno do Espectro Autista</i>	52
4.5.3	<i>Acolhendo e acompanhando as pessoas com TEA e seus familiares</i>	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	66
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	70
	ANEXO B - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL,CE	73

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto e problematização do objeto

“O autismo, desde a experiência relatada por Jean Itard, sempre causou fascínio sobre aqueles que se dedicam ao seu estudo, educação e tratamento”.

A frase supra transcrita, que inicia o resumo da tese de doutorado do Prof. Dr. Luís Achilles Rodrigues Furtado, sintetiza o sentimento que envolve o presente estudo. De fato, a realização de estudos que busquem maiores conhecimentos sobre o “universo particular” em que vivem os autistas, muitas vezes isolado, mas que necessitam de tanta aproximação, poderá contribuir para a busca de opções terapêuticas para esses pacientes, permitindo um melhor cuidado e atenção (FURTADO, 2011).

Atualmente, com base no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a terminologia “Transtorno do Espectro Autista” (TEA) é utilizada para descrever o autismo, que designa um transtorno neurodesenvolvimental caracterizado por comprometimentos sócio-comunicativos e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.

O presente estudo foi fortemente influenciado pelo fato de experimentar a migração de uma família sobralense para outra região do Brasil, na busca de uma melhor assistência terapêutica para seu filho, após ter recebido o diagnóstico de TEA, uma vez que em regiões mais ricas do Brasil, como Sudeste e Sul, o Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com organizações não governamentais, fornecem atenção especializada para pacientes com esse diagnóstico.

Dados da literatura sugerem que o autismo pode ocorrer em todos os grupos socioeconômicos, étnicos e raciais, sendo mais comum entre meninos (BAIO, 2014).

Outro ponto contundente é o fato da incidência do TEA ter evoluído de forma significativa, principalmente nos últimos anos (BAIO, 2014). Dados de uma rede de vigilância de monitoramento da prevalência/incidência dos casos de autismo entre crianças de até 8 anos de idade nos Estados Unidos da América revelaram uma prevalência de 1 em cada 68 crianças no ano de 2010 (BAIO, 2014).

Nestas proporções, o TEA pode ser considerado um problema de saúde pública.

Debater o assunto, em suas diversas vertentes, inclusive questionando o acesso de pessoas com TEA e suas famílias às políticas públicas brasileiras, e dentre elas, àquelas relacionadas à formação e atuação dos profissionais de saúde, configuram-se de suma importância para o avanço do cuidado e compreensão do universo do autismo.

Integrante da equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um personagem importante na implementação do SUS, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade (BRASIL, 2009a).

Considerando o exposto e reconhecendo a relevância do ACS enquanto profissional que constrói uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e famílias, é que este estudo intenta discutir os processos de formação e atuação dos ACS em Sobral, CE, com vistas ao rastreamento e acompanhamento das pessoas com diagnóstico de TEA. Essa premissa dispõe de base legal, conforme Decreto nº 8.368, de 02 de dezembro de 2014, e na legislação pertinente às pessoas com deficiência. (BRASIL, 2014).

A efetivação dos aspectos legais decorrentes do reconhecimento dos direitos das pessoas com TEA como pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, só ocorreu a partir da promulgação da Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. (BRASIL, 2012).

Ressalte-se que, apesar da entrada em vigor dessa Lei, o reconhecimento deste direito, não restou, de logo, plenamente integralizado, já que dependia ainda de regulamentação, a qual só veio a ocorrer no final ano de 2014, quando finalmente entrou em vigor o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro do referido ano, o qual reconheceu às pessoas com TEA direitos e obrigações previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, conforme referido anteriormente. (BRASIL, 2009b)

O Decreto 8.368, de 2 de dezembro de 2014 veio assim, assegurar de modo especial, os direitos das pessoas com TEA, principalmente no que se refere ao direito fundamental à saúde no âmbito do SUS, respeitando as suas especificidades. (BRASIL, 2014)

Desta forma, na garantia deste direito destaca-se a obrigação do Ministério da Saúde de apoiar e promover a qualificação dos profissionais que compõe a Rede de Atenção à Saúde, conforme previsto no inciso III do §1º do Art. 2º do Decreto 8.368/2014, o qual prescreve que compete ao Ministério da Saúde: “apoiar e promover processos de educação permanente e de qualificação técnica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista” (BRASIL, 2014).

Do exposto, entende-se a necessidade de discutirmos a Educação Permanente em Saúde, a qual é entendida por Ceccim e Ferla (2009), como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Como ‘prática de ensino-aprendizagem’ significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

Assim, advogamos a necessidade de estudos exploratórios que permitam o reconhecimento dos processos vividos pelos trabalhadores da saúde, nesse caso particular, pelo ACS, no sentido de identificar conhecimentos e percepções desses profissionais em relação ao universo vivenciado pelas pessoas com TEA, para orientar o desencadeamento de processos de educação permanente, enquanto estratégia de gestão que visa a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A educação permanente em saúde se tornou estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.” (CECCIM; FERLA, 2009). Desta forma, a educação permanente dos profissionais deve constituir parte do pensar e do fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destes, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças que possam fomentar o alcance ou a aproximação dos objetivos de universalização, integralidade e equidade (LINO et al., 2009).

Estudos de Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) sinalizam que os profissionais da Atenção Básica, à exemplo dos ACS, devem participam de capacitações, objetivando a superação de dificuldades, e a melhor qualificação de sua prática em direção ao modelo proposto pelo SUS. Vale destacar que estes profissionais podem representar grandes parceiros para o reconhecimento dos direitos das pessoas com diagnóstico de TEA frente às normas estabelecidas no Decreto 8.368, de 2 de dezembro de 2014.

Desta forma, esse estudo orienta-se pelo seguinte questionamento: Como está a formação e o processo de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde para a identificação e acompanhamento das pessoas com diagnóstico de TEA no sistema municipal de saúde de Sobral-Ceará?

1.2 Justificativa e relevância

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, passamos a ter a saúde como um direito fundamental social, ou seja, um direito de todos e um dever do Estado, o que

implicou na mudança da forma de se aplicar as políticas públicas, de modo a possibilitar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, consagrando o princípio da equidade, termo que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde (SILVA; ALMEIDA, 2009).

Por meio do princípio da equidade, visa-se reduzir as desigualdades, porém não significa que seja sinônimo de igualdade, apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas (PONTES et al., 2009).

Tratar os iguais de maneira igual e os desiguais de maneira desigual, na medida de suas desigualdades, não é tarefa fácil, mas que deve ser sempre buscada pelo Estado, para assegurar a todos o acesso igualitário.

Desta forma, verificamos que o reconhecimento do direito da pessoa com TEA como sendo uma pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais¹, implica em reconhecer a sua diferença buscando dar-lhe um tratamento igualitário, buscando cumprir com a equidade. Todavia, esse reconhecimento não é sem consequências do apagamento das subjetividades implicadas e o possível congelamento desses sujeitos na identificação com uma certa posição discursiva que tem sido usada para a manutenção de instituições especializadas na contramão da luta pela construção de uma escola regular inclusiva. Assim, o entendimento do autismo como uma deficiência implica no deslocamento de sua atenção para programas de educação especializada e no esvaziamento de seu atendimento no âmbito do SUS, especialmente no que tange às Redes de Atenção à Saúde Mental. Prega-se, como afirma Furtado (2011), uma falácia sobre a inclusão na qual o que se exerce é uma lógica segregatória e institucional que torna o autismo um grande mistério no qual somente as comunidades especializadas poderiam realmente contribuir com seu tratamento e educação. Desta feita, sem entrar na discussão clínica e epistemológica implicada neste cenário — o que redundaria numa outra pesquisa —, optamos por considerar o cumprimento desta lei como o resultado de uma luta histórica, mas que deve ser ainda discutida em seus diversos aspectos. Aceitamo-la, temporariamente, apenas na perspectiva de que já é um resultado que visa o estabelecimento do direito dessas pessoas, mas tem efeitos que podem ser muito discutíveis.

Com base neste pressuposto, o direito à saúde no Brasil, é um direito que exige do Estado prestações positivas no sentido de garantia, efetividade na oferta de serviços de saúde,

¹ Defendemos o entendimento, de que com base no § 2º do Art. 1º da Lei 12.764/2012, a pessoa com transtorno do espectro autista é equiparada a uma pessoa com deficiência, somente para fins legais, na busca de garantir-lhes seus direitos.

sob pena de ineficácia de tal direito fundamental.

Assim, a efetivação desse direito implica em uma conjugação de ações do Estado, como previsto no Decreto 8.368, de 2 de dezembro de 2014, para assegurar de modo especial, a eficácia na garantia dos direitos das pessoas com diagnóstico de TEA, principalmente no que se refere ao direito fundamental à saúde no âmbito do SUS, respeitando as suas especificidades.

Apoiar e promover processos de desenvolvimento profissional e qualificação por meio da Educação Permanente para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao rastreamento e acompanhamento das pessoas com o TEA é uma das ações que compete ao Poder Público como meio de se assegurar a efetivação dos direitos da pessoa com diagnóstico de TEA com base nos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade, igualdade e equidade do sistema).

Como principal porta de acesso aos serviços de saúde entendemos que:

a Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território (BRASIL, 2009a).

Considerando a importância do ACS na implementação do SUS, uma vez que sua prática fortalece a integração entre a equipe da Atenção Primária e a comunidade, sua qualificação quanto a atenção das pessoas com diagnóstico de TEA constitui um aspecto importante para a efetivação dos direitos à saúde desses pacientes.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a formação e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Sobral, CE, para a identificação e acompanhamento das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

1.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o TEA;
- Verificar casos de TEA reconhecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde, conforme território de atuação;
- Identificar a formação do Agente Comunitário de Saúde para atuar frente aos casos de TEA;
- Descrever como a prática do Agente Comunitário de Saúde contribui na identificação e acompanhamento das pessoas com TEA

Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtorno do Espectro Autista

Nos primórdios da psiquiatria, na virada do século XVIII para o XIX, o diagnóstico de “idiotia” cobria todo o campo da psicopatologia de crianças e adolescentes. (BERCHERIE,1998 apud BRASIL, 2015). Logo, a idiotia pode ser considerada precursora não só do atual retardo mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do autismo (BERCHERIE,1998 apud BRASIL, 2015).

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez em 1911, por Bleuler, para designar a perda de contato com a realidade e consequente dificuldade ou impossibilidade de comunicação (BRASIL, 2010). No autismo, existe marcante prejuízo na capacidade de interação social, além de padrões estereotipados de comportamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Podemos, porém, afirmar que a primeira definição de autismo como um quadro clínico ocorreu em 1943, quando o médico austríaco Leo Kanner, que na época trabalhava no Hospital Johns Hopkins (em Baltimore, nos EUA), sistematizou a cuidadosa observação de um grupo de crianças com idades que variavam entre 2 e 8 anos, cujo transtorno ele denominou de ‘distúrbio autístico de contato afetivo’ (BRASIL, 2014).

Apenas um ano após a publicação do texto de Kanner, Hans Asperger, médico de Viena, escreveu o artigo ““Psicopatia autística na infância”. Nele, o médico de Viena também tomou de empréstimo de Bleuler o termo “Autismo” para descrever quatro crianças que apresentavam como questão central o transtorno no relacionamento com o ambiente a seu redor, por vezes compensado pelo alto nível de originalidade no pensamento e atitudes. (BRASIL, 2015).

De acordo com o DSM-IV, acrônimo para o termo em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da Associação Americana de Psiquiatria, publicada em 1994, e traduzida para o português em 2002 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) o autismo está inserido em uma categoria denominada de Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento podem ser definidos como condições que causam prejuízos qualitativos e comprometimentos graves e globais em diversas áreas do

desenvolvimento, destacando-se: interação social recíproca, linguagem, repertório de interesses e comportamento estereotipado e repetitivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Esse conceito surgiu no final dos anos 60 a partir de trabalhos de M. Rutter e D. Cohen, traduzindo a compreensão do autismo como um transtorno do desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Entretanto, é válido enfatizar que Transtornos Globais do Desenvolvimento não dizem respeito apenas ao autismo. De fato, sob essa classificação se descrevem diferentes transtornos que tem em comum as funções do desenvolvimento afetadas qualitativamente, a saber: (1) autismo, (2) síndrome de Rett, (3) transtorno ou síndrome de Asperger, (4) transtorno desintegrativo da infância; e (5) transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (BRASIL, 2014).

Atualmente, o DSM-V introduziu a terminologia Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) onde se enquadram agora os seguintes transtornos: autismo, Síndrome de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, que faziam parte do Transtorno Global do Desenvolvimento, excluindo, portanto, a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância (BRASIL, 2014).

Essas atualizações dos critérios para classificação do autismo e transtornos relacionados buscam reduzir as divergências entre pesquisadores e clínicos quanto às delimitações desses distúrbios. Além disso, em virtude da heterogenicidade neurobiológica do autismo, estudos que versem nessa seara representam uma oportunidade para reduzirmos a carência de entendimento sobre um distúrbio tão complexo que afeta a essência do homem: o ser social.

2.2 Políticas Públicas brasileira e Legislação Vigente frente ao Transtorno do Espectro Autista

A positivação do direito à saúde como um direito social encontra-se no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, que traz a previsão dos chamados direitos sociais da seguinte forma: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Segundo os ensinamentos de José Afonso da Silva, os direitos sociais podem ser considerados:

[...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (SILVA, 2002, p.285)

O direito à saúde no Brasil exige do Estado prestações positivas no sentido de garantir a efetividade da saúde, sob pena de ineficácia de tal direito fundamental. Nesse sentido, o SUS, instituído pela Lei 8.080/90, é uma política pública que parte da concepção da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir acesso e qualidade ao conjunto de ações e serviços que buscam atender às diversas necessidades de saúde das pessoas sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à justiça social (BRASIL, 2015).

Buscando a garantia destes princípios, a Constituição Federal de 1988 direcionou ainda a competência comum a União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em relação à responsabilidade pela proteção e garantia dos direitos das pessoas com deficiência conforme disposto no inciso II do artigo 23, que afirma ser de competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantias das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988).

O Brasil, com vistas a este cuidado da pessoa com deficiência, tornou-se signatário da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009), a qual foi ratificada por meio do Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009, levando a uma incorporação de condutas a serem oferecidas às pessoas com deficiência, elegendo a “acessibilidade” como ponto central para a garantia dos direitos individuais.

A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que [...] tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com diagnóstico de TEA (BRASIL, 2014), segundo a qual indivíduos com diagnóstico de TEA devem ser considerados como uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

(BRASIL, 2014).

Esta política, que teve por base a Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), promulgada pela Presidente Dilma Rousseff, e que afirma no Parágrafo 2º do Art.1º que “a pessoa com diagnóstico de TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”, foi regulamentada pelo Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014, o qual garante à pessoa com transtorno do espectro autista o direito à saúde no âmbito do SUS, respeitadas as suas especificidades. (BRASIL, 2014). Esse fato trouxe inúmeras repercussões, tanto no âmbito científico quanto social, uma vez que os familiares das pessoas com diagnóstico de TEA tiveram grande participação para a elaboração e aprovação da referida lei. Ainda, essa tomada da pessoa com diagnóstico de TEA como deficiente, somada ao fato da Constituição assegurar o cuidado integral a todo e qualquer cidadão, traz uma série de consequências na Rede SUS.

Essa vinculação da pessoa com diagnóstico de TEA à deficiência determina uma série de reflexos na política pública de saúde, particularmente na organização do SUS para o cuidado desses sujeitos. Esses reflexos, como antecipamos logo acima, não são necessariamente positivos, uma vez que podem contribuir para a lógica segregacionista das instituições especializadas e um esvaziamento das Redes de Atenção à Saúde Mental Infantil, como exemplo dos CAPSI e CAPSI – infantil. Ademais, há a dimensão clínica que a consideração do autismo como deficiência implica. O que verificamos, na prática, é que o aposto explícito na lei — “para todos os efeitos legais” — é simplesmente elidido no discurso institucional e o texto da lei passa a ser entendido e divulgado expressando uma sinonímia não existente entre o autismo e deficiência. Desta forma, começa-se a divulgar o texto da lei da seguinte forma: “a pessoa com diagnóstico de TEA é considerada pessoa com deficiência”, fato que não concordamos em hipótese alguma. O fato do autismo aparecer em algumas pessoas que tem algum tipo de deficiência intelectual, física ou múltipla, por exemplo, não justifica que ele seja da mesma natureza. São inúmeros os casos que demonstram suas habilidades e subjetividades constituídas por trás de seu silêncio.

Tendo em vista o respeito a estas especificidades, o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014 ainda estabeleceu como competência do Ministério da Saúde apoiar e promover processos de Educação Permanente e de qualificação técnica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao atendimento das pessoas com o diagnóstico de TEA. (BRASIL, 2014).

Diante deste cenário, a partir de esforços da sociedade civil e do governo brasileiro, e coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas de várias

entidades elaborou dois documentos nos anos de 2013 e 2014 em torno dos TEA e os respectivos papéis dos diversos dispositivos da rede SUS frente ao cuidado e acompanhamento desses sujeitos:

O documento “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”, foi lançado em 2013 e destina-se a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e “[...] objetiva contribuir para a ampliação do acesso e à qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias” (BRASIL, 2013).

O segundo documento, criticado por Silveira (2016), intitulado Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA que oferece orientações relativas ao cuidado à saúde das pessoas com TEA no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

Destaque-se que se trata da atenção à pessoa (e aos seus familiares, como se verá adiante), que não deve ser reduzida à sua condição diagnóstica, pois devem ser contemplados seus aspectos psíquicos no que tange aos seus sentimentos, aos seus pensamentos e às suas formas de se relacionar com as pessoas e com o seu ambiente (BRASIL, 2014).

Vale ainda salientar que, para que a atenção integral à pessoa com transtorno do espectro do autismo seja efetiva, as ações anunciadas neste documento devem estar articuladas a outros pontos de atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como aos serviços de proteção social (centros-dia, residências inclusivas, Cras e Creas) e de educação (BRASIL, 2014).

Além disso, um relatório sobre a medicação psicotrópica “Risperidona” como tecnologia a ser incorporada no SUS para usuários com diagnóstico de TEA, foi lançado em abril de 2014 (BRASIL, 2014b).

Esses documentos apresentam uma ampla discussão em torno do TEA, bem como a inserção e acolhimento das pessoas com esse diagnóstico na rede SUS. Além disso, apresenta aspectos teóricos e nosológicos levantados por estudos atuais, destacando-se os da área genética, ciência cognitivo-comportamental, psicanálise, dentre outras.

Portanto, essas Diretrizes podem representar um importante instrumento para a implementação de rotinas de Educação Permanente para os profissionais de saúde para o cuidado de pessoas com diagnóstico de TEA, particularmente aqueles que militem na Atenção

Primária, a partir da qual esses sujeitos serão referenciados para os outros níveis de atenção. E considerando que o diagnóstico precoce de TEA poderá ter repercussões significativas no prognóstico desses pacientes, é urgente sensibilizar os profissionais da Atenção Primária para essa realidade. Entretanto, é lícito enfatizar que essa sensibilidade por parte desses trabalhadores perpassa necessariamente pelo processo de Educação Permanente. Desta forma, considerando o marco legal que assegura o cuidado dos indivíduos com diagnóstico de TEA pelo SUS, resta agora assegurar que os profissionais que vão acolher esses usuários, principalmente os ACS que pela sua posição na equipe fazem a interface comunidade/ Equipe, sejam capazes de identificar as necessidades específicas dos indivíduos com diagnóstico de TEA, potencializando a resolutividade da Atenção Básica.

2.3 Agentes Comunitários de Saúde e sua atuação na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde em 1994 com a denominação de Programa de Saúde da Família, orienta-se pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Para dar conta de um desafio dessa envergadura, a relação entre os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família - enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, ACS, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal) e a população possui um caráter de coletividade com base no conceito de saúde como qualidade de vida. Diante dessa realidade, entre os membros da equipe multiprofissional, os ACS exercem um papel singular, uma vez que a prática desses profissionais tem a seu favor a sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades, facilitando a comunicação com as famílias, diminuindo os espaços entre a teoria e a prática, fortalecendo as ações de promoção de saúde. Mas até o reconhecimento dessa categoria como profissão foi uma longa caminhada.

De forma pioneira, o estado do Ceará no ano de 1987 diante da necessidade de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, reduzir a mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança, lança mão do apoio dos ACS (DENTI; TOZZO; MENDES, 2014).

O êxito dessa experiência no Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde, implantado inicialmente na região Nordeste, com o propósito

de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano seguinte, é adotada a sigla PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Dois anos após, no ano de 1994, o PACS havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, o que fomentou a implantação da Estratégia Saúde da Família, em 1994 (BRASIL, 2007).

Embora com o PACS os ACS tenham se tornado sujeito do trabalho em saúde, contribuindo sobremaneira para a ampliação da cobertura assistencial, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população, só apenas no ano de 2002, com a Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002, revogada posteriormente pela Lei 11.350 de 05 de outubro 2006, foi criada a profissão de ACS.

De acordo com essa Lei, o ACS tem como atribuição *o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.*

Ainda, são consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Diante dessas atribuições fica claro que os ACS, assim como os demais membros da equipe multiprofissional, precisam de saberes que sustentem suas práticas. Neste cenário a política de Educação Permanente pode representar um importante mecanismo de qualificação desses profissionais.

2.4 Estratégias de Educação Permanente no Brasil e em Sobral

A formação em saúde tem papel singular na consolidação do SUS, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional de seus trabalhadores, contribuindo para a organização do processo de trabalho, fomentando o alcance dos objetivos de universalização, integralidade e equidade, e ao mesmo tempo qualificando a atenção à saúde (BALBINO et al., 2010). Neste cenário, a Educação Permanente representa uma das fermentas que a gestão pode lançar mão para a formação em saúde dos trabalhadores do SUS.

Para alguns autores a Educação Permanente em Saúde representa um meio de transformação das práticas educativas, de atenção, gestão e participação popular, rumo à assistência integral, desenvolvida junto à comunidade e propiciando espaço para reflexão e posterior transformação do cuidado/assistência (PINTO et al., 2008). Logo, a Educação Permanente em Saúde pode ser definida como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, cuja finalidade é melhorar da saúde da comunidade.

Portanto, buscando introduzir mudanças na lógica de formação dos profissionais de saúde, foi publicado em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004a). Essa política deve possibilitar a identificação das necessidades de formação dos trabalhadores e construir estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, gerando impactos positivos sobre a saúde individual e coletiva. Entretanto, é lícito enfatizar que a Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 perdeu validade devido às novas diretrizes trazidas pelo Pacto pela Saúde em 2006. Posteriormente foi instituída a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, dispondo sobre as para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com essa última portaria, a Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho. Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas educacionais, acontecendo no cotidiano das pessoas e organizações (BRASIL, 2007).

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle

social em saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a Educação Permanente em Saúde é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no *lócus* de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe.

Segundo alguns autores, o componente inovador da PNEPS é a possibilidade da construção do saber de forma coletiva, onde os trabalhadores são desafiados a assumir uma postura de mudança de suas práticas por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe (LOPES et al., 2007).

Embora em nível nacional as discussões sobre a política de Educação Permanente datem do ano de 2004, no município de Sobral, com sua atitude de vanguarda, essa política já está em discussão desde o ano de 1999.

De fato, em 1999, tem início a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) com objetivo de capacitar médicos e enfermeiros para atuar na Estratégia Saúde da Família. O Curso de Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família possibilitou o desencadeamento de outros processos, como a criação, em 2001, da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS (SOUZA et al., 2008). A criação da Escola de Formação em Saúde da Família representou a institucionalização de um espaço físico para a Política de Educação Permanente dos profissionais de saúde do município de Sobral e da região norte do Estado do Ceará (SOUZA et al., 2008). A partir de então, segundo esses autores, outros processos de Educação Permanente foram deflagrados, com destaque para o Curso Sequencial de Agentes Comunitários, em 2002, e a Educação Permanente para o nível fundamental e médio dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, em 2004.

Portanto, segundo Nogueira et al (2010) o município de Sobral/CE tem desenvolvido ações de Educação Permanente no que se refere a capacitações de profissionais de nível fundamental, médio e superior para atuarem na Estratégia Saúde da Família, a partir da RMSF e da EFSFVS, as quais tem como referencial teórico-metodológico a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, contribuindo, assim, para a suplantação da atenção à saúde pautada na doença e fortalecendo a participação e o controle social no desenvolvimento, fiscalização e deliberação das políticas públicas de saúde, tornando a sociedade sujeito ativo no processo.

Segundo Pinto et al (2008) a Educação Permanente em Saúde é vista como um meio de transformação das práticas educativas, de atenção, gestão e participação popular, rumo à assistência integral, sendo referida como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, cuja finalidade é melhorar da saúde da comunidade.

Dessa forma, entendemos que, para a Equipe de Saúde da Família oferecer uma assistência integral e resolutiva; faz-se necessário a sua contínua participação em processos de Educação Permanente junto à comunidade e propiciando espaço para reflexão e posterior transformação do cuidado/assistência, trazendo contribuições na organização do processo e na qualidade do produto do trabalho em saúde.

2.5 Educação Permanente para qualificação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é orientada pela prática de um conjunto de ações visando à promoção à saúde e à prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2007), buscando desta forma, superar o paradigma da assistência centrada na doença. Entretanto, o desafio desse “fazer” se concretiza quando a efetivação dessa prática envolve uma Equipe de Profissionais – Equipe Saúde da Família - constituída por ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, cuja formação se dá em ambientes acadêmicos ainda centrados no modelo “hospitalocêntrico” e prescritiva (curativa).

Neste aspecto, ações que fomentem a capacitação desses profissionais em cenário de prática, indubitavelmente irão reverberar no fortalecimento da ESF, qualificando a atenção primária à saúde. Em alinhamento com esse entendimento, Lino afirma que estratégias como as ações de Educação Permanente dos profissionais podem propiciar o seu crescimento técnico e pessoal, produzindo mudanças que permitam alcançar os objetivos de universalização, integralidade e equidade (LINO et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), *a Educação Permanente é um conceito desenvolvido no campo da educação para pensar a conexão entre educação e trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no locus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe.* Ainda, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004², proposta pelo

²

Atualmente a Portaria 1.996/2007 revogou a Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004.

Ministério da Saúde visa à “*transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde*” (BRASIL, 2004a).

Segundo Davini (2009), a Educação Permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações que podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional. Neste aspecto, Ceccim (2005) considera que Educação Permanente deve envolver todos os membros da Equipe da ES pois, as mudanças propostas por essa política só poderão vir à tona com a responsabilização de todos os integrantes da equipe (ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal) e a consequente apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes para exercerem suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005). De fato, a complexidade dos saberes na Atenção Primária exige articulação constate entre os membros da equipe. Portanto, o trabalho deve ser realizado em equipe, assegurando cuidados plenos à comunidade. Nesse aspecto, fica claro que todos na equipe têm papéis individuais e coletivos, ao mesmo tempo.

O planejamento da Educação Permanente precisa ser projetado a partir da problematização do processo de trabalho, na qual as ações educativas estejam vinculadas ao próprio desenvolvimento das atividades no cotidiano de trabalho; e, conseqüentemente, se considere as necessidades educativas dos trabalhadores possam estar articuladas com as necessidades de saúde dos indivíduos e populações (SILVA et al., 2010).

Nesse processo de articulação é importante que a equipe possa compreender as necessidades da comunidade. Nesse nível de entendimento, a atuação dos ACS parece extremamente salutar, uma vez que esse profissional está na ponta do sistema, mediando o diálogo e o vínculo da equipe com a comunidade, ações essas que representam os pilares da ESF.

O agente comunitário de saúde, sujeito desta pesquisa, é um profissional com importante contribuição para as ações da equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família. Todos os profissionais que fazem a ESF possuem atividades comuns, embora cada membro dessa equipe possui suas atividades específicas. Neste sentido, as atribuições do ACS envolve atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos à saúde e vigilância, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas a serem implementadas junto às famílias acompanhadas (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Em virtude de representar o caminho mais rápido entre a comunidade e os demais

membros da equipe multiprofissional, aqui incluindo os saberes populares e os conhecimentos técnico-científico, os ACS necessitam de permanente capacitação pois a compreensão do processo saúde-doença em todas as suas dimensões (biológica, social, política, econômica e cultural) é condição *sine qua non* para o planejamento das ações de saúde dentro da prática da Estratégia Saúde da Família (DENTI; TOZZO; MENDES, 2014).

Portanto, as ações de educação sistematizadas e globais podem dar subsídios que vão além do fazer técnico dos ACS, fortalecendo a sua prática dentro da Equipe Saúde da Família. De fato, para que as ações de educação permanente possam promover mudanças efetivas no fazer desses profissionais as mesmas não podem acontecer de forma esporádica, devem antes acontecer de forma perene e dentro de um plano institucional, capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, atenção à saúde e controle social (ROSSETTO; SILVA, 2010).

Assim, com base no exposto, entendemos que a educação permanente exerce influência positiva no processo de trabalho dos ACS, auxiliando na resolução de problemas e no melhor atendimento aos usuários. Desta forma, podemos sugerir que o empoderamento dessa categoria por meio de ações de educação permanente ampliará o raio de pessoas que podem ser beneficiadas pela Atenção Primária no Brasil.

Metodologia

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e abordagem do estudo

Estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, alicerçado na técnica de aplicação de questionário semi-estruturado.

A investigação quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). Entendendo que esta abordagem não exclui a possibilidade de diálogo com dados de cunho qualitativo, a exemplo do ocorrido neste estudo.

De acordo com Fonseca (2002, p. 20), a pesquisa quantitativa tem como foco a objetividade e recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno. Ainda, para Fonseca (2002, p. 20) nesse tipo de pesquisa, em virtude do grande tamanho da amostra, os resultados são considerados como uma representação real de toda a população objeto do estudo, ou seja, os resultados obtidos podem ser generalizáveis. Além disso, para esse autor, a pesquisa quantitativa considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados colhidos com o auxílio de instrumentos padronizados, como questionários previamente testados. Ademais, de acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico e tende a enfatizar os atributos mensuráveis da experiência humana. Recordar-se ainda, que a objetividade dos dados coletados neste estudo permitiu o diálogo com discursos que representavam a face subjetiva do fenômeno estudado; denotando uma complementariedade e não oposição de dados.

Segundo Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Ainda segundo esse mesmo autor, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2002).

O exposto elucidada o porquê da caracterização do presente estudo ao ancorar-se na abordagem quantitativa, visto que tem como foco analisar a objetividade de um fenômeno a partir da representação real de toda a população objeto do estudo, auxiliada a partir de um instrumento padronizado, um questionário.

3.2 Período do estudo

Este estudo iniciou seu delineamento em março de 2015. Seguiu-se os trâmites ético-legais junto aos órgãos normativos e, em outubro de 2015 realizou-se o teste piloto. No período de maio e junho de 2016 ocorreu a coleta dos dados, prosseguindo-se com a análise e discussão dos resultados.

3.3 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Município de Sobral (Ceará), considerado hoje um terreno fértil para capacitação dos profissionais de saúde como uma das estratégias de consolidação do novo paradigma.

O município de Sobral (Figura 1) encontra-se situado na zona do sertão centro-norte do Ceará, Brasil, distante 224 km de Fortaleza, capital do estado. Com uma área territorial de 2.122 Km², Sobral possui uma divisão territorial entre sede, que inclui Alto da Brasília, Alto do Cristo, CAIC, Campos dos Velhos, Centro, Coelce, Cohab II e III, Dom Expedito, Estação, Expectativa, Junco, Novo Recanto, Padre Palhano, Pedrinhas, Sinhá Saboiá, Sumaré, Tamarindo, Terrenos Novos, Terrenos Novos II e Vila União, e 14 distritos (Aprazível, Aracatiaçu, Baracho, Bilheira, Bonfim, Caioca, Caracará, Jaibaras, Jordão, Patriarca, Patos, Rafael Arruda, Taperuaba e Torto). Com uma população de 203.682 habitantes, Sobral é o quinto município mais povoado do estado do Ceará.

No município de Sobral a Rede de Atenção à Saúde inclui a Atenção Primária, que adota a Estratégia Saúde da Família, e serviços de Atenção Secundária e Terciária.

Dados de 2016 informam que para a oferta da Atenção Primária o município de Sobral dispõe de 35 Centros de Saúde Saúde da Família (CFS) localizados em áreas compreendidas como territórios sanitários (BRASIL, 2015).

Para os serviços de Atenção Secundária e Terciária o município de Sobral dispõe, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), clínicas e laboratórios, de uma Policlínica (unidade de atenção especializada ambulatorial para consultas e exames) e cinco hospitais, dos quais quatro mantém convênio com o SUS. Dentre esses hospitais o mais recente, inaugurado em janeiro de 2013, é o Hospital Regional Norte Dr. José Euclides

Ferreira Gomes Júnior, unidade hospitalar e ambulatorial equipada para atender toda a macrorregião norte, compreendendo 55 municípios (LINHARES, 2013).

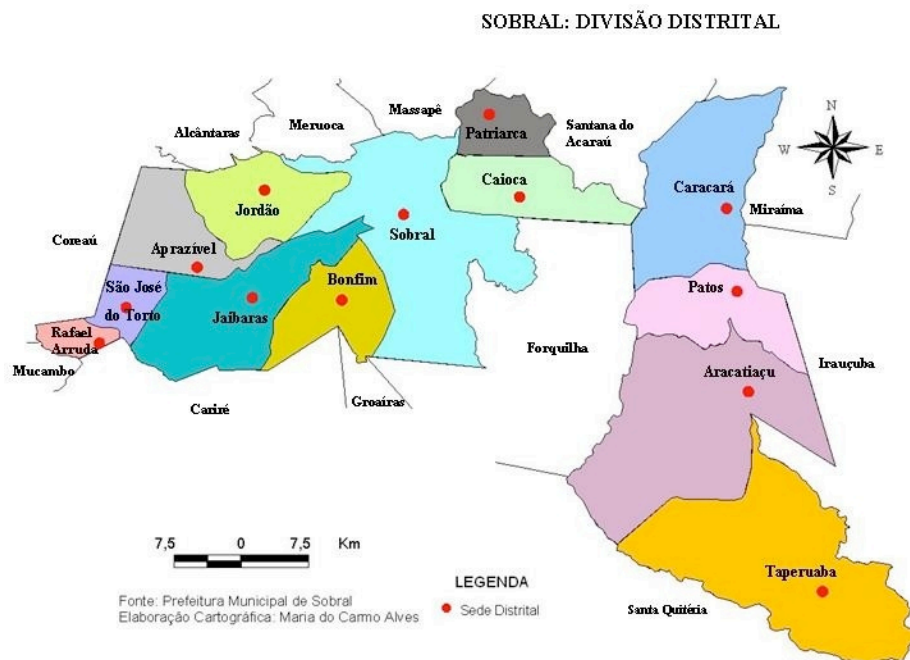


Figura 1: Mapa de Sobral com detalhamento da divisão territorial e limites com outros municípios.
FONTE: <http://www.sobral.ce.gov.br>

A construção da Política Municipal de Educação Permanente em Sobral se iniciou em 1997, concomitante com o processo de organização do Sistema de Saúde de Sobral. Em 2001 foi criada a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, o que representou a institucionalização de um espaço para a Política de Educação Permanente dos profissionais de saúde do município de Sobral e da região norte do Estado do Ceará. (SOUZA et al., 2008).

Processos de Educação Permanente foram deflagrados, considerando o objeto deste estudo tiveram destaque o Curso Sequencial de Agentes Comunitários, em 2002, e as ações de Educação Permanente para o nível fundamental e médio dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, em 2004. Como produto desses processos Souza et al. (2008) identificaram entre esses profissionais, por meio de relato, uma melhor compreensão de sua função na estrutura da Secretaria da Saúde e Ação Social; sentimento de valorização e reconhecimento por parte dessa Secretaria; melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, humanização do atendimento e busca de soluções criativas para os problemas encontrados (SOUZA et al., 2008).

Indiscutivelmente, experiências como o Programa de Educação Permanente para os Profissionais com Escolaridade de Nível Fundamental e Médio do Sistema de Saúde de Sobral devem ser fortemente encorajadas no cenário nacional. De fato, tais ações representam *investimento na formação de trabalhadores para o SUS, atendendo à prerrogativa da Política Nacional de Humanização* (SOUZA et al., 2008, p. 21). Ainda, segundo esses autores, *o município de Sobral, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, oferece uma experiência municipal concreta para a formação de Recursos Humanos voltados para a área de saúde, incrementando o desenvolvimento científico e tecnológico dos profissionais que atuam na ESF* (SOUZA et al., 2008, p. 22).

3.4 População do estudo

O presente estudo, de natureza descritiva, foi realizado no município de Sobral - CE com população de 406 ACS. O estudo contou com a participação de 251 ACS do Município (Amostra), excetuando-se os 20 ACS que participaram do pré-teste.

Considerando que embora a população de ACS no município de Sobral seja de 406, o valor da amostra aqui estudada não foi igual ao da população em virtude de fatores de não inclusão, tais como: férias, licença-maternidade, afastamento para tratamento de saúde, impossibilidade de localizar o ACS em virtude de realização de visitas domiciliares com a Equipe da Saúde da Família, ou outros motivos. Outrossim, registra-se que a margem de erro do estudo foi de 3,7%, que é menor do que a geralmente utilizada nas pesquisas no campo da saúde que é de 5%.

O critério de inclusão foi a livre aceitação dos ACS em participar do presente estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice I**). Após a sua anuência aplicou-se o questionário apresentado no **Apêndice II**.

Como critério de exclusão foi considerado a não devolução do questionário, férias, licença-doença ou recusa para assinar o TCLE.

3.5 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado e autogerenciado, apresentado no Apêndice II, contendo 13 perguntas fechadas e 1 aberta, totalizando 14 questões.

Empregou-se o método de questionário autogerenciado porque possui a vantagem de

melhorar as taxas de respostas. É importante enfatizar que todos os sujeitos só tiveram acesso aos questionários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96) (**Apêndice I**). Esse momento foi precedido pela explicação dos objetivos do estudo.

O questionário, segundo Gil (2002), pode ser definido como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. Segundo esse autor, a técnica do questionário tem como principais vantagens: menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treinamento dos pesquisadores; e o anonimato das respostas.

Nessa pesquisa o questionário foi elaborado para atender os objetivos do estudo a partir da pesquisa bibliográfica, e incluiu as seguintes variáveis: (1) idade do ACS; (2) tempo de atuação; (3) escolaridade; e (4) questionamentos específicos sobre o objeto de estudo.

Considerando a necessidade do pré-teste do instrumento da pesquisa, o questionário foi previamente validado em um estudo piloto realizado com uma amostra de 20 ACS da Sede do Município de Sobral, após autorização da Secretaria de Saúde do Município de Sobral. Após a conclusão desse estudo piloto, foram realizados os ajustes necessários e o questionário foi então aplicado junto aos 251 ACS.

A realização desse pré-teste do instrumento tem por objetivo: (a) desenvolver os procedimentos de aplicação; (b) testar o vocabulário empregado nas questões; e (c) assegurar-se de que as questões ou as observações a serem feitas possibilitem medir as variáveis que se pretende medir (GIL, 2002). Ainda, segundo esse autor, é necessário que o pré-teste dos instrumentos seja feito com população tão similar quanto possível à que será estudada.

Com intuito de assegurar que a população desse estudo tenha representação estatisticamente significativa o pesquisador responsável buscou apoio dos gerentes das Unidades de Saúde para auxílio na aplicação dos questionários. Foi explicado os objetivos do estudo, enfatizando a necessidade da assinatura do TCLE (**Apêndice I**), assegurando que a identidade dos respondentes seria preservada. Ainda, nesse momento foi enfatizado o compromisso do investigador quanto a devolutiva para os ACS dos resultados obtidos no estudo.

A análise dos dados foi realizada pela descrição das respostas obtidas por meio da aplicação do questionário, organizando a distribuição da frequência (relativa e absoluta) das variáveis envolvidas no estudo, sendo apresentadas por meio de tabelas. O tratamento estatístico foi realizado por meio do Programa SPSS (Statistical Package for the Social

Sciences) versão 18.0, (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos. Para Minayo, (2006), a fase de análise dos dados tem como finalidades permitir a compreensão dos dados coletados, respondendo as perguntas levantadas, confirmando ou não a hipótese da pesquisa, ampliando desta forma o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

No que se refere a pergunta aberta, optou-se pela técnica de análise de categoria (MINAYO, 2006). Neste sentido, as respostas ao questionamento foram lidas na busca de identificação de núcleos de sentidos, os quais foram destacados. Prosseguiu-se com o agrupamento dos núcleos de sentidos em categorias, as quais foram interpretadas e analisadas.

3.6 Aspectos éticos e legais do estudo

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral – CE (Protocolo nº 0074/2016) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CAAE: 55721016.0.0000.5053), conforme o estabelecido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos sujeitos do estudo a beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade, devendo ser ainda cadastrada na Plataforma Brasil. Ainda, atendendo aos preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa não terão sua identidade divulgada, preservando-lhes o anonimato.

Análise e Discussão dos Resultados

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está organizado em cinco tópicos, considerando os objetivos específicos delineados e as respostas obtidas no questionário. Nesta direção apresentaremos a caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde participantes desta pesquisa; Distribuição quantitativa de casos de pessoas com Transtorno do Espectro Autista no município de Sobral, segundo reconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde; Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Transtorno do Espectro Autista; A Práxis dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação e acompanhamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista: potencialidades e limites.

4.1 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

A amostra do presente estudo foi constituída por 251 Agentes Comunitários de Saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família do município de Sobral. Considerando que o número total de ACS no município de Sobral é de 406, a amostra do estudo foi de 251, com margem de erro de 3,7%. Como já referido esta amostra é significativa, visto que pesquisas no campo da saúde consideram que a margem de 5% é desejável.

Tabela 1. Distribuição dos ACS, segundo Características Pessoais, Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número	%
Gênero do indivíduo		
Feminino	228	90,8
Masculino	23	9,2
Total	251	100,0
Faixa Etária		
15 a 24 anos	1	0,4
25 a 34 anos	48	19,1
35 a 44 anos	110	43,8
45 a 54 anos	68	27,1
55 a 64 anos	19	7,6
75 anos e +	1	0,4

Não informou	4	1,6
Total	251	100,0
Escolaridade		
Ens. Fundamental incompleto	4	1,6
Ens. Fundamental completo	8	3,2
Ens. Médio incompleto	6	2,4
Ens. Médio completo	162	64,5
Ens. Superior incompleto	36	14,3
Ens. Superior Completo	30	12,0
Não informou	5	2,0
Total	251	100,0
Tempo de atuação na comunidade		
1-5 anos	12	4,8
5-10 anos	67	26,7
10-15 anos	64	25,5
Mais do que 15	103	41,0
Não informou	5	2,0
Total	251	100,0

Quanto ao gênero dos ACS, 90,8% da amostra foi representado por agentes do sexo feminino e 9,2% do sexo masculino. Esta proporcionalidade converge com resultados de outros estudos que demonstraram um maior percentual de ACSs do gênero feminino (SANTANA et al., 2009; MOTA; DAVI, 2010). Esses autores relacionam o elevado número de mulheres na profissão de ACS com perfil histórico e relatam o fato de a mulher ser vista desde a Idade Média como cuidadora.

Com relação à faixa etária, observou-se que 19,1% estavam com idade ente 25-34 anos; 43,8% dos ACS entre 35-44 anos; e 27,1% da amostra estava na faixa etária entre 45-54 anos. Não há registro na literatura que considere mais pertinente uma faixa etária em relação a outra para atuação como ACS. A única recomendação do Ministério da Saúde, no que se refere à idade, é de que o candidato seja maior que 18 anos, sem estabelecer, no entanto, um limite máximo de idade (BRASIL, 2001).

A análise dos dados revela concentração superior a 60% da amostra na faixa etária entre 25-44 anos, semelhante ao observado por diferentes autores (SANTANA et al., 2009;

MOTA; DAVI, 2010).

Entretanto, segundo esses mesmos autores, essa faixa etária vem mudando nos últimos anos de modo que os ACSs estão ingressando na categoria mais jovens. Provavelmente, o catalisador para essa mudança parece ser o fato de que a seleção para ACS passou a exigir que o candidato tivesse concluído o ensino fundamental. Este último requisito foi incorporado a partir da Lei nº 10.507/02 (BRASIL, 2002). Em relação à escolaridade, antes da promulgação dessa norma legal, era exigido apenas ‘saber ler e escrever’. Além disso, o ACS deve também concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação do ACS. Dessa forma, uma vez que a população mais jovem vem apresentando melhores índices de escolaridade, aumentam as chances de aprovação desse grupo para os cargos de ACS.

Em relação a variável escolaridade, a amostra pesquisada revelou que 64,5% dos ACS tinham Ensino Médio Completo. Constatou-se que apenas 1,6% da amostra foi composta por ACS que tinham o Ensino Fundamental Incompleto. Esse percentual de 1,6%, embora aparentemente contrário à Lei nº 10.507/02, que exige que, para o exercício da função, é imprescindível o candidato ter cursado o ensino fundamental completo, na realidade é legal, pois esses ACS foram admitidos na função antes da promulgação da referida Lei. Ainda, um percentual superior a 25% da amostra está cursando ou já concluiu o nível superior. Portanto, um grau de escolaridade superior a exigência legal. Esse achado é extremamente relevante pois a tendência é que quanto maior o grau de escolaridade do profissional maiores serão as possibilidades de incorporação de novos conhecimentos e um melhor acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

Considerando-se agora o tempo de atuação na comunidade, 41% da amostra está há mais de 15 anos. Nossos resultados estão de acordo com o trabalho de Ferraz e Aerts (2005) que revelam uma baixa rotatividade dos ACS no serviço junto à comunidade. De fato, segundo esses autores, o tempo de permanência na ESF é importante para o entendimento do papel do ACS que é construído nas suas práticas cotidianas.

4.2 Casos de pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Sobral segundo reconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde

O Município de Sobral conta com uma população de 203.682. A organização da ESF atualmente conta com 35 Centros de Saúde da Família distribuídos em territórios de atuação dos ACS (BRASIL, 2015). Dos ACS que compuseram a amostra desta pesquisa um quantitativo expressivo (30,4%) que atuam na sede e um número menor nos distritos (10,8%)

refere conhecer pessoas com diagnóstico de autismo no território (Tabelas 2 e 3). Os dados tendem a revelar um quantitativo significativo de pessoas com autismo nos territórios, visto que mais de 40% do ACS conhecem casos nos territórios, salvaguardando a possibilidade ainda de casos de não identificados/diagnosticados.

Tabela 2. Distribuição dos ACS segundo reconhecimento de pessoas com diagnóstico de Autismo em Sobral-CE, 2016.

Existência de pessoas com diagnóstico de Autismo no território de atuação	SEDE		DISTRITO	
	Número	%	Número	%
Sim	51	30,4%	9	10,8%
Não	115	68,5%	73	88,0%
Não informou	2	1,2%	1	1,2%
Total	168	100,0%	83	100,0%

As Tabelas 3 e 4 a seguir, apresentam, respectivamente, a distribuição desses números por território de atuação na Sede e Distritos do município de Sobral.

Tabela 3. Distribuição dos ACS segundo identificação de pessoas com autismo nos territórios (SEDE) de atuação, Sobral-CE, 2016.

TERRITÓRIO	Número	%
Alto da Brasília	6	3,5
Alto do Cristo	11	6,5
Caic	3	1,8
Campo dos Velhos	9	5,3
Centro	7	4,1
Coelce	14	8,2
Cohab II	10	5,9
Cohab III	7	4,1
Dom Expedito	5	2,9
Estação	18	10,6
Junco	9	5,3

Novo Recanto	7	4,1
Pe. Palhano	7	4,1
Pedrinhas	7	4,1
Sinhá Sabóia	8	4,7
Sumaré	11	6,5
Tamarindo	6	3,5
Terrenos Novos	10	5,9
Terrenos Novos II	4	2,4
Vila União	9	5,3
Total	168	100,0

Tabela 4. Distribuição dos ACS segundo identificação de pessoas com autismo nos territórios (DISTRITOS) de atuação, Sobral-CE, 2016.

TERRITÓRIO	Número	%
Aprazível	10	12,3
Aracatiaçu	10	12,3
Baracho/Apoio São Francisco	9	11,1
Bilheira	5	6,2
Bonfim	2	2,5
Caioca/Salgado dos Machados	4	4,9
Caracará	6	7,4
Jaibaras	11	13,6
Patos	2	1,2
Patriarca	5	6,2
Rafael Arruda	7	8,6
Taperuaba	7	8,6
Torto	5	6,2
Total	81	100,0

Os números expressivos vão ao encontro de pesquisas que têm revelado um aumento no número de casos de autismo, como nos EUA, onde foi realizado uma pesquisa em onze comunidades com crianças de 8 anos de idade. O número de crianças que vivem com o Autismo subiu recentemente, de 1 em cada 110 crianças, em 2006, para 1 em cada 68 crianças, em 2010; tendo um aumento de cerca de 60% (CHRISTENSEN et al., 2012). Contudo, as causas desse aumento exponencial nas estatísticas mundiais devem ser questionadas no que se refere aos problemas clínicos, epistemológicos e ideológicos implicados (FURTADO, 2011).

No Brasil, não há estatística acerca do autismo, tendo apenas uma estimativa de 2007, quando o país tinha uma população de cerca de 190 milhões pessoas, havia cerca de um milhão de casos de autismo, conforme o Projeto Autismo, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo. Dessa forma, é necessário alertar as autoridades e governantes para a criação de políticas públicas de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento do autismo, bem como apoiar e subsidiar pesquisas na área (PAIVA JÚNIOR, 2014).

Certamente, um suposto aumento deste público, ou de seu diagnóstico, incorpora maior complexidade ao trabalho das equipes de saúde da família, demandando um maior conhecimento dos profissionais sobre questões que envolvem a doença.

4.3 Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Transtorno do Espectro Autista

Conforme a Lei 12.764, de 27 de Dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a pessoa com autismo é portadora de síndrome clínica caracterizada pela deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social e por padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades (BRASIL, 2012), conforme incisos I e II a seguir descritos:

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

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

Conforme dados expressos da tabela 5, em média 54,6% dos ACS não consideram o autista um deficiente, o que contradiz a Lei 12.764, a qual reconhece o portador de autismo como pessoa com deficiência, tendo, portanto, os mesmos direitos daqueles (BRASIL, 2012).

Tabela 5. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo percepção do autismo como deficiência, Sobral-CE, 2016.

Considera o autismo uma deficiência	Número	%
Sim	103	41,0
Não	137	54,6

Considera o autismo uma deficiência	Número	%
Não informou	11	4,4
Total	251	100,0

Como já referido a Lei no 12.764 de 27 de Dezembro de 2012, em seu artigo 1o § 2o afirma que: a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Entretanto, consideramos que apesar da discussão acerca de saber se é ou não deficiência é importante reconhecer que uma vez diagnosticado o TEA, ali existe uma família que precisa muito mais do que um encaminhamento para um serviço especializado. Ali existe uma família carente de acolhimento, de orientações, de cuidados, uma vez que esse diagnóstico não é individual, mas afeta toda a estrutura familiar. De fato, na prestação de cuidados integrais, a família forma uma rede de suporte social, ocupando um espaço privilegiado nas discussões sobre as políticas públicas, sendo convidada a tornar-se aliada na formulação de um novo modelo de atenção à saúde (BALBINO et al., 2010).

Na tabela 6, analisando-se a pergunta: *como você considera seu conhecimento relacionado a pessoa com autismo*, apenas 15,5% dos ACS considera seu conhecimento relativo ao TEA de ótimo-bom; por outro lado, 82,1% dos ACS considera seu conhecimento nessa área de regular-péssimo. Essa constatação fica mais evidente quando se questionou se o ACS se sentia preparado para identificar pessoas com TEA, onde 82,9% dos ACS responderam que não se sentiam preparados, conforme expressa a Tabela 7.

Tabela 6. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo Conhecimentos sobre o Autismo, Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número	%
Você sabe o que é Autismo?		
Sim	165	65,7
Não	77	30,7
Não informou	9	3,6
Total	251	100,0

CARACTERÍSTICAS	Número	%
Como você considera seu conhecimento nessa área?		
1. Ótimo	4	1,6
2. Bom	35	13,9
3. Regular	145	57,8
4. Ruim	48	19,1
5. Péssimo	13	5,2
Não informou	6	2,4
Total	251	100,0

Para Barbosa (2006) o diagnóstico desse processo nosológico ainda representa um grande desafio, não apenas para os ACS mas todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família, considerando a sua complexidade. Além disso, segundo essa mesma autora, os sintomas observados nos primeiros meses de vida frequentemente são diferentes daqueles observados a partir dos 3 anos de idade.

Desta forma, é preciso que os ACS sejam capazes de detectar precocemente as alterações sugestivas de TEA, fazer o acolhimento desse paciente e da família, encaminhar para que as devidas intervenções de cuidado sejam implementadas o mais rápido possível, além de continuarem o acompanhamento por meio de visitas domiciliares, buscando aumentar as chances de inserção social e familiar dos pacientes com diagnóstico de TEA.

De acordo com a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, em seu artigo 2º afirma que:

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Portanto, o ACS deve ser um protagonista na identificação o mais breve possível de crianças em sua área com o diagnóstico de TEA, além do cuidado permanente a estes e seus familiares.

4.4 Formação dos Agentes Comunitários de Saúde para atuação frente aos casos de Transtorno do Espectro Autista

Quando questionados sobre a participação dos ACS em processos de Educação Permanente onde foi debatido o tema Autismo, 88,4% dos ACS responderam não ter participado de capacitações com esta temática.

Tabela 7. Distribuição dos ACS segundo participação em momentos educacionais e aptidão para identificação de pessoas com TEA, Sobral-CE, 2016.

Participou de alguma atividade de Educação Permanente sobre TEA	Apto para identificar as pessoas com TEA						Total	
	SIM		NÃO		NÃO INFORMOU			
	Número	%	Número	%	Número	%		
Sim	10	25,0%	16	7,7%	1	33,3%	27	10,8%
Não	29	72,5%	191	91,8%	2	66,7%	222	88,4%
Não informou	1	2,5%	1	0,5%	0	0,0%	2	0,8%
Total	40	100,0%	208	100,0%	3	100,0%	251	100,0%

Diante da necessidade dos ACS em adquirir conhecimentos sobre o Autismo, registra-se que a formação dos mesmos encontra-se insuficiente, incorrendo no fato de que a grande maioria não reúne conhecimentos significativos para impactar positivamente no processo de cuidar desses pacientes, expresso por um conhecimento regular (57,8%), como evidenciam os dados já expressos na tabela 6.

Ademais, questionando se o ACS tem interesse em aperfeiçoar seu conhecimento nessa área, 97,2% manifestaram interesse (Tabela 8). Além disso, quase a totalidade da amostra (98,4%) considera importante o ACS identificar os pacientes que sofrem do TEA. Desta forma, embora 65,7% dos ACS tenham afirmado saber o que é o autismo na 1ª pergunta apresentada pelo questionário (Tabela 6), esse dado reforça a necessidade de capacitação dos ACS com relação ao TEA, o que é fundamental para consolidar normas de procedimentos, orientar as famílias e aperfeiçoamento do processo. Desta forma, o presente estudo mostra que os ACS estão motivados a aprender e a buscarem qualificação na seara do TEA.

Tabela 8. Distribuição dos ACS segundo interesse de aperfeiçoamento sobre TEA e importância de identificação de casos. Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número	%
Interesse em		
aperfeiçoamento no tema		
Sim	244	97,2
Não	6	2,4
Não informou	1	0,4
Total	251	100,0
Considera importante o		
ACS identificar pessoas com		
TEA		
Sim	247	98,4
Não	2	0,8
Não informou	2	0,8
Total	251	100,0

Para que os profissionais das ESF possam ser capazes de lidar com a complexidade de desafios com os quais se deparam diuturnamente na sua prática é urgente uma rotina de capacitação, que deve ir muito além da qualificação meramente técnica. De fato, concordamos com Silva e Backes (2007), de que as propostas de capacitação devem transcender ao tecnicismo e serem suficientemente abrangentes para o desenvolvimento integral dos sujeitos.

Além disso, o processo de desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde deve contemplar novas inquietações, inserindo o novo nos saberes e práticas vivenciadas no SUS. Particularmente com relação aos ACS, para que possam ofertar uma atenção integral na busca ativa de casos de TEA na sua área de atuação é importante o envolvimento desses profissionais em processos de Educação Permanente para que atendam à crescente demanda (BALBINO et al., 2010).

Em 2004, a Educação Permanente em Saúde assumiu um caráter de política

governamental. A Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a).

Como política de saúde estratégica para o SUS, a Educação Permanente deve ser articulada sobre várias frentes, incidindo sobre a formação dos profissionais nas instituições de ensino; sobre a qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde; capacitando gestores, dotando-os de novos modos de organizar a gestão dos serviços de saúde e as redes assistenciais; e, por fim, articulando o controle social, para que esse segmento também possa ser qualificado na sua atuação junto ao delineamento e acompanhamento das políticas de saúde (SANTOS; FLÁVIA; KICH, 2011).

Nesse contexto, a Educação Permanente deve ser compreendida como a força motriz para a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilitem o desenvolvimento desse processo de mudança, visando à qualificação profissional dos ACS e, conseqüentemente, à realização da prática profissional competente, consciente e responsável.

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar com o indivíduo, a família e a comunidade.

Segundo Queiroz, Silva e Oliveira (2014, p. 1200) o ACS cumpre papel estratégico junto à ESF, por ser considerado “o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade”. Portanto, segundo essas autoras, investir na formação técnica e na valorização desses trabalhadores é sinônimo de fortalecimento da ESF. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no cotidiano de trabalho pode ensejar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014). Faz-se necessário que estes profissionais tenham acesso a saberes capazes de auxiliá-los no acolhimento das necessidades de saúde da população, (MATTOS, 2010).

Formar profissionais para atuar no SUS sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado as pessoas (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Assim, as atividades formativas são estruturantes para a manutenção de boas práticas na prestação do cuidado.

O desconhecimento sobre a doença e o conseqüente despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades do autismo, bem como com as apreensões familiares, pois muitas

vezes inviabilizam uma intervenção eficaz e práticas efetivas (AMARAL, 2011).

Os resultados da pesquisa de Jendrieck (2014) sinalizaram que muitas das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde podem ser enfrentadas por meio de estudos aprofundados e atualização constante. A experiência também se configura como um fator de grande importância, uma vez que cada criança tem suas peculiaridades, sua individualidade, sua história e nenhuma corresponderá exatamente às descrições dos livros e manuais.

Diferentes áreas do conhecimento contribuem para uma melhor compreensão sobre o autismo e seu tratamento. Assim, o diálogo, a troca de experiências e o trabalho conjunto poderão proporcionar a ampliação do conhecimento dos profissionais envolvidos e a realização de um trabalho mais completo, auxiliando a pessoa com TEA nas suas diferentes necessidades e possibilitando a melhoria da sua qualidade de vida (JENDRIECK, 2014).

Na perspectiva de aprimorar a atenção e intensificar a descoberta de casos novos de TEA, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2014) estabeleceu a linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com TEA e suas famílias na rede de atenção psicossocial do SUS, além de fixar as diretrizes de atenção à reabilitação, para ampliar o acesso e a qualificação da atenção a essa população nos diferentes aspectos do cuidado à pessoa com deficiência.

Desta forma, entendemos que os ACS são sujeitos da história, inseridos numa luta diária para a concretização das políticas que definem a ESF, o que os torna um grande aliado na identificação de casos de TEA, pois atuando na Atenção Primária são co-reponsáveis na proteção da saúde, prevenção e diagnóstico de doenças, reabilitação e manutenção da saúde.

4.5 A Práxis dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação e acompanhamento de pessoas com TEA: potencialidades e limites

4.5.1 É necessário conhecer para intervir

Quando questionados sobre como a prática do ACS poderia contribuir na identificação e no acompanhamento de pessoas com TEA, os participantes referiram diversos aspectos, um deles foi relacionado à necessidade de capacitação sobre o tema, afirmando que possuem pouco conhecimento sobre tal, o que dificulta a identificação e manejo dos casos. Os relatos discursivos a seguir relatados, reafirmam os resultados quantitativos já apresentados nos tópicos anteriores.

“Com o conhecimento melhor do problema, poderá ajudar muito mais pois é um problema muito difícil. Precisamos ser capacitado no assunto.” (ACS 21)

“Mediante a um treinamento poderia haver um acolhimento mais apropriado, pois há muita dúvida em como interagir com um autista.” (ACS 40)

“É necessário termos EPs relacionadas ao tema, para que ao sermos instruídas de conhecimento podemos realizar um acolhimento adequado, dar orientações, realizar uma escuta qualificada.” (ACS 155)

“Se tivesse o conhecimento sobre o autista seria mais fácil ajudar ao acolhimento na atenção como conversar com o paciente e entendendo melhor.” (ACS 241)

Essa dimensão apontada pelos ACS constitui-se um requisito importante e essencial no processo de atuação dos profissionais de saúde, incluindo os ACS, visto que a qualificação dos trabalhadores possibilita a reflexão e (re)construção dos novos modos de cuidar em saúde. Observa-se então a sensibilização desses profissionais diante da necessidade de intervir em pessoas com TEA, tido como objeto de dúvida no seu processo de trabalho.

Dessa forma, é preciso propiciar aos trabalhadores momentos de atualização sobre o autismo, para que reconheçam e identifiquem os sinais evidentes durante a visita domiciliar ou outras atividades no seu processo de atuação, considerando que é necessária uma orientação específica e uma abordagem contemplativa dos familiares das pessoas com TEA (MENEGOLI; MENDONÇA; GIUNCO, 2010).

4.5.2 Identificando primariamente a pessoa com Transtorno do Espectro Autista

Durante o questionamento os profissionais afirmaram que uma maneira de contribuir seria na identificação primária da pessoa com TEA, considerando que o Agente Comunitário

de Saúde é o profissional que atua em contato direto com a comunidade, possui um vínculo com as famílias e que busca fortalecer a integração entre o serviço de saúde e os usuários.

“Detectando casos (identificando) pra encaminhamento e acompanhamento com segurança.” (ACS 54)

“Trabalhando com um olhar mais voltado para o caso e identificando e encaminhando os pacientes.” (ACS 65)

“Identificar precocemente nas visitas domiciliares.” (ACS 87)

“Geralmente somos os primeiros contatos com as famílias e esse contato nos proporciona o vínculo de confiança [...]” (ACS 94)

“Identificar o paciente mais rápido possível para começar a ser avaliado pelos profissionais da saúde.” (ACS 237)

Nota-se que os ACS reconhecem a importância do seu papel estratégico na identificação precoce de pessoas com TEA na comunidade, bem como a necessidade de envolver-se na busca ativa desses casos. Conforme afirmam Peres et al. (2011) o ACS é um profissional conhecedor da realidade local, pois além de trabalhar na comunidade, é sujeito da mesma.

A visita domiciliar é considerada um instrumento essencial para a prática de assistência à saúde por parte dos trabalhadores que constituem a ESF, sendo que o ACS a realiza com maior frequência, o que permite que esse profissional vivencie o espaço domiciliar de maneira mais próxima e contínua (MACHADO et al., 2015).

Diante disso, considerando o TEA como um transtorno que geralmente aparece na infância, portanto, de cunho familiar e domiciliar, a atuação do ACS nesse ambiente torna-se imprescindível.

4.5.3 Acolhendo e acompanhando as pessoas com TEA e seus familiares

Outro aspecto citado como contribuição dos agentes comunitários na prática de trabalho da ESF seria com um bom acolhimento e acompanhamento das pessoas com TEA e de seus familiares.

“Ajudar no conhecimento e acompanhamento não só do paciente como familiares.” (ACS 13)

“Acolhendo o mesmo com o mesmo respeito qual ele merece. Tratar igual respeitando e dando apoio. Ser paciente e tratar bem durante sua permanência em minha área de trabalho.” (ACS 19)

“[...]importância para o acolhimento e dialogo com a família e a equipe da saúde reconhecendo as potencialidades que pode estar melhorando a vida das pessoas e familiares.” (ACS 36)

“Tentar ajudar esse paciente interagir na comunidade com outras pessoas da comunidade.” (ACS 75)

“Poderíamos encaminhar esses pacientes para participar de algum grupo de terapia, acompanhamento familiar com orientações e cuidado com pacientes com autismo.” (ACS 128)

As falas demonstram a visão ampliada sobre a necessidade de um trabalho multiprofissional no acolhimento e acompanhamento das pessoas com TEA, por meio da atuação dos ACS, dos profissionais da equipe mínima da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerando essencial a atuação colaborativa das diferentes áreas para uma assistência integral e de qualidade a essa população.

Para mais, evidencia-se a visão sobre a família, que necessita de apoio desde o momento do diagnóstico do transtorno até todo o processo de acompanhamento, visto que a presença de uma pessoa com TEA altera toda a dinâmica familiar, tendo implicações na qualidade de vida, física, psíquica e social de todos os membros.

É válido destacar que o acolhimento é visto como significativo no processo de cuidado da população, especialmente quando se trata do universo do autismo. O acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que possibilite a humanização do cuidado e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. A prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas dependendo de quem participa dos processos e de como e em que condições este processo se dá (BRASIL, 2011; LOPES, 2014).

Outro aspecto citado corresponde ao desejo dos profissionais de promover a inclusão social das pessoas com TEA, permitindo que sejam tratadas de forma digna pela sociedade em geral. Gusmão, Bezerra e Mel (2015) afirmam que a inclusão social é o objetivo de todo tratamento de uma criança com autismo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno do Espectro Autista é, para a psiquiatria, uma síndrome complexa, com etiologia ainda desconhecida. Como uma síndrome, seus sinais e sintomas são complexos e embora possam variar entre os indivíduos, em geral incluem: dificuldades de comunicação e de convívio social, o que afeta sobremaneira a qualidade de vida desses cidadãos. Entretanto, ainda é uma polêmica sua consideração enquanto um quadro neurodesenvolvimental que implica em deficiência.

Os ACS possuem um papel singular na consolidação da Estratégia Saúde da Família. De fato, uma vez que esses profissionais são parte da comunidade, estão inseridos em sua cultura e sua dinâmica de convívio social, facilitando sua atuação junto à comunidade, esses profissionais são capazes de encurtar caminhos e fortalecer vínculos entre a comunidade assistida e os demais membros da Equipe Multiprofissional de Saúde da Família.

Nesse estudo encontra-se o registro de 251 ACS do município de Sobral-CE analisando seus conhecimentos sobre autismo assim como os desafios e possibilidades na identificação de pacientes com TEA por esses profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Podemos concluir que existe uma demanda de TEA no município de Sobral-CE e que os ACS possuem informações sobre o autismo. Ainda, não foram identificadas ações de capacitação referentes ao TEA para esses profissionais que demonstraram claro interesse de participação nesse tipo de atividade.

Portanto, é urgente o envolvimento dos ACS em processos de Educação Permanente com ênfase no TEA para que uma vez capazes de identificar precocemente os casos de TEA os ACS possam melhorar a qualidade da atenção, o acolhimento dessas famílias, e resolutividade dos serviços de saúde, superando um dos maiores desafios enfrentados na assistência à pessoa com TEA que é o diagnóstico tardio, um dos determinantes de um prognóstico ruim para esses sujeitos.

A partir desses resultados podemos sugerir a implementação de processo de Educação Permanente mais sistemático junto aos ACS com vistas a qualificar a assistência às pessoas com diagnóstico de TEA, buscando aprimorar ações que permitam o diagnóstico precoce, o acompanhamento e a evolução do caso, além de suporte à família, por meio de ações interdisciplinares e multiprofissionais.

6 REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 105-114, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-IV da American Psychiatric Association. Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 880p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-V da American Psychiatric Association. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014. 992p.

ARAÚJO, C. M. Psicologia e os transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf.> Acesso em: 25 jul. 2010.

BALBINO, A. C.; BEZERRA, M. M.; FREITAS, C. A. S. L.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; DIAS, M. S. A.; PINTO, V. P. T. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33 n. 1, p. 56-63, 2012.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011.

BERCHERIE, 1998 apud MS, 2015. Linha de Cuidado para Atenção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, p.17.

BOSA, C. A. Autismo: Intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. 47-53, 2006. Suplemento.

BRASIL. Lei nº12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. CNES.DATASUS, 2015. Disponível em:
<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=SOBRAL>>.
Acessado em 15 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: transtornos globais do desenvolvimento**. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, p. 16, 2009a.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 86 p. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC-123. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília,

DF, 66p, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, 2015. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R. B. Réplique. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2009.

CHRISTENSEN, D. L.; BAILO, J.; BRAUN, K. V. N.; BILDER, D.; CHARLES, J.; CONSTANTINO, J. N.; DANIELS, J.; DURKIN, M.S.; FITZGERALD, R. T.; KURZIUS-SPENCER, M.; LI-CHING, L.; PETTYGROVE, S.; ROBINSON, C.; SCHULZ, E.; WELLS, C.; WINGATE, M. S.; ZAHORODNY, W.; YEARGIN-ALLSOPP, M. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. **MMWR Surveill Summ**, v. 65, n. 3, p. 1–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1>.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 9, 2006. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

DENTI, I. A.; TOZZO, M. B.; MENDES, L. M. P. Perfil e Necessidades Básicas de Educação dos Agentes Comunitários de Saúde do Alto Uruguai. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 38, p. 61-71, mar. 2014.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.317-355, abr./jun., 2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Apostila. Fortaleza, 2002.

FURTADO, L. A. R. **Sua majestade o autista**: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 120, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, p. 41-56. 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILBERG, G. Infantile autism diagnosis and treatment. **Acta Psychiatr Scand**, nº 81, p. 209-215, 1990.

GUSMÃO, J. E. L. S.; BEZERRA, M. G. C. E.; MEL, T. C. L. A prática da inclusão social da criança autista no ambiente educacional. **Ciências humanas e sociais**, v. 3, n.1, p. 83-96, 2015.

JENDREIECK, C. O. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 77, p. 153-158, abr./jun. 2014.

LINHARES, A.S.A. Entre o pensado e o vivido: a prática sugerindo as competências para a gerência na estratégia saúde da família. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

LINO, M. M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; SILVA, L.A.A.; KLOH, D. Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis. **Trabalho, Saúde, Educação**, v.7, n.1, p.115-136, 2009.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real**: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

LOPES, S. R. S.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F.; PIOVESAN, E. T. A. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. **Revista Comunicação, Ciências e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MACHADO, L. M.; MATTOS, K. M.; COLOMÉ, J.S.; Freitas, N. Q.; Sangoi, T. P. Estratégia Saúde da Família: A percepção do Agente Comunitário de Saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1105-1112, 2015.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em: < <http://www.uefs.br/pepscentroeste/> MENEGOLI, E. B.; MENDONÇA, I.; GIUNCO, C. T. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sobre o Espectro Autista. **CuidArte Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 7-11, 2010.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262. 1993.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A Crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.

NOGUEIRA, D. L. Educação Permanente em Saúde no município de Sobral/CE: uma revisão integrativa. **Sanare**, Sobral, v. 9, n. 2, 2010.

PAIVA JÚNIOR, F. Casos de autismo sobem para 1 a cada 68 crianças. **Revista Autismo**, [s.l.:s.n.], 2014.

PERES, C. R. F. B.; JÚNIOR, A. L. C.; SILVA, R. F. S.; MARIN, M. J. S. M. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

PINTO, V. P. T.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O; FREITAS, C. A. S. L.; BEZERRA, M. M.; ALBUQUERQUE, I.M.N; LINHARES, A. K. N; VIANA, A. S. A. Análise do Processo de Educação Permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 62-70, 2008.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**; v. 13, n. 3, p. 500-507. 2009.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação (On line)**, v. 18, p.1199-1210, 2014. Suplemento 2.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 723-729, 2010.

VASCONCELOS, A. L.; MARTINS, C. V.; BARROS, J. V.; SOARES, J. M.; DU, B. S. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 645-52, out./dez. 2009.

SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 2 /Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

SILVA, L. A. A.; BACKES, V. M. S. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA, F. N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 217-26, 2009. Suplemento.

SILVA L. A. A.; LIMA, V. M. L.; KUSTER, N. S.; SILVA, M.; ROSSETO, M.; ROSA, N. Seminários integrativos de educação permanente em saúde: a experiência com os municípios da Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. In: **A política nacional de educação permanente em saúde: avanços e desafios**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, p. 47-61. 2010.

SILVERIA, L.S. Transtornos do espectro do autismo, Estratégia Saúde da Família e tecnologias de cuidado na rede SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

SOUZA, F. L. A política municipal de educação permanente em Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 14-22, 2008.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa intitulada: **A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO AUTISTA: UMA ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SOBRAL FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014**. Trata-se de um projeto de Mestrado que está sendo realizado pelo pesquisador José Clauber Matos Brayner sob a orientação do Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

A pesquisa consiste em analisar a implementação de ações de educação permanente e a qualificação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao atendimento das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista após a entrada em vigor do Decreto 8.368, de 2 de dezembro de 2014.

Em momento algum você será prejudicado por participar ou não dessa pesquisa. Além disso, é assegurado o sigilo das informações pessoais fornecidas no questionário. Por fim, embora sua participação seja importante você não deve fazê-lo contra a sua vontade. Se ao completar a leitura desta página você decidir não tomar parte neste projeto, de forma alguma você será prejudicado por sua decisão.

Se durante a pesquisa você tiver qualquer dúvida poderá entrar em contato com o pesquisador José Clauber Matos Brayner pelo telefone: (88) 98828.21.36. Ainda, você poderá apresentar recursos ou reclamações em relação ao presente estudo, contatando a Secretaria do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) pelo telefone: (88) 3677-4255.

Eu, _____,
compreendi os propósitos da pesquisa, concordo em participar da mesma, estando ciente dos
direitos que me são assegurados.

Sobral, ____ de _____ 2015.

Nome (Assinatura)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE AO PROJETO INTITULADO: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO AUTISTA: UMA ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SOBRAL FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER

1. Território de sua atuação: _____

2. Gênero: () Feminino () Masculino

3. Idade:

() 15 a 24 anos

() 25 a 34 anos

() 35 a 44 anos

() 45 a 54 anos

() 55 a 64 anos

() 65 a 74 anos

() 75 anos e +

() Ignorada

4. Escolaridade:

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior Completo

5. Tempo (em anos) que atua na comunidade como ACS:

- 1-5
- 5-10
- 10-15
- Mais do que 15

6. Você sabe o que é Autismo?

- Sim Não

7. Você considera o autista um deficiente?

- Sim Não

8. Em seu território existem pacientes com diagnóstico de Autismo?

- Sim Não

9. Você participou de algum momento de educação permanente onde foi debatido o tema Autismo?

- Sim Não

10. Como você considera seu conhecimento nessa área?

- Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

11. Você se sente preparado para identificar esses pacientes?

Sim

Não

12. Você tem interesse em aperfeiçoar seu conhecimento nessa área?

Sim

Não

13. Você considera importante o ACS identificar esses pacientes?

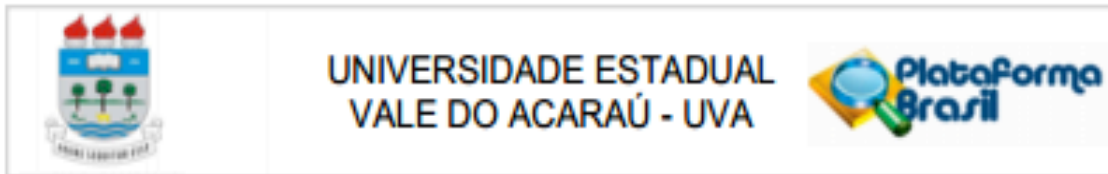
Sim

Não

14. Como a sua prática como sujeito da Equipe da Saúde da Família poderia ajudar na identificação e acompanhamento desses pacientes pela Atenção Básica?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO AUTISTA: UMA ANÁLISE DA FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014

Pesquisador: José Clauber Matos Brayner

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55721016.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.527.800

Apresentação do Projeto:

O projeto faz parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, e consiste em analisar a implementação de ações de educação permanente e a qualificação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde em Sobral, CE, quanto ao atendimento das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, alicerçado na técnica de aplicação de questionário semiestruturado. A população do estudo será representada entre o número total de 409 (quatrocentos e nove) ACS cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Sobral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação de ações de educação permanente e a qualificação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde em Sobral, CE, quanto ao atendimento das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, após a entrada em vigor do Decreto 8.368, de 2 de dezembro de 2014.

Objetivo Secundário:



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.527.800

(I) Identificar as ações de educação permanente ofertadas pelo poder público voltadas a formação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao atendimento das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista;

(II) Verificar a capacidade do Agente Comunitário de Saúde em identificar na sua comunidade as pessoas com diagnóstico com Transtorno do Espectro Autista;

(III) Conhecer o atendimento na Atenção Básica no Município de Sobral das pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista a partir do olhar do Agente Comunitário de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos informados:

Não haverá risco.

Benefícios informados:

Para a população TEA o direito à assistência adequada. Para o município, a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde no atendimento à população com TEA.

Esclarecemos entretanto que toda pesquisa envolve riscos em maior ou menor grau e que o pesquisador deverá envidar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepõem aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Após conclusão da pesquisa enviar relatório final através da aba notificações desta plataforma.

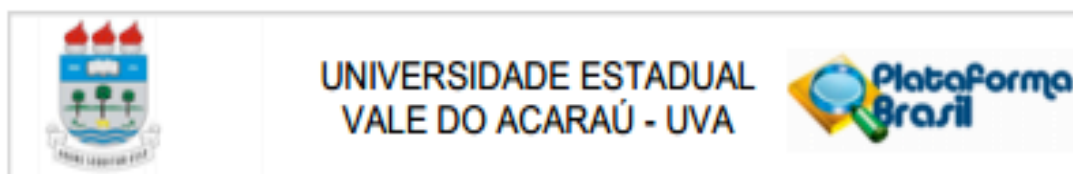
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de inadequações:

- Item Risco. Recomendação: De acordo com a Resolução CNS 466/12, descrever os riscos inerentes à participação da pesquisa dentro dos critérios éticos, e não apenas informar que a presente pesquisa não envolve riscos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar



Continuação do Parecer: 1.527.800

para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_710006.pdf	03/05/2016 16:10:02		Aceito
Outros	cartadeauencia.pdf	03/05/2016 16:09:06	José Clauber Matos Brayner	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/05/2016 16:07:21	José Clauber Matos Brayner	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/05/2016 15:39:50	José Clauber Matos Brayner	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	03/05/2016 15:38:49	José Clauber Matos Brayner	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	03/05/2016 15:38:11	José Clauber Matos Brayner	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/05/2016 15:37:44	José Clauber Matos Brayner	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 03 de Maio de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL,CE



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0074/2016

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de intitulado: **EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO AUTISTA: UMA ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL FRENTE AO DECRETO Nº 8.368/2014**, desenvolvido por **JOSÉ CLAUBER MATOS BRAYNER**.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após apreciação do projeto, concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante pactuação prévia entre o pesquisador, a coordenação do serviço e os profissionais quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para realização da entrevista.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada um dos profissionais, devendo estes serem convidados a participar mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir. Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa.

O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Ressalta-se ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Código de validação: P964561475174823F

Emitido em: Sobral, 29 de Setembro de 2016, às 15:47, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço sicc.uva.net.br/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 03 de Maio de 2016

**Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica**