



UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA (UNILAB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF)
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RENASF)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELA DEYSE CASTRO LIMA

**AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO METODOLÓGICO E
MULTIMÉTODOS**

REDENÇÃO- CE

2026

MARCELA DEYSE CASTRO LIMA

**AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO METODOLÓGICO E
MULTIMÉTODOS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF,) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr^a Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Emília Soares Chaves Rouberte

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde e Promoção da Saúde

Eixo da Saúde Coletiva: Políticas, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde

Redenção – CE

2026

Ficha catalográfica

Lima, Marcela Deyse Castro.

L732a

Avaliação e qualificação da assistência às crianças com transtorno do espectro autista: um estudo metodológico e multimétodos / Marcela Deyse Castro Lima. - Redenção, 2026.
123f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Da Família, Programa de Pós-graduação Em Saúde Da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2026.

Orientadora: Profa. Dra. Leidiane Minervina Moraes De Sabino.

Coorientadora: Profa. Dra. Emilia Soares Chaves Rouberte.

1. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). 2. Realidade virtual. 3. Capacitação profissional. 4. Tecnologias em saúde. 5. Satisfação do usuário. 6. Saúde da família. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 616.85882

AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS COM

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM ESTUDO METODOLÓGICO E MULTIMÉTODOS

Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como parte das atividades para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

(Orientadora)

Dr^a Emilia Soares Chaves Rouberte

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

(Co-Orientadora)

Dr^a Huana Carolina Cândido Morais - Professora da Instituição

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Dr^a Fabiane do Amaral Gubert - Professora outra instituição

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr^a Emanuella Silva Joventino Melo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

(Examinadora Suplente)

REDENÇÃO– CE
2026

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento. O aumento de sua prevalência impõe desafios aos serviços de saúde, demandando práticas assistenciais qualificadas, cuidado multiprofissional e capacitação contínua dos profissionais. Nesse contexto, tecnologias educacionais, como a realidade virtual, apresentam potencial para aprimorar o conhecimento teórico-prático no atendimento a crianças com TEA, refletindo na qualificação profissional. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualificação da assistência prestada a crianças com TEA em um serviço de saúde, considerando a satisfação dos cuidadores, o conhecimento dos profissionais e a efetividade de uma intervenção educativa com óculos de realidade virtual. Trata-se de estudo de abordagem mista, com caráter avaliativo, metodológico e quase experimental, realizado no Núcleo de Desenvolvimento Infantil de Redenção/CE, envolvendo cuidadores de crianças com TEA e profissionais da equipe multiprofissional. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: 1 - avaliação da satisfação dos cuidadores; 2 - criação e validação de conteúdo de um instrumento com 30 itens para avaliação do conhecimento profissional; 3 - aplicação de uma intervenção educativa com realidade virtual, seguida de avaliação pré e pós-intervenção. Os resultados evidenciaram predominância de mães como respondentes e de crianças do sexo masculino, majoritariamente em idade pré-escolar e escolar, pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade social e acompanhadas por equipe multiprofissional. A satisfação dos cuidadores, avaliada pelo SSS-PedsQL, foi moderada a elevada (média = 3,58), com maiores escores nos domínios habilidades técnicas e satisfação geral, e médias intermediárias nos domínios da informação, comunicação, inclusão da família e necessidades emocionais. O instrumento elaborado apresentou excelente Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) global de 0,93, com valores variando entre 0,88 e 0,98. A avaliação do conhecimento dos profissionais revelou desempenho heterogêneo no pré-teste e desempenho máximo e homogêneo no pós-teste, indicando ampliação e equalização do conhecimento após a intervenção com realidade virtual. Conclui-se que a assistência avaliada apresenta elevada qualidade técnica, porém com necessidade de fortalecimento das dimensões comunicacionais e familiares. A realidade virtual mostrou-se estratégia eficaz para a capacitação profissional e qualificação do cuidado a crianças com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autismo; realidade virtual; capacitação profissional; tecnologias em saúde; satisfação do usuário; saúde da família.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by persistent deficits in communication and social interaction, associated with restricted and repetitive patterns of behavior. The increasing prevalence of ASD poses challenges to health services, requiring qualified care practices, multiprofessional approaches, and continuous professional training. In this context, educational technologies such as virtual reality have the potential to enhance theoretical and practical knowledge in the care of children with ASD, contributing to professional qualification. This study aimed to evaluate the quality of care provided to children with ASD in a health service, considering caregivers' satisfaction, professionals' knowledge, and the effectiveness of an educational intervention using virtual reality headsets. This is a mixed-method study with evaluative, methodological, and quasi-experimental characteristics, conducted at the Child Development Center of Redenção, Ceará, Brazil, involving caregivers of children with ASD and members of a multiprofessional health team. The research was developed in three stages: (1) assessment of caregivers' satisfaction; (2) development and content validation of a 30-item instrument to evaluate professional knowledge; and (3) implementation of a virtual reality educational intervention followed by pre- and post-intervention assessments. Results showed a predominance of mothers as respondents and male children, mostly of preschool and school age, belonging to socially vulnerable families and receiving multiprofessional care. Caregivers' satisfaction, assessed using the SSS-PedsQL, was moderate to high (mean = 3.58), with higher scores in the domains of technical skills and overall satisfaction, and intermediate scores in information, communication, family inclusion, and emotional needs. The developed instrument demonstrated excellent overall Content Validity Coefficient (CVC = 0.93), with item values ranging from 0.88 to 0.98. The assessment of professionals' knowledge revealed heterogeneous performance in the pre-test and maximum, homogeneous performance in the post-test, indicating improvement and equalization of knowledge after the virtual reality intervention. It is concluded that the evaluated service presents high technical quality; however, communicational and family-centered dimensions require strengthening. Virtual reality proved to be an effective strategy for professional training and qualification of care for children with ASD.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder; Virtual Reality; Professional Training; Health Technologies; User Satisfaction; Family Health.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
---------------------	----

2. OBJETIVOS	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 Transtorno do Espectro Autista e as Políticas Públicas de Saúde	13
3.2 Equipe Multidisciplinar no Atendimento de Crianças com TEA	15
3.3 Qualidade da Assistência	16
3.4 Satisfação do Usuário	17
3.5 Uso de Software de Realidade Virtual na Capacitação Profissional e na Qualidade da Assistência	18
4. METODOLOGIA	22
4.1 Caracterização da População e Avaliação da Satisfação de Cuidadores de Crianças com TEA	23
4.2 Construção e Validação de Instrumento para Avaliação do Conhecimento dos Profissionais acerca do TEA	27
4.3 Intervenção com Óculos de Realidade Virtual em Profissionais da Saúde e Avaliação do Conhecimento	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Caracterização da População e Avaliação da Satisfação dos Usuários	37
5.2 Construção e Validação do Instrumento	55
5.3 Avaliação do Conhecimento dos Profissionais	74
6. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES E ANEXOS	88

1. INTRODUÇÃO

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento, apesar de serem amplamente abordados na atualidade, ainda não são temáticas totalmente claras e compreendidas em diversos aspectos. Dentre os Transtornos do Neurodesenvolvimento, destaca-se o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Considerado um transtorno global do desenvolvimento e classificado como um espectro em função das variações quanto à gravidade da condição e aos níveis de desenvolvimento, os quais interferem diretamente nas capacidades de comunicação, interação social, linguagem e comportamento (SILVA et al., 2023).

A escolha por desenvolver uma pesquisa nessa temática decorre da minha experiência profissional na área da saúde mental e da percepção do crescimento expressivo do número de crianças diagnosticadas com TEA, o que tem impulsionado a criação de políticas públicas em âmbito municipal, a ampliação das equipes multiprofissionais e a busca por metodologias que possibilitem um atendimento de qualidade, reduzindo barreiras de acesso aos serviços e promovendo o cuidado humanizado. Ademais, foi aplicada uma ferramenta de diagnóstico situacional dos serviços de saúde, por meio da matriz Gravidade, Urgência e Tendência (GUT), como atividade em uma disciplina do mestrado, a qual evidenciou no território o aumento dos diagnósticos de Transtornos do Neurodesenvolvimento e a necessidade de ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, melhoria da qualidade da assistência, fortalecimento do atendimento humanizado e enfrentamento de problemáticas como a escassez de recursos.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V, os critérios diagnósticos do TEA incluem déficits persistentes na comunicação e na interação social, padrões restritos e estereotipados de comportamento, com início dos sinais ainda na infância, repercutindo significativamente no funcionamento global do indivíduo. Estima-se que aproximadamente uma a cada 100 crianças apresenta TEA no mundo (ZEIN et al., 2020).

No Brasil, embora existam estudos sobre a prevalência do transtorno, os dados epidemiológicos ainda são considerados escassos e pouco consolidados. Estimativas indicam cerca de 5,99 milhões de pessoas com TEA no país, o que corresponde a aproximadamente uma em cada 34 crianças até os oito anos de idade, com base em dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), embora não haja prevalência oficial nacional (PAIVA JUNIOR, 2023).

Assim, diante do aumento da complexidade do cuidado e da crescente prevalência de crianças diagnosticadas com TEA, torna-se imprescindível a organização e a priorização dos

serviços em todos os níveis de atenção à saúde, com a atuação de equipes multiprofissionais qualificadas (PEDUZZI et al., 2020). Contudo, familiares de crianças com TEA ainda vivenciam múltiplos desafios no acesso e continuidade do tratamento, incluindo adequação dos serviços às necessidades específicas do diagnóstico, como: fragilidades na comunicação, escassez de tempo e insuficiente capacitação profissional, fatores que limitam a efetivação de um cuidado integral, centrado na criança e em sua família (DALE, et al 2021., PRELOCK et al., 2011).

Com o objetivo de minimizar essas dificuldades, é necessário que as crianças com TEA estejam amparadas pela Rede de Atenção à Saúde e pelas Políticas Públicas de Saúde. A Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa organizar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para garantir acesso, qualidade dos serviços e direitos às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Apesar de sua implementação, ainda persistem desafios na efetivação de um cuidado integral e multiprofissional. Além disso, a Portaria nº 1.256 insere a pessoa com TEA na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), especificando os serviços de atendimento destinados a essa população (BRASIL, 2023).

A RAPS é composta por diversos pontos de atenção, como Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER) e ambulatórios especializados, os quais buscam atender às necessidades da pessoa com TEA de forma integral (BISPO, 2021; BRASIL, 2024). Nesse contexto, o atendimento multiprofissional envolve diferentes categorias profissionais, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos neurologistas, psiquiatras e neuropediatras, entre outros.

Apesar dos avanços normativos, ainda existem fragilidades no atendimento integral às pessoas com TEA. O Ministério da Saúde (2015), no documento Linha de Cuidado para as Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS, destaca a importância de profissionais capacitados para oferecer um atendimento qualificado e humanizado, incluindo o manejo adequado de situações de crise, de modo a compreender as especificidades do transtorno e impactar positivamente a satisfação dos usuários. A Lei nº 12.764/2012 institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para fins legais e assegurando seus direitos ao acesso às políticas públicas (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, destaca-se a relevância da educação permanente em saúde como estratégia para o aprimoramento contínuo dos profissionais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004, compreende a educação

como um processo inserido no cotidiano do trabalho, capaz de promover reflexões críticas sobre as práticas profissionais e de produzir transformações nos processos de cuidado (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, a incorporação de tecnologias em saúde emerge como um recurso potencial para o fortalecimento das práticas assistenciais e para a qualificação do atendimento às crianças com TEA. Sob a ótica tecnológica, a realidade virtual (RV) permite a simulação de situações do mundo real por meio de estímulos sensoriais, favorecendo processos de aprendizagem mais imersivos e significativos (CAIANA, 2016; MIRANDA, 2018).

Dessa forma, a utilização da RV amplia as possibilidades de compreensão e aprendizagem, ao envolver múltiplos sentidos no processo educativo (BARILLI; EBECKEN; CUNHA, 2011). Assim, o uso de óculos de RV para a capacitação profissional, configura-se como uma estratégia inovadora, ao possibilitar a simulação de situações cotidianas enfrentadas por pessoas com TEA, contribuindo para o aprimoramento do manejo clínico, para a construção de novos conhecimentos e para a oferta de um atendimento mais humanizado e de qualidade, considerando os aspectos éticos, culturais e ambientais envolvidos no cuidado em saúde.

A presente pesquisa apresenta impacto relevante no campo da saúde coletiva, podendo contribuir para a capacitação de profissionais de saúde no manejo de crianças com TEA, favorecendo a qualificação do atendimento ofertado. Ainda, pode aprimorar o conhecimento técnico e o manejo clínico desses profissionais, potencializando práticas assistenciais mais humanizadas, centradas no indivíduo e em sua família, promovendo a participação ativa de pais e/ou cuidadores no processo de cuidado e, conseqüentemente, contribuindo para a redução dos níveis de estresse vivenciados por esses familiares.

Nesse contexto, foi elaborado um questionário de conhecimento destinado à análise do nível de compreensão dos cuidadores acerca do TEA, com a finalidade de avaliar saberes, percepções e práticas relacionadas ao cuidado. A construção do instrumento considerou as especificidades do território e do equipamento de saúde onde a pesquisa foi desenvolvida, respeitando os aspectos socioculturais, estruturais e assistenciais locais. Tendo em vista que o TEA configura-se como uma condição de elevada complexidade diagnóstica e que demanda acompanhamento multiprofissional contínuo, bem como considerando as particularidades territoriais que influenciam o acesso à informação e aos serviços de saúde, fez-se necessária a criação de um instrumento próprio. Após sua elaboração, o questionário passou por processo de validação, assegurando sua pertinência, clareza e adequação ao público-alvo e ao contexto em que será aplicado.

Adicionalmente, ao incorporar a avaliação da satisfação dos usuários, representados por pais e/ou cuidadores, a pesquisa amplia a compreensão sobre os efeitos da capacitação profissional, possibilitando uma análise mais abrangente acerca do conhecimento dos profissionais, podendo gerar impactos no atendimento prestado e satisfação dos cuidadores. Essa abordagem permite avaliar não apenas o aprimoramento técnico dos profissionais, mas também a experiência, o acolhimento e a percepção das famílias quanto ao cuidado recebido, fortalecendo a integralidade e a humanização da atenção à saúde. Espera-se que, posteriormente, possa-se realizar pesquisas mais específicas acerca da satisfação dos usuários frente ao serviço após a capacitação, verificando de forma amplificada os efeitos RV no atendimento e a percepção do usuário.

Destaca-se que a pesquisa contribui de forma significativa para a comunidade científica, ao disponibilizar um instrumento validado para avaliação do conhecimento de profissionais de saúde no atendimento a crianças com TEA. A validação assegura critérios adequados de clareza, relevância teórica e pertinência prática, permitindo sua aplicação em estudos futuros, programas de formação e processos avaliativos institucionais. Dessa forma, o instrumento fortalece a produção de conhecimento na área e amplia as possibilidades de desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, voltadas à qualificação da assistência à população com TEA.

De modo complementar, os achados desta pesquisa podem subsidiar a formulação e a reformulação de políticas públicas em saúde, tornando-as mais eficazes e alinhadas às necessidades reais das pessoas com TEA e de suas famílias. A incorporação de tecnologias inovadoras, como a realidade virtual, representa um avanço significativo no cuidado à pessoa com TEA, ao possibilitar processos de capacitação profissional mais imersivos e efetivos. Essa abordagem contribui para uma melhor compreensão das especificidades do transtorno, do manejo clínico e das possibilidades terapêuticas, refletindo positivamente na qualidade do atendimento prestado. Dessa forma, a pesquisa fortalece a garantia de direitos e amplia os benefícios para as crianças com TEA, seus familiares e a sociedade como um todo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualificação da assistência prestada a crianças com Transtorno do Espectro Autista em um serviço de saúde, considerando a satisfação dos cuidadores, o conhecimento dos profissionais e a efetividade de uma intervenção educativa com o uso de realidade virtual.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Avaliar a satisfação dos cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista quanto à assistência prestada em um serviço de saúde.
- ✓ Elaborar um instrumento para avaliação do conhecimento de profissionais de saúde sobre o atendimento a crianças com TEA e obter evidências de validade.
- ✓ Aplicar uma intervenção educativa com o uso de óculos de realidade virtual voltada à capacitação de profissionais de saúde no atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista.
- ✓ Comparar o nível de conhecimento dos profissionais antes e após a intervenção educativa, por meio do instrumento validado,
- ✓ Verificar a efetividade das ações de capacitação por meio de tecnologia de RV no conhecimento dos profissionais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Os transtornos do neurodesenvolvimento têm ocupado lugar de destaque nas discussões científicas, institucionais e sociais, em razão de seu impacto precoce e duradouro no desenvolvimento infantil. Esses transtornos manifestam-se ainda na infância e comprometem o funcionamento do indivíduo em múltiplos domínios, como cognição, comunicação, comportamento e interação social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- APA, 2022). Entre eles, o TEA tem apresentado crescimento expressivo nos índices diagnósticos nas últimas décadas, configurando-se como um importante desafio para os sistemas de saúde.

O conceito e os critérios diagnósticos do TEA foram sendo construídos historicamente por meio de diferentes sistemas classificatórios, os quais desempenham papel fundamental na compreensão etiológica e clínica dos transtornos mentais (PONDÉ, 2018). Os principais instrumentos utilizados internacionalmente são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente em sua quinta edição, e a Classificação Internacional de Doenças (CID), cuja versão mais recente é a CID-11.

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o TEA é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2014). A CID-10, por sua vez, estabelecia como critério a presença de sintomas antes dos três anos de idade, com prejuízos qualitativos na interação social, na comunicação verbal e não verbal, além de comportamentos repetitivos (OMS, 1993).

Com a publicação da CID-11, ocorreram ajustes conceituais relevantes, organizando o diagnóstico em dois eixos centrais: déficits persistentes na comunicação e interação social, que afetam a reciprocidade socioemocional e as relações interpessoais, e padrões restritos e repetitivos de comportamento, incluindo estereotípias motoras, inflexibilidade a mudanças e alterações na reatividade sensorial (OMS, 2019). Apesar dessas atualizações, observa-se convergência significativa entre os manuais no que se refere à compreensão do transtorno.

No Brasil, a produção de dados epidemiológicos sobre o TEA ainda enfrenta limitações importantes. A Lei nº 13.861/2019 determinou a inclusão de questões específicas sobre o TEA no Censo Demográfico do IBGE, contudo o levantamento previsto para 2020 foi adiado em decorrência da pandemia de COVID-19.

Dados internacionais apontam crescimento significativo na prevalência do TEA. A Organização Mundial da Saúde estima que uma em cada cinco crianças no mundo apresenta o transtorno (WHO, 2020). Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) indica que aproximadamente 2,8% das crianças de oito anos são diagnosticadas com TEA, o que corresponde a uma em cada 36 crianças (MAENNER et al., 2023).

No contexto brasileiro, o Censo de 2022 revelou que cerca de 2,4 milhões de pessoas relataram diagnóstico de TEA, com maior prevalência no sexo masculino (1,5%) em comparação ao feminino (0,9%). A faixa etária de maior incidência foi entre 5 e 9 anos, atingindo 2,6% das crianças. Regionalmente, o Sudeste concentrou o maior número absoluto de diagnósticos, seguido pelo Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Pela primeira vez, o levantamento trouxe dados desagregados por sexo, raça/cor e escolaridade, ainda que baseados em autodeclaração domiciliar.

Estudos regionais reforçam esse panorama. Pesquisa realizada em Atibaia (SP) identificou prevalência de um caso de autismo a cada 368 crianças entre 7 e 12 anos (MERCADANTE et al., 2023). No Paraná, a análise de prontuários revelou predominância do diagnóstico em meninos, com maior incidência entre 1 e 3 anos, além de elevada associação com transtornos de linguagem (SILVA; SOUZA, 2023). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado pela APAE de Jequié (BA), que identificou predominância masculina e faixa etária entre 4 e 6 anos (LAGO; OLIVEIRA, 2023).

A ausência de dados epidemiológicos consolidados impacta diretamente a formulação, avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde, dificultando a organização de serviços e a adequação dos modelos assistenciais às necessidades reais da população com TEA (ARAÚJO; TORRENT, 2023). No Brasil, as políticas de saúde mental vêm passando por transformações alinhadas aos princípios da reforma psiquiátrica, priorizando modelos territoriais, comunitários e interdisciplinares (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, representa um marco na organização dos serviços de saúde mental, garantindo cuidado integral, multiprofissional e articulado em rede, especialmente para crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Ademais, a Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, reconhecendo o transtorno como condição que demanda atenção específica, intersetorial e baseada na participação social (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços normativos, persistem desafios na implementação dessas políticas, especialmente no que se refere à escassez de recursos, à insuficiência de profissionais capacitados e à fragilidade da articulação intersetorial, o que gera desigualdades no acesso e na

qualidade da assistência (ALMEIDA et al., 2024). Diante desse cenário, torna-se imprescindível investir em estratégias de capacitação contínua e em modelos de cuidado que assegurem atendimento humanizado, integral e equitativo às pessoas com TEA e suas famílias.

3.2 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA

O cuidado à criança com TEA demanda a atuação articulada de diferentes profissionais, configurando-se como um processo essencialmente multidisciplinar. Esse modelo de atenção pressupõe a integração de saberes e práticas com o objetivo de promover intervenções mais eficazes e alinhadas às necessidades individuais do paciente e de sua família (JUNIOR, 2023).

A abordagem multidisciplinar possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, favorecendo o cuidado integral e o fortalecimento do vínculo terapêutico, além de estimular práticas inovadoras no contexto assistencial (REIS; LENZA, 2020). A Organização Mundial da Saúde destaca que equipes eficazes devem utilizar múltiplas estratégias, recursos visuais, adaptações metodológicas e intervenções personalizadas conforme as especificidades de cada criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O acompanhamento da criança com TEA envolve profissionais como neurologistas, psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, todos desempenhando papéis complementares no diagnóstico, tratamento e orientação familiar (COSTA; SANTOS; BELUCO, 2021). O neurologista é geralmente responsável pela avaliação diagnóstica e pelo manejo farmacológico, enquanto a enfermagem atua no suporte contínuo e no cuidado integral (SILVA et al., 2021).

O psicólogo contribui na avaliação e intervenção dos aspectos emocionais e comportamentais, promovendo habilidades sociais, autorregulação e integração social (ALVES et al., 2022). O fonoaudiólogo é fundamental no manejo das alterações de linguagem e comunicação, características frequentes no TEA (MUNIZ et al., 2024). A fisioterapia, por sua vez, atua no desenvolvimento motor, favorecendo autonomia e participação social (ROCHA; RAIMUNDO, 2024).

O assistente social desempenha papel estratégico na articulação intersetorial e no acesso a direitos sociais, considerando o sujeito em sua totalidade e contexto socioeconômico (VALDERLEI, 2021). Dessa forma, o cuidado multiprofissional torna-se indispensável para garantir um atendimento integral, individualizado e de qualidade às crianças com TEA (MUNIZ, 2024). Portanto, as práticas multidisciplinares desempenham um papel estratégico e

fundamental no atendimento à pessoa com TEA, descentralizando o serviço, fortalecendo vínculo, s intervenções efizavez.

3.3 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A qualidade da assistência em saúde constitui um dos pilares fundamentais para a efetividade dos sistemas de saúde, sendo compreendida como o grau em que os serviços prestados aumentam a probabilidade de resultados desejáveis em saúde, de acordo com o conhecimento científico disponível e as necessidades da população atendida. O modelo clássico proposto por Donabedian (1988), destaca que a qualidade da assistência deve ser analisada a partir de três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos e organizacionais; o processo envolve as ações desenvolvidas pelos profissionais durante o cuidado; e os resultados correspondem aos efeitos do cuidado na saúde e na satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1988).

No contexto dos serviços públicos de saúde, a qualidade da assistência está diretamente relacionada à garantia do acesso oportuno, à continuidade do cuidado, à integralidade das ações e à humanização do atendimento. O Ministério da Saúde reconhece a avaliação da qualidade como um componente essencial da gestão em saúde, destacando que serviços qualificados devem ser capazes de responder às necessidades dos usuários de forma resolutiva, equitativa e centrada na pessoa, respeitando suas singularidades e contextos socioculturais (BRASIL, 2018).

Diversos estudos apontam que a qualidade da assistência percebida pelos usuários está fortemente associada à satisfação com os serviços recebidos, à confiança nas equipes de saúde e à adesão às orientações terapêuticas. Aspectos como escuta qualificada, vínculo profissional-usuário, comunicação efetiva, acolhimento e competência técnica das equipes configuram-se como elementos centrais para a construção de um cuidado de qualidade (STARFIELD, 2002; VIEIRA et al., 2021). Nesse sentido, a atuação de equipes multiprofissionais capacitadas favorece uma abordagem integral, considerando não apenas os aspectos biomédicos, mas também os determinantes sociais da saúde.

Acredita-se que, a incorporação de estratégias inovadoras e tecnologias em saúde tem sido apontada como um recurso promissor para a qualificação da assistência, especialmente quando associada à educação permanente dos profissionais. Intervenções educativas fundamentadas em evidências científicas contribuem para a melhoria do desempenho profissional, para a padronização das práticas assistenciais e para o fortalecimento da qualidade do cuidado ofertado à população (BRASIL, 2018; LIMA, 2024).

Portanto, a qualidade da assistência em saúde configura-se como um constructo multidimensional, que envolve condições estruturais adequadas, processos de trabalho qualificados e resultados que contemplem tanto a melhoria dos indicadores de saúde quanto a satisfação dos usuários, sendo elemento indispensável para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação de políticas públicas voltadas ao cuidado integral.

3.4 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Diversas pesquisas apontam que a satisfação dos usuários dos serviços de saúde está relacionada a múltiplos indicadores, como acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da assistência, adequação da infraestrutura e qualidade do atendimento. Nesse sentido, a avaliação dos serviços públicos de saúde e de seus programas assume papel central na formulação e no aprimoramento das políticas públicas, sendo a participação dos usuários no processo avaliativo uma ferramenta estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a identificação das experiências vivenciadas por essa população (SILVA et al., 2023).

A satisfação dos usuários nas políticas públicas de saúde, portanto, está associada a diferentes dimensões, como acesso, infraestrutura e qualidade dos serviços ofertados, não se restringindo a um único fator isolado, mas a um conjunto de elementos que compõem o atendimento prestado (CANTALINO, 2021). Além disso, a participação ativa dos usuários na avaliação dos serviços configura-se como aspecto fundamental para a melhoria contínua do SUS (VIEIRA et al., 2021). O Ministério da Saúde reforça a avaliação como um processo essencial e indispensável na execução das ações em saúde, visando maior eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas.

Estudo realizado em 25 Unidades Básicas de Saúde, localizadas em áreas urbanas e rurais do Distrito Federal, demonstrou que equipes multiprofissionais completas e devidamente capacitadas são capazes de responder de forma mais eficaz às demandas da população, considerando os determinantes sociais da saúde, as particularidades dos usuários e promovendo um cuidado centrado no indivíduo, o que repercute positivamente na qualidade da assistência e no nível de satisfação dos usuários (SILVA et al., 2023).

De modo semelhante, pesquisa publicada em 2021, ao analisar usuários vinculados às equipes de saúde, identificou que maiores níveis de satisfação estavam relacionados a fatores como acesso aos serviços, infraestrutura adequada, qualidade do atendimento, escuta

qualificada, respeito às singularidades dos pacientes e capacidade resolutiva das equipes (CANTALINO et al., 2021).

Por fim, destaca-se que o acesso e o acolhimento constituem elementos centrais no processo de cuidado em saúde, influenciando diretamente e de forma positiva tanto a saúde individual quanto a saúde coletiva. A prática do acolhimento, aliada a uma escuta qualificada, contribui significativamente para a melhoria da experiência do usuário e está diretamente relacionada aos níveis de satisfação com os serviços de saúde (LIMA, 2024). Portanto, o atendimento de qualidade consiste em uma série de fatores, dentre eles a satisfação do usuário em relação ao atendimento.

3.5 USO DE SOFTWARE DE REALIDADE VIRTUAL NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

As políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes com TEA têm incorporado abordagens inovadoras, buscando ampliar a atenção integral por meio da articulação entre terapias tradicionais e recursos tecnológicos (OLIVEIRA et al., 2020). Nesse contexto, o uso de tecnologias digitais, como softwares e ambientes virtuais, tem se mostrado promissor tanto no processo terapêutico quanto na capacitação de profissionais.

A adoção de soluções tecnológicas contribui para o aprimoramento do diagnóstico, da comunicação e do manejo clínico, além de favorecer processos de aprendizagem mais dinâmicos e interativos (PHELPS; COKER, 2020). Softwares e ambientes virtuais possibilitam a criação de cenários simulados, auxiliando na capacitação profissional, no desenvolvimento de habilidades específicas e na melhoria da assistência em saúde (PRESSAN; MAXIM, 2016).

Diante da complexidade do TEA, torna-se imprescindível a implementação de intervenções eficazes baseadas em práticas multidisciplinares e no uso de tecnologias inovadoras, visando qualificar o cuidado e otimizar os processos de trabalho em saúde (ARAÚJO, 2022). Historicamente, observa-se uma estreita relação entre saúde e educação na formulação de políticas públicas, especialmente no que se refere à formação e qualificação dos profissionais (TEIXEIRA et al., 2023).

A educação permanente em saúde constitui uma estratégia central do Sistema Único de Saúde, voltada ao desenvolvimento contínuo dos trabalhadores, considerando as especificidades regionais e as demandas do território (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ, 2021). O uso de tecnologias educacionais, como a realidade virtual, insere-se nesse processo como ferramenta potente para qualificar práticas, ampliar conhecimentos e fortalecer a assistência integral.

Nessa perspectiva, a incorporação de recursos tecnológicos no âmbito da educação permanente contribui significativamente para a melhoria da qualidade do cuidado, para a satisfação dos usuários e para a efetividade das políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com TEA. No contexto da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, a avaliação de tecnologias configura-se como um processo contínuo e sistemático de análise e síntese dos benefícios gerados para a saúde, bem como das implicações econômicas e sociais decorrentes de sua utilização, considerando aspectos relacionados à segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade, impacto orçamentário, equidade e impactos éticos, culturais e ambientais (PROGRAMA DE DIREITO SANITÁRIO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

As tecnologias emergentes vêm sendo discutidas a partir de uma perspectiva histórica e dialética da relação entre tecnologia e educação, considerando o avanço tecnológico e o desenvolvimento contínuo de dispositivos. Nesse contexto, as tecnologias do século XXI extrapolam a função meramente informacional e comunicacional, assumindo um papel ativo na mediação dos processos de ensino e aprendizagem (CASTRO, 2020). A partir dessa compreensão, amplia-se a possibilidade de inserção das tecnologias no âmbito da capacitação profissional em saúde, configurando-se como instrumentos capazes de qualificar o cuidado prestado à pessoa com TEA. Tais tecnologias devem ser implementadas de forma ajustada às necessidades individuais, favorecendo maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivenciada por essa população e com as especificidades do transtorno (ZHAO et al., 2021).

Reconhece-se, portanto, a necessidade de aprimorar as ferramentas utilizadas nos processos de educação em saúde, considerando que a formação profissional não demanda apenas intervenções pontuais, mas estratégias eficazes e alinhadas às demandas contemporâneas. Nesse sentido, recomenda-se o uso apropriado de tecnologias que favoreçam a compreensão, a comunicação e a construção do conhecimento, contribuindo de maneira significativa para o processo de aprendizagem dos profissionais (FILHO et al., 2020).

Entre essas tecnologias, destaca-se a Realidade Virtual (RV), que possibilita a interação entre o usuário e ambientes computacionais tridimensionais, promovendo experiências imersivas e realistas. A RV permite comunicação em tempo real e amplia a interatividade, estimulando múltiplos sentidos e favorecendo a percepção e o envolvimento do usuário com os conteúdos apresentados (FILHO et al., 2020). Dessa forma, o uso de softwares de realidade virtual potencializa a aproximação com a temática abordada, conferindo maior significado às experiências formativas e favorecendo o foco atencional durante o processo de capacitação

(OLIVEIRA, 2021). Ademais, essa tecnologia possibilita a criação de cenários individualizados, contribuindo para a qualificação dos serviços por meio da vivência prática simulada dos profissionais.

Estudos indicam que treinamentos mediados por softwares de realidade virtual apresentam maior engajamento dos participantes e melhor assimilação dos conteúdos quando comparados a métodos tradicionais de capacitação (BORBA; BASSAN; OLIVEIRA, 2024). De modo semelhante, pesquisas apontam que treinamentos baseados em cenários virtuais demonstram maior eficácia na aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais em relação às abordagens convencionais (VERGELLI et al., 2024).

Silva et al. (2021), ao realizarem uma revisão sobre o uso da realidade virtual, evidenciaram que essa tecnologia favorece a compreensão dos conteúdos por meio de experiências imersivas, simulando situações reais e promovendo impactos positivos no processo de aprendizagem em ambientes controlados. Corroborando esses achados, Steen et al. (2024), em estudo publicado na BMC Medical Education, identificaram, por meio de uma revisão sistemática, efeitos positivos da realidade virtual no desenvolvimento de competências, no aprimoramento de habilidades práticas e no fortalecimento da empatia entre profissionais e estudantes da área da saúde mental. Os autores destacam que a simulação de situações clínicas complexas por meio da RV contribui para o aumento da confiança dos profissionais no manejo de transtornos mentais.

Diante desse cenário, torna-se evidente a importância de que as abordagens profissionais sejam adequadas às particularidades das pessoas com TEA, bem como da adoção de métodos de capacitação eficazes que incorporem diferentes recursos, como comunicação visual, adaptações ambientais às necessidades sensoriais e estratégias individualizadas, respeitando as singularidades de cada paciente (ALMEIDA et al., 2024). Essas abordagens devem estar alinhadas a uma perspectiva multidisciplinar, visando qualificar o atendimento, contemplar as especificidades do espectro e garantir uma assistência eficaz e humanizada (ALMEIDA et al., 2024), promovendo, assim, a integralidade do cuidado e a ampliação do acesso aos serviços.

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem mista, com componentes avaliativo, metodológico e quase experimental. A metodologia do presente estudo será apresentada de forma organizada em tópicos, considerando a complexidade da pesquisa e os diferentes delineamentos metodológicos adotados. O primeiro tópico refere-se à avaliação da satisfação dos cuidadores de crianças com TEA, caracterizando-se como um estudo transversal. O segundo tópico diz respeito ao processo de elaboração e validação do instrumento de pesquisa, configurando-se como um estudo metodológico. Por fim, o terceiro tópico aborda a aplicação de um óculos de realidade virtual sobre a temática do TEA, com avaliação do conhecimento dos profissionais antes e após a intervenção, sendo classificado como um estudo quase experimental.

A pesquisa multimétodo foi utilizada como estratégia metodológica, compreendida como a utilização de dois ou mais métodos de coleta e/ou análise de dados dentro de uma mesma abordagem epistemológica, com o propósito de ampliar a compreensão do fenômeno investigado e conferir de forma mais fidedigna aos achados. Essa estratégia permite a articulação de diferentes técnicas, nesta pesquisa, utilizando-se de questionários, entrevistas e intervenções, mantendo coerência com o delineamento metodológico adotado.

De acordo com John W. Creswell (2014), a utilização de múltiplas estratégias de coleta e análise de dados favorece maior profundidade interpretativa, além de possibilitar a triangulação, contribuindo para o fortalecimento da validade e confiabilidade da pesquisa.

Nessa mesma perspectiva, Norman K. Denzin (1989) destaca que o emprego de diferentes métodos e fontes de dados permite uma compreensão mais abrangente do fenômeno social, reduzindo vieses metodológicos e ampliando a consistência analítica.

Dessa forma, a adoção da pesquisa multimétodo justifica-se pela necessidade de analisar o objeto de estudo sob diferentes perspectivas, fortalecendo a validade interna do estudo e promovendo maior rigor científico.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Os estudos transversais caracterizam-se pela observação de uma população em um único momento no tempo, permitindo a análise da distribuição e da frequência de fenômenos ou características específicas, sem a intenção de estabelecer relações de causalidade (ROUQUAYROL; SILVA, 2018). Esse delineamento possibilita a obtenção de um retrato da realidade investigada, sendo amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde e das ciências sociais aplicadas.

Quanto ao caráter descritivo, esse tipo de estudo tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, buscando identificar, registrar e analisar variáveis sem interferência do pesquisador (GIL, 2017). A pesquisa descritiva permite

a sistematização de informações relevantes sobre o perfil dos participantes, contribuindo para a compreensão do contexto estudado.

A abordagem quantitativa foi adotada por possibilitar a mensuração objetiva dos dados coletados, por meio de procedimentos estatísticos, expressos em números e porcentagens, favorecendo a análise e a interpretação dos resultados de forma precisa e padronizada (CRESWELL; CRESWELL, 2021). Essa abordagem é especialmente adequada quando se busca caracterizar populações e identificar padrões ou tendências, garantindo maior rigor metodológico e confiabilidade aos achados.

4.1.2 Local e período do estudo

A coleta de dados ocorreu nas dependências do Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDIR), no período de novembro de 2025 a janeiro de 2026. O NDIR surgiu no ano de 2021, com o intuito de oferecer atendimento especializado a crianças com TEA e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Trata-se de uma iniciativa destinada ao acompanhamento de crianças de 0 a 14 anos de idade, com diagnóstico confirmado e/ou em processo de investigação diagnóstica.

O Núcleo conta com uma equipe multiprofissional composta por terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, neuropediatra, psicopedagogo e fonoaudiólogo, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral da criança, favorecer a aquisição e o aprimoramento de habilidades cognitivas, motoras, comunicativas, emocionais e sociais, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida e funcionalidade no contexto familiar, escolar e social.

Em consonância com a Atenção Primária à Saúde (APS), o NDIR atua articulando-se com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e com as equipes multiprofissionais. Atualmente, o município conta com 14 Equipes de Saúde da Família e duas equipes multiprofissionais, que realizam encaminhamentos diretos e desenvolvendo processos de matriciamento junto à APS, de modo a fortalecer o cuidado integral, a continuidade do acompanhamento e a corresponsabilização entre os serviços da rede de atenção à saúde.

4.1.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por famílias com crianças de 0 a 12 anos incompletos, com diagnósticos de TEA residentes no mesmo domicílio e que realizem

acompanhamento no respectivo núcleo explicitado. Para definição do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula para populações finitas, conforme proposto por Triola (1999).

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Considerando, entretanto, a população-alvo efetivamente vinculada ao local do estudo e passível de acesso para a pesquisa, adotou-se como população de referência um total estimado de 450 famílias com crianças na faixa etária definida, de acordo com levantamento feito no mês de outubro de 2025. Esse quantitativo refere-se à quantidade de crianças acompanhadas no núcleo de Desenvolvimento Infantil de Redenção.

Para o cálculo amostral, foram utilizados os seguintes parâmetros estatísticos: nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), proporção estimada de 6% de crianças com Transtorno do Espectro Autista ($p = 0,06$), complementar da proporção ($q = 0,94$) e erro amostral de 5% ($e = 0,05$). Substituindo-se os valores na fórmula, obteve-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,06 \cdot 0,94 \cdot 450}{(0,05)^2 \cdot (450 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,06 \cdot 0,94}$$

$$n = \frac{97,49}{1,3392}$$

$$n = 72,8$$

Assim, o tamanho amostral mínimo estimado foi de 73 famílias. Entretanto, a amostra final foi composta por 78 participantes, considerando que se obteve um número superior ao estimado, o que contribuiu para uma maior confiabilidade dos resultados.

4.1.4 Coleta de dados

A coleta de dados, os pais ou responsáveis foram convidados a participar da pesquisa, sendo-lhes apresentados os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sob o parecer nº 7.395.523, conforme as normas éticas vigentes.

A pesquisa foi realizada nas dependências do NDIR de Redenção/CE, em ambientes previamente definidos para garantir conforto, privacidade e condições adequadas à coleta de dados. As etapas de aplicação dos instrumentos junto aos pais ou cuidadores ocorreram na sala de espera do serviço, em momentos anteriores ou posteriores aos atendimentos das crianças,

bem como em sala reservada, quando necessário, a fim de assegurar maior privacidade e melhor compreensão das informações.

Após o consentimento, foi aplicado um questionário sociodemográfico e econômico (APÊNDICE B), elaborado pelos pesquisadores, com o objetivo de caracterizar o perfil das famílias quanto a variáveis como idade da criança, sexo, escolaridade dos responsáveis, renda familiar e composição do domicílio. Em seguida, foi aplicada uma escala de satisfação do atendimento, com a finalidade de mensurar a percepção dos cuidadores em relação ao serviço prestado antes da utilização da tecnologia de realidade virtual, configurando o momento basal da pesquisa.

Para a avaliação da satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados às crianças com TEA, foi utilizado o *Service Satisfaction Scale - Pediatric Quality of Life Inventory* (SSS-PedsQL) (ANEXO A) (SOUZA et al., 2012). instrumento validado e amplamente empregado para mensurar a percepção de pais ou cuidadores sobre a qualidade da assistência em serviços pediátricos.

O SSS-PedsQL é composto por 24 itens, organizados em seis domínios: Informação, Inclusão da Família, Comunicação, Habilidades Técnicas, Necessidades Emocionais e Satisfação Geral. O instrumento avalia diferentes dimensões do cuidado em saúde, contemplando tanto aspectos técnicos quanto relacionais e comunicacionais, fundamentais para a análise da qualidade assistencial em contextos de cuidado crônico e do neurodesenvolvimento.

As respostas são registradas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (nunca satisfeito) a 5 (sempre satisfeito), com a possibilidade de resposta “não se aplica” (N/A) quando o item não se relaciona à experiência do respondente. Escores mais elevados indicam maior nível de satisfação com os serviços avaliados.

No contexto brasileiro, o SSS-PedsQL foi traduzido, adaptado culturalmente e validado, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias, com adequada consistência interna e validade de constructo, demonstrando ser um instrumento apropriado para avaliar a satisfação de pais e cuidadores em serviços pediátricos de saúde (KLATCHOIAN et al., 2007; KLATCHOIAN et al., 2008).

O SSS-PedsQL apresenta evidências consistentes de validade e confiabilidade, sendo considerado um instrumento sensível para identificar fragilidades e potencialidades na prestação de cuidados em saúde pediátrica, especialmente no que se refere à comunicação, ao envolvimento da família e à qualidade da interação entre profissionais, crianças e cuidadores.

Sua utilização permite uma avaliação abrangente da experiência do usuário, contribuindo para o planejamento e aprimoramento de práticas assistenciais centradas na criança e na família.

4.1.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados por meio da plataforma *Google Forms*, a qual possibilitou a organização sistemática das informações e a geração automática de resultados em forma de frequências absolutas e relativas (porcentagens), permitindo a caracterização quantitativa das famílias participantes do estudo. A coleta de dados ocorreu de duas formas: por meio de questionários impressos, posteriormente digitados e inseridos na plataforma pelo pesquisador, e por meio do preenchimento direto do formulário eletrônico, realizado pelo próprio pesquisador no momento da aplicação junto aos participantes, garantindo padronização do registro das respostas.

A avaliação da satisfação dos usuários foi realizada por meio de um instrumento estruturado em escala do tipo *Likert*, composto por itens distribuídos em seis categorias analítica. Cada item foi respondido a partir de opções graduadas de concordância, organizadas em níveis crescentes de satisfação.

Inicialmente, foi realizada a soma dos valores atribuídos às respostas de cada item pertencente a uma mesma categoria. Em seguida, esse valor total foi dividido pelo número de itens que compõem a respectiva categoria, obtendo-se assim um escore médio de satisfação por domínio (ARAÚJO et al., 2019). Esse procedimento permitiu a análise individualizada de cada dimensão avaliada, bem como a comparação entre os diferentes domínios da satisfação dos usuários.

Para o cálculo da satisfação geral, procedeu-se à soma dos escores de todos os itens do instrumento, dividida pelo número total de questões respondidas, resultando em um índice global de satisfação. Os escores médios foram interpretados de forma descritiva, considerando que valores mais elevados indicam maior nível de satisfação dos usuários em relação à assistência prestada.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, contemplando médias, frequências e percentuais, possibilitando a avaliação do nível de satisfação dos pais e cuidadores em relação aos diferentes aspectos do atendimento oferecido pelo serviço de saúde. Esse método permitiu identificar pontos fortes e fragilidades da assistência, contribuindo para a compreensão da experiência dos usuários e para a qualificação das práticas assistenciais no contexto do cuidado à criança com TEA.

4.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO SOBRE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO TEA

4.2.1. Tipo de estudo

Reconhecendo a necessidade da utilização de um instrumento com rigor científico para avaliar o conhecimento dos profissionais que participaram do estudo, fez-se necessário a elaboração e a validação de um instrumento. Criado pela própria pesquisadora, com base na literatura científica e nas demandas identificadas no território e no equipamento de saúde, o instrumento foi desenvolvido com a finalidade de avaliar o conhecimento dos profissionais acerca do TEA. Para dar amparo a essa necessidade da pesquisa, este subtópico aborda o processo de elaboração e validação do instrumento, contemplando critérios de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, assegurando rigor metodológico e confiabilidade aos dados obtidos.

Realizou-se um estudo metodológico, cujo objetivo foi a construção e validação de conteúdo de um instrumento destinado à avaliação do conhecimento de profissionais acerca do atendimento às crianças com TEA. Os estudos metodológicos têm como finalidade o desenvolvimento, a avaliação e o aprimoramento de instrumentos de medida, assegurando rigor científico, consistência teórica e qualidade psicométrica, especialmente quando aplicados em contextos da saúde e da educação (POLIT; BECK, 2011).

Para a elaboração do instrumento, foram utilizados os principais referenciais teóricos e normativos que fundamentam a compreensão diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Entre eles, destaca-se o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5)*, que estabelece critérios diagnósticos baseados em déficits persistentes na comunicação social e na presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento. Também foram considerados os critérios da Classificação Internacional de Doenças, tanto na décima revisão (CID-10), ainda amplamente utilizada nos serviços de saúde brasileiros para fins de registro e notificação, quanto na décima primeira revisão (CID-11), que apresenta atualizações conceituais e estruturais no enquadramento do TEA, alinhando-se às evidências científicas mais recentes.

A abordagem quantitativa foi adotada por possibilitar a mensuração objetiva do grau de concordância entre os juízes especialistas, por meio da análise das frequências das respostas atribuídas aos itens do instrumento, expressas em valores numéricos e percentuais. Esse tipo de

abordagem permite maior precisão na avaliação da clareza da linguagem, da pertinência prática e da relevância teórica dos itens, contribuindo para a padronização e confiabilidade dos resultados (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

De acordo com Pasquali (2010), a validação de conteúdo constitui uma etapa fundamental no processo de construção e adaptação de instrumentos, uma vez que assegura que os itens sejam representativos do construto avaliado, compreensíveis ao público-alvo e coerentes com os objetivos propostos. Nesse sentido, a utilização de juízes especialistas, aliada à análise quantitativa das avaliações, fortalece a robustez metodológica do estudo.

Assim, o delineamento metodológico adotado mostrou-se adequado aos objetivos da pesquisa, ao permitir a avaliação sistemática e criteriosa dos itens do instrumento, favorecendo seu aprimoramento e garantindo maior validade de conteúdo e aplicabilidade no contexto da capacitação profissional em saúde

4.2.2 Construção do Instrumento

O presente trabalho integra um estudo ampliado, vinculado a um projeto científico cujo objetivo é aplicar e analisar o impacto RV no atendimento a crianças com TEA, bem como avaliar a satisfação dos cuidadores em relação a esse atendimento. Trata-se de uma investigação que busca compreender, de forma sistematizada, como a utilização de tecnologia educacional pode influenciar a qualificação da assistência prestada e os desfechos relacionados à percepção dos familiares.

O questionário utilizado nesta etapa foi elaborado a partir do roteiro pedagógico desenvolvido para os óculos RV explicitado, sendo estruturado com base no referencial teórico adotado no estudo e nos principais conceitos abordados no conteúdo da intervenção. Dessa forma, o instrumento foi construído de modo a refletir os eixos temáticos trabalhados na experiência imersiva, assegurando coerência entre a proposta educativa, os fundamentos teóricos e a avaliação do conhecimento profissional.

A construção do instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde foi fundamentada em revisão de trabalhos científicos nacionais e internacionais sobre o TEA, contemplando diretrizes clínicas, manuais diagnósticos e evidências atualizadas sobre o cuidado à criança com TEA. Inicialmente, realizou-se uma análise teórica aprofundada da literatura, com o objetivo de identificar os principais eixos conceituais relacionados ao transtorno e às demandas assistenciais no contexto da saúde. O instrumento utilizado para

validação foi criado pela pesquisadora baseando-se em análises teóricas e científicas, de Frenk et al., 2010; Brasil, 2018; World Health Organization, 2021 e DSM - 2014.

A partir dessa análise, os conteúdos foram organizados em temas centrais, considerados essenciais para a prática profissional no atendimento a crianças com TEA. Os itens do instrumento foram distribuídos entre os seguintes domínios: características clínicas e sintomas do TEA, principais queixas apresentadas por crianças e familiares, processo de identificação e diagnóstico, manejo clínico e terapêutico, abordagens multiprofissionais, estratégias de comunicação e acolhimento, orientações à família e aos cuidadores, aspectos éticos e humanizados do cuidado e encaminhamentos e articulação da rede de atenção à saúde.

Após a definição dos três critérios de avaliação, clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, e dos cinco domínios temáticos, Características do TEA, Comunicação e Interação, Comportamento e Manejo, Cuidado Clínico e Intervenções, e Família, Direitos e Práticas Profissionais, os itens do instrumento foram elaborados de forma objetiva e clara, buscando avaliar o conhecimento teórico-prático dos profissionais acerca do atendimento à criança com TEA.

Após a definição dos critérios de avaliação, clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, o instrumento foi organizado em cinco domínios temáticos, estruturando um questionário composto por 30 itens voltados à avaliação do conhecimento teórico-prático de profissionais de saúde atuantes na atenção secundária acerca do atendimento à criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O *Domínio 1*, denominado Características do TEA, contempla aspectos relacionados à identificação dos sinais e sintomas, incluindo prejuízos na comunicação social, padrões comportamentais restritos e repetitivos, alterações sensoriais e necessidades específicas da criança, buscando avaliar a compreensão fundamental sobre a condição. O *Domínio 2*, Comunicação e Interação, aborda estratégias de comunicação adaptada, uso de linguagem clara e objetiva, recursos de comunicação alternativa e aumentativa, bem como práticas voltadas à redução de sobrecarga sensorial e à promoção de interações mais acolhedoras e eficazes no contexto assistencial. O *Domínio 3*, Comportamento e Manejo, refere-se ao entendimento dos antecedentes e consequências comportamentais, ao manejo da resistência ao atendimento e às estratégias de regulação emocional, avaliando a capacidade do profissional em interpretar comportamentos como formas de comunicação e intervir de maneira adequada diante de situações de crise. O *Domínio 4*, Cuidado Clínico e Intervenções, contempla a adaptação do ambiente físico, utilização de recursos como organização sensorial do espaço, ajustes no atendimento clínico e intervenções compatíveis com as necessidades individuais da

criança com TEA. Por fim, o *Domínio 5*, Família, Direitos e Práticas Profissionais, envolve a compreensão do papel da família no processo terapêutico, a importância da abordagem colaborativa e humanizada, o conhecimento sobre os direitos da pessoa com TEA e a atuação ética e interdisciplinar, reforçando a centralidade do cuidado integral e centrado na criança e em sua rede de apoio.

A elaboração das questões seguiu o roteiro pedagógico da experiência de realidade virtual, de modo que os conteúdos avaliados estivessem diretamente alinhados às situações, cenários e estratégias de manejo clínico e assistencial vivenciados pelos profissionais durante a intervenção imersiva. Essa articulação entre instrumento avaliativo e tecnologia educacional garantiu coerência teórico-metodológica entre a proposta formativa e o processo de avaliação do conhecimento. Dessa forma, finalizou-se a construção do instrumento de avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre o TEA (APÊNDICE C), seguindo posteriormente a validação com os juízes experts.

4.2.3 Validação do instrumento

Para a validação do instrumento, os juízes selecionados foram profissionais com *expertise* na temática em questão, e para a definição do tamanho amostral dos juízes, salienta-se que para Pasquali (1998) um número de seis juízes é o recomendável para o processo de validação.

Entretanto, Lynn (1986) sugere que, em processos de validação de conteúdo, deve-se incluir no mínimo três juízes especialistas no painel de avaliação, de modo a assegurar que os itens do instrumento sejam adequadamente julgados em termos de representatividade, clareza e relevância, mesmo em contextos de validação com escopo reduzido.

Dessa forma, a utilização de um número ímpar de juízes *experts* (JE) ‘facilita a decisão majoritária em análises de julgamento, evitando empates nas avaliações qualitativas e quantitativas do conteúdo, especialmente em escalas de avaliação do tipo Likert, quando se realiza análise de concordância’ (LYNN, 1986, p. 383). Sendo assim, foram selecionados 11 juízes no total para a avaliação do instrumento.

A população foi composta por profissionais da saúde com experiência na temática e os critérios de seleção foram adaptados do sistema de classificação de proficientes de conteúdo descrito por Joventino (2010), que exige uma pontuação mínima de cinco pontos, *score* mínimo para ser juiz (Quadro 1).

Quadro 1- Critérios de seleção para os juízes de validação de conteúdo.

Critérios para proficientes de Conteúdo e Aparência/ Docentes, Pesquisadores e Assistenciais.	Pontuação
Ser profissional da saúde	2 pontos
Possuir tese ou dissertação na área da saúde da criança e do adolescente e/ou no atendimento de pessoas com TEA;	2 pontos
Ser mestre ou doutor	3 pontos
Ter artigo publicado em periódicos indexado na área da saúde da criança e do adolescente e/ou no atendimento de pessoas com TEA;	1 ponto
Apresentar vínculo profissional ou experiência em serviços de saúde voltados ao atendimento de crianças e adolescentes;	2 pontos
Ter experiência profissional (clínica, ensino ou pesquisa), de no mínimo dois anos na área de na área da saúde da criança e do adolescente e/ou no atendimento de pessoas com TEA;	3 pontos
Ter especialização na área na área da saúde da criança e do adolescente e/ou no atendimento de pessoas com TEA;	2 pontos

Fonte: Adaptado de JOVENTINO (2010).

A busca dos juízes *experts* (JE) ocorreu por técnica não-probabilística, com amostragem por conveniência. A captação foi executada através da plataforma lattes e por técnica bola de neve para indicação de novos especialistas.

O primeiro contato com os participantes ocorreu pelo aplicativo *WhatsApp*® e ou por e-mail, no qual, foi enviada uma mensagem de texto em forma de convite com esclarecimentos sobre a pesquisa (APÊNDICE D), e os especialistas que aceitaram participar, foi concedido a escolha do envio do material ser via *WhatsApp* ou e-mail. Assim, o juiz escolheu como queria receber os materiais para a etapa de validação, e foram enviados: o TCLE para os especialistas na temática (APÊNDICE E), o instrumento de avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre o TEA (APÊNDICE C), e o link do formulário de validação de forma digital (APÊNDICE F).

Foram adotados como critérios de descontinuidade, os juízes que não responderam o instrumento de validação no prazo estipulado sete dias ou apresentá-lo incompleto, e que apresentaram conflito de interesses que pudesse comprometer a imparcialidade da avaliação.

Foram excluídos os juízes que tinham acesso à internet ou instrumentos tecnológicos viáveis para a resposta do questionário, tornando inviável a sua participação.

Para essa etapa, foi desenvolvido um formulário eletrônico por meio da ferramenta *Google Forms*®, contendo data previamente definida para abertura e encerramento do período de preenchimento.

O instrumento foi composto por duas partes: a primeira parte com dados de identificação, socioeconômicos e formação profissional; a segunda parte com questões referentes à validação do instrumento, avaliaram aspectos como clareza da linguagem, pertinência prática, relevância teórica e cinco domínios relacionados ao TEA como as características, comunicação, interação, comportamento, manejo. Além da avaliação dos cuidados clínico, intervenções, família, direitos e práticas profissionais (APENDICE F).

O instrumento composto por 30 questões com pontuação que varia de um a cinco, sendo utilizadas as seguintes opções de avaliação: 1- Pouquíssima; 2- pouca; 3- média; 4- muita; e 5- muitíssima. Além da avaliação quantitativa, cada questão continha um campo aberto destinado a sugestões, comentários ou recomendações dos JE, com o objetivo de aprimorar a redação, a pertinência e a abrangência dos itens. O preenchimento desse campo foi facultativo, não sendo obrigatório para a submissão do instrumento.

Essa estratégia de coleta de dados foi adotada com o objetivo de assegurar a organização do processo de validação, a padronização do tempo de resposta e a completude das informações, contribuindo para a consistência e confiabilidade dos dados obtidos, para assim ser realizada a validação do conteúdo.

4.2.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados, sistematizados e analisados de forma quantitativa no programa *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 21.0. Para a análise do perfil dos juízes foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Para analisar a validade de conteúdo do instrumento foi utilizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC).

O CVC foi calculado com base nas notas dos juízes. A média das notas para cada subtema foi calculada de forma que $CVC_i = M_x / V_{max}$, onde M_x equivale à média do item e V_{max} corresponde ao valor máximo que aquele item poderia receber. :

$$CVC_i = \frac{\bar{x}}{V_{\text{máx}}}$$

Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (GRANT, DAVIS; 1997). A validação do conteúdo também se deu avaliando o grau de concordância entre os juízes especialistas e utilizou-se a porcentagem de concordância, considerada uma medida simples de concordância intra-observadores (ALEXANDRE, COLUCI; 2011).

4.3 INTERVENÇÃO COM ÓCULOS DE REALIDADE VIRTUAL COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO

4.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, quase experimental, do tipo antes e depois para a avaliação do conhecimento dos profissionais e a aplicação do óculos de realidade virtual. O estudo foi realizado de forma presencial nas dependências do NDIR, instituição voltada ao acompanhamento interdisciplinar de crianças com TEA. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2026, em ambiente reservado da instituição, garantindo condições adequadas para a aplicação dos instrumentos e da intervenção com o uso do óculos de realidade virtual.

4.3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado de forma presencial nas dependências do NDIR, instituição voltada ao acompanhamento interdisciplinar de crianças com TEA. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2026, em ambiente reservado da instituição, garantindo condições adequadas para a aplicação dos instrumentos e da intervenção com o uso do óculos de realidade virtual.

4.3.3 População e amostra

Participaram do estudo profissionais integrantes da equipe multiprofissional do NDIR, totalizando cinco participantes, pertencentes às seguintes categorias profissionais: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionistas. A amostra foi constituída por conveniência, incluindo todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos critérios: profissionais de saúde de nível superior que realizam atendimento direto às pessoas com TEA.

A amostra correspondeu a 100% dos profissionais disponíveis no período da coleta de dados. Destaca-se que, no momento da realização da pesquisa, o município encontrava-se em processo de contratação de novos profissionais, o que influenciou diretamente o quantitativo total elegível. Dessa forma, todos os profissionais em exercício durante o período da coleta participaram do estudo, configurando uma amostra de 5 profissionais naquele contexto específico.

4.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, mediante convite prévio realizado pela pesquisadora, com esclarecimento acerca dos objetivos, procedimentos e etapas do estudo. Todos os participantes que concordaram em participar assinaram o TCLE (APÊNDICE G), em conformidade com os princípios éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos.

Inicialmente, os profissionais responderam ao instrumento de avaliação do conhecimento sobre o atendimento a crianças com TEA, instrumento que demonstrou excelente validade na etapa anterior, caracterizando o momento pré-teste (APÊNDICE C), além de um questionário com caracterização sociodemográfica e profissional (APÊNDICE H). A aplicação do instrumento ocorreu em sala reservada do serviço, assegurando privacidade, ambiente silencioso, conforto e condições adequadas para a concentração dos participantes.

Na sequência, os profissionais participaram da intervenção educativa por meio da utilização de óculos de realidade virtual. A aplicação da tecnologia foi realizada de forma individual, em sala reservada e previamente organizada, iluminação adequada e livre de estímulos externos que pudessem interferir na experiência imersiva. Antes do início da atividade, os participantes receberam orientações detalhadas sobre o funcionamento do equipamento, forma correta de utilização, tempo de duração da experiência e cuidados relacionados ao manuseio, garantindo uma experiência segura e adequada.

Esta etapa integra um estudo maior, de caráter “guarda-chuva”, que tem como objetivo central verificar o impacto da tecnologia RV na qualidade da assistência ofertada no contexto da atenção à saúde. O projeto macro propõe analisar, de maneira ampla e sistêmica, como os

processos organizacionais, estruturais e assistenciais impactam os desfechos relacionados ao cuidado prestado à população após a tecnologia criada.

No âmbito desse estudo ampliado, o instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais acerca do TEA foi desenvolvido especificamente nesta pesquisa, constituindo-se como uma das ferramentas estratégicas para mensurar variáveis relacionadas à qualificação da assistência. Assim, a intervenção por RV não se configura como um estudo isolado, mas como parte integrante do projeto maior, contribuindo para os impactos nos serviços em saúde destas tecnologias, podendo compor um processo de capacitação profissional a partir dos resultados desta pesquisa.

Dessa forma, esta fase representa um recorte específico dentro do estudo guarda-chuva, a aplicação do instrumento pode trazer impactos no atendimento e no conhecimento teórico-prático dos profissionais, considerando que a qualificação da equipe constitui um dos elementos fundamentais para a melhoria da qualidade assistencial e para a efetividade das práticas em saúde.

Durante a intervenção, os profissionais tiveram acesso a conteúdos simulados que abordavam situações clínicas, estratégias de manejo e aspectos do atendimento a crianças com TEA, possibilitando a vivência prática de cenários assistenciais em ambiente controlado e educativo. Após a finalização da experiência com o óculos de realidade virtual, foi reaplicado o instrumento de avaliação do conhecimento, caracterizando o momento pós-teste (APÊNDICE C), com o objetivo de verificar possíveis mudanças no nível de conhecimento após a intervenção.

Todo o processo de coleta de dados e aplicação da intervenção foi conduzido pela pesquisadora, assegurando padronização na aplicação dos instrumentos, esclarecimento de dúvidas dos participantes e respeito aos princípios éticos, garantindo confidencialidade, anonimato e voluntariedade da participação. A pesquisa foi realizada com 5 participantes (profissionais do núcleo)

.Os dados foram organizados e sistematizados por meio da plataforma *Google Forms* possibilitando armazenamento seguro e padronização das informações. A análise dos dados ocorreu de forma quantitativa, por meio da comparação dos escores obtidos no pré-teste e no pós-testes, permitindo avaliar os efeitos da intervenção educativa mediada pelo uso do óculos de realidade virtual sobre o nível de conhecimento dos profissionais no atendimento a crianças com TEA.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A caracterização populacional evidenciou perfis sociais, econômicos e de saúde essenciais, superando visões unifatoriais. Entende-se que o TEA exige, tanto no diagnóstico quanto nas intervenções e avaliação de satisfação, uma perspectiva abrangente que contemple a complexidade e a amplitude de seus aspectos

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos respondentes do estudo, contemplando sexo, grau de parentesco com a criança e nível de escolaridade. Os dados permitem caracterizar quem são os principais informantes da pesquisa, evidenciando o predomínio de mulheres, especialmente mães, como principais cuidadoras e responsáveis pelo acompanhamento da criança. A escolaridade dos respondentes é apresentada de forma a possibilitar a compreensão do contexto educacional das famílias, variável relevante para a interpretação da compreensão das orientações em saúde e da participação no cuidado infantil.

Tabela 1 - perfil sociodemográfico dos respondentes - Redenção, 2026

Variável	Categoria	N	%
Sexo do respondente	Feminino	72	92,3
	Masculino	6	4,7
Grau de parentesco	Mãe	71	91,0

	Pai	4	5,1
	Avó	2	2,6
	Tia	1	1,3
Escolaridade	Ensino fundamental Completo	25	32,1
	Ensino Médio Completo	35	44,9
	Ensino Superior Completo	5	6,4
	Sabe ler e escrever	10	12,8
	Analfabeto (a)	3	3,8

Fonte: Autoria própria, Redenção (2026).

Verificou-se que houve predominância do sexo feminino (92,3%) como respondente, bem como, a mãe como grau de parentesco (91,0%), índice que se associa entre sexo e grau de parentesco, outros graus de parentesco também se apresentaram, estando dentre eles: pai, avó e tia. A maior parte dos respondentes relataram possuir ensino médio completo (44,9%), mas o índice de analfabetismo apareceu, mesmo que como menor índice (3,8%).

A expressividade observada de respondentes do sexo feminino, sobretudo mães, o que é recorrente em pesquisas relacionadas ao cuidado infantil, saúde e educação, refletindo a centralidade do cuidado materno no acompanhamento do desenvolvimento da criança. As mães assumem, de forma majoritária, a responsabilidade pelo seguimento terapêutico, pela comunicação com as equipes de saúde e pelo processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado dos filhos, principalmente em contextos de condições crônicas e do neurodesenvolvimento, como o TEA (SHIELDS et al., 2012; KUO et al., 2012; WOODGATE et al., 2015).

Vale ressaltar que há relações ao nosso contexto brasileiro, em que os estudos indicam que essa centralidade do cuidado materno está fortemente relacionada a determinantes sociais e de gênero, que corroboram de forma histórica as atribuições às mulheres do papel principal no cuidado em saúde da criança, o que contribui tanto para sua maior presença nos serviços quanto para a sobrecarga emocional e prática associada a esse papel (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CAMPOS, 2021), tais aspectos reforçam os achados na pesquisa da presença do

gênero feminino no cuidado à saúde da criança, mesmo que, não necessariamente, elas estejam no papel de mãe/genitora.

A escolaridade dos responsáveis concentrou-se nos níveis básico e intermediário, com predominância de ensino médio, perfil compatível com usuários de serviços públicos de saúde. Esse dado reforça a necessidade de estratégias comunicacionais acessíveis, considerando que o nível educacional influencia a compreensão de orientações técnicas e a adesão às intervenções propostas.

O desenvolvimento do letramento em saúde envolve mais do que o fornecimento de informação, exige habilidades de compreensão crítica e a capacidade de utilizar essas informações de modo eficaz (NUTBEAM, 2000), havendo uma correlação entre escolaridade, compreensão de orientações em saúde e experiência do usuário. Apesar de um estudo não recente, Pacientes com letramento em saúde limitado tendem a apresentar dificuldades significativas na comunicação com os profissionais de saúde, o que impacta diretamente a compreensão das orientações clínicas, a adesão ao tratamento e a participação ativa no cuidado. No contexto da Atenção Primária, a construção do letramento em saúde mostra-se fundamental para favorecer interações mais efetivas, promover autonomia e fortalecer a capacidade do paciente em interpretar e utilizar informações relacionadas à sua condição de saúde (SONODA; BONADIO; KRAUSER, 2024).

Além disso, estudos recentes evidenciam que indivíduos com letramento em saúde reduzido apresentam maior dificuldade em processos de tomada de decisão compartilhada, demonstrando insegurança, menor engajamento e limitações na compreensão de riscos e benefícios das condutas propostas, o que interfere na qualidade da comunicação clínica e nos desfechos assistenciais (DE GRAEF et al., 2025).

Não obstante, os estudos indicam que profissionais de saúde enfrentam desafios frequentes para se comunicar com pacientes de letramento em saúde reduzido, fortalecendo a exigência de empregar estratégias de adaptação da linguagem e uma maior sensibilidade às necessidades de compreensão dos usuários (MURUGESU et al., 2022). Evidencia-se então que há uma necessidade de adaptação no processo de comunicação, uma vez que fortalece e melhora a satisfação do usuário em relação a qualidade da assistência prestada.

A Tabela 2 descreve as principais características sociodemográficas das crianças vinculadas aos questionários, incluindo sexo, faixa etária agrupada de acordo com o desenvolvimento infantil (primeira infância e idade escolar), zona de residência e inserção

escolar. Essa organização permite compreender o perfil das crianças atendidas, destacando a presença tanto de crianças pequenas quanto em idade escolar, bem como sua inserção no ensino regular, contexto no qual emergem muitas das demandas relacionadas ao desenvolvimento e à aprendizagem, bem como, o sexo da criança com diagnóstico TEA, havendo a prevalência do sexo masculino (67,9%), estando a faixa-etária de crianças com diagnóstico inseridas em acompanhamento no NDIR na segunda infância, (51,3), sendo a idade distribuída de 0 a 7 anos, contudo, a variabilidade entre a porcentagem da 1ª infância e da 2ª infância consiste em apenas 2,6%.

Tabela 3 – Contexto familiar e condições de moradia - Redenção 2026

Variável	Categoria	n	%
Sexo da criança	Feminino	53	67,9
	Masculino	25	32,1
Faixa etária	0 - 6 anos (primeira infância)	38	48,7
	Segunda infância (7-11 anos)	40	51,3
Zona de residência	Urbana	52	66,7
	Rural	26	33,3
Inserção escolar	Matriculada na rede regular	78	100
Localidade	Outras regiões	33	42,3
	Antônio Diogo	27	34,6
	Serra	11	14,1
	Outro município	1	1,3

Fonte: Autoria própria, Redenção (2026).

Além disto, apresenta a distribuição das crianças segundo a localidade de residência no município, permitindo visualizar a abrangência territorial da demanda atendida. A análise da distribuição geográfica contribui para compreender o alcance do serviço para além da sede municipal, incluindo regiões distritais e periféricas, e indica possíveis implicações para o acesso aos serviços de saúde e para a organização da rede de atenção.

Acerca da zona de residência predomina a zona urbana (66,7%), e um fator de extrema relevância voltada para a inserção escolar dessas crianças, é que 100 estão vinculadas na rede regular de ensino.

A distribuição por localidade, de forma psicométrica é um valor que traz aspectos importantes, sendo 42,3% distribuído em outras regiões de Redenção, contudo, um número expressivo se encontra localizado no distrito de Antônio Diogo (42,3%), sendo uma diferença de apenas 7,7%.

Observou-se predominância de crianças do sexo masculino, achado amplamente descrito em estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, que indicam maior prevalência de TEA em meninos, com razão aproximada de 4:1 (LOOMES; HULL; MANDY, 2017; MAENNER et al., 2023). Embora fatores biológicos e genéticos sejam frequentemente apontados como explicativos, evidências mais recentes destacam a presença de vieses diagnósticos, sobretudo em meninas, que tendem a apresentar manifestações clínicas mais sutis, maior capacidade de camuflagem social e menor frequência de comportamentos externalizantes, contribuindo para o subdiagnóstico nesse grupo (HULL et al., 2020; MANDY; LAI, 2017). Esse aspecto torna-se ainda mais relevante em contextos de vulnerabilidade social, nos quais o acesso ao diagnóstico especializado é limitado.

Em 2021, houve uma estimativa global, de taxas padronizadas por idade de TEA foram significativamente maiores em homens do que em mulheres em nível mundial, reforçando a diferença de prevalência por sexo.

Os dados epidemiológicos atuais indicam que a prevalência do TEA é consistentemente maior entre meninos, com uma razão estimada de aproximadamente 3,4 casos em meninos para cada caso em meninas (CDC, 2025), reforçando os dados encontrados no município de Redenção.

Quanto à distribuição geográfica, identificou-se maior concentração de crianças residentes fora da sede do município, com destaque para a localidade de Antônio Diogo, indicando que a demanda pelos serviços alcança regiões distritais e periféricas. A presença pontual de respondentes de outro município sugere alcance intermunicipal do serviço. Predominou a residência em zona urbana, embora uma parcela expressiva provenha da zona rural, evidenciando a importância de estratégias que considerem barreiras de acesso e especificidades territoriais.

A literatura aponta que fatores como distância geográfica, limitações de transporte, desigualdade na distribuição de profissionais e fragilidade da atenção primária impactam diretamente o acesso ao diagnóstico precoce e à continuidade do cuidado, especialmente em

áreas rurais e de difícil acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; STARFIELD, 2011; SILVA et al., 2021). Esses fatores estruturais ajudam a compreender acerca do serviço e satisfação no atendimento, uma vez que barreiras de acesso tendem a reduzir o tempo de contato com a equipe e dificultar a compreensão das orientações em saúde.

A constatação de que todas as crianças do estudo se encontram inseridas no contexto educacional, associada ao fato de que a maior parte apresenta o esquema vacinal atualizado, evidencia a efetividade da articulação entre as políticas públicas de saúde e educação no âmbito municipal de Redenção. No Brasil, essa integração é operacionalizada, sobretudo, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo promover ações intersetoriais voltadas à prevenção de agravos, à promoção da saúde e ao fortalecimento da vigilância em saúde no ambiente escolar, incluindo a verificação da situação vacinal das crianças (BRASIL, 2007; BRASIL, 2022), no qual, irá verificar-se na tabela 6.

A distribuição etária revelou predominância de crianças em idade pré-escolar e escolar, especialmente entre 5 e 11 anos, fases marcadas por maiores demandas cognitivas, comportamentais e acadêmicas. Essas etapas são reconhecidas como períodos críticos para a identificação de dificuldades do neurodesenvolvimento, frequentemente evidenciadas no contexto escolar (FONSECA et al., 2008; PIAGET, 1978). Observou-se ainda a presença de crianças mais jovens, indicando atenção precoce ao desenvolvimento infantil, aspecto fundamental para intervenções oportunas (MENDES et al., 2025).

A Tabela 4 reúne informações relativas ao contexto familiar e habitacional das crianças, contemplando a composição domiciliar, o tipo de moradia, a identificação do chefe da família e o acesso a benefícios governamentais. Esses dados permitem caracterizar o contexto socioeconômico em que as crianças estão inseridas, fornecendo subsídios para a compreensão de fatores ambientais e sociais que podem influenciar o desenvolvimento infantil, o acesso aos serviços e a continuidade do cuidado.

As características domiciliares, predominou a composição familiar de 3 a 5 moradores no domicílio (70,5%), a moradia própria (74,4%) e a mãe como chefe da família (66,7%). Observou-se ainda que 100% das famílias eram beneficiárias de programa governamental.

Tabela 3 – Contexto familiar e condições de moradia - Redenção 2026

Variável	Categoria	n	%
Composição domiciliar	2 moradores	12	15,4
	3-5 moradores	55	70,5

	≥ 6 moradores	11	14,1
Tipo de moradia	Própria	58	74,4
	Alugada	12	15,4
	Cedida	8	10,3
Chefe da família	Mãe	52	66,7
	Pai	21	26,9
	Outros	5	6,4
Benefício governamental	Família beneficiada	78	100

Fonte: Autoria própria, Redenção (2026).

No que se refere à composição domiciliar, predominam famílias com três a cinco moradores, compatível com arranjos familiares nucleares ou levemente ampliados. Foram identificados também domicílios com até dois moradores, possivelmente relacionados a famílias monoparentais, e, em menor proporção, domicílios mais numerosos, os quais podem representar contextos de maior densidade domiciliar e desafios adicionais ao cuidado infantil, bem como, a mãe como chefe de família, traz a perspectiva e relaciona-se com os dados sobre as mulheres e mãe estarem inseridas de forma majoritária no acompanhamento pediátrico.

Quanto à situação socioeconômica, observou-se que todas as famílias são beneficiárias de programas governamentais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Bolsa Família, evidenciando um contexto de vulnerabilidade social. Esse achado reforça a importância da articulação entre políticas públicas de saúde, educação e assistência social para o enfrentamento das desigualdades e promoção do desenvolvimento infantil (UNICEF; AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2024).

O perfil socioeconômico das famílias evidenciou um contexto de expressiva vulnerabilidade social, caracterizado pela dependência de benefícios governamentais, baixos níveis de escolaridade dos cuidadores e pela predominância de domicílios chefiados por mulheres. Tais condições configuram importantes determinantes sociais da saúde, os determinantes sociais da saúde são definidos como as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo a distribuição de poder, renda e recursos que moldam essas circunstâncias e influenciam de forma significativa os resultados de saúde e as desigualdades entre grupos populacionais (MAGNAN, 2017; WHO, 2025).

Nesse sentido, determinantes sociais como renda, educação e condições de vida influenciam a distribuição dos resultados em saúde e o acesso aos serviços, sendo fundamentais para a compreensão das desigualdades em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025), exercem influência direta sobre o desenvolvimento infantil, o acesso aos serviços de saúde e a forma como as informações em saúde são compreendidas e utilizadas.

Famílias em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores dificuldades na navegação pelos serviços de saúde, na compreensão de informações técnicas e na adesão às intervenções propostas, o que repercute negativamente tanto nos desfechos clínicos quanto nos níveis de satisfação com o cuidado recebido (BRADSHAW et al., 2021; EMERSON et al., 2022).

Os determinantes sociais da saúde, incluindo fatores econômicos, culturais e de condições de vida, influenciam a situação de saúde da população, e é fundamental para compreender as desigualdades e as demandas por serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). No que se refere desenvolvimento infantil, esses determinantes articulam-se de forma indissociável às condições vivenciadas desde período gestacional e perinatal, às diversas etapas do desenvolvimento, sendo as iniciais reconhecidas como críticas para a constituição do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança.

Diversas evidências recentes, fatores perinatais, incluindo biológicos, psicossociais e ambientais influenciam de forma significativa o desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico e emocional de crianças nos primeiros anos de vida (ATATELL et al., 2025), destacando a importância de sua compreensão, reforçando que as condições gestacionais e perinatais estão dentro de um aspecto mais amplo de determinantes sociais, os quais se manifestam em diferenças nos percursos de desenvolvimento infantil (CLIFFORD, 2025).

A tabela 5 sintetiza informações relacionadas às condições gestacionais e ao momento do parto, incluindo planejamento da gestação, presença de estressores durante a gravidez, realização de pré-natal, suplementação vitamínica, tipo de parto e idade gestacional ao nascimento. Esses dados permitem contextualizar aspectos do período pré-natal e perinatal das crianças, reconhecidos na literatura como fatores relevantes para o desenvolvimento infantil e para a compreensão de possíveis riscos e fatores protetivos.

Descreve-se na tabela 5 e fica claro que quanto às características gestacionais e perinatais, observou-se predominância de gestações não planejadas (64,1%), bem como a presença de estressores durante a gestação (50,0%). Em relação ao uso de substâncias psicoativas, a maioria das participantes negou uso (92,3%). Verificou-se elevada proporção de realização de pré-natal regular (97,4%) e de suplementação vitamínica durante a gestação

(93,6%). No que se refere ao tipo de parto, predominou o parto cesáreo (57,7%), e, quanto à idade gestacional ao nascimento, a maioria das crianças nasceu a termo (85,9%).

Tabela 4 – Características gestacionais e do parto - Redenção, 2026

Variável	Categoria	N	%
Gestação planejada	Não	50	64,1
	Sim	28	35,9
Estressores na gestação	Sim	39	50
	Não	39	50
Uso de substâncias psicoativas	Não	72	92,3
	Sim	6	7,7
Pré-natal regular	Sim	76	97,4
	Não	2	2,6
Suplementação vitamínica	Sim	73	93,6
	Não	5	6,4
Tipo do parto	Cesáreo	45	57,7
	vaginal	33	42,3
Idade gestacional	A termo	61	85,9
	Pré-termo	8	10,3
	Não sabe	3	3,8

Fonte: Redenção (2026).

Em relação aos aspectos gestacionais, observou-se elevada frequência de gestações não planejadas e presença relevante de estressores psicossociais durante a gestação, fatores associados na literatura a desfechos adversos maternos e infantis (VEHMEIJER et al., 2018). A maioria das participantes realizou acompanhamento pré-natal regular e suplementação vitamínica, configurando importantes fatores protetivos. Predominaram partos cesáreos, achado compatível com o cenário nacional (FARR et al., 2024).

Grande parte dos respondentes não soube informar dados perinatais específicos, como peso, comprimento e escore de Apgar ao nascer, o que limita análises mais aprofundadas desses

indicadores. Ainda assim, entre os casos informados, observou-se predominância de nascimentos a termo e parâmetros considerados adequados.

Estudos evidenciam que a confiabilidade da recordação parental, embora as informações como peso ao nascer e idade gestacional sejam geralmente bem recordadas, a precisão desses dados pode variar conforme características socioeconômicas dos cuidadores e o número de filhos na família, o que pode explicar essa ausência de dados lembrados (SWENNE et al., 2024), no qual, os dados desta pesquisa quanto aos aspectos educacionais e socioeconômicos reforçam o aspecto supracitado, em que a ausências desses dados podem associar-se ao nível educacionais e encômios dos respondentes/cuidadores.

A Tabela 6 apresenta informações referentes ao diagnóstico e ao acompanhamento das crianças, incluindo idade ao diagnóstico, nível de suporte, tempo de acompanhamento na instituição, realização de acompanhamento fora da rede municipal e situação vacinal. Essa tabela permite compreender o percurso assistencial das crianças, o momento de identificação do transtorno, o grau de suporte necessário e a articulação com a rede de cuidados, aspectos fundamentais para a análise da atenção oferecida às crianças com TEA.

No qual observa-se que a maior parte dos diagnósticos ocorreu entre 3 e 6 anos de idade (50,0%), enquanto a menor proporção correspondeu aos responsáveis que não souberam informar a idade ao diagnóstico (5,1%). Em relação ao nível de suporte, predominou a categoria “não sabe” (48,7%), ao passo que o Nível 3 apresentou a menor frequência (6,4%).

Quanto ao tempo de acompanhamento, verificou-se maior prevalência de crianças com acompanhamento igual ou superior a um ano (67,9%). No que se refere ao acompanhamento externo, a maioria das crianças não realizava acompanhamento fora do serviço (87,2%) e quanto à situação vacinal, observou-se elevada proporção de crianças com vacinação atualizada (92,3%).

Tabela 5 - Diagnóstico, acompanhamento e rede de cuidado - Redenção, 2026

Variável	Categoria	N	%
Idade ao diagnóstico	≤ 2 anos	16	20,6
	3 - 6 anos	39	50,0
	7- 11 anos	19	24,4
	Não sabe	4	5,1
Nível de suporte	Nível 1	21	26,9
	Nível 2	14	17,9

	Nível 3	5	6,4
	Não sabe	38	48,7
Tempo de acompanhamento	< 1 ano	25	32,1
	≥ 1 ano	53	67,9
Acompanhamento externo	Não	68	87,2
	Sim	10	12,8
Vacinação atualizada	Sim	72	92,3
	Não/Não sabe	6	7,7

Fonte: Autoria própria (2026).

Quanto ao contexto educacional, todas as crianças encontravam-se matriculadas na rede regular de ensino, evidenciando que as demandas identificadas emergem no ensino comum. A maioria das crianças recebeu o diagnóstico entre três e seis anos de idade, faixa considerada ideal para intervenção precoce, embora uma parcela significativa tenha recebido diagnóstico tardio, o que pode limitar o acesso oportuno a intervenções especializadas (BRUNER; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2022).

A maior parte dos responsáveis não soube informar o nível de suporte da criança, indicando lacunas de conhecimento sobre essa classificação. Entre os casos informados, predominou o nível de suporte 1, seguido dos níveis 2 e 3. A maioria das crianças encontra-se em acompanhamento na instituição há mais de um ano, evidenciando a continuidade do cuidado, o que reforça possíveis dificuldades de melhorias no processo de informação aos familiares sobre o processo diagnóstico, necessidade de melhor comunicação e inserção da família no tratamento em saúde da criança com TEA.

Quanto ao acompanhamento assistencial, a maioria das crianças encontrava-se vinculada ao serviço há mais de dois anos, favorecendo a construção de vínculo terapêutico e o monitoramento do desenvolvimento. A continuidade do cuidado é reconhecida como elemento central para o sucesso das intervenções em TEA, permitindo ajustes terapêuticos e maior envolvimento familiar (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2021). Entretanto, uma parcela expressiva das crianças recebeu diagnóstico tardio, entre 7 e 11 anos, evidenciando

limitações nos processos de identificação precoce, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social (DANIELS & MANDELL, 2014; ZWAIGENBAUM et al., 2022).

Observou-se elevada adesão ao calendário vacinal, configurando importante indicador de cuidado preventivo, embora algumas lacunas de informação persistam, reforçando a necessidade de ações intersetoriais para fortalecimento da promoção da saúde infantil.

Estudos demonstram que a vinculação das ações de imunização ao contexto escolar contribui significativamente para o aumento da cobertura vacinal, uma vez que a escola se configura como espaço estratégico para identificação de esquemas incompletos, orientação às famílias e encaminhamento aos serviços de saúde (DOMINGUES et al., 2019). Evidências internacionais também indicam que políticas que articulam frequência escolar e imunização estão associadas a melhores índices de vacinação e maior proteção coletiva contra doenças imunopreveníveis (OBAID et al., 2019). Nesse sentido, os achados do presente estudo reforçam que a integração entre os setores de saúde e educação no contexto municipal constitui um fator central para a efetividade das ações de cuidado integral à infância.

Estudos demonstram que a vinculação das ações de imunização ao contexto escolar contribui significativamente para o aumento da cobertura vacinal, uma vez que a escola se configura como espaço estratégico para identificação de esquemas incompletos, orientação às famílias e encaminhamento aos serviços de saúde (DOMINGUES et al., 2019).

Torna-se evidente, os dados do presente estudo reforçam o alinhamento entre os dados 100% das crianças com TEA estavam vinculadas à rede regular de ensino e o grande percentual de crianças apresentavam-se com vacinação atualizada, indicando a relevância da articulação entre os setores da saúde e da educação para a garantia do cuidado integral. No Brasil, essa integração é operacionalizada, sobretudo, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo promover ações intersetoriais voltadas à prevenção de agravos, à promoção da saúde e ao fortalecimento da vigilância em saúde no ambiente escolar, incluindo a verificação da situação vacinal das crianças (BRASIL, 2007; BRASIL, 2022).

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos profissionais envolvidos no atendimento às crianças, considerando respostas múltiplas, uma vez que cada criança pode ser acompanhada por mais de uma categoria profissional, evidenciando maior atendimentos no campo da psicologia (80,8%) e um menor índice nos atendimentos na área da Fisioterapia (6,4).

Tabela 6 – Profissionais envolvidos no atendimento - Redenção, 2026

Profissional	%
Psicologia	80,8

Fonoaudiologia	61,5
Terapia Ocupacional	56,4
Psicopedagogia	37,2
Nutrição	16,7
Fisioterapia	6,4

Fonte: Autoria própria (2026).

Os dados evidenciam a predominância do acompanhamento psicológico, seguido pelos atendimentos fonoaudiológicos e de terapia ocupacional, indicando que as principais demandas assistenciais concentram-se nos aspectos emocionais, comportamentais, comunicacionais e funcionais do desenvolvimento infantil.

A participação da psicopedagogia revela a presença de demandas relacionadas ao processo de aprendizagem e ao contexto escolar, enquanto a menor frequência de atendimentos nutricionais e fisioterapêuticos sugere que alterações alimentares e motoras, embora presentes, não constituem as demandas centrais da população atendida, este dado, associa-se aos dados em que a maioria das crianças estão em idade de grande carga cognitiva, idade pré-escolar e todas inseridas no contexto educacional. Esse perfil de acompanhamento reflete a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, com foco prioritário nas áreas mais diretamente relacionadas às características do TEA, sem desconsiderar a importância de intervenções complementares conforme as necessidades. Finalizada a apresentação da caracterização dos participantes, será realizada a exposição dos dados relacionados à avaliação da satisfação dos usuários.

Os resultados do presente estudo evidenciam um conjunto articulado de características sociodemográficas, territoriais, gestacionais e assistenciais que dialogam de forma consistente com o referencial teórico-científico contemporâneo, ao mesmo tempo em que revelam especificidades relevantes do contexto investigado. A análise integrada desses achados permite compreender como fatores individuais, familiares, sociais e estruturais se inter-relacionam no cuidado às crianças com TEA, influenciando tanto o acesso aos serviços quanto a experiência de cuidado e a satisfação dos usuários.

A escala *Service Satisfaction Scale - Pediatric Quality of Life Inventory (SSS-PedsQL)*, composto por 24 itens distribuídos em seis domínios. As respostas foram registradas em escala *Likert* de cinco pontos, na qual escores mais elevados indicam maior nível de satisfação com os serviços prestados.

A tabela 1 apresenta os resultados simulados do instrumento *Service Satisfaction Scale - Pediatric Quality of Life Inventory* (SSS-PedsQL), evidenciando a percepção de pais e/ou cuidadores quanto à satisfação com os serviços de saúde ofertados às crianças com TEA. Foram descritas as médias gerais do instrumento e de seus domínios específicos, contemplando aspectos relacionados à informação, comunicação, inclusão da família, habilidades técnicas, necessidades emocionais e satisfação geral, permitindo uma análise abrangente da qualidade da assistência prestada sob a ótica dos usuários.

Tabela 7- Resultados simulados do sss-PedsQL - Redenção, 2026

Domínio	Média
INFORMAÇÃO	
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre o diagnóstico do seu filho?	3,18
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre o tratamento/terapias do seu filho?	3,34
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre os possíveis desconfortos/efeitos colaterais da terapia/tratamento do seu filho?	2,96
Qual o seu nível de satisfação com a informação sobre os resultados das avaliações do seu filho?	3,11
Qual o seu nível de satisfação com a frequência com que você é atualizado sobre o desenvolvimento do seu filho?	3,04
INCLUSÃO DA FAMÍLIA	
Qual o seu nível de satisfação com a atenção dada a você e sua família durante o atendimento ao seu filho?	3,46
Qual o seu nível de satisfação com a boa vontade da equipe de saúde em responder as perguntas feitas por você e pela sua família?	3,58
Qual o seu nível de satisfação com o envolvimento de você e de sua família nas decisões e discussões sobre os cuidados do seu filho?	3,21
Qual o seu nível de satisfação com o tempo dedicado pela equipe de saúde para responder às possíveis dúvidas sobre a saúde do seu filho?	3,32
COMUNICAÇÃO	
Qual o seu nível de satisfação com as explicações dadas a você e a sua família sobre o Transtorno do Espectro Autista e as terapias de uma forma que vocês possam entender?	3,36
Qual o seu nível de satisfação com o tempo gasto pela equipe de saúde com explicações sobre o TEA e as terapias do seu filho?	3,22
Qual o seu nível de satisfação com a forma em que a equipe de saúde ouve você e suas preocupações?	3,52
Qual o seu nível de satisfação com a sua preparação para lidar com exames, procedimentos ou terapias do seu filho?	3,28
Qual o seu nível de satisfação com a preparação do seu filho para enfrentar procedimentos ou terapias, respeitando suas particularidades sensoriais e emocionais?	3,09
HABILIDADES TÉCNICAS	
Qual o seu nível de satisfação com a capacidade da equipe de saúde para lidar com as necessidades específicas do seu filho (ex. sensibilidade sensorial, dificuldades de comunicação)?	4,19
Qual o seu nível de satisfação com o esforço da equipe de saúde para que seu filho fique confortável e não se sinta sobrecarregado durante o atendimento?	4,31
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de tempo gasta pela equipe de saúde com o objetivo de melhorar as condições do retorno para casa?	4,01
NECESSIDADES EMOCIONAIS	

Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de tempo dada para seu filho brincar, se expressar e manifestar seus sentimentos e preocupações?	3,24
Qual o seu nível de satisfação com a atenção dada aos sentimentos do seu filho?	3,39
Qual o seu nível de satisfação com o suporte emocional que você recebe da equipe de saúde?	3,18
SATISFAÇÃO GERAL	
Qual o seu nível de satisfação com os cuidados que o seu filho está recebendo?	4,14
Qual o seu nível de satisfação com o jeito amigável e carinhoso da equipe de saúde?	4,28
Qual o seu nível de satisfação com a maneira que seu filho está sendo tratado?	4,32

Fonte: Autoria própria, (2026).

Verificou-se, de modo geral, os resultados indicam nível de satisfação global moderado a elevado dos familiares, com destaque para os domínios Habilidades Técnicas e Satisfação Geral, que apresentaram os maiores escores, refletindo reconhecimento da competência profissional e da qualidade do atendimento. Em contrapartida, os domínios Informação, Comunicação, Inclusão da Família e Necessidades Emocionais apresentaram médias intermediárias, sugerindo fragilidades relacionadas ao cuidado ampliado e centrado na família, o que aponta para a necessidade de aprimoramento das estratégias de comunicação, educação em saúde e fortalecimento da participação dos familiares no processo de cuidado.

A avaliação da satisfação dos familiares por meio do *Service Satisfaction Scale - Pediatric Quality of Life Inventory* (SSS-PedsQL) obteve uma média geral de 3,58, evidenciando um nível de satisfação global moderado a elevado em relação aos serviços prestados às crianças com TEA. Esse resultado sugere que os cuidadores reconhecem positivamente a qualidade da assistência recebida. Embora a análise por domínios revele assimetrias importantes entre os componentes técnicos e relacionais do cuidado, aspecto frequentemente descrito na literatura sobre qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1988; WARE et al., 1983).

A média geral de 3,13 do domínio Informação apresenta satisfação intermediária quanto ao acesso, clareza e suficiência das informações fornecidas pela equipe de saúde. Observa-se menor satisfação, especialmente, nos itens relacionados à informação sobre possíveis desconfortos e efeitos colaterais das terapias (2,96) e à frequência de atualização sobre o desenvolvimento da criança (3,04). Este resultado indica fragilidades no processo informacional, aspecto central no cuidado de crianças com TEA, uma vez que a compreensão adequada das intervenções, de seus riscos e benefícios é fundamental para a adesão ao tratamento e para a tomada de decisões compartilhadas.

No domínio Inclusão da Família, a média geral foi de 3,39, indicando percepção moderada quanto ao envolvimento dos familiares no processo de cuidado e nas decisões relacionadas ao atendimento da criança. Embora a boa vontade da equipe em responder às

perguntas tenha obtido média relativamente mais elevada (3,58), o envolvimento efetivo da família nas decisões e discussões sobre os cuidados apresentou escore inferior (3,21).

Esse resultado sugere que a participação familiar ocorre, predominantemente, em um nível informativo, de forma limitada e à tomada de decisão compartilhada. Contudo, é um domínio central, uma vez que os cuidadores desempenham papel importante na continuidade das intervenções e no desenvolvimento da criança. Já que o cuidado centrado na família está associado a melhores desfechos clínicos, maior adesão às intervenções e maior satisfação com os serviços de saúde (SHIELDS et al., 2012; KUO et al., 2012). Em crianças com TEA, a participação ativa da família é imprescindível nas intervenções, contribuindo para a efetividade do cuidado e para o desenvolvimento da criança (ZWAIGENBAUM et al., 2015; CAMPOS, 2021).

De forma geral, os resultados evidenciam maior satisfação nos domínios relacionados às habilidades técnicas e à satisfação geral, indicando reconhecimento da competência profissional e da qualidade assistencial. Em contrapartida, os domínios informação, comunicação, inclusão da família e necessidades emocionais apresentaram médias intermediárias, apontando fragilidades relacionadas ao cuidado ampliado e centrado na família, reforçando a necessidade de investimentos em estratégias comunicacionais, educação em saúde e maior participação ativa dos familiares no processo de cuidado da criança com TEA. A competência técnica destes profissionais é um fator essencial para a qualidade da assistência prestada, gerando influência direta na forma como os usuários percebem o cuidado recebido e o seu nível de satisfação em relação aos serviços de saúde prestados. (DONABEDIAN, 1988).

A qualidade técnica dos processos de cuidado é um determinante central da satisfação dos usuários, especialmente quando associada à resolutividade e ao manejo adequado das necessidades de saúde (STARFIELD, 2002). Onde esses usuários se relacionam com serviços de saúde e à percepção em relação competência técnica, segurança e forma efetiva das intervenções realizadas pelos profissionais (WARE et al., 1983

As evidências dos relatos sobre a competência técnica dos profissionais e integração se afirma como um dos principais determinantes da satisfação dos usuários com os serviços de saúde (FERREIRA et al., 2023), bem como, a competência, confiabilidade e atendimento técnico influenciam diretamente a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde (HOSSEINZADEH et al., 2024).

O nível de satisfação do usuário com o cuidado é ligado pela expressão de afetividade e comunicação entre profissional e paciente, fatores que compõem habilidades às técnicas ampliadas e que vão para além do saber técnico (CAMPOS, 2021) e que os aspectos

relacionados à qualidade do atendimento e à forma como as orientações são prestadas influenciam a percepção da assistência pelos usuários (CANTALINO et al., 2021).

A partir dos dados obtidos, o bom desempenho no domínio Habilidades Técnicas pode ter contribuído para os níveis de satisfação dos usuários, sugerindo que a competência técnica e o manejo adequado tendem a influenciar positivamente a percepção dos familiares acerca do atendimento recebido. Nesse sentido, evidencia-se que o nível de conhecimento dos profissionais e o desenvolvimento de suas habilidades técnicas podem estar interligados à satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes constitui componente essencial da qualidade assistencial, uma vez que influencia diretamente a compreensão das orientações, a adesão às intervenções e a satisfação com o cuidado recebido. Essa competência pode ser desenvolvida e aprimorada por meio de processos estruturados de capacitação, dentre eles; treinamentos em comunicação centrada no paciente, uso de linguagem clara, simulação clínica e estratégias imersivas que aproximam o profissional da realidade vivenciada pelo usuário. Tais intervenções favorecem a adaptação da linguagem ao perfil do paciente e de sua família, fortalecem o vínculo terapêutico e qualificam a experiência do cuidado (NUTBEAM, 2000; SHARKIYA et al., 2023; FOUCAULT-FRUCHARD et al., 2024; SAYFI et al., 2024).

Uma pesquisa recente analisou o desempenho da comunicação dos profissionais no contexto da promoção do letramento em saúde, trazendo a reafirmando a importância do uso de linguagem acessível e estratégias comunicacionais para melhorar a compreensão (CESAR et al., 2024).

Portanto, o presente estudo destaca que o nível educacional se mostra central para compreender a coexistência de elevada satisfação com as habilidades técnicas da equipe e avaliações mais baixas nos domínios relacionados à informação e comunicação que acionam dificuldades de acesso à compreensão em saúde.

Esses achados corroboram estudos que indicam que a qualidade do cuidado em saúde não se sustenta exclusivamente na competência técnica, mas depende fortemente de comunicação eficaz, escuta ativa, acolhimento e participação compartilhada no cuidado (STREET et al., 2021; BARRY & EDGEMAN-LEVITAN, 2023).

A literatura aponta que a satisfação dos cuidadores de crianças com condições crônicas, como o TEA, está associada a múltiplas dimensões do cuidado, sendo os fatores relacionais frequentemente mais determinantes do que os aspectos técnicos isolados. Estudos recentes demonstram que comunicação clara, empatia e coordenação do cuidado são preditores robustos

de satisfação parental, mesmo em contextos nos quais a competência técnica é reconhecida (KILMER et al., 2025; ALZAYED et al., 2025; MARTIN et al., 2024).

Contudo, os achados relativos às médias intermediárias nos domínios Informação, Comunicação e Inclusão da Família também podem trazer evidências, nas quais dão subsídio a futuras pesquisas, sobre um problema estrutural recorrente: a sobrecarga dos profissionais frente às demandas cognitivas, comportamentais e de acompanhamento contínuo exigidas por crianças em idade pré-escolar e escolar, sobretudo aquelas com necessidades de neurodesenvolvimento.

A sobrecarga de trabalho, deficiência de pessoal especializado e níveis crescentes de estresse nos processos de trabalho podem estar associados a redução do tempo de contato, havendo uma menor comunicação a partir das explicações menores e inferiores adaptação linguística às necessidades familiares, afetando a experiência do cuidado (SOUZA; SOUSA, 2023; BABALOLA et al., 2024).

Estudos recentes reafirmam que a fadiga ocupacional e transtornos mentais, como a síndrome de burnout entre profissionais de saúde, estão associados a impactos diretos na qualidade do cuidado ao paciente, incluindo redução da empatia, aumento do distanciamento emocional e comprometimento da eficácia no atendimento (NASCIMENTO, 2024). Nesse sentido, a compreensão da qualidade da assistência exige não apenas a análise das condições de trabalho dos profissionais, mas também a consideração dos contextos sociais e familiares nos quais os usuários estão inseridos, uma vez que tais fatores influenciam o acesso aos serviços, a continuidade do cuidado e a forma como o atendimento é experienciado pelas famílias.

Por outro lado, os cuidadores dos quais possuem maior atribuições pelo cuidado apresentam uma maior tendência à criação de expectativas mais elevadas em relação à clareza das informações, à qualidade da comunicação e ao acolhimento por parte das equipes de saúde, podendo assim contribuir para avaliações mais críticas nesses domínios, mesmo quando a competência técnica do atendimento é reconhecida como satisfatória (WARE et al., 1983; STARFIELD, 2002), dado que reforça os aspectos de gênero sobre a forma como o atendimento e a assistência é prestada, relacionando-se aos aspectos de satisfação descrito, como o índice de comunicação e inserção da família, elencado com os aspectos de gênero descritos nesta pesquisa.

Fatores estruturais também ajudam a compreender as médias intermediárias observadas nos domínios de informação, comunicação e inclusão da família, uma vez que barreiras de acesso tendem a reduzir o tempo de contato com a equipe e dificultar a compreensão das orientações em saúde (SILVA, 2024; SOUZA, 2025), bem como, tais barreiras de comunicação

e de acesso aos serviços de saúde podem comprometer a compreensão dos usuários quanto às orientações e a qualidade do cuidado prestado (MONTEIRO et al., 2025).

Pode-se dizer a partir disto que, a comunicação é uma competência técnica ampliada, que precisa ser treinada e aprimorada, impactando assim na melhoria do atendimento e satisfação do usuário. Diante disto, a análise da satisfação dos familiares realizada de forma articulada à caracterização da população pesquisada, uma vez que o questionário desenvolvido possibilitou compreender não apenas a percepção sobre os serviços de saúde, mas também os contextos perinatais, diagnósticos e os aspectos sociodemográficos e sociais das famílias.

Essa abordagem integrada permitiu interpretar os resultados de satisfação diante das condições de vida, do nível educacional e das demandas específicas dos usuários, evidenciando a influência desses fatores na forma como as informações são compreendidas, na comunicação estabelecida com a equipe de saúde e na experiência ampliada sobre cuidado.

5.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO

A validade de conteúdo do instrumento foi analisada quantitativamente por meio do CVC. Participaram do processo 11 juízes especialistas, que avaliaram os 30 itens do instrumento quanto aos critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos. Os valores de CVC por item variaram entre 0,87 e 0,98, indicando elevados níveis de concordância entre os juízes.

O Coeficiente de Validade de Conteúdo Global (CVCglobal), obtido a partir da média dos CVCs corrigidos dos 30 itens, apresentou valor de 0,93, o que indica excelente validade de conteúdo. Esse resultado evidencia que, no conjunto, o instrumento é claro, pertinente e teoricamente representativo do construto avaliado.

No critério clareza da linguagem, os valores de CVC corrigidos variaram aproximadamente entre 0,78 e 0,98. Alguns itens apresentaram índices ligeiramente inferiores ao ponto de corte recomendado na literatura ($\geq 0,80$), indicando a necessidade de ajustes linguísticos. Esses achados convergem com os resultados da análise qualitativa, na qual os juízes sugeriram simplificação textual, substituição de termos técnicos e correções gramaticais. Após as reformulações realizadas, todos os itens atingiram valores considerados satisfatórios.

Em relação à pertinência prática, os índices de CVC corrigidos mostraram-se consistentemente elevados, predominantemente acima de 0,90, demonstrando que os juízes consideraram os itens adequados, aplicáveis e relevantes para o contexto clínico e profissional

ao qual o instrumento se destina. Esse resultado evidencia forte alinhamento entre os conteúdos avaliados e a prática assistencial.

Quanto à relevância teórica, observou-se o melhor desempenho entre os critérios analisados, com valores frequentemente iguais ou superiores a 0,96, e diversos itens alcançando índices próximos a 0,98. Esses dados indicam elevado consenso entre os juízes quanto à coerência conceitual dos itens com o construto teórico proposto, reforçando a robustez teórica do instrumento.

A convergência entre os resultados quantitativos e qualitativos reforça a consistência do processo de validação, uma vez que os itens com menores índices quantitativos foram os mesmos que receberam maior número de sugestões qualitativas, principalmente relacionadas à clareza da redação e à terminologia utilizada. Após as reformulações realizadas, todos os itens atingiram valores considerados satisfatórios, conforme apresentados na Tabela 8, confirmando a validade de conteúdo do instrumento.

Tabela 8 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos itens do instrumento.

Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos itens do instrumento, segundo clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica				
Item	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica	CVC - Médio
Q.1	0,85	0,96	0,96	0,92
Q.2	0,96	0,96	0,96	0,96
Q.3	0,96	0,98	0,98	0,97
Q.4	0,92	0,98	0,98	0,96
Q.5	0,85	0,96	0,96	0,92
Q.6	0,85	0,96	0,96	0,92
Q.7	0,87	0,98	0,98	0,94
Q.8	0,87	0,96	0,96	0,93
Q.9	0,89	0,89	0,89	0,89
Q.10	0,90	0,92	0,92	0,91
Q.11	0,78	0,92	0,92	0,87

Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos itens do instrumento, segundo clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica

Item	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica	CVC - Médio teórica
Q.12	0,96	0,96	0,96	0,96
Q.13	0,92	0,96	0,96	0,95
Q.14	0,90	0,98	0,98	0,95
Q.15	0,89	0,94	0,94	0,92
Q.16	0,94	0,94	0,96	0,95
Q.17	0,92	0,92	0,92	0,92
Q.18	0,85	0,89	0,90	0,88
Q.19	0,87	0,94	0,94	0,92
Q.20	0,89	0,94	0,94	0,92
Q.21	0,89	0,98	0,98	0,95
Q.22	0,90	0,96	0,92	0,93
Q.23	0,85	0,92	0,87	0,88
Q.24	0,85	0,94	0,94	0,93
Q.25	0,90	0,94	0,94	0,93
Q.26	0,92	0,94	0,94	0,93
Q.27	0,96	0,98	0,98	0,97
Q.28	0,98	0,98	0,98	0,98
Q.29	0,94	0,96	0,96	0,95
Q.30	0,92	0,96	0,96	0,95

Fonte: Autoria própria, (2026).

De modo geral, os resultados demonstram que o instrumento apresenta adequação teórica e prática, com alto grau de concordância entre especialistas, atendendo aos critérios psicométricos recomendados para estudos de construção e validação de instrumentos. Assim, o instrumento pode ser considerado validado quanto à evidência de validade de conteúdo, estando apto para aplicação em estudos empíricos e contextos de pesquisa científica

A comparação entre a versão inicial do instrumento (pré-avaliação) e a versão reformulada após a análise dos juízes especialistas (pós-avaliação) evidencia avanços significativos na clareza, precisão conceitual e adequação clínica dos itens. Na versão pré-avaliação, os itens apresentavam formulações mais diretas e simplificadas, cumprindo o papel de avaliar conhecimentos gerais sobre o manejo de crianças com TEA. Contudo, em alguns casos, observava-se linguagem excessivamente breve, alternativas menos contextualizadas e menor detalhamento das situações clínicas, o que poderia favorecer interpretações ambíguas ou respostas baseadas em senso comum, vale destacar que essas observações foram concluídas após análise dos juízes e percebido pela pesquisadora após as observações realizadas, mesmo o questionário possuindo o CVC desejado.

A análise do processo de validação do instrumento de avaliação do conhecimento evidenciou elevada robustez metodológica, com altos índices de validade de conteúdo, coerência teórica e pertinência prática. A convergência entre análises qualitativas e quantitativas reforça a consistência do instrumento, que se mostrou adequado tanto para avaliar o conhecimento profissional quanto o manejo do TEA sendo aplicado posteriormente nesta pesquisa.

A utilização desses referenciais assegurou que os itens do instrumento fossem elaborados com base em critérios diagnósticos reconhecidos internacionalmente, garantindo rigor técnico, padronização conceitual e coerência com as diretrizes atuais de classificação em saúde mental.

Os domínios foram selecionados com base na necessidade de contemplar, de forma abrangente e estruturada, os principais eixos que permeiam o atendimento à criança com TEA no contexto da atenção à saúde. A definição desses domínios considerou os referenciais diagnósticos vigentes, as evidências científicas sobre manejo clínico e comportamental, bem como as demandas observadas na prática assistencial.

A organização em cinco domínios permitiu abarcar desde a compreensão das características centrais do TEA até aspectos relacionados à comunicação, manejo comportamental, intervenções clínicas e participação da família, assegurando que o instrumento avaliasse não apenas o conhecimento teórico, mas também sua aplicabilidade prática no cotidiano profissional. Além disso, a estruturação por domínios favorece a análise específica de lacunas de conhecimento em áreas distintas, possibilitando intervenções formativas mais direcionadas e estratégicas.

O *Domínio 1*, denominado Características do TEA, contempla aspectos relacionados à identificação dos sinais e sintomas, incluindo prejuízos na comunicação social, padrões comportamentais restritos e repetitivos, alterações sensoriais e necessidades específicas da criança, buscando avaliar a compreensão fundamental sobre a condição. O *Domínio 2*, Comunicação e Interação, aborda estratégias de comunicação adaptada, uso de linguagem clara e objetiva, recursos de comunicação alternativa e aumentativa, bem como práticas voltadas à redução de sobrecarga sensorial e à promoção de interações mais acolhedoras e eficazes no contexto assistencial. O *Domínio 3*, Comportamento e Manejo, refere-se ao entendimento dos antecedentes e consequências comportamentais, ao manejo da resistência ao atendimento e às estratégias de regulação emocional, avaliando a capacidade do profissional em interpretar comportamentos como formas de comunicação e intervir de maneira adequada diante de situações de crise. O *Domínio 4*, Cuidado Clínico e Intervenções, contempla a adaptação do ambiente físico, utilização de recursos como organização sensorial do espaço, ajustes no atendimento clínico e intervenções compatíveis com as necessidades individuais da criança com TEA. Por fim, o *Domínio 5*, Família, Direitos e Práticas Profissionais, envolve a compreensão do papel da família no processo terapêutico, a importância da abordagem colaborativa e humanizada, o conhecimento sobre os direitos da pessoa com TEA e a atuação ética e interdisciplinar, reforçando a centralidade do cuidado integral e centrado na criança e em sua rede de apoio.

Dessa forma, a seleção dos domínios buscou garantir coerência conceitual, alinhamento com os critérios diagnósticos internacionais e pertinência às demandas reais do serviço de saúde, fortalecendo a validade e a utilidade do instrumento no contexto investigado.

A etapa de análise por juízes especialistas contou com a participação de 11 profissionais da área da saúde, com idades variando entre 26 e 46 anos, configurando um grupo heterogêneo e representativo quanto à maturidade profissional. Observou-se predominância de participantes nas faixas etárias adulta jovem e adulta média, sendo que as idades entre 26 e 45 anos corresponderam individualmente a 9,1% da amostra (um participante por faixa etária), enquanto a idade de 46 anos concentrou 18,2% (dois participantes). Essa diversidade etária favorece a incorporação de distintas perspectivas teóricas, níveis de experiência e práticas assistenciais na avaliação do instrumento.

Quanto à formação profissional, verificou-se que 63,6% (n = 7) dos juízes eram enfermeiros e 36,4% (n = 4) psicólogos, todos com atuação na área da saúde. Entre os

psicólogos, destacou-se a predominância de formação e atuação em neuropsicologia, área diretamente relacionada ao construto avaliado, reforçando a adequação técnica e conceitual do julgamento realizado. No que se refere à ocupação profissional, observou-se que a maioria dos juízes exercia atividades acadêmicas e assistenciais: seis participantes (54,5%) atuavam como docentes de nível superior, três (27,3%) como neuropsicólogos, um (9,1%) como psicóloga clínica e um (9,1%) como enfermeira e mestre. Esse perfil evidencia equilíbrio entre experiência clínica, ensino e pesquisa, favorecendo uma análise crítica tanto do embasamento teórico quanto da aplicabilidade prática do instrumento.

Em relação ao tempo de atuação profissional geral, constatou-se ampla variação, entre 2 e 21 anos de experiência, com predominância de profissionais com dois anos de atuação (27,3%). Os demais tempos de experiência variaram entre 6 e 21 anos, cada um correspondendo a 9,1% da amostra. Essa heterogeneidade contribui para avaliações que contemplam tanto profissionais em fase de consolidação da prática quanto aqueles com trajetória profissional mais extensa. Quanto à titulação acadêmica, observou-se elevado nível de qualificação: 81,8% (n = 9) possuíam especialização, 63,6% (n = 7) mestrado e 54,5% (n = 6) doutorado, reforçando o rigor metodológico do processo de validação.

Todos os juízes (100%) relataram experiência na área da saúde da criança, com tempo de atuação específico variando entre 1 e 17 anos, aspecto particularmente relevante, considerando que o instrumento avaliado é direcionado ao atendimento de crianças com TEA. No que se refere à formação, estudos e atuação específicos na área do TEA, verificou-se que 81,8% (n = 9) dos juízes relataram possuir estudos na área, enquanto 18,2% (n = 2) informaram não possuir formação específica. Quanto à experiência em pesquisa científica relacionada ao TEA, observou-se que 54,5% (n = 6) relataram desenvolver ou já ter desenvolvido pesquisas na área, enquanto 45,5% (n = 5) não possuíam experiência direta nesse campo.

Em relação à produção científica, constatou-se que a maioria dos juízes (81,8%; n = 9) não possuía publicações diretamente relacionadas ao TEA, enquanto 18,2% (n = 2) relataram publicações associadas à temática. Embora a produção científica específica tenha sido relatada por uma parcela menor, esse achado não compromete a qualidade do processo de validação, uma vez que a análise de conteúdo se beneficia da combinação entre sólida formação acadêmica, experiência clínica na saúde da criança e atuação multiprofissional. A presença de juízes com publicações contribuiu para o rigor teórico-metodológico, enquanto aqueles com atuação predominantemente clínica agregaram avaliações fundamentadas na clareza, aplicabilidade e relevância prática dos itens, sendo de fundamental importância para assegurar coerência conceitual a experiência dos mesmos (PASQUALI, 2010; LYNN, 1986).

A análise dos juízes especialistas concentrou-se na avaliação dos itens do instrumento segundo três critérios fundamentais: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

Ao final da análise qualitativa, o instrumento foi finalizado contemplando os ajustes considerados pertinentes, resultando em um produto validado quanto ao conteúdo, com estrutura clara, coerente e alinhada aos cinco domínios propostos. Observou-se que a maior parte das sugestões concentrou-se no critério de clareza da linguagem, destacando-se a necessidade de inclusão de elementos explicativos adicionais, bem como ajustes e substituições de termos teóricos, metodológicos e científicos. Também foram identificadas sugestões relacionadas a correções gramaticais, visando à eliminação de erros formais e à adoção de terminologia técnica mais precisa.

Em contrapartida, o critério de relevância teórica apresentou os melhores índices de avaliação, evidenciando elevado alinhamento conceitual dos itens com os domínios propostos e forte pertinência em relação aos objetivos do instrumento. Esse resultado indica que as questões contemplam, de forma consistente, os aspectos teóricos essenciais à avaliação do construto, reforçando a adequação e a validade de conteúdo do instrumento desenvolvido. O detalhamento das sugestões apresentadas, bem como sua aceitação ou rejeição, encontra-se descrito no Quadro 2.

O Quadro 2 apresenta a comparação entre a versão preliminar do instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais e a versão final validada, permitindo visualizar as modificações realizadas ao longo do processo de validação de conteúdo. São evidenciados os ajustes redacionais, semânticos e estruturais decorrentes das contribuições dos JE, com o objetivo de aprimorar a clareza da linguagem, a pertinência prática e a relevância teórica dos itens. A apresentação comparativa possibilita compreender o processo de refinamento do instrumento, demonstrando o rigor metodológico adotado e assegurando maior adequação científica e aplicabilidade no contexto da capacitação profissional em saúde, verificando a importância da sistemática (PASQUALI, 2010; POLIT; BECK, 2006). As alternativas corretas estão em negrito na versão pós-avaliação.

Quadro 2- Instrumento em sua versão preliminar e versão final validada.

Antes da avaliação	Sugestões acatadas	Pós-avaliação
1. Durante um atendimento, a criança com TEA pode demonstrar dificuldade de	Fiquei pensando que a alternativa A poderia ficar um pouco mais errada, sabe... porque	1. Durante o atendimento, a criança com TEA apresenta dificuldade para completar frases,

<p>completar frases, parecer inquieta e reagir a estímulos do ambiente. Esses comportamentos se relacionam principalmente a:</p> <p>a) Resistência emocional ao profissional b) Déficit de memória c) Sobrecarga sensorial d) Desobediência voluntária</p>	<p>eu sei que a resposta está no "principalmente" da pergunta, e isso ficou claro pra mim. Mas pode ser que algum profissional tenha passado pela resistência a ele, sabe. JE1</p> <p>Sugiro substituir o artigo "um" por "o" (durante o atendimento...). JE2</p> <p>Especificar o tipo de atendimento. JE3</p>	<p>demonstra agitação e inquietação motora, reage de forma intensa a estímulos como luzes fortes, sons do ambiente e ao toque, mostrando desconforto e dificuldade de permanência na atividade. Esses comportamentos se relacionam principalmente a:</p> <p>a) Dificuldades na autorregulação emocional e comportamental durante a interação clínica b) Déficit de memória c) Sobrecarga sensorial d) Desobediência voluntária</p>
<p>2. Em muitos atendimentos, a criança com TEA reage fortemente a luzes intensas, toques e ruídos. Esse quadro sugere:</p> <p>a) Problemas motores severos b) Hipersensibilidade sensorial c) Dificuldade de reconhecer objetos d) Déficits intelectuais graves</p>	<p>A questão deve trazer mais elementos que tragam relação com as crises sensoriais na pergunta, a explicação trás mais que a pergunta. Na pergunta pode colocar algo relacionado às luzes, o toque, a agitação ou inquietação devido a esses estímulos para ficar claro que a criança ficou inquieta e aguentada não por uma rigidez comportamental mas, por uma questão sensorial. JE1</p> <p>Sugiro excluir o trecho "em muitos atendimentos", a fim de tornar o enunciado mais objetivo ("a criança com TEA..."). JE2</p>	<p>2. Geralmente, a criança com TEA reage fortemente a luzes intensas, toques e ruídos, apresentando agitação, inquietação e dificuldade de manter a atenção. Esse quadro geralmente está mais frequentemente associado a:</p> <p>a) Problemas motores severos b) Hipersensibilidade sensorial c) Dificuldade de reconhecer objetos d) Déficits intelectuais graves</p>
<p>3. Movimentos repetitivos como correr em círculos, balançar as mãos ou pular sem motivo aparente, são sinais comuns em crianças com TEA. Esses movimentos podem ser denominados:</p> <p>a) Desatenção b) Estereotípias c) Comportamentos agressivos d) Falta de Limites</p>	<p>Pode inserir também um exemplo de estereotípias motora facial (caretas, abertura da boca, dos olhos), balancear a cabeça. JE1</p>	<p>3. Movimentos repetitivos como correr em círculos, balançar as mãos, pular sem motivo aparente, realizar caretas, abrir excessivamente a boca ou os olhos, bem como o balanceio da cabeça, são sinais comuns em crianças com TEA. Esses movimentos podem ser denominados:</p> <p>a) Desatenção b) Estereotípias c) Comportamentos agressivos d) Falta de Limites</p>
<p>4. A criança com TEA pode ser classificada em 3 níveis de suporte. Quando se diz que a criança apresenta TEA nível 2, significa que ela:</p> <p>a) Necessita de suporte substancial b) Não precisa de apoio para comunicação c) Tem habilidades típicas de</p>	<p>Sugiro só na explicação (que eu não sei se estará disponível no questionário final) que a última palavra (nível) sera trocada (âmbito, por exemplo), pra redação não confundir com nível de suporte. JE1</p> <p>No TEA temos 3 níveis de suporte. Quando... - só pra não ficar com palavras repetidas. JE2</p>	<p>4. Quando se diz que a criança apresenta TEA classificada como Nível de suporte 2, significa que ela:</p> <p>a) Necessita de suporte substancial b) Não precisa de apoio para comunicação c) Tem habilidades típicas de</p>

<p>linguagem d) Requer apenas suporte mínimo.</p>		<p>linguagem d) Requer apenas suporte mínimo</p>
<p>5. Em ambientes com espera prolongada e barulho, muitas crianças com TEA podem demonstrar desconforto. Por qual motivo isso acontece? a) Possuem maior sensibilidade sensorial b) Não gostam de pessoas c) O ambiente não tem brinquedos d) A família superinterpreta o comportamento</p>	<p>A pergunta está clara, mas a resposta é a explicação não.... Sugiro mudar totalmente a pessoa para entender os níveis, elas precisam ter noção do 1, 2 e 3 para compreender por comparação.... Porque na verdade as crianças têm uma tendência maior a um nível de suporte... JE3 acho pertinente substituir a palavra substancial por outra mais clara. ou então definir a palavra: substancial... JE4</p>	<p>5. Em ambientes com espera prolongada, nos quais há poucas atividades estruturadas, estímulos variados e regras sociais implícitas, muitas crianças com TEA podem apresentar desconforto e agitação. Por qual motivo isso ocorre, principalmente? a) Pela dificuldade de adaptação a rotinas previsíveis e pela rigidez comportamental diante da espera b) Pela dificuldade de compreender regras sociais em ambientes públicos c) O ambiente não tem brinquedos d) A família superinterpreta o comportamento</p>
<p>6. A evitação ou redução do contato visual é frequente em crianças com TEA, não tendo relação com falta de interesse, desobediência ou déficit cognitivo. A falta de contato visual prolongado se dá por qual motivo? a) Um comportamento comum, associado às particularidades de processamento sensorial e social da criança b) Sempre um sinal de desinteresse ou falta de vínculo afetivo c) Indicativo de déficit intelectual ou atraso global no desenvolvimento d) Consequência de falhas na educação ou na forma como a criança foi criada</p>	<p>A questão trabalha dois pontos o barulho como um ponto importante da questão sensorial e a espera que tá relacionada a rigidez comportamental, ou aborda os dois tema na pergunta e responde de forma correta ou separa em duas perguntas abordando a questão sensorial em uma e a rigidez comportamental em outra. JE1 Acho que as algumas alternativas tornaram a resposta óbvia e podem reforçar algum estigma. Sugiro colocar como alternativas: "Pela dificuldade de compreender regras sociais em ambientes públicos" em vez de "Não gostam de pessoas"; " O ambiente não tem brinquedos para manter a atenção" em vez de "O ambiente não tem brinquedos" JE2</p>	<p>6. O baixo contato visual é frequentemente observada em crianças com TEA. A diminuição do contato visual prolongado se dá por qual motivo? a) Um comportamento comum, associado às particularidades de processamento sensorial e social da criança b) Sempre um sinal de desinteresse ou falta de vínculo afetivo c) Indicativo de déficit intelectual ou atraso global no desenvolvimento d) Consequência de falhas na educação ou na forma como a criança foi criada</p>
<p>7. Os comportamentos repetitivos tendem a aumentar em crianças com TEA, principalmente em quais situações? a) A criança está relaxada b) Sempre em momentos de alegria intensa, não considerando o contexto c) Quando tentam chamar a atenção dos adultos d) Diante de situações de estresse, ansiedade ou sobrecarga sensorial</p>	<p>Rever a palavra "evitação" JE1 Pode colocar baixa trocando por redução JE2 Acho confusa a palavra "evitação" e o uso do gerúndio na frase seguinte: "não tendo"... sugiro substituir por palavra mais simples... JE3 O enunciado da pergunta já antecipa a resposta correta ao afirmar que não tem relação com</p>	<p>7. Em quais situações a criança com TEA tende a apresentar aumento de comportamentos repetitivos? a) A criança está relaxada b) Sempre em momentos de alegria intensa, não considerando o contexto c) Quando tentam chamar a atenção dos adultos d) Diante de situações de estresse,</p>

	<p>desinteresse, desobediência ou déficit cognitivo. Sugiro manter o contexto, mas reformulando para: "A evitação ou redução do contato visual é frequentemente observada em crianças com TEA. A diminuição do contato visual prolongado se dá por qual motivo?". Na alternativa b, tirar o "sempre" e colocar "reflete". JE4</p>	<p>ansiedade ou sobrecarga sensorial</p>
<p>8. Crianças com TEA podem ter dificuldades diante de mudanças inesperadas, devido à forma como processam informações e organizam sua compreensão do mundo. Nesse contexto, o uso de rotinas visuais, agendas estruturadas e da antecipação de eventos é importante porque:</p> <p>a) Ensina a criança a obedecer b) Reduz a ansiedade e comportamentos desregulados, facilitando sua compreensão c) Garante que a criança obedeça d) Evita que a família lhe apresente novas experiências</p>	<p>Sugiro apenas substituir "nesse contexto" por "neste contexto", visto que se pretende dar ênfase ao que foi apresentado. JE1</p> <p>Pode dar um exemplo na questão da mudança inesperada (como por exemplo na mudança de rotina semana e final de semana,) JE2</p> <p>As alternativas a e c repetem a mesma ideia. Sugiro trocar para "Ajuda a criança na adaptação às regras sociais"; ou "Substitui a necessidade de comunicação verbal com a criança". JE3</p>	<p>8. Crianças com TEA podem apresentar dificuldades diante de mudanças inesperadas, como alterações na rotina entre dias da semana e finais de semana, devido à forma como processam informações e organizam sua compreensão do mundo. Neste contexto, o uso de rotinas visuais, agendas estruturadas e da antecipação de eventos é importante porque:</p> <p>a) Ajuda a criança na adaptação às regras sociais b) Reduz a ansiedade e comportamentos desregulados, facilitando sua compreensão c) Substitui a necessidade de comunicação verbal com a criança d) Evita que a família lhe apresente novas experiências</p>
<p>9. É comum que crianças com TEA apresentem dificuldades na compreensão de linguagem complexa, metáforas, duplas interpretações ou instruções muito longas. Utilizar estratégias como usar frases curtas, diretas e com vocabulário simples são amplamente recomendadas nos protocolos de intervenção. Tal recomendação é importantes por que:</p> <p>a) Reduzem o tempo de atendimento b) Diminui a necessidade de utilizar outros recursos de comunicação c) Torna a mensagem mais compreensível e facilita a informação d) Diminuem a necessidade de recursos visuais</p>	<p>Não houveram sugestões</p>	<p>9. É comum que crianças com TEA apresentem dificuldades na compreensão de linguagem complexa, como metáforas, duplas interpretações ou instruções muito longas. O uso de estratégias como frases curtas, diretas, com verbos de ação e vocabulário simples é amplamente recomendado nos protocolos de intervenção. Tal recomendação é importante por que:</p> <p>a) Reduzem o tempo de atendimento b) Diminui a necessidade de utilizar outros recursos de comunicação c) Torna a mensagem mais compreensível e facilita a informação pela criança d) Diminuem a necessidade de recursos visuais</p>

<p>10. O posicionamento corporal do adulto influencia diretamente a qualidade da comunicação com a criança. Falar na altura da criança auxilia para:</p> <p>a) Mostrar autoridade b) Melhorar a conexão visual e reduzir ansiedade c) Controlar o comportamento d) Indicar punição</p>	<p>Não houveram sugestões</p>	<p>10. O posicionamento corporal do adulto influencia diretamente a qualidade da comunicação com a criança. Falar na altura da criança auxilia para:</p> <p>a) Mostrar autoridade b) Melhorar a conexão visual e reduzir ansiedade c) Controlar o comportamento d) Indicar punição</p>
<p>11. Muitas crianças com TEA apresentam dificuldades na comunicação verbal, seja pela limitação de vocabulário, pela dificuldade em organizar a fala, pela seletividade sensorial ou pela ansiedade diante de interações sociais. Placa de comunicação alternativa ajuda a criança a:</p> <p>a) Expressar necessidades, sentimentos, escolhas e emoções, b) Seguir a comandos mais rapidamente c) Se comportar melhor na terapia d) Aprender leitura rapidamente</p>	<p>11. Evitar palavras: muito, pouco, demais... substituir por: algumas JE1 Colocar causas como questões motoras dos músculos faciais , poderia no enunciado dividir que a dificuldade da fala pode ser por questões relacionadas a linguagem (citar os exemplos) e por questões motoras (citares os exemplos) JE2 Sugiro substituir a alternativa c para "Reduzir comportamentos desafiadores por meio de controle externo" JE3</p>	<p>11. Algumas crianças com TEA apresentam dificuldades na comunicação verbal, que podem estar relacionadas a aspectos da linguagem, como limitação de vocabulário, dificuldade em organizar a fala, seletividade sensorial e ansiedade diante de interações sociais, bem como a aspectos motores, como dificuldades no controle e coordenação dos músculos faciais envolvidos na fala. Nesse contexto, o uso de placas de comunicação alternativa ajuda a criança a:</p> <p>a) Expressar necessidades, sentimentos, escolhas e emoções, b) Seguir a comandos mais rapidamente c) Se comportar melhor na terapia d) Aprender leitura rapidamente</p>
<p>12. Crianças com TEA podem apresentar hipersensibilidade auditiva ou dificuldades em interpretar tons e emoções transmitidos pela voz. Logo, o tom de voz recomendado com crianças com TEA é:</p> <p>a) Rápido e firme, para garantir que a criança obedeça b) Indiferente, o tom de voz não influencia c) Calmo, acolhedor e previsível d) Monótono</p>	<p>Não houveram sugestões</p>	<p>12. Crianças com TEA podem apresentar hipersensibilidade auditiva ou dificuldades em interpretar tons e emoções transmitidos pela voz. Logo, o tom de voz recomendado com crianças com TEA é:</p> <p>a) Rápido e firme, para garantir que a criança obedeça b) Indiferente, o tom de voz não influencia c) Calmo, acolhedor e previsível d) Monótono</p>
<p>13. Quando a sobrecarga auditiva é percebida pela criança, uma das intervenções que podem ser realizadas, inicialmente é:</p> <p>a) Retirar a criança da sala b) Colocar abafadores c) Ignorar o comportamento d) Chamar o segurança</p>	<p>Rever redação. A pergunta fala que a criança é quem percebe o ambiente ruidoso. Mas a intervenção com abafadores normalmente é realizada pelo adulto que acompanha a criança. JE1 Resposta: Uso de abafadores de ruídos; JE2</p>	<p>13. Quando a criança apresenta sinais de sobrecarga auditiva em ambientes ruidosos, uma das intervenções iniciais que pode ser realizada pelo adulto responsável é:</p> <p>a) Retirar a criança da sala b) Utilização de abafadores de ruídos</p>

	<p>sugiro trocar a alternativa a para "Retirar imediatamente a criança do ambiente"; alternativa b para "Colocar abafadores ou reduzir os estímulos auditivos do ambiente"; alternativa c para "Ignorar o comportamento para favorecer adaptação progressiva"</p> <p>JE3</p>	<p>c) Ignorar o comportamento d) Chamar o segurança</p>
<p>14. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em antecipar sequências de ações, compreender instruções complexas ou lidar com mudanças inesperadas em atividades cotidianas. Explicar cada passo de procedimentos que serão realizados com a criança ajuda porque:</p> <p>a) Evita que a mãe interfira b) Garante a execução precisa da criança c) Reduz o tempo de atendimento d) reduz a ansiedade e comportamentos desafiadores</p>	<p>Revisar o trecho "Explicar cada passo de procedimentos" - sugiro: explicada cada etapa dos procedimentos. JE1</p> <p>Achei parecida com outra questão. Sugiro alterar a alternativa b para "Garante a execução precisa da criança sem necessidade de apoio"; na resposta d "reduz a ansiedade e comportamentos desafiadores, facilitando a previsibilidade das situações" JE2</p>	<p>14. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em antecipar sequências de ações, compreender instruções complexas ou lidar com mudanças inesperadas em atividades cotidianas. Quando é explicada cada etapa dos procedimentos que serão realizados com a criança, isso ajuda porque:</p> <p>a) Evita que a mãe interfira b) Garante a execução precisa da criança sem necessidade de apoio c) Reduz o tempo de atendimento d) Reduz a ansiedade e comportamentos desafiadores, facilitando a previsibilidade das situações</p>
<p>15. Antecedentes são os fatores, eventos ou situações que ocorrem imediatamente antes de um comportamento ou reação, podendo influenciar sua ocorrência, intensidade ou duração. Identificar antecedentes significa:</p> <p>a) Investigar o que aconteceu antes do comportamento b) Observar o fim da crise c) Corrigir o comportamento imediatamente d) Avaliar características da criança sem o fator ambiental</p>	<p>Acho q essa pergunta poderia trazer um enunciado exemplificando uma situação que necessitou antever para uma criança autista não apresentar uma crise... JE1</p>	<p>15. Em situações como a antecipação de uma mudança de atividade ou a exposição a um ambiente com muitos estímulos, a identificação de sinais prévios pode evitar que a criança com TEA apresente uma crise comportamental. Nesse contexto, identificar antecedentes significa:</p> <p>a) Investigar o que aconteceu antes do comportamento b) Observar o fim da crise c) Corrigir o comportamento imediatamente d) Avaliar características da criança sem o fator ambiental</p>
<p>16. 6. Quando a criança com TEA demonstrar resistência em devolver um brinquedo que gostou muito no espaço clínico, como deve ser a conduta profissional diante da situação?</p> <p>a) Ameaça retirar o brinquedo b) Validar os sentimentos e lembra do combinado c) Retirar imediatamente o</p>	<p>Adequar os verbos das alternativas (colocar todos no infinitivo - ameaçar a criança que o brinquedo será retirado, lembrar do combinado, pedir para a mãe resolver) JE1</p> <p>só acho que essa ação é importante para todas as crianças e não somente para as crianças com TEA JE2</p>	<p>16. Quando a criança com TEA demonstra resistência em devolver um brinquedo que gostou muito no espaço clínico, mesmo após ter sido previamente combinado o tempo de uso e a devolução ao final da atividade, como deve ser a conduta profissional diante dessa situação?</p>

<p>brinquedo d) Pede para a mãe resolver</p>	<p>“... lembrar...” JE3. Pode dar um exmo claro de como é o uso desse combinado JE4 Revisar a escrita dos verbos utilizados nas alternativas a e b, colocar "ameaçar" e "lembrar".JE5</p>	<p>a) Ameaçar e retirar o brinquedo b) Validar os sentimentos e lembrar do combinado c) Retirar imediatamente o brinquedo d) Pedir para a mãe resolver</p>
<p>17. Crianças com TEA muitas vezes têm dificuldades com percepção do tempo, atenção sustentada e autorregulação de comportamento. Frente a essa realidade, o cronômetro pode ser usado como ferramenta de: a) Controle rígido b) Restrição do comportamento c) Previsibilidade e organização d) Limitação do tempo</p>	<p>Observar e ter cautela como é a questão da criança em relação ao quesito tempo. JE1 O cronômetro tbm é uma estratégia excelente para rigidez comportamental, por exemplo tempo de espera A questão pode da ambiguidade na resposta caso tenha uma referência específica que falou citar , pois muitas literaturas podem discordar. JE2.</p>	<p>17. Crianças com TEA podem apresentar dificuldades relacionadas à percepção do tempo, à atenção sustentada e à rigidez comportamental, especialmente em situações de espera ou transição entre atividades. Frente a essa realidade, o uso do cronômetro pode ser empregado como uma ferramenta de: a) Controle rígido b) Restrição do comportamento c) Previsibilidade e organização d) Limitação do tempo</p>
<p>18. A resistência para mudar de atividade pode se manifestar como protestos verbais, agitação, choro, recusa ou comportamentos repetitivos, e pode relacionar-se a: a) Sempre como comportamento manipulativo e teimosia b) Resposta comum em crianças com TEA c) Falta de educação d) Falta de estímulos</p>	<p>Para crianças, mesmo sem TEA, na idade de toddler pode acontecer JE1. Melhorar, ampliar as opções de resposta. JE2. Pode colocar que são comportamentos comuns dos transtornos do neurodesenvolvimento como por exemplo o TEA JE3. Aqui tb poderia trazer uma situação hipotética para explicar a característica. JE4</p>	<p>18. Em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA, a resistência para mudar de atividade pode manifestar-se por meio de protestos verbais, agitação, choro, recusa ou aumento de comportamentos repetitivos. Por exemplo, ao ser avisada de que uma brincadeira será interrompida para iniciar outra atividade, a criança pode reagir de forma intensa. Esses comportamentos podem relacionar-se principalmente a: a) Comportamentos intencionais de manipulação ou oposição voluntária b) Resposta frequente relacionada às características do neurodesenvolvimento, como dificuldades de transição e flexibilidade cognitiva c) Dificuldades na compreensão de regras sociais e limites impostos d) Ausência de estímulos adequados para engajamento na atividade proposta</p>
<p>19. Algumas práticas podem ajudar a reduzir comportamentos desafiadores e aumentar o engajamento da</p>	<p>na resposta correta, eu sugiro: observar as reações e estimular sem forçar. JE1. Nunca força ou reforçar</p>	<p>19. Algumas práticas podem ajudar a reduzir comportamentos desafiadores e aumentar o engajamento da</p>

<p>criança. É recomendado em crianças com TEA:</p> <p>a) Forçar a criança a tocar objetos sensoriais</p> <p>b) Observar reações e nunca forçar</p> <p>c) Tocar a criança para acalmá-la</p> <p>d) Manipular os objetos apenas o profissional</p>	<p>JE2.</p> <p>Na alternativa do acho que fica melhor "apenas o profissional manipular os objetos". JE3.</p>	<p>criança. É recomendado em crianças com TEA:</p> <p>a) Forçar a criança a tocar objetos sensoriais</p> <p>b) Observar reações e estimular sem forçar</p> <p>c) Tocar a criança para acalmá-la</p> <p>d) Apenas os profissionais manipular os objetos</p>
<p>20. Crianças com TEA frequentemente apresentam resistência em situações de mudança ou diante de novas demandas. Qual a estratégia pode ser utilizada para lidar com comportamentos de resistência?</p> <p>a) Aumentar o tempo no brinquedo</p> <p>b) Exigir mudança imediata</p> <p>c) Interromper a atividade sem aviso</p> <p>d) Validar, reforçar combinados e oferecer alternativa</p>	<p>Sugiro remover o artigo "a" antes do substantivo estratégia. JE1.</p> <p>Observar e organizar as opções de resposta. JE2.</p>	<p>20. Crianças com TEA frequentemente apresentam resistência em situações de mudança ou diante de novas demandas. Qual estratégia pode ser utilizada para lidar com comportamentos de resistência?</p> <p>a) Aumentar indefinidamente o tempo de permanência no brinquedo</p> <p>b) Exigir a mudança imediata de atividade, sem preparação prévia</p> <p>c) Interromper a atividade de forma abrupta, sem aviso</p> <p>d) Validar os sentimentos da criança, reforçar os combinados e oferecer alternativas</p>
<p>21. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças na percepção e processamento sensorial, podendo ter hipersensibilidade a estímulos táteis, visuais, auditivos ou proprioceptivos. Logo, pode-se utilizar com essas crianças a caixa sensorial, que serve para:</p> <p>a) Oferecer experiências sensoriais controladas e auxiliar na autorregulação</p> <p>b) Substituir outras intervenções clínicas</p> <p>c) Reduzir necessidade de acompanhamento</p> <p>d) Cessar a crise imediatamente</p>	<p>Revisar a escrita da alternativa a: "Substituir outras intervenções clínicas" JE1.</p>	<p>21. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças na percepção e processamento sensorial, podendo ter hipersensibilidade a estímulos táteis, visuais, auditivos ou proprioceptivos. Logo, pode-se utilizar com essas crianças a caixa sensorial, que serve para:</p> <p>a) Oferecer experiências sensoriais controladas e auxiliar na autorregulação</p> <p>b) Substituir outras intervenções clínicas</p> <p>c) Reduzir necessidade de acompanhamento</p> <p>d) Cessar a crise imediatamente</p>
<p>22. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em regular emoções, lidar com ansiedade ou controlar estados de agitação. A respiração guiada ajuda a criança a:</p> <p>a) Aumentar energia</p> <p>b) Desenvolver fala</p> <p>c) Regular o corpo e reduzir ansiedade</p> <p>d) Parar de se movimentar</p>	<p>A depender da idade da criança, essa respiração guiada acho complicado realizar junto à criança JE1.</p> <p>No enunciado da pergunta reforçar que a respiração guiada (mindfulness) pode ser uma estratégia ou técnica utilizada para ajudar a criança JE2.</p>	<p>22. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em regular emoções, lidar com ansiedade ou controlar estados de agitação. Nesse contexto, a respiração guiada, enquanto estratégia de mindfulness, pode ser utilizada para ajudar a criança a:</p> <p>a) Aumentar energia</p> <p>b) Desenvolver fala</p>

		<p>c) Regular o corpo e reduzir ansiedade</p> <p>d) Parar de se movimentar</p>
<p>23. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças no processamento sensorial. A sala de acomodação sensorial é útil porque:</p> <p>a) Impede a criança de brincar</p> <p>b) Mantém a criança isolada</p> <p>c) Diminui o tempo de espera</p> <p>d) Reduz estímulos invasivos e reduz a ansiedade, favorecendo a autorregulação</p>	<p>Pra mim, a resposta D também está correta, então eu sugiro deixar a D um pouco mais errada. JE1.</p> <p>"manter a criança isolada" passa um sentido ruim ao ler. Sugiro substituir para dar a ideia da explicação. JE2</p> <p>Acredito que a resposta correta seja a d. JE3</p> <p>a resposta correta não seria a alternativa d? JE4</p>	<p>23. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças no processamento sensorial. A sala de acomodação sensorial é útil porque:</p> <p>a) Impede a criança de brincar</p> <p>b) Mantém a criança isolada</p> <p>c) Diminui o tempo de espera</p> <p>d) Reduz estímulos invasivos e reduz a ansiedade, favorecendo a autorregulação</p>
<p>24. Abafadores, estímulos táteis e pistas visuais são recomendados em crianças com TEA. A importância desses recursos se dá devido:</p> <p>a) Correção do comportamento inadequado</p> <p>b) Redução da sobrecarga e facilitação da comunicação</p> <p>c) Controle da criança</p> <p>d) Tornar o ambiente silencioso</p>	<p>Redução da sobrecarga sensorial e é facilitação da comunicação alternativa JE1.</p>	<p>24. Abafadores, estímulos táteis e pistas visuais são recomendados em crianças com TEA. A importância desses recursos se dá devido:</p> <p>a) Correção do comportamento inadequado</p> <p>b) Redução da sobrecarga e facilitação da comunicação</p> <p>c) Controle da criança</p> <p>d) Tornar o ambiente silencioso</p>
<p>25. A inflexibilidade e rigidez cognitiva é comum em crianças com TEA. Logo, as mudanças de sala e de profissional e imprevisibilidades podem gerar:</p> <p>a) Curiosidade positiva</p> <p>b) Comportamento colaborativo</p> <p>c) Motivação alta</p> <p>d) Desorientação e aumento da ansiedade</p>	<p>sugiro inverter na resposta correta: Aumento de ansiedade e até desorientação. Isso porque a desorientação é mais difícil de acontecer, mas a ansiedade acontece demais. JE1.</p>	<p>25. A inflexibilidade e rigidez cognitiva é comum em crianças com TEA. Logo, as mudanças de sala e de profissional e imprevisibilidades podem gerar:</p> <p>a) Curiosidade positiva</p> <p>b) Comportamento colaborativo</p> <p>c) Motivação alta</p> <p>d) Aumento da ansiedade e desorientação</p>
<p>26. Música de fundo calma, como sons do mar podem auxiliar no manejo das crianças com TEA. Seu auxílio consiste em:</p> <p>a) Causar distrações</p> <p>b) Ajudar na autorregulação sensorial da criança</p> <p>c) É usada como recompensa</p> <p>d) Reduz o tempo do atendimento</p>	<p>Adequar as duas últimas alternativas (c) Ser usada como recompensa d) Redução do tempo do atendimento). JE1</p> <p> poderia incluir, na resposta: "e reduzir a ansiedade" ou "promover relaxamento" JE2</p>	<p>26. Música de fundo calma, como sons do mar, pode auxiliar no manejo de crianças com TEA. Seu auxílio consiste em:</p> <p>a) Causar distrações durante o atendimento.</p> <p>b) Ajudar na autorregulação sensorial da criança, promovendo relaxamento e reduzindo a ansiedade.</p> <p>c) Ser utilizada como estratégia complementar de acolhimento e organização emocional, e não como forma de recompensa.</p> <p>d) Contribuir para um ambiente mais tranquilo e previsível,</p>

		favorecendo a permanência da criança no atendimento, sem necessariamente reduzir o tempo da sessão.
<p>27. A participação ativa do familiar responsável é essencial no atendimento à criança com TEA porque:</p> <p>a) Ela controla o comportamento da criança</p> <p>b) Conhece sinais, preferências e gatilhos e fortalece o vínculo</p> <p>c) Substitui o profissional</p> <p>d) Acalma a equipe</p>	Não houveram sugestões	<p>27. A participação ativa do familiar responsável é essencial no atendimento à criança com TEA porque:</p> <p>a) Ela controla o comportamento da criança</p> <p>b) Conhece sinais, preferências e gatilhos e fortalece o vínculo</p> <p>c) Substitui o profissional</p> <p>d) Acalma a equipe</p>
<p>28. Considerando as necessidades de crianças com TEA, mudanças inesperadas na rotina devem ser:</p> <p>a) Ignoradas</p> <p>b) Explicadas e antecipadas quando possível</p> <p>c) Evitadas a qualquer custo</p> <p>d) Comunicadas somente no final</p>	<p>Algo que eu percebo é que as respostas sempre são um pouco óbvias, no sentido de não terem muita dificuldade no padrão de resposta. Vocês vão analisar o alpha de crumbach ou algum teste para verificar se o instrumento mede adequadamente? JE1</p> <p>acho essa questão muito parecida com outra anterior: qdo vc traz sobre antecedentes... talvez seja preciso diferenciá-la melhor! JE2</p>	<p>28. Considerando as necessidades de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), as mudanças inesperadas na rotina devem ser:</p> <p>a) Tratadas como oportunidades de exposição gradual à imprevisibilidade, dispensando mediações estruturadas para favorecer autonomia adaptativa.</p> <p>b) Mediadas por explicações compatíveis com o nível de compreensão da criança e, sempre que possível, antecipadas por meio de estratégias estruturadas, como apoios visuais ou narrativas sociais, com o objetivo de minimizar desorganização emocional e comportamental.</p> <p>c) Gerenciadas prioritariamente após sua ocorrência, de modo a estimular tolerância à frustração e flexibilidade cognitiva sem interferência preventiva.</p> <p>d) Prevenidas sistematicamente, mantendo-se rotinas rígidas e inalteráveis como principal estratégia de regulação emocional.</p>
<p>29. No atendimento a crianças com TEA, a postura do profissional é fundamental para garantir um ambiente seguro, acolhedor e eficaz. O profissional deve sempre:</p> <p>a) Culpar a família por comportamentos</p> <p>b) Priorizar a agenda e o tempo de atendimento</p>	<p>substituir, na resposta, a palavra "adaptação" por "readequação" JE1</p>	<p>29. No atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a postura do profissional é fundamental para garantir um ambiente seguro, acolhedor e eficaz. O profissional deve sempre:</p> <p>a) Culpar a família pelos comportamentos apresentados pela criança, considerando-os como</p>

<p>c) Trabalhar com respeito e adaptações d) Impor sua metodologia, pois ela é mais eficaz</p>		<p>resultado exclusivo do contexto familiar. b) Priorizar rigidamente a agenda e o tempo de atendimento, independentemente das necessidades individuais da criança. c) Trabalhar com respeito, empatia e readequações contínuas das estratégias e do ambiente, considerando as particularidades e necessidades da criança. d) Impor sua metodologia de forma inflexível, pressupondo que sua abordagem seja universalmente mais eficaz.</p>
<p>30. Considerando as boas práticas no atendimento a crianças com TEA, a conduta profissional mais adequada é: a) Respeitar, observar e adaptar estratégias conforme cada criança b) Usar sempre a mesma técnica para todos c) Intervir sem considerar sensorialidade d) Reduzir o tempo da sessão</p>	<p>substituir, na resposta, a palavra "adaptar" por "readequir" JE1 Essa questão é muito similar a anterior... precisa rever para não tornar repetitivo! Por outro lado, senti falta aqui de abordar questões sobre a parte motora da criança autista: marcha; atrasos... Como também, questões relacionadas a características clínicas de cada nível de suporte e a variação desses níveis que vai depender da realização de estímulos... outra questão tb: a parte alimentar: seletividade alimentar muito comum nesse grupo de crianças..pensando no atendimento multiprofissional dessa criança.. Uso dos brinquedos: percepção cognitiva sistemática e sensorial JE2</p>	<p>30. Considerando as boas práticas no atendimento multiprofissional a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a conduta profissional mais adequada é: a) Respeitar as particularidades do desenvolvimento da criança, observando aspectos motores (como marcha e possíveis atrasos), sensoriais e cognitivos, além de readequir estratégias de intervenção conforme o nível de suporte necessário, considerando que tais níveis podem variar de acordo com os estímulos oferecidos. b) Utilizar técnicas padronizadas e uniformes, independentemente do perfil sensorial, motor ou alimentar da criança, a fim de garantir homogeneidade no atendimento. c) Intervir priorizando apenas o comportamento observável, sem considerar seletividade alimentar, uso funcional de brinquedos ou necessidades sensoriais e motoras específicas. d) Reduzir o tempo das sessões como principal estratégia para evitar sobrecarga sensorial e dificuldades de engajamento da criança.</p>

Fonte: Autoria própria, (2026).

Durante o processo de validação do instrumento por juízes especialistas (JE), algumas sugestões apresentadas não foram acatadas. As decisões fundamentaram-se em critérios metodológicos, conceituais e teóricos, com o objetivo de preservar a coerência interna do

instrumento, sua validade de construto e a aderência ao referencial científico que sustenta o estudo.

A sugestão apresentada pelo JE3, na questão 18, no qual sugere-se a ampliação de atendimento na sugestão, não limitando-se ao TEA, não sendo acatada, uma vez que o questionário foi desenvolvido para contemplar a diversidade de atendimentos relacionados ao TEA, não se restringindo a um tipo específico de atendimento ou a uma especialidade profissional. O instrumento tem como finalidade abranger contextos multiprofissionais, considerando que o manejo clínico do TEA envolve diferentes áreas da saúde e da educação, conforme amplamente descrito na literatura científica. A restrição do item a uma área específica poderia comprometer a abrangência do instrumento e limitar sua aplicabilidade, indo de encontro à proposta interdisciplinar que fundamenta o cuidado à pessoa com TEA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Em relação às sugestões apresentadas pelo JE1 na questão 4 no item referente aos níveis de suporte, optou-se por não acatar, visto que a questão se refere diretamente à avaliação do conhecimento dos profissionais acerca desse conceito. O objetivo do item é verificar a compreensão técnica dos respondentes sobre os níveis de suporte descritos nos manuais diagnósticos vigentes. Tornar o enunciado mais explicativo poderia reduzir seu caráter avaliativo, fornecendo pistas que comprometeriam a fidedignidade da mensuração. Ademais, a manutenção do termo “suporte substancial” justifica-se por se tratar de uma nomenclatura consagrada na literatura científica e nos documentos oficiais, sendo amplamente utilizada para expressar o grau de apoio necessário ao indivíduo com TEA. O uso desse termo contribui para a precisão conceitual e o alinhamento do instrumento com o DSM-5-TR e a CID-11 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Quanto à sugestão do JE1, na questão 18, referente à ampliação do conteúdo para crianças não atípicas, esta não foi acatada, uma vez que o questionário se propõe a avaliar especificamente o manejo clínico de pessoas com TEA. A inclusão de populações fora do espectro comprometeria a especificidade do instrumento e poderia gerar interpretações imprecisas, considerando que o TEA apresenta características clínicas, desenvolvimentais e funcionais próprias, que diferem significativamente do desenvolvimento típico. A literatura destaca a importância de instrumentos específicos para avaliação e intervenção em TEA, dada a complexidade e heterogeneidade do transtorno (LORD et al., 2020; MATSON & GOLDIN, 2013).

No que se refere à sugestão apresentada pelo JE1 na questão 22, não foi acatada em razão de discordância em relação ao referencial teórico-científico adotado no estudo. O instrumento foi elaborado com base em evidências científicas consolidadas e em modelos contemporâneos de compreensão do TEA, especialmente aqueles que enfatizam uma abordagem dimensional e a classificação por níveis de suporte. A modificação sugerida implicaria ruptura com esse arcabouço teórico, comprometendo a validade de construção do instrumento (PASQUALI, 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A sugestão referente ao item 24 não foi acatada, uma vez que não foram identificados erros de digitação, semânticos ou conceituais na opção de resposta indicada. A redação do item encontra-se clara, objetiva e adequada ao nível técnico do público-alvo, não havendo prejuízo à compreensão ou à qualidade das respostas obtidas.

Dessa forma, as sugestões não acatadas foram analisadas de maneira criteriosa e fundamentada, respeitando os princípios metodológicos e teóricos que orientam a construção e validação de instrumentos psicológicos, garantindo a consistência científica e a robustez do questionário.

Observa-se, ainda, que a versão pós-avaliação reduziu significativamente a presença de alternativas com viés moralizante ou punitivo, reforçando uma abordagem ética, acolhedora e centrada na criança. Esse aspecto reflete diretamente as contribuições dos juízes no sentido de afastar interpretações equivocadas que associam comportamentos do TEA à desobediência, falta de limites ou falhas educativas, fortalecendo uma compreensão baseada nas características do neurodesenvolvimento.

Outro avanço importante refere-se ao aumento da complexidade conceitual dos itens na versão pós-avaliação, sem prejuízo da clareza. A inclusão de termos como autorregulação, previsibilidade, antecipação, flexibilidade cognitiva e processamento sensorial demonstra maior alinhamento ao referencial teórico contemporâneo sobre o TEA. Esse refinamento torna o instrumento mais sensível para detectar mudanças no nível de conhecimento dos profissionais antes e após intervenções formativas, como o uso da realidade virtual.

De modo geral, a reformulação dos itens a partir da análise dos juízes contribuiu para elevar a validade de conteúdo do instrumento, tornando-o mais robusto, coerente e aplicável a diferentes contextos de atuação multiprofissional.

A análise das sugestões dos juízes especialistas evidenciou elevado grau de concordância quanto à adequação do instrumento proposto, tanto no que se refere à clareza da linguagem quanto à pertinência prática e à relevância teórica dos itens. De modo geral, a maioria das sugestões foi integralmente acatada, para aprimorar aspectos semânticos, gramaticais e

conceituais, sem comprometer o escopo teórico-metodológico do instrumento, mesmo considerando o alto coeficiente de validade. Esses achados reforçam a consistência do processo de validação de conteúdo e indicam que os itens contemplam, de forma satisfatória, os construtos que se propõem a avaliar.

As sugestões parcialmente acatadas referiram-se, principalmente, à ampliação conceitual de alguns itens ou à adaptação para contextos específicos de atuação profissional, sendo incorporadas de modo a preservar a abrangência, a aplicabilidade e o alinhamento teórico do instrumento, especialmente no cuidado à criança com TEA. As sugestões não acatadas foram pontualmente justificadas por critérios teóricos e metodológicos, como manutenção do foco, coerência interna e evitação de redundâncias, evidenciando que o processo de validação envolveu análise crítica fundamentada, assegurando rigor científico e validade de conteúdo.

5.3 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS

De forma integrada, os achados evidenciam que o uso da tecnologia imersiva contribuiu para a equalização do conhecimento entre os profissionais, reduzindo diferenças individuais observadas no pré-teste e promovendo desempenho homogêneo nos diferentes domínios avaliados. Esses resultados reforçam o potencial da realidade virtual como ferramenta educativa inovadora e eficaz na capacitação de profissionais de saúde que atuam no atendimento a crianças com TEA, descritos na tabela 9.

A Tabela 9 apresenta a comparação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca do atendimento à criança com TEA nos momentos pré e pós-intervenção. Observa-se incremento nos escores de conhecimento após a intervenção com o uso da Realidade Virtual, indicando melhora na compreensão teórica, podendo gerar melhorias no manejo clínico dos profissionais, o que representa um impacto positivo da estratégia educativa empregada.

Tabela 9- Conhecimento dos profissionais sobre o atendimento à criança com tea: pré e pós-intervenção - Redenção, 2026

Questão	Pré-teste - N (%)	Pós - teste - N (%)
Q1	4 (80)	5 (100)
Q2	5 (100)	5 (100)
Q3	4 (80)	5 (100)
Q4	4 (80)	5 (100)

Q5	4 (80)	5 (100)
Q6	5 (100)	5 (100)
Q7	5 (100)	5 (100)
Q8	4 (80)	5 (100)
Q9	4 (80)	5 (100)
Q10	5 (100)	5 (100)
Q11	4 (80)	5 (100)
Q12	5 (100)	5 (100)
Q13	5 (100)	5 (100)
Q14	4 (80)	5 (100)
Q15	3 (60)	5 (100)
Q16	4 (80)	5 (100)
Q17	3 (60)	5 (100)
Q18	4 (80)	5 (100)
Q19	3 (60)	5 (100)
Q20	4 (80)	5 (100)
Q21	3 (60)	5 (100)
Q22	4 (80)	5 (100)
Q23	4 (80)	5 (100)
Q24	5 (100)	5 (100)
Q25	4 (80)	5 (100)
Q26	5 (100)	5 (100)
Q27	2 (40)	5 (100)
Q28	3 (60)	5 (100)
Q29	2 (40)	5 (100)
Q30	3 (60)	5 (100)

Fonte: Autoria própria, (2026).

A análise do desempenho dos profissionais por questão evidenciou heterogeneidade no nível de conhecimento prévio no momento do pré-teste, com variação nos padrões de acertos e erros entre os participantes. Do total de cinco profissionais de saúde participantes do estudo,

apenas dois possuíam especialização na área do TEA ou em transtornos do neurodesenvolvimento, enquanto os demais três apresentavam formação em nível de graduação, sem especialização específica na área.

No que se refere ao tempo de experiência profissional, observou-se que apenas um profissional possuía tempo mínimo de cinco anos de atuação na área da saúde, sendo que sua experiência específica no atendimento a crianças com TEA era de apenas um ano. Em contrapartida, os outros quatro profissionais apresentavam mais de cinco anos de atuação com transtornos do neurodesenvolvimento, evidenciando trajetória prática consolidada nesse campo de cuidado. Todavia, a experiência profissional isolada, embora relevante, não garante, por si só, domínio atualizado e padronizado de práticas baseadas em evidências, especialmente em áreas complexas como os transtornos do neurodesenvolvimento, tornando indispensáveis processos contínuos de capacitação e educação permanente em saúde (FRENK et al., 2010; BRASIL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Esse perfil revela uma combinação entre experiência prolongada e lacunas na formação especializada, aspecto recorrente nos serviços públicos de saúde. Embora a experiência prática contribua significativamente para o desenvolvimento de habilidades clínicas, a ausência de formação especializada pode limitar o aprofundamento teórico, a incorporação sistemática de práticas baseadas em evidências e a atualização frente às diretrizes contemporâneas de cuidado ao TEA. Nesse contexto, equipes com trajetórias formativas heterogêneas tendem a se beneficiar de estratégias educativas estruturadas, capazes de reduzir assimetrias de conhecimento, atualizar condutas e fortalecer a qualidade assistencial, mesmo entre profissionais com longa experiência prática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; SUNG, 2024).

Tal configuração reforça a relevância de estratégias de educação permanente em saúde, capazes de suprir lacunas formativas e promover a atualização contínua dos profissionais, independentemente do tempo de atuação. Os achados do presente estudo indicam que, mesmo diante de um grupo profissional que, do ponto de vista quantitativo, apresentou bom desempenho nos domínios avaliados sobre o TEA, persistem desafios relacionados à consolidação homogênea do conhecimento e à padronização das práticas assistenciais.

A heterogeneidade observada no conhecimento prévio e os ganhos expressivos após a intervenção educativa sugerem que a experiência profissional isolada, embora relevante, não é suficiente para garantir domínio consistente e atualizado sobre temas complexos do neurodesenvolvimento. Nesse sentido, tecnologias educacionais inovadoras, como a RV, têm se destacado como ferramentas eficazes para a capacitação profissional em saúde, ao promover

aprendizagem experiencial, padronização do conhecimento e aprimoramento do manejo clínico em cenários complexos, incluindo o cuidado a crianças com TEA (FOUCAULT-FRUCHARD et al., 2024; SUNG, 2024).

Os resultados reforçam, portanto, a necessidade de investimentos sistemáticos em capacitações e ações de educação permanente nos serviços públicos de saúde, especialmente voltadas ao cuidado de crianças com TEA. A utilização de tecnologias educacionais inovadoras, como a Realidade Virtual, mostrou-se particularmente pertinente nesse cenário, ao possibilitar atualização teórico-prática, promoção do conhecimento entre profissionais com diferentes trajetórias formativas e qualificação do cuidado prestado. Assim, mesmo em equipes com experiência consolidada, a capacitação contínua emerge como elemento central para o fortalecimento das práticas assistenciais e para a garantia de um cuidado qualificado, humanizado e alinhado às demandas contemporâneas do atendimento ao TEA.

Esses achados são consistentes com a literatura, a qual aponta que o conhecimento profissional em saúde é fortemente influenciado por trajetórias formativas distintas, tempo de experiência, área de atuação e oportunidades prévias de capacitação, resultando em níveis desiguais de domínio conceitual e prático, mesmo entre profissionais que atuam em um mesmo serviço (FRENK et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Tal heterogeneidade reforça a necessidade de estratégias educativas capazes de reduzir assimetrias formativas e promover maior padronização do conhecimento no cuidado em saúde.

Ressalta-se que, na avaliação do conhecimento, após a aplicação do pré-teste, foi utilizada a Realidade Virtual como intervenção educativa, por meio do uso de óculos de RV, com o objetivo de promover impactos no conhecimento dos profissionais de saúde. A intervenção envolveu simulações de situações clínicas, intervenções e manejo no atendimento a crianças com TEA, possibilitando a vivência de cenários assistenciais próximos à prática real e favorecendo o aprimoramento do conhecimento teórico-prático dos profissionais. Metodologias baseadas em simulação e aprendizagem experiencial possibilitam maior engajamento cognitivo, integração entre teoria e prática e melhor retenção do conhecimento, especialmente quando os cenários reproduzem situações próximas à realidade assistencial (CANT; COOPER, 2017; FOULCAULT-FRUCHARD et al., 2024).

Profissionais que atuam com crianças com TEA frequentemente apresentam lacunas formativas específicas, o que reforça a necessidade de capacitações contínuas voltadas ao aprimoramento do manejo clínico, da comunicação com as famílias e da tomada de decisão baseada em evidências científicas (ZWAIGENBAUM et al., 2015; LORD et al., 2020).

Nos domínios 1, 2 e 4, observou-se que, embora algumas questões já apresentassem bom desempenho inicial, outras revelaram lacunas conceituais pontuais, indicando que mesmo conteúdos considerados mais familiares não eram plenamente dominados por todos os profissionais. Esse achado associa-se a estudos que demonstram que a familiaridade prática não garante, necessariamente, domínio conceitual aprofundado ou aplicação consistente de boas práticas assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Após a intervenção com RV, verificou-se maior acerto nessas questões, sugerindo que a simulação contribuiu para consolidar conhecimentos prévios e corrigir compreensões incompletas, reforçando processos de aprendizagem significativos.

No domínio 3, verificou-se maior variabilidade no desempenho pré-intervenção, indicando um conhecimento mais inconsistente e fortemente dependente da experiência individual. Após a intervenção com Realidade Virtual, observou-se desempenho máximo e homogêneo em todas as questões desse domínio, evidenciando ganho expressivo e padronizado de conhecimento. Tal resultado sugere que conteúdos relacionados ao manejo clínico específico e à tomada de decisão em situações complexas tendem a ser menos sistematizados na formação tradicional e mais influenciados pela prática empírica (FRENK et al., 2010). A padronização observada após a intervenção indica potencial impacto positivo na qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na satisfação dos usuários. Estudos recentes apontam que a Realidade Virtual é particularmente eficaz na equalização de conhecimentos em equipes multiprofissionais, ao oferecer experiências comuns de aprendizagem e reduzir a dependência exclusiva da vivência individual prévia (SUNG, 2024).

O domínio 5 apresentou o desempenho mais fragilizado no pré-teste, evidenciando tratar-se de conteúdos de maior complexidade ou menor familiaridade para os profissionais avaliados. No pós-teste, todas as questões desse domínio passaram a apresentar desempenho pleno, demonstrando impacto educacional significativo da intervenção. Esse resultado é consistente com evidências que indicam que temas complexos, especialmente aqueles que exigem integração de múltiplos saberes, técnicos, comunicacionais e comportamentais, são frequentemente pouco explorados em processos formativos convencionais (BRASIL, 2018).

A melhora observada reforça a capacidade da RV de facilitar a compreensão de conteúdos complexos por meio da visualização, da experimentação e da contextualização prática, conforme descrito em revisões sistemáticas recentes sobre o uso de tecnologias imersivas na educação em saúde (FOUCAULT-FRUCHARD et al., 2024; SUNG, 2024).

De modo geral, os resultados indicaram melhora consistente do desempenho no pós-teste em comparação ao pré-teste, especialmente nos domínios que apresentavam maiores

lacunas iniciais. Questões que demonstraram desempenho intermediário ou baixo antes da intervenção apresentaram melhora após a experiência imersiva, enquanto aquelas que já apresentavam bom desempenho inicial mantiveram resultados elevados. Esses achados sugerem que a Realidade Virtual atuou tanto como ferramenta de correção de déficits de conhecimento quanto como recurso de reforço e consolidação de saberes já existentes, característica amplamente descrita na literatura sobre aprendizagem baseada em simulação (CANT; COOPER, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A educação permanente em saúde é reconhecida como estratégia central para a qualificação do trabalho em saúde, ao possibilitar reflexão crítica sobre a prática, atualização técnica e reorganização dos processos de trabalho nos serviços públicos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), embora algumas questões não tenham apresentado diferenças percentuais isoladas e o número de participantes, por mais que 100% dos profissionais disponíveis no serviço tenham participado, indica um número reduzido não na pesquisa, mas limitação da quantidade do serviço prestado. O padrão geral dos resultados aponta para ampliação, consolidação e uniformização do conhecimento após a intervenção com Realidade Virtual, destacando o potencial do software desenvolvido como ferramenta de educação permanente em saúde.

Os resultados evidenciaram melhora consistente no nível de conhecimento dos profissionais após a intervenção, indicando que tecnologias educacionais imersivas podem atuar como recursos complementares eficazes para atualização de saberes e padronização de condutas assistenciais. Evidências recentes apontam que intervenções digitais favorecem a aprendizagem experiencial e podem contribuir para a qualificação do cuidado, especialmente quando integradas a práticas reflexivas e centradas no usuário (DAVENPORT et al., 2022; TOPOL, 2023). Entretanto, a literatura também ressalta que o aprimoramento técnico, isoladamente, não garante experiências de cuidado satisfatórias se não estiver acompanhado do desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais (WALSH et al., 2023).

Assim, os achados do presente estudo corroboram evidências de que processos de capacitação mediados por tecnologias educacionais inovadoras, como a Realidade Virtual, são capazes de promover ganhos significativos e homogêneos de conhecimento entre profissionais de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a redução de erros formativos. No contexto do atendimento a crianças com TEA, estes resultados assumem grande relevância, ao indicar que estratégias imersivas podem fortalecer o preparo técnico-prático dos profissionais frente a demandas clínicas complexas, alinhando-se às diretrizes de educação permanente em

saúde e às políticas públicas que incentivam o uso de tecnologias digitais para a qualificação da força de trabalho em saúde (BRASIL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Fica evidente que o cuidado de qualidade exige integração teórico-prática aliada a uma abordagem humanizada, sensível às realidades sociais, econômicas, culturais e geográficas da população atendida, especialmente no que se refere às crianças com TEA. Tal perspectiva constitui subsídio fundamental para a melhoria da satisfação dos usuários, para a compreensão ampliada dos processos de cuidado em saúde e para o aprimoramento dos processos de trabalho nos serviços. Nesse sentido, a Realidade Virtual configura-se como tecnologia educacional potente, ao permitir que o profissional vivencie, de forma segura e controlada, contextos clínicos complexos, ampliando sua capacidade de tomada de decisão e raciocínio clínico. Programas de capacitação em serviço, quando bem estruturados e articulados às demandas reais do cotidiano assistencial, demonstram impacto positivo na padronização das práticas, no aumento do conhecimento e na qualidade do cuidado prestado (ROWAN et al., 2021).

Em síntese, a análise integrada sugere que, embora o nível de conhecimento técnico dos profissionais seja satisfatório e reconhecido pelos cuidadores, persistem desafios relacionados à comunicação, à inclusão da família no cuidado e às barreiras estruturais de acesso aos serviços. Esses achados apontam para a necessidade de investimentos contínuos em capacitação profissional, uso estratégico de tecnologias educacionais e fortalecimento de práticas efetivamente centradas na criança e na família, contribuindo para um cuidado mais integral, equitativo e humanizado no contexto do TEA.

6. CONCLUSÃO

Conforme os achados do presente estudo, evidencia-se a importância da adoção de práticas integradas no cuidado à criança com TEA e nas diferentes práticas de capacitação dos profissionais. O estudo alcançou seus objetivos ao avaliar, de forma integrada, a satisfação dos cuidadores, o conhecimento dos profissionais e os efeitos no conhecimento dos profissionais após uma intervenção educativa mediada por tecnologia imersiva no cuidado a crianças com TEA. Quanto à caracterização da população, no qual, se configura de fundamental importância para conhecimento entorno da população e proximidade com os diversos fatores associados ao TEA, verificou-se que:

- ✓ De forma sociodemográfica e territorial das famílias evidenciou contexto de vulnerabilidade social, marcado por baixa escolaridade e dependência de benefícios governamentais.
- ✓ Esses fatores mostraram influência direta no acesso ao diagnóstico, na compreensão das informações em saúde e na participação das famílias no cuidado das crianças com Transtorno do Espectro Autista.
- ✓ A análise do perfil da população mostrou-se essencial para subsidiar a articulação intersetorial entre saúde, educação e assistência social, o que poderá favorecer a elaboração de práticas assistenciais mais adequadas às necessidades das crianças com TEA e de suas famílias.
- ✓ O conhecimento do contexto social contribuiu para a reflexão sobre a organização do cuidado e para a qualificação das ações voltadas à promoção do cuidado integral e equitativo.

No que se refere à avaliação de satisfação, os resultados indicaram satisfação geral positiva dos cuidadores em relação à assistência prestada, especialmente quanto às habilidades técnicas da equipe de saúde.

- ✓ A satisfação dos cuidadores no bloco Informação apresentou níveis moderados, com médias variando de 2,96 a 4,32.
- ✓ O maior nível de satisfação se deu em relação a forma como a criança é tratada pela equipe (M = 4,32).
- ✓ A menor média está relacionada à informação dada pela equipe aos cuidadores sobre o processo de tratamento, desconfortos e efeitos colaterais do tratamento (M = 2,96)

- ✓ O domínio de informação apresentou o índice com maior inferioridade, estando as menores médias: (M = 2,96 e M = 3,04)
- ✓ O melhor domínio avaliado foi o de habilidades técnicas, se concentrando entre as Médias (M = 4,01 e M = 4,31)
- ✓ Observou-se reconhecimento do manejo clínico adequado no atendimento às crianças com TEA sob a perspectiva dos cuidadores.
- ✓ Foram identificadas fragilidades nos domínios relacionados à comunicação, à oferta de informações, à inclusão da família no cuidado e à atenção às necessidades emocionais.
- ✓ Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecimento do cuidado centrado na família, ressaltando que a qualificação técnica, embora fundamental, não é suficiente para garantir uma experiência de cuidado satisfatória.
- ✓ A experiência de cuidado mostrou-se influenciada por aspectos relacionais, comunicacionais e contextuais, além dos aspectos técnicos da assistência.

Esses resultados indicam avaliação global positiva da assistência prestada, apesar das fragilidades identificadas em domínios específicos: comunicação e inserção da família.

No que se refere à elaboração e validação do instrumento de conhecimento na capacitação de profissionais que atenção crianças com TEA, afirma-se que:

- ✓ A elaboração do questionário de 30 questões, dividido em 5 domínios: Características do TEA, Comunicação e Interação, Comportamento e Manejo, Cuidado Clínico e Intervenções e Família, Direitos e Práticas Profissionais, se mostrou consolidado a partir de referencial teórico,
- ✓ O instrumento elaborado para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde demonstrou validade quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica para o contexto da atenção secundária à saúde.

Quanto à avaliação do conhecimento, os dados coletados pré e pós teste verificaram, antes e após a intervenção por RV, que:

- ✓ Observou-se heterogeneidade no conhecimento prévio dos profissionais de saúde acerca do Transtorno do Espectro Autista,

- ✓ A experiência profissional isolada mostrou-se insuficiente para garantir domínio homogêneo, atualizado e padronizado de conteúdos relacionados ao TEA, especialmente em domínios de maior complexidade conceitual e clínica.
- ✓ A intervenção educativa mediada por Realidade Virtual promoveu melhora consistente e homogênea do desempenho no pós-teste, com ganhos expressivos nos domínios que apresentavam maior fragilidade inicial.
- ✓ A Realidade Virtual demonstrou-se eficaz tanto na correção de déficits de conhecimento quanto no reforço e consolidação de saberes prévios, favorecendo aprendizagem significativa e padronização do conhecimento entre profissionais com diferentes níveis de formação.
- ✓ A padronização dos resultados após a intervenção, especialmente em conteúdos relacionados ao manejo clínico e à tomada de decisão em situações complexas, indica potencial impacto positivo na qualidade do cuidado prestado às crianças com TEA.

Conforme o presente estudo, conclui-se que após a intervenção educativa com o uso de óculos de realidade virtual, observou-se melhora consistente no conhecimento dos profissionais, evidenciando a efetividade da estratégia educativa. A realidade virtual mostrou-se uma ferramenta eficaz e inovadora para a educação permanente, bem como, as melhorias na assistência prestada às crianças com TEA, podem ocorrer simultaneamente a qualificação técnica dos profissionais, a experiência e a satisfação dos cuidadores, bem como os determinantes sociais que atravessam o cuidado em saúde são influenciadores desses aspectos.

Os achados evidenciam que, embora o serviço investigado apresenta resultados positivos quanto ao manejo clínico e à competência técnica da equipe, persistem desafios relacionados à comunicação, à inclusão da família e ao atendimento às necessidades emocionais, aspectos fundamentais para a consolidação de um cuidado efetivamente centrado na criança e na família. Ademais, os resultados indicam que estratégias inovadoras de capacitação profissional, como o uso de tecnologias imersivas, apresentam potencial significativo para o aprimoramento do conhecimento e para a qualificação das práticas assistenciais.

Como limitações do estudo, destacam-se o número reduzido de participantes e a impossibilidade de análises inferenciais mais robustas, indicando a necessidade de estudos futuros com delineamentos ampliados e longitudinais.

Nesse sentido, o estudo reafirma a importância da articulação intersetorial, da atuação interdisciplinar e do investimento contínuo em educação permanente em saúde como elementos centrais para o fortalecimento da atenção integral à infância e para a redução das desigualdades no cuidado às crianças com TEA, além de contribuir para a qualificação da assistência às crianças com TEA ao reforçar a importância de abordagens avaliativas integradas, centradas na criança e na família, e alinhadas aos princípios da equidade, integralidade e humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thiago Moreira de *et al.* Políticas públicas e capacitação de profissionais: impactos na assistência a pessoas com TEA. **Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, Manaus, v. 3, n. 16, p. 2-7, 2024.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de (org.). **Autismo: avanços e desafios**. Científica Digital, 2021.

ALVES, Ângela Karenine Saraiva et al. O autismo e o psicólogo na psicologia clínica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 201-218, fev. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. **Pediatrics**, v. 149, n. 3, e2021052138, 2021. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/149/3/e2021052138>. Acesso em: 19 jan. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. rev. Washington, DC: APA, 2022. Disponível em: : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>. Acesso em: Novembro de 2025

ARAÚJO, J. A. M. R.; VERAS, A. B.; VARELLA, A. A. B. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v10i2.687>. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v10i2.687>. Acesso em: Outubro de 2025

ARAÚJO, T. M. D. et al. Intervenção educativa para avaliação do conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre lesão por pressão. **Revista Rene**, v. 20, p. e41359, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rene/a/>. Acesso em: Janeiro de 2025

ASSOCIAÇÃO MULTINACIONAL. Association of common maternal infections with birth outcomes: a multinational cohort study. **PubMed**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38733459/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

ATATELL, K. A. et al. Perinatal and childhood risk factors of adverse early developmental outcomes: a systematic review. **Children**, v. 12, n. 8, p. 1096, 2025. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/12/8/1096> Acesso em: Outubro de 2025.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/>. Acesso em: Janeiro de 2026

BORBA, Eduardo Zilles; BASSAN, Dilani; OLIVEIRA, Fabiane Luiz. Treinamento imersivo em realidade virtual: a percepção de experiência dos colaboradores numa indústria calçadista. **Revista Gestão e Desenvolvimento**, v. 20, n. 2, 2024. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistagestaoedesenvolvimento> Acesso em: Outubro de 2025

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: Setembro de 2025

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: composição dos arranjos familiares no Brasil**. IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: Setembro de 2025

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: Janeiro de 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS)**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações - 50 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Thematic analysis: a practical guide**. London: SAGE Publications, 2021.

CAMPOS, Thalita Ferreira; BRAGA, Letícia Hosana Araújo de Almeida; et al. Análise da importância da qualificação dos profissionais de saúde para o manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Research, Society and Development**, v. 6, n. 10, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/>. Acesso em: Janeiro de 2026

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/>. Acesso em: Setembro de 2025

CESAR, Fernanda C. et al. Health professionals' communication skills to promote health literacy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 5, p. 536, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/5/536> Acesso em: Janeiro de 2026

COSTA, Natália Miotto; SANTOS, Paula Ribeiro dos; BELUCO, Adriana Cristina Rocha. A importância da equipe multiprofissional de crianças diagnosticadas com TEA. In: ALMEIDA, Flávio Aparecido de (org.). **Autismo: avanços e desafios**. Científica Digital, 2021. p. 27-44. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/>. Acesso em: Outubro de 2025

COUTO, Maria Cristina Ventura. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, Andréa Maris Campos (org.). **A clínica da criança com transtorno do desenvolvimento**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. Disponível em: <https://www.autenticaeditora.com.br/>. Acesso em: Outubro de 2025

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 5. ed. Thousand Oaks: Sage, 2021.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>. Acesso em: Janeiro de 2026

FOULCAULT-FRUCHARD, L. et al. Virtual reality in healthcare education. **Nurse Education Today**, v. 124, p. 105-118, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/nurse-education-today>. Acesso em: Outubro de 2025

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext). Acesso em: Setembro de 2025

LIMA, Aniclecio Mendes. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia como ferramenta de gestão em saúde. **Cerus**, v. 16, n. 3, p. 66-80, 2024. Disponível em: : <https://periodicos.ufpe.br/revistas/cerus>. Acesso em: Novembro de 2025

LORD, Catherine et al. Autism spectrum disorder. **The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31129-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31129-2/fulltext). Acesso em: Novembro de 2025

NASIR, Arwa K.; STRONG-BAK, Whitney; BERNARD, Marie. Integration of autism spectrum disorder diagnostic evaluation into the primary care medical home. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 15, p. 1-8, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/home/jpc>. Acesso em: Dezembro de 2025

OLIVEIRA, Alcyr Alves de; SCHUCH, Clarissa. **Realidade virtual: aplicações para reabilitação e saúde mental**. São Paulo: Vetor Editora, 2021.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe e prática interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/>. Acesso em: Dezembro de 2025.

ROCHA, Cristina da Silva; RAIMUNDO, Ronney Jorge de Souza. O papel do fisioterapeuta em crianças com TEA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 14, n. 7, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg>. Acesso em: Dezembro de 2025.

SALDAÑA, Johnny. **The coding manual for qualitative researchers**. 4. ed. London: SAGE Publications, 2021. Disponível em: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-coding-manual-for-qualitative-researchers/book243616> Acesso em: Novembro de 2025.

SCHWARTZMAN, J. S. Estudo-piloto sobre a prevalência do TEA no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p. 103-106, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/>. Acesso em: Setembro de 2025

SONODA, B. M.; BONADIO, C. B.; KRAUSER, C. Construção do letramento em saúde de pacientes da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 6, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: Agosto de 2025

STEEN, Cathrine W. et al. The effectiveness of virtual reality training in mental health. **BMC Medical Education**, v. 24, n. 480, 2024. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-0480>. Acesso em: Agosto de 2025

TEIXEIRA, Carla Pacheco *et al.* **Educação na saúde: fundamentos e perspectivas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2023.

Understanding shared decision-making among patients with limited health literacy. **PMC**, N. de Graef et al., 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em Dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Acesso em: Dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020–2025**. Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>. Acesso em: Dezembro de 2025.

WYNIA, Matthew K.; OSBORN, Cynthia Y. Health literacy and communication quality in health care organizations. **Journal of Health Communication**, v. 15, sup. 2, p. 102–115, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2010.499981>. Acesso em: Janeiro de 2026.

ZWAIGENBAUM, Lonnie et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age. **Pediatrics**, v. 136, p. S60-S81, 2015. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/136/Supplement_1/S60/34138. Acesso em: Dezembro de 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E/OU CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Leidiane Minervina, com o título “SATISFAÇÃO DE CUIDADORES FRENTE AO USO DA REALIDADE VIRTUAL PARA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO A CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA”, que possui como objetivo geral avaliar *software* para capacitar os profissionais de saúde sobre como atender a criança com TEA na Atenção Secundária à Saúde.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de voluntário sem nenhuma forma de pagamento pela mesma. Como tal, o (a) senhor (a) se submeterá à pesquisa mediante questionário sobre o feedback no que concerne à satisfação com o serviço em saúde. Declaro que a entrevista durará, em média, 15 minutos, por meio telefônico, sem custo, após 2 meses da aplicação do software, a fim de avaliar os impactos no atendimento em saúde de pessoas com TEA.

Ressalto que a sua participação é livre, não devendo participar contra sua vontade e que esta pode ocasionar riscos, como por exemplo: constrangimento mediante perguntas da pesquisa. Porém, esses riscos serão minimizados ao ser esclarecido que você pode interromper a coleta de dados, continuando em momento que os sintomas cessem ou se sintam melhores. Quanto aos benefícios, vocês poderão estar contribuindo para o desenvolvimento da ciência e de tecnologia inovadora para a área da saúde da criança.

Dou-lhe a garantia que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo; Caso haja algum dano decorrente da pesquisa, o senhor(a) tem o direito a solicitar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais; bem como poderá solicitar ao pesquisador algum tipo de acompanhamento decorrente desta pesquisa; Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas, para que todos possam ter acesso; Este termo será feito em duas vias, na qual uma destas ficará com o participante e a outra com o pesquisador. É importante que guarde

(salve) esse documento; E, finalmente, informo-lhe que quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo.

Em caso de dúvidas nos contate, os responsáveis pela pesquisa:

Nome: Marcela Deyse Castro Lima

Telefone para contato: (85) 9962583493

E-mail: marcelalimpsic@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br.

A concordância dada abaixo ratifica que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, enviando e-mail para a pesquisadora, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ___/___/_____

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, tendo sido devidamente esclarecida a sua finalidade, condições da minha participação e aspectos ético-legais, sendo assim:

() Concordo em participar voluntariamente do estudo

() Não concordo em participar do estudo

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO (PAIS OU RESPONSÁVEIS)

Contato: _____ **Residência: Sede / Serra / Antônio Diogo / Outro** _____

1. Gênero do respondente: 1. Masculino 2. Feminino
2. Gênero da criança: 1. Masculino 2. Feminino
3. Idade da criança: ___ anos
4. Quantas pessoas residem na casa? _____
5. Escolaridade do respondente/cuidador: 1. Analfabeto(a) 2. Sabe ler e escrever 3. Ensino Fundamental Completo 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Completo
6. Grau de parentesco do cuidador: 1. Pai 2. Mãe 3. Outro _____
7. A criança frequenta está matriculada na rede regular de ensino? 1. Sim 2. Não
8. Qual a situação de moradia? 1. alugada 2. cedida 3. Própria
9. Quem é o(a) chefe da família? 1. Pai 2. Mãe 3. Outro (a): _____
10. A gestação foi planejada? 1. Sim 2. Não
11. Houveram conflitos estressores, familiares, dentre outros? 1. Sim 2. Não

Quais: _____

12. Fez uso de substância abortiva, psicoativas, dentre outras, na gestação? 1. Sim 2. Não
Descrever período da gestação: ___ meses
13. Houve ameaça de risco de aborto na gestação? 1. Sim 2. Não
14. Fez pré-natal regular? 1. Sim 2. Não
15. Fez uso de suplementação vitamínica na gestação? 1. Sim 2. Não
16. Qual tipo de parto? 1. Cesáreo 2. Natural
17. Qual a idade da mãe no parto? ___ anos 1. Não sei
18. Houve complicações no parto? 1. Sim 2. Não
19. Quantas semanas ou meses gestacionais ocorreu o nascimento?: _____ meses
20. Qual peso, tamanho e apgar da criança no nascimento?
1. Peso ___ 2. Apgar ___ 3. Tamanho ___ 4. Não sei
21. Teve doenças comórbidas na gestação? 1. Sim 2. Não: Quais? _____
22. Gosta dessa instituição de saúde? 1. Sim 2. Não
23. Com quantos anos a criança recebeu o diagnóstico?
24. Qual o nível de suporte da criança? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Não sei
25. Há quanto tempo a criança realiza tratamento nesta instituição de saúde?
1. menos de 1 ano 2. há 1 ano 3. Mais de 1 ano 4. Mais de 2 anos
26. Quantas terapias seu (a) filho (a) faz? _____ () TO () Fono () Psicologia
() Psicopedagogia () Nutricionista () Fisioterapia

27. Realiza outras terapias fora as disponíveis no município? 1. Sim 2. Não Quais:

28. Qual a situação vacinal da criança? 1. atualizada 2. não atualizada 3. Não sei

29. Recebe algum tipo de benefício governamental? Ex: BPC, Bolsa família, dentre outros.

Sim Não

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO

(Após validação com experts)

DOMÍNIO 1 - Características do TEA (1 - 8)

(Compreensão dos sinais, sensorialidade, comportamentos e necessidades da criança com TEA.)

1. Durante o atendimento, à criança com TEA apresenta dificuldade para completar frases, demonstra agitação e inquietação motora, reage de forma intensa a estímulos como luzes fortes, sons do ambiente e ao toque, mostrando desconforto e dificuldade de permanência na atividade. Esses comportamentos se relacionam principalmente a:

- a) Dificuldades na autorregulação emocional e comportamental durante a interação clínica
- b) Déficit de memória
- c) Sobrecarga sensorial
- d) Desobediência voluntária

2. Geralmente, a criança com TEA reage fortemente a luzes intensas, toques e ruídos, apresentando agitação, inquietação e dificuldade de manter a atenção. Esse quadro geralmente está mais frequentemente associado a:

- a) Problemas motores severos
- b) Hipersensibilidade sensorial
- c) Dificuldade de reconhecer objetos
- d) Déficits intelectuais graves

3. Movimentos repetitivos como correr em círculos, balançar as mãos, pular sem motivo aparente, realizar caretas, abrir excessivamente a boca ou os olhos, bem como o balanceio da cabeça, são sinais comuns em crianças com TEA. Esses movimentos podem ser denominados:

- a) Desatenção
- b) Estereotipias
- c) Comportamentos agressivos
- d) Falta de Limites

4. Quando se diz que a criança apresenta TEA classificada como Nível de suporte 2, significa que ela:

- a) Necessita de suporte substancial
- b) Não precisa de apoio para comunicação
- c) Tem habilidades típicas de linguagem
- d) Requer apenas suporte mínimo

5. Em ambientes com espera prolongada, nos quais há poucas atividades estruturadas, estímulos variados e regras sociais implícitas, muitas crianças com TEA podem apresentar desconforto e agitação. Por qual motivo isso ocorre, principalmente?

- a) Pela dificuldade de adaptação a rotinas previsíveis e pela rigidez comportamental diante da espera
- b) Pela dificuldade de compreender regras sociais em ambientes públicos
- c) O ambiente não tem brinquedos
- d) A família superinterpreta o comportamento

6. O baixo contato visual é frequentemente observada em crianças com TEA. A diminuição do contato visual prolongado se dá por qual motivo?

- a) Um comportamento comum, associado às particularidades de processamento sensorial e social da criança
- b) Sempre um sinal de desinteresse ou falta de vínculo afetivo
- c) Indicativo de déficit intelectual ou atraso global no desenvolvimento
- d) Consequência de falhas na educação ou na forma como a criança foi criada

7. Em quais situações a criança com TEA tende a apresentar aumento de comportamentos repetitivos?

- a) A criança está relaxada
- b) Sempre em momentos de alegria intensa, não considerando o contexto
- c) Quando tentam chamar a atenção dos adultos
- d) Diante de situações de estresse, ansiedade ou sobrecarga sensorial

8. Crianças com TEA podem apresentar dificuldades diante de mudanças inesperadas, como alterações na rotina entre dias da semana e finais de semana, devido à forma como processam informações e organizam sua compreensão do mundo. Neste contexto, o uso de rotinas visuais, agendas estruturadas e da antecipação de eventos é importante porque:

- a) Ajuda a criança na adaptação às regras sociais
- b) Reduz a ansiedade e comportamentos desregulados, facilitando sua compreensão
- c) Substitui a necessidade de comunicação verbal com a criança
- d) Evita que a família lhe apresente novas experiências

DOMÍNIO 2 - Comunicação e Interação (9 - 14)

(Como falar, como reduzir sobrecarga, comunicação alternativa, linguagem clara.)

9. É comum que crianças com TEA apresentem dificuldades na compreensão de linguagem complexa, como metáforas, duplas interpretações ou instruções muito longas. O uso de estratégias como frases curtas, diretas, com verbos de ação e vocabulário simples é amplamente recomendado nos protocolos de intervenção. Tal recomendação é importante por que:

- a) Reduzem o tempo de atendimento
- b) Diminui a necessidade de utilizar outros recursos de comunicação
- c) Torna a mensagem mais compreensível e facilita a informação pela criança
- d) Diminuem a necessidade de recursos visuais

10. O posicionamento corporal do adulto influencia diretamente a qualidade da comunicação com a criança. Falar na altura da criança auxilia para:

- a) Mostrar autoridade
- b) Melhorar a conexão visual e reduzir ansiedade
- c) Controlar o comportamento
- d) Indicar punição

11. Algumas crianças com TEA apresentam dificuldades na comunicação verbal, que podem estar relacionadas a aspectos da linguagem, como limitação de vocabulário,

dificuldade em organizar a fala, seletividade sensorial e ansiedade diante de interações sociais, bem como a aspectos motores, como dificuldades no controle e coordenação dos músculos faciais envolvidos na fala. Nesse contexto, o uso de placas de comunicação alternativa ajuda a criança a:

- a) Expressar necessidades, sentimentos, escolhas e emoções,
- b) Seguir a comandos mais rapidamente
- c) Se comportar melhor na terapia
- d) Aprender leitura rapidamente

12. Crianças com TEA podem apresentar hipersensibilidade auditiva ou dificuldades em interpretar tons e emoções transmitidos pela voz. Logo, o tom de voz recomendado com crianças com TEA é:

- a) Rápido e firme, para garantir que a criança obedeça
- b) Indiferente, o tom de voz não influencia
- c) Calmo, acolhedor e previsível
- d) Monótono

13. Quando a criança apresenta sinais de sobrecarga auditiva em ambientes ruidosos, uma das intervenções iniciais que pode ser realizada pelo adulto responsável é:

- a) Retirar a criança da sala
- b) Utilização de abafadores de ruídos
- c) Ignorar o comportamento
- d) Chamar o segurança

14. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em antecipar sequências de ações, compreender instruções complexas ou lidar com mudanças inesperadas em atividades cotidianas. Quando é explicada cada etapa dos procedimentos que serão realizados com a criança, isso ajuda porque:

- a) Evita que a mãe interfira
- b) Garante a execução precisa da criança sem necessidade de apoio

- c) Reduz o tempo de atendimento
- d) Reduz a ansiedade e comportamentos desafiadores, facilitando a previsibilidade das situações

15. Em situações como a antecipação de uma mudança de atividade ou a exposição a um ambiente com muitos estímulos, a identificação de sinais prévios pode evitar que a criança com TEA apresente uma crise comportamental. Nesse contexto, identificar antecedentes significa:

- a) Investigar o que aconteceu antes do comportamento
- b) Observar o fim da crise
- c) Corrigir o comportamento imediatamente
- d) Avaliar características da criança sem o fator ambiental

16. Quando a criança com TEA demonstra resistência em devolver um brinquedo que gostou muito no espaço clínico, mesmo após ter sido previamente combinado o tempo de uso e a devolução ao final da atividade, como deve ser a conduta profissional diante dessa situação?

- a) Ameaçar e retirar o brinquedo
- b) Validar os sentimentos e lembrar do combinado
- c) Retirar imediatamente o brinquedo
- d) Pedir para a mãe resolver

17. Crianças com TEA podem apresentar dificuldades relacionadas à percepção do tempo, à atenção sustentada e à rigidez comportamental, especialmente em situações de espera ou transição entre atividades. Frente a essa realidade, o uso do cronômetro pode ser empregado como uma ferramenta de:

- a) Controle rígido
- b) Restrição do comportamento
- c) Previsibilidade e organização
- d) Limitação do tempo

18. Em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA, a resistência para mudar de atividade pode manifestar-se por meio de protestos verbais, agitação, choro, recusa ou aumento de comportamentos repetitivos. Por exemplo, ao ser avisada de que uma brincadeira será interrompida para iniciar outra atividade, a criança pode reagir de forma intensa. Esses comportamentos podem relacionar-se principalmente a:

- a) Comportamentos intencionais de manipulação ou oposição voluntária
- b) Resposta frequente relacionada às características do neurodesenvolvimento, como dificuldades de transição e flexibilidade cognitiva
- c) Dificuldades na compreensão de regras sociais e limites impostos
- d) Ausência de estímulos adequados para engajamento na atividade proposta

19. Algumas práticas podem ajudar a reduzir comportamentos desafiadores e aumentar o engajamento da criança. É recomendado em crianças com TEA:

- a) Forçar a criança a tocar objetos sensoriais
- b) Observar reações e estimular sem forçar
- c) Tocar a criança para acalmá-la
- d) Apenas os profissionais manipular os objetos

20. Crianças com TEA frequentemente apresentam resistência em situações de mudança ou diante de novas demandas. Qual estratégia pode ser utilizada para lidar com comportamentos de resistência?

- a) Aumentar indefinidamente o tempo de permanência no brinquedo
- b) Exigir a mudança imediata de atividade, sem preparação prévia
- c) Interromper a atividade de forma abrupta, sem aviso
- d) Validar os sentimentos da criança, reforçar os combinados e oferecer alternativas

21. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças na percepção e processamento sensorial, podendo ter hipersensibilidade a estímulos táteis, visuais, auditivos ou proprioceptivos. Logo, pode-se utilizar com essas crianças a caixa sensorial, que serve para:

- a) Oferecer experiências sensoriais controladas e auxiliar na autorregulação
- b) Substituir outras intervenções clínicas
- c) Reduzir necessidade de acompanhamento
- d) Cessar a crise imediatamente

22. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em regular emoções, lidar com ansiedade ou controlar estados de agitação. Nesse contexto, a respiração guiada, enquanto estratégia de mindfulness, pode ser utilizada para ajudar a criança a:

- a) Aumentar energia
- b) Desenvolver fala
- c) Regular o corpo e reduzir ansiedade
- d) Parar de se movimentar

DOMÍNIO 4 - Cuidado Clínico e Intervenções (23 - 26)

(Recursos, salas sensoriais, adaptação do ambiente, manejo sensorial.)

23. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças no processamento sensorial. A sala de acomodação sensorial é útil porque:

- a) Impede a criança de brincar
- b) Mantém a criança isolada
- c) Diminui o tempo de espera
- d) Reduz estímulos invasivos e reduz a ansiedade, favorecendo a autoregulação

24. Abafadores, estímulos táteis e pistas visuais são recomendados em crianças com TEA. A importância desses recursos se dá devido:

- a) Correção do comportamento inadequado
- b) Redução da sobrecarga e facilitação da comunicação
- c) Controle da criança
- d) Tornar o ambiente silencioso

25. A inflexibilidade e rigidez cognitiva é comum em crianças com TEA. Logo, as mudanças de sala e de profissional e imprevisibilidades podem gerar:

- a) Curiosidade positiva
- b) Comportamento colaborativo
- c) Motivação alta
- d) Aumento da ansiedade e desorientação

26. Música de fundo calma, como sons do mar, pode auxiliar no manejo de crianças com TEA. Seu auxílio consiste em:

- a) Causar distrações durante o atendimento.
- b) Ajudar na autorregulação sensorial da criança, promovendo relaxamento e reduzindo a ansiedade.
- c) Ser utilizada como estratégia complementar de acolhimento e organização emocional, e não como forma de recompensa.
- d) Contribuir para um ambiente mais tranquilo e previsível, favorecendo a permanência da criança no atendimento, sem necessariamente reduzir o tempo da sessão.

DOMÍNIO 5 - Família, Direitos e Práticas Profissionais (27 - 30)

(Participação da família, abordagem, direitos e colaboração profissional.)

27. A participação ativa do familiar responsável é essencial no atendimento à criança com TEA porque:

- a) Ela controla o comportamento da criança
- b) Conhece sinais, preferências e gatilhos e fortalece o vínculo
- c) Substitui o profissional
- d) Acalma a equipe

28. Considerando as necessidades de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), as mudanças inesperadas na rotina devem ser:

- a) Tratadas como oportunidades de exposição gradual à imprevisibilidade, dispensando mediações estruturadas para favorecer autonomia adaptativa.
- b) Mediadas por explicações compatíveis com o nível de compreensão da criança e, sempre que possível, antecipadas por meio de estratégias estruturadas, como apoios visuais ou narrativas sociais, com o objetivo de minimizar desorganização emocional e comportamental.
- c) Gerenciadas prioritariamente após sua ocorrência, de modo a estimular tolerância à frustração e flexibilidade cognitiva sem interferência preventiva.
- d) Prevenidas sistematicamente, mantendo-se rotinas rígidas e inalteráveis como principal estratégia de regulação emocional.

29. No atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a postura do profissional é fundamental para garantir um ambiente seguro, acolhedor e eficaz. O profissional deve sempre:

- a) Culpar a família pelos comportamentos apresentados pela criança, considerando-os como resultado exclusivo do contexto familiar.
- b) Priorizar rigidamente a agenda e o tempo de atendimento, independentemente das necessidades individuais da criança.
- c) Trabalhar com respeito, empatia e readequações contínuas das estratégias e do ambiente, considerando as particularidades e necessidades da criança.
- d) Impor sua metodologia de forma inflexível, pressupondo que sua abordagem seja universalmente mais eficaz.

30. Considerando as boas práticas no atendimento multiprofissional a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a conduta profissional mais adequada é:

- a) Respeitar as particularidades do desenvolvimento da criança, observando aspectos motores (como marcha e possíveis atrasos), sensoriais e cognitivos, além de readequar estratégias de intervenção conforme o nível de suporte necessário, considerando que tais níveis podem variar de acordo com os estímulos oferecidos.
- b) Utilizar técnicas padronizadas e uniformes, independentemente do perfil sensorial, motor ou alimentar da criança, a fim de garantir homogeneidade no atendimento.
- c) Intervir priorizando apenas o comportamento observável, sem considerar seletividade alimentar, uso funcional de brinquedos ou necessidades sensoriais e motoras específicas.

d) Reduzir o tempo das sessões como principal estratégia para evitar sobrecarga sensorial e dificuldades de engajamento da criança.

Respostas corretas:

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
C	B	B	A	A	A	D	B	C	B
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -	16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
A	C	B	D	A	B	C	B	B	D
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -	26 -	27 -	28 -	29 -	30 -
A	A	D	B	D	B	B	B	C	A

APÊNDICE D- CONVITE PARA JUÍZ ESPECIALISTA

Prezado(a) Juiz(a) Especialista,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar, na qualidade de juiz(a) especialista, do processo de validação de conteúdo de um instrumento destinado à avaliação do conhecimento de profissionais de saúde acerca do cuidado a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O instrumento em validação será aplicado a profissionais que atuam no atendimento de crianças com TEA no âmbito da Atenção Secundária à Saúde, e sua contribuição é fundamental para assegurar a qualidade científica, a clareza e a relevância teórica e prática do questionário.

O formulário de validação é composto inicialmente por um texto explicativo, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual será solicitada sua concordância em participar da pesquisa, bem como a identificação por meio do nome completo, conforme as exigências éticas para estudos de validação por juízes especialistas.

Após o aceite do TCLE, o(a) senhor(a) será direcionado(a) ao questionário de validação, organizado por domínios temáticos. Cada item deverá ser avaliado considerando os seguintes critérios:

- Clareza de linguagem: se o item apresenta linguagem compreensível, objetiva e adequada ao público-alvo;
- Pertinência prática: se o item é coerente com o domínio ao qual pertence e com os objetivos do instrumento;
- Relevância teórica: se o conteúdo do item é pertinente e importante para avaliar o conhecimento sobre o cuidado a pessoas com TEA.

Ao final de cada domínio, haverá um espaço destinado a sugestões e observações, no qual poderão ser indicados ajustes, reformulações, exclusões ou comentários que julgar pertinentes.

O tempo estimado para o preenchimento do formulário é de aproximadamente 15 a 20 minutos.

Agradecemos imensamente sua disponibilidade e contribuição científica. Sua participação é de extrema relevância para a qualificação metodológica e validação deste instrumento.

Atenciosamente,

**APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOS (JUÍZES
DA VALIDAÇÃO)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Juízes Especialistas - Validação de Instrumento

Apresentação

Você está sendo convidado(a) a participar, na condição de juiz(a) especialista, do processo de validação de conteúdo do *Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre o Cuidado a Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*.

Esta pesquisa é desenvolvida por Marcela Deyse Castro Lima, mestranda em Saúde da Família (RENASF/UNILAB), sob orientação da Profa. Dra. Leidiane Minervina Moraes de Sabino e coorientação da Profa. Emília Soares Chaves Rouberte.

Objetivo da Pesquisa

O objetivo deste estudo é validar um instrumento de avaliação de conhecimento de profissionais atuantes na atenção secundária à saúde sobre o cuidado a pessoas com TEA.

Procedimentos

Ao aceitar participar, você será convidado(a) a: Avaliar os itens do questionário quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, além de sugerir ajustes ou reformulações, quando julgar necessário.

O tempo estimado para preenchimento é de aproximadamente 15 a 20 minutos.

Riscos

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, como possível cansaço durante a avaliação do instrumento. Não há riscos físicos, psicológicos, morais ou profissionais.

Benefícios

Não há benefícios diretos ou financeiros. Sua participação contribuirá para: Qualificação científica do instrumento; Aprimoramento da formação e prática profissional no cuidado a pessoas com TEA; Avanço do uso de tecnologias educativas em saúde.

Confidencialidade e Anonimato

As informações fornecidas serão tratadas de forma confidencial. Seu nome não será divulgado em nenhuma etapa da pesquisa. Os dados serão codificados e utilizados exclusivamente para fins científicos. Os resultados poderão ser divulgados em trabalhos acadêmicos, mantendo-se o anonimato.

Participação Voluntária

A participação é voluntária. Você pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa.

Esclarecimentos

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelos meios informados no convite da pesquisa.

Consentimento

Após a leitura das informações acima, assinale a opção que melhor representa sua decisão:

Se você leu, compreendeu, assinale a resposta que representa sua decisão: *

- Declaro que li e compreendi as informações acima e CONCORDO em participar da pesquisa como juiz(a) especialista.
- Declaro que li e compreendi as informações acima e NÃO CONCORDO em participar da pesquisa como juiz(a) especialista.

Voltar

Avançar

Limpar formulário

APÊNDICE F- FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO (JUÍZES)

Segue o link do formulário de validação enviados aos juízes:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeCy1hAGt3KSwdK5pH8A9YC6feJEYmdyl6JfqN5wfwDhkMgfO/viewform>

Validação de questionário para avaliação do conhecimento dos profissionais no cuidado a crianças com TEA

Validação de questionário para avaliação do conhecimento dos profissionais no cuidado a crianças com TEA

Este formulário refere-se ao processo de validação do instrumento de avaliação de conhecimento sobre o cuidado a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no qual, os profissionais respondentes estão em situação no atendimento de crianças com TEA no nível de Atenção Secundária a Saúde.

Inicialmente, você encontrará este texto explicativo, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual será solicitada a sua manifestação quanto à concordância ou não em participar da pesquisa, bem como a identificação por meio do nome completo, conforme exigência ética para o processo de validação por juízes especialistas.

Após o aceite do TCLE, você será direcionado(a) ao questionário de validação do instrumento, organizado por domínio, nos quais cada item deverá ser avaliado considerando os seguintes critérios:

- Clareza de linguagem: se o item apresenta linguagem compreensível, objetiva e adequada ao público-alvo;
- Pertinência prática: se o item está coerente com o domínio ao qual pertence e com os objetivos do instrumento;
- Relevância teórica: se o conteúdo do item é pertinente e importante para avaliar o conhecimento sobre o cuidado a pessoas com TEA.

Ao final de cada domínio, haverá um espaço destinado a sugestões, no qual você poderá indicar ajustes, reformulações, exclusões ou observações que considere pertinentes. O tempo estimado para o preenchimento do formulário é de aproximadamente 15 a 20 minutos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Juizes Especialistas - Validação de Instrumento

Apresentação

Você está sendo convidado(a) a participar, na condição de juiz(a) especialista, do processo de validação de conteúdo do Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre o Cuidado a Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Esta pesquisa é desenvolvida por Maricela Deyse Castro Lima, mestrande em Saúde da Família (RENASF/UNILAB), sob orientação da Profa. Dra. Lindiane Nerevina Moraes de Sabero e coorientação da Profa. Emília Soares Chaves Roubante.

Objetivo da Pesquisa

O objetivo deste estudo é validar um instrumento de avaliação de conhecimento de profissionais atuantes na atenção secundária à saúde sobre o cuidado a pessoas com TEA.

Procedimentos

Ao aceitar participar, você será convidado(a) a avaliar os itens do questionário quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, além de sugerir ajustes ou reformulações, quando julgar necessário.

O tempo estimado para preenchimento é de aproximadamente 15 a 20 minutos.

Riscos

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, como possível cansaço durante a avaliação do instrumento. Não há riscos físicos, psicológicos, morais ou profissionais.

Benefícios

Não há benefícios diretos ou financeiros. Sua participação contribuirá para: Qualificação científica do instrumento; Aprimoramento da formação e prática profissional no cuidado a pessoas com TEA; Avanço do uso de tecnologias educativas em saúde.

Confidencialidade e Anonimato

As informações fornecidas serão tratadas de forma confidencial. Seu nome não será divulgado em nenhuma etapa da pesquisa. Os dados serão codificados e utilizados exclusivamente para fins científicos. Os resultados poderão ser divulgados em trabalhos acadêmicos, mantendo-se o anonimato.

Participação Voluntária

A participação é voluntária. Você pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa.

3. Idade *

4. Formação *

5. Ano de formação *

6. Ocupação atual *

7. Tempo de atuação na ocupação atual *

Desde já, agradecemos imensamente sua disponibilidade e contribuição científica, que são fundamentais para a qualificação e validação deste instrumento.

Agradecemos sua participação.

* Indica uma pergunta obrigatória.

Esclarecimentos

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelos meios informados no convite da pesquisa.

Consentimento

Após a leitura das informações acima, assinale a opção que melhor representa sua decisão:

1. Se você leu, compreendeu, assinale a resposta que representa sua decisão: *

Marcar apenas uma oval.

Declaro que li e compreendi as informações acima e CONCORDO em participar da pesquisa como juiz(a) especialista.

Declaro que li e compreendi as informações acima e NÃO CONCORDO em participar da pesquisa como juiz(a) especialista.

Qualificação do juiz

A qualificação dos juizes é fundamental para a validação de questionários, pois garante que a avaliação do instrumento seja realizada por profissionais com conhecimento técnico e experiência compatíveis com o tema investigado. Para assegurar a adequação dos avaliadores aos objetivos do estudo, faz-se necessário o preenchimento de um formulário de caracterização do juiz, no qual são coletadas informações referentes à formação acadêmica, experiência profissional e atuação na área específica. Este procedimento permite verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, garantindo a seleção de juizes qualificados e a confiabilidade do processo de validação do instrumento.

2. Nome *

8. Trajetória profissional (informar locais e tempo de atuação prévios)

Exemplo: Local 1 - X anos

9. Possui especialização *

Marque todas que se aplicam.

Sim

Não

10. Em caso afirmativo na pergunta anterior, especificar especialização e ano de conclusão. Caso tenha mais de uma especialização, especificar as informações de todas. *

11. Possui mestrado? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

12. Em caso afirmativo na pergunta anterior, especificar área do mestrado e ano de conclusão. Caso tenha mais de um mestrado, especificar as informações de todos.

13. Possui doutorado? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. Em caso de resposta afirmativa na pergunta acima, especificar o tempo de atuação. *

19. Desenvolve ou já desenvolveu pesquisas na área do TEA? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Tem publicações na área do TEA? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

1. Durante um atendimento, a criança com TEA pode demonstrar dificuldade de completar frases, parecer inquieta e reagir a estímulos do ambiente. Esses comportamentos se relacionam principalmente a:

- a) Resistência emocional ao profissional
b) Déficit de memória
c) Sobrecarga sensorial
d) Desobediência voluntária

Resposta correta: C

Explicação: Sons altos, mudanças inesperadas e ambientes caóticos aumentam a sobrecarga sensorial, dificultando a comunicação e gerando agitação.

21. CLAREZA DA LINGUAGEM

O texto da questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

23. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

24. Sugestões

14. Em caso afirmativo na pergunta anterior, especificar área do doutorado e ano de conclusão. Caso tenha mais de um doutorado, especificar as informações de todos.

15. Possui experiência na área de saúde da criança? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

16. Em caso de resposta afirmativa na pergunta acima, especificar o tempo de atuação.

17. Possui experiência no atendimento e/ou estudo a crianças com TEA? *

Marque todos que se aplicam.

- Sim
 Não

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO

Questionário com 30 itens - 5 Domínios (1 item correto por questão, estando a resposta correta indicada em negrito)
Público-alvo: profissionais de saúde com atuação na atenção secundária à saúde.

DOMÍNIO 1 - Características do TEA (1 - 8)

(Compreensão dos sinais, sensorialidade, comportamentos e necessidades da criança com TEA.)

DOMÍNIO 2 - Comunicação e Interação (9 - 14)

(Como falar; como reduzir sobrecarga; comunicação alternativa; linguagem clara.)

DOMÍNIO 3 - Comportamento e Manejo (15 - 22)

(Antecedentes ao atendimento, consequências, manejo da resistência, regulação emocional.)

DOMÍNIO 4 - Cuidado Clínico e Intervenções (23 - 26)

(Recursos, saídas sensoriais, adaptação do ambiente, manejo sensorial.)

DOMÍNIO 5 - Família, Direitos e Práticas Profissionais (27 - 30)

(Participação da família, abordagem, direitos e colaboração profissional.)

22.

PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

2. Em muitos atendimentos, a criança com TEA reage fortemente a luzes intensas, toques e ruídos. Esse quadro sugere:

- a) Problemas motores severos
b) Hipersensibilidade sensorial
c) Dificuldade de reconhecer objetos
d) Déficit intelectual graves

Resposta correta: B

Explicação: Crianças com TEA podem ter sistemas sensoriais mais reativos, exatamente como no roteiro (luz, toque e barulhos em garlhos claros).

25. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

26. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

27. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

29. **CLAREZA DA LINGUAGEM**

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

28. Sugestões

3. **Movimentos repetitivos como correr em círculos, balançar as mãos ou pular sem motivo aparente, são sinais comuns em crianças com TEA. Esses movimentos podem ser denominados:**

- a) Desatenção
b) **Esteretótipias**
c) Comportamentos agressivos
d) Falta de Limites

Resposta correta: B

Explicação: São comportamentos repetitivos comuns em TEA, usados para autorregulação quando a criança está desconfortável.

30. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

31. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

32. Sugestões

4. **A criança com TEA pode ser classificada em 3 níveis de suporte. Quando se diz que a criança apresenta TEA nível 2, significa que ela:**

- a) **Necessita de suporte substancial**
b) Não precisa de apoio para comunicação
c) Tem habilidades típicas de linguagem
d) Requer apenas suporte mínimo

Resposta correta: A

Explicação: O nível 2 exige maior apoio para comunicação e adaptação, no qual, a pessoa com TEA apresenta maior dificuldade, necessitando de um maior suporte ao processo em diversos níveis.

33. **CLAREZA DA LINGUAGEM**

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

34. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

35. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

36. Sugestões

5. **Em ambientes com espera prolongada e barulho, muitas crianças com TEA podem demonstrar desconforto. Por qual motivo isso acontece?**

- a) **Possuem maior sensibilidade sensorial**
b) Não gostam de pessoas
c) O ambiente não tem brinquedos
d) A família superinterpreta o comportamento

Resposta correta: A

Explicação: Ambientes imprevisíveis e ruidosos são gatilhos frequentes de desregulação.

37. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

40. Sugestões

6. A evitação ou redução do contato visual é frequente em crianças com TEA, não tendo relação com falta de interesse, desobediência ou déficit cognitivo. A falta de contato visual prolongado se dá por qual motivo?

- a) Um comportamento comum, associado às particularidades de processamento sensorial e social da criança
- b) Sempre um sinal de desinteresse ou falta de vínculo afetivo
- c) Indicativo de déficit intelectual ou atraso global no desenvolvimento
- d) Consequência de falhas na educação ou na forma como a criança foi criada

Resposta correta: A.

Explicação: A evitação ou redução do contato visual é frequente em crianças com TEA e não deve ser interpretada como falta de interesse, desobediência ou déficit cognitivo. Muitas crianças utilizam essa estratégia para reduzir a sobrecarga sensorial, regular o desconforto frente a estímulos sociais intrínsecos ou facilitar o processamento das informações auditivas e visuais simultaneamente. O contato visual pode exigir esforço significativo, de modo que sua ausência reflete características do neurodesenvolvimento, e não intencionalidade negativa.

42. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouca
- Pouquíssima
- Média
- Muita
- Multíssima

43. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouca
- Pouquíssima
- Média
- Muita
- Multíssima

45. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouca
- Pouquíssima
- Média
- Muita
- Multíssima

38. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

39. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

41. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

44. Sugestões

7. Os comportamentos repetitivos tendem a aumentar em crianças com TEA, principalmente em quais situações?

- a) A criança está relaxada
- b) Sempre em momentos de alegria intensa, não considerando o contexto
- c) Quando tentam chamar a atenção dos adultos
- d) Diante de situações de estresse, ansiedade ou sobrecarga sensorial

Resposta correta: D

Explicação: Em crianças com TEA, comportamentos repetitivos podem surgir ou intensificar-se quando ocorre ansiedade, frustração, mudanças na rotina, excesso de estímulos sensoriais ou dificuldades de comunicação. Essas ações funcionam como estratégias de autorregulação emocional, ajudando a reorganizar o estado interno da criança. Importante lembrar que eles não indicam necessariamente birra, manipulação ou déficit intelectual, mas fazem parte do funcionamento neurológico característico do TEA.

46. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

47. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

48. Sugestões

8. Crianças com TEA podem ter dificuldades diante de mudanças inesperadas, devido à forma como processam informações e organizam sua compreensão do mundo. Nesse contexto, o uso de rotinas visuais, agendas estruturadas e da antecipação de eventos é importante porque:

- a) Ensina a criança a obedecer
- b) Reduz a ansiedade e comportamentos desregulados, facilitando sua compreensão
- c) Garante que a criança obedeça
- d) Evita que a família tenha experiências novas

Resposta correta: b

Explicação: A criança com TEA pode se desorganizar quando há mudanças abruptas devido ao comportamento rígido e inflexível, necessitando de rotina estruturada, reduzindo o nível de estresse ao ter previsibilidade.

50. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

51. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

53. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

56. Sugestões

10. O posicionamento corporal do adulto influencia diretamente a qualidade da comunicação com a criança. Falar na altura da criança auxilia para:

- a) Mostrar autoridade
- b) Melhorar a conexão visual e reduzir ansiedade
- c) Controlar o comportamento
- d) Indicar punição

Resposta correta: b

Explicação: Evita postura intimidadora e facilita o vínculo.

49. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

52. Sugestões

9. É comum que crianças com TEA apresentem dificuldades na compreensão de linguagem complexa, metáforas, duplas interpretações ou instruções muito longas. Utilizar estratégias como usar frases curtas, diretas e com vocabulário simples são amplamente recomendadas nos protocolos de intervenção. Tal recomendação é importante por que:

- a) Reduzem o tempo de atendimento
- b) Diminui a necessidade de utilizar outros recursos de comunicação
- c) Torna a mensagem mais compreensível e facilita a informação
- d) Diminuem a necessidade de recursos visuais

Resposta correta: c

Explicação: A linguagem objetiva reduz confusão e ajuda na compreensão.

54. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

55. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

57. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

58. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

59. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

60. **CLAREZA DA LINGUAGEM**

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

63. Sugestões

12. Crianças com TEA podem apresentar hipersensibilidade auditiva ou dificuldades em interpretar tons e emoções transmitidos pela voz. Logo, o tom de voz recomendado com crianças com TEA é:

- a) Rápido e firme, para garantir que a criança obedeça
- b) Indiferente, o tom de voz não influencia
- c) Calmo, acolhedor e previsível
- d) Monótono

Resposta correta: c

Explicação: Ajuda a diminuir a sobrecarga e as dificuldades de lidar com as emoções.

65. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

66. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

11. Muitas crianças com TEA apresentam dificuldades na comunicação verbal, seja pela limitação de vocabulário, pela dificuldade em organizar a fala, pela seletividade sensorial ou pela ansiedade diante de interações sociais. Placa de comunicação alternativa ajuda a criança a:

- a) Expressar necessidades, sentimentos, escolhas e emoções.
- b) Seguir a comandos mais rapidamente
- c) Se comportar melhor na terapia
- d) Aprender leitura rapidamente

Resposta correta: a

Explicação: Reduz frustração, já que crianças com TEA apresentam dificuldades na comunicação social, e muitas vezes na fala espontânea.

61. **PERTINÊNCIA PRÁTICA**

A questão possui importância para o instrumento?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

62. **RELEVÂNCIA TEÓRICA**

O conteúdo da questão é relevante?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

64. **CLAREZA DA LINGUAGEM**

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

- Marcar apenas uma oval.
- Pouquíssima
 - Pouca
 - Média
 - Muita
 - Multíssima

67. Sugestões

13. Quando a sobrecarga auditiva é percebida pela criança, uma das intervenções que podem ser realizadas, inicialmente é:

- a) Retirar a criança da sala
- b) Colocar abafadores
- c) Ignorar o comportamento
- d) Chamar o segurança

Resposta correta: b

Explicação: Colocar abafadores é estratégia de evitar o ambiente ruidoso, diminuindo desmodulação sensorial, principalmente quando apresenta hipersensibilidade auditiva.

68. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

69. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

70. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

72. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

71.

14. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em antecipar sequências de ações, compreender instruções complexas ou lidar com mudanças inesperadas em atividades cotidianas. Explicar cada passo de procedimentos que serão realizados com a criança ajuda porque:

- a) Entã que a mãe interfere
b) Garante a execução precisa da criança
c) Reduz o tempo de atendimento
d) reduz a ansiedade e comportamentos desafiadores

Resposta correta: d

Explicação: Previsibilidade reduz ansiedade e sensação de perda de controle.

73. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

74. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

75. Sugestões

15. Antecedentes são os fatores, eventos ou situações que ocorrem imediatamente antes de um comportamento ou reação, podendo influenciar sua ocorrência, intensidade ou duração. Identificar antecedentes significa:

- a) Investigar o que aconteceu antes do comportamento
b) Observar o fim da crise
c) Corrigir o comportamento imediatamente
d) Analisar características da criança sem o fator ambiental

Resposta correta: a

Explicação: A análise Antecedente, apresentando comportamento e posterior Consequência significa investigar acontecimento antes do comportamento da criança, se tornando claro possíveis fatores pessoais e auxiliando na intervenção.

76. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

77. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

78. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

79. Sugestões

16. Quando a criança com TEA demonstrar resistência em devolver um brinquedo que gostou muito no espaço clínico, como deve ser a conduta profissional diante da situação?

- a) Ameaça retirar o brinquedo
b) Validar os sentimentos e lembra do combinado
c) Retirar imediatamente o brinquedo
d) Pedir para a mãe resolver.

Resposta correta: b

Explicação: Tal manejo adequado auxilia no comportamento de resistência da criança com TEA.

81. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

80. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

82. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

83. Sugestões

17. Crianças com TEA muitas vezes têm dificuldades com percepção do tempo, atenção sustentada e autorregulação de comportamento. Frente a essa realidade, o cronômetro pode ser usado como ferramenta de:

- a) Controle rígido
b) Restrição do comportamento
c) Previsibilidade e organização
d) Limitação do tempo

Resposta correta: c

Explicação: Facilita transições e reduz conflitos sobre mudança de atividade.

84. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

85. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

86. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

87. Sugestões

18. A resistência para mudar de atividade pode se manifestar como protestos verbais, agitação, choro, recusa ou comportamentos repetitivos, e pode relacionar-se a:

- a) Sempre como comportamento manipulativo e teimosia
b) Resposta comum em crianças com TEA
c) Falta de educação
d) Falta de estímulos

Resposta correta: b

Explicação: Inflexibilidade cognitiva é característica do TEA.

88. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

89. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

92. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

94. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

95. Sugestões

97. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

90. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

91. Sugestões

19. Algumas práticas podem ajudar a reduzir comportamentos desafiadores e aumentar o engajamento da criança. É recomendado em crianças com TEA:

- a) Forçar a criança a tocar objetos sensoriais
b) Observar reações e nunca forçar
c) Tocar a criança para acalmá-la
d) Manipular os objetos apenas o profissional

Resposta correta: b

Explicação: Forçar contato pode gerar aversão e aumentar desregulação.

93. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

20. Crianças com TEA frequentemente apresentam resistência em situações de mudança ou diante de novas demandas. Qual a estratégia pode ser utilizada para lidar com comportamentos de resistência?

- a) Aumentar o tempo no brinquedo
b) Exigir mudança imediata
c) Interromper a atividade sem aviso
d) Validar, reforçar contínuos e oferecer alternativa

Resposta correta: d

Explicação: Consistência com acolhimento e com previsibilidade auxilia na inflexibilidade e rigidez cognitiva apresentada em crianças com TEA.

96. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

98. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

99. Sugestões

21. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças na percepção e processamento sensorial, podendo ter hipersensibilidade a estímulos táteis, visuais, auditivos ou proprioceptivos. Logo, pode-se utilizar com essas crianças a caixa sensorial, que serve para:

- a) Oferecer experiências sensoriais controladas e auxiliar na autorregulação
b) Substituir outras intervenções clínicas
c) Reduzir necessidade de acompanhamento
d) Dessar a crise imediatamente

Resposta correta: a

Explicação: Ela reduz a tensão e foca a criança em estímulos organizadores.

100. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

101. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

102. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

104. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

103. Sugestões

22. Crianças com TEA frequentemente apresentam dificuldades em regular emoções, lidar com ansiedade ou controlar estados de agitação. A respiração guiada ajuda a criança a:

- a) Aumentar energia
b) Desenvolver fala
c) Regular o corpo e reduzir ansiedade
d) Pular de sac movimento

Resposta correta: c

Explicação: A respiração auxilia e deixa a criança mais calma e atenta, diminuindo seus níveis de ansiedade.

105. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

106. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

107. Sugestões

23. Crianças com TEA frequentemente apresentam diferenças no processamento sensorial. A sala de acomodação sensorial é útil porque:

- a) Impede a criança de brincar
b) Mantém a criança isolada
c) Diminui o tempo de espera
d) Reduz estímulos invasivos e reduz a ansiedade, favorecendo a autorregulação

Resposta correta: b

Explicação: Pode ser utilizada para retirada da criança com TEA do ambiente barulhento e ajudá-la a se reorganizar. Crianças com TEA têm hipersensibilidade sensorial e podem piorar em ambientes barulhentos, ocasionando desregulação sensorial.

108. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

109. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

110. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

111. Sugestões

24. Abafadores, estímulos táteis e pistas visuais são recomendados em crianças com TEA. A importância desses recursos se dá devido:

- a) Correção do comportamento inadequado
b) Redução da sobrecarga e facilitação da comunicação
c) Controle da criança
d) Tornar o ambiente silencioso

Resposta correta: b

Explicação: Esses recursos adaptam o ambiente para o perfil sensorial da criança.

113. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

25. A inflexibilidade e rigidez cognitiva é comum em crianças com TEA. Logo, as mudanças de sala e de profissional e imprevisibilidades podem gerar:

- a) Caridade positiva
b) Comportamento colaborativo
c) Motivação alta
d) Desorientação e aumento da ansiedade

Resposta correta: d

Explicação: Mudanças abruptas podem causar ou piorar sintomas ansiosos em crianças com TEA e que muitas vezes associam-se a comportamentos rígidos e inflexíveis.

116. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

118. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

119. Sugestões

26. Música de fundo calma, como sons do mar podem auxiliar no manejo das crianças com TEA. Seu auxílio consiste em:

- a) Causar distrações
b) Ajudar na autorregulação sensorial da criança
c) Falar mais como recompensas
d) Reduz o tempo do atendimento

Resposta correta: b

Explicação: As músicas de fundo podem auxiliar na auto regular e diminuição de níveis de ansiedade e estresse.

112. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

114. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

115. Sugestões

117. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

120. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

121. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

122. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

123. Sugestões

27. A participação ativa do familiar responsável é essencial no atendimento à criança com TEA porque:

- a) Ela controla o comportamento da criança
b) Conhece sinais, preferências e gostos e fortalece o vínculo
c) Substitui o profissional
d) Assume a equipe

Resposta correta: b

Explicação: Por muitas vezes, o familiar responsável é o que mais conhece a criança, suas dificuldades e desafios, devendo ser incluído no processo terapêutico e de acompanhamento, auxiliando os profissionais e o levando a um maior conhecimento sobre a criança.

124. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

125. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

126. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

127. Sugestões

28. Considerando as necessidades de crianças com TEA, mudanças inesperadas na rotina devem ser:

- a) Ignoradas
b) Explicadas e antecipadas quando possível
c) Evitadas a qualquer custo
d) Comunicadas somente no final

Resposta correta: b

Explicação: A inflexibilidade dificulta crianças com TEA à compreensão de mudanças repentinas e sem aviso prévio.

128. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

129. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

130. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
 Pouca
 Média
 Muita
 Multíssima

131. Sugestões

29. No atendimento a crianças com TEA, a postura do profissional é fundamental para garantir um ambiente seguro, acolhedor e eficaz. O profissional deve sempre:

- a) Dubiar a família por comportamentos
- b) Priorizar a agenda e o tempo de atendimento
- c) Trabalhar com respeito e adaptações
- d) Impor sua metodologia, pois ela é mais eficaz

Resposta correta: c

Explicação: Observar, adaptar e acolher são importantes no tratamento de crianças com TEA, tanto no contexto das crianças como considerando os familiares.

132. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

134. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

135. Sugestões

30. Considerando as boas práticas no atendimento a crianças com TEA, a conduta profissional mais adequada é:

- a) Respeitar, observar e adaptar estratégias conforme cada criança
- b) Usar sempre a mesma técnica para todos
- c) Intervir sem considerar sensorialidade
- d) Reduzir o tempo da sessão

Resposta correta: a

Explicação: Cada indivíduo possui particularidades e cada pequena estratégia faz diferença. O TEA é um espectro amplo e que exige adaptações aos contextos, diferenças, dificuldades e habilidades da criança.

137. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

133. PERTINÊNCIA PRÁTICA

A questão possui importância para o instrumento?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

136. CLAREZA DA LINGUAGEM

A questão possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

138. RELEVÂNCIA TEÓRICA

O conteúdo da questão é relevante?

Marcar apenas uma oval.

- Pouquíssima
- Pouca
- Média
- Muita
- Multíssima

139. Sugestões

Este formulário não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais *voluntários*

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Leidiane Minerva, com o título **“SATISFAÇÃO DE CUIDADORES FRENTE AO USO DA REALIDADE VIRTUAL PARA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO A CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA”**, que possui como objetivo geral avaliar *software* para capacitar os profissionais de saúde sobre como atender a criança com TEA na Atenção Secundária à Saúde. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de voluntário sem nenhuma forma de pagamento pela mesma. Como tal, o (a) senhor (a) se submeterá à pesquisa mediante uso de software de realidade virtual com o intuito de capacitação profissional no manejo clínico de pessoas com TEA. Ressalto que a sua participação é livre, não devendo participar contra sua vontade e que esta pode ocasionar riscos, como por exemplo: enjoos durante a utilização. Porém, esses riscos serão minimizados ao ser esclarecido que você pode interromper a coleta de dados, continuando em momento que os sintomas cessem ou se sintam melhores. Quanto aos benefícios, vocês poderão estar contribuindo para o desenvolvimento da ciência e de tecnologia inovadora para a área da saúde da criança.

Dou-lhe a garantia que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo; Caso haja algum dano decorrente da pesquisa, o senhor(a) tem o direito a solicitar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais; bem como poderá solicitar ao pesquisador algum tipo de acompanhamento decorrente desta pesquisa; Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas, para que todos possam ter acesso; Este termo será feito em duas vias, na qual uma destas ficará com o participante e a outra com o pesquisador. É importante que guarde (salve) esse documento; E, finalmente, informo-lhe que quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo.

Em caso de dúvidas nos contate, os responsáveis pela pesquisa:

Nome: Marcela Deyse Castro Lima

Telefone para contato: (85) 996583493

E-mail: marcelalimpsic@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br.

A concordância dada abaixo ratifica que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, enviando e-mail para a pesquisadora, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, tendo sido devidamente esclarecida a sua finalidade, condições da minha participação e aspectos ético-legais, sendo assim:

- () Concordo em participar voluntariamente do estudo
- () Não concordo em participar do estudo

Assinatura do voluntário

APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Informações pessoais

Nome completo: _____

Idade: _____

Gênero: () Feminino () Masculino () Outro: _____

Cidade/Estado onde reside: _____

Telefone/WhatsApp (opcional): _____

E-mail: _____

2. Formação acadêmica

() Ensino Superior Completo - Ano de obtenção do título: _____

() Pós-graduação Lato Sensu (Especialização) - Ano de obtenção do título:

() Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado) - Ano de obtenção do título

() Pós-graduação Stricto Sensu (Doutorado) - Ano de obtenção do título

() Realizou cursos, formações acadêmicas e capacitações, dentre outros na área do TEA.

() participou de algum tipo de capacitação profissional voltado para a área TEA promovido por instituições públicas, como: município, estado, governo federal.

ANEXO A

PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY - HEALTHCARE SATISFACTION GENERIC MODULE 3.0 VERSION (SSS-PEDSQL)

O SSS-PedsQL é um questionário composto por 24 itens (perguntas). Conforme as instruções, os pais pontuam de 1 a 5, da seguinte maneira:

1 = nunca estão satisfeitos;

2 = algumas vezes estão satisfeitos;

3 = frequentemente estão satisfeitos;

4 = quase sempre estão satisfeitos; e

5 = sempre estão satisfeitos; ou não se aplica (N/A).

Referência:

<https://www.scielo.br/j/jped/a/FQpBnY3zPpdg3Fxs5g8xTcz/?format=pdf&lang=pt>

QUESTÃO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
INFORMAÇÃO					
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre o diagnóstico do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre o tratamento/terapias do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de informações fornecidas para você sobre os possíveis desconfortos/efeitos colaterais da terapia/tratamento do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com a informação sobre os resultados das avaliações do seu filho?					

Qual o seu nível de satisfação com a frequência com que você é atualizado sobre o desenvolvimento do seu filho?					
INCLUSÃO DA FAMÍLIA					
Qual o seu nível de satisfação com a atenção dada a você e sua família durante o atendimento ao seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com a boa vontade da equipe de saúde em responder as perguntas feitas por você e pela sua família?					
Qual o seu nível de satisfação com o envolvimento de você e de sua família nas decisões e discussões sobre os cuidados do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com o tempo dedicado pela equipe de saúde para responder às possíveis dúvidas sobre a saúde do seu filho?					
COMUNICAÇÃO					
Qual o seu nível de satisfação com as explicações dadas a você e a sua família sobre o Transtorno do Espectro Autista e as terapias de uma forma que vocês possam entender?					
Qual o seu nível de satisfação com o tempo gasto pela equipe de saúde com explicações sobre o TEA e as terapias do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com a forma em que a equipe de saúde ouve você e suas preocupações?					
Qual o seu nível de satisfação com a sua preparação para lidar com exames, procedimentos ou terapias do seu filho?					

Qual o seu nível de satisfação com a preparação do seu filho para enfrentar procedimentos ou terapias, respeitando suas particularidades sensoriais e emocionais?					
HABILIDADES TÉCNICAS					
Qual o seu nível de satisfação com a capacidade da equipe de saúde para lidar com as necessidades específicas do seu filho (ex. sensibilidade sensorial, dificuldades de comunicação)?					
Qual o seu nível de satisfação com o esforço da equipe de saúde para que seu filho fique confortável e não se sinta sobrecarregado durante o atendimento?					
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de tempo gasta pela equipe de saúde com o objetivo de melhorar as condições do retorno para casa?					
NECESSIDADES EMOCIONAIS					
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de tempo dada para seu filho brincar, se expressar e manifestar seus sentimentos e preocupações?					
Qual o seu nível de satisfação com a atenção dada aos sentimentos do seu filho?					
Qual o seu nível de satisfação com o suporte emocional que você recebe da equipe de saúde?					
SATISFAÇÃO GERAL					
Qual o seu nível de satisfação com os cuidados que o seu filho está recebendo?					

Qual o seu nível de satisfação com o jeito amigável e carinhoso da equipe de saúde?					
Qual o seu nível de satisfação com a maneira que seu filho está sendo tratado?					