UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM CURSO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL

São Paulo
2018

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM CURSO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Décio Brunoni

São Paulo
2018

B166d Bakargi, Giselle Morais Lima.
Desenvolvimento e avaliação de um curso para agentes comunitários de saúde sobre o transtorno do espectro alcoólico fetal / Giselle Morais Lima Bakargi.
97 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018.
Orientador: Décio Brunoni.
Bibliografia: f. 65-76.

1. Capacitação. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Atenção Primária à saúde. I. Brunoni, Décio, *orientador*. II. Título.

CDD 618.32

Bibliotecária Responsável: Eliana Barboza de Oliveira Silva - CRB 8/8925

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM CURSO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em 8 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Décio Brunoni
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª. Drª. Cristiane Silvestre de Paula
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Hermann Grinfeld
Hospital Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Franca, assim como os coordenadores da Estratégia Saúde da Família e Centro de Apoio Psicossocial, por colaborarem integralmente com esta pesquisa.

Aos Doutores Hermann Grinfeld pelos comentários e sugestões apontadas do exame de qualificação e, Cristiane Silvestre que além da colaboração na qualificação, forneceu diretamente subsídios necessários para elaboração de partes deste trabalho, através da disciplina de Fundamentos Básicos de Epidemiologia.

Ao Dr. Décio Brunoni que sempre apoiou e contribuiu grandemente na preparação e execução de cada etapa desta pesquisa. Com certeza, um excelente exemplo de ORIENTADOR. Obrigada, professor!

As colegas dos mestrados (Mackenzie e Unesp) por compartilharmos juntas as mesmas aflições e muitas vezes desespero, mas encontramos apoio uma nas outras. Espero encontrá-las pela vida a fora (dentro ou fora da academia) para darmos muitas risadas desses dois anos (Larissa, Marina, Alinne, Thaila, Liana, Paula, Fabrícia e Karise).

Aos amigos que diretamente ou diretamente estão presentes nessas linhas, com o apoio de vocês foi possível concluir mais essa etapa da minha jornada acadêmica e de vida (Edna, Vanessa, Vitória e Cátia e Daniel Szabó).

Às minhas famílias, a de perto (Franca-SP) e a de longe (Anápolis - GO). Marido, Jônatas, por ser meu melhor amigo e maior incentivador; meu filho, Guilherme, por dividir a mamãe com tantos livros, computadores, faculdades e eventos; minha mãe, Divina e irmã Geise, por sempre ouvirem, e com brilho nos olhos, se orgulharem das minhas experiências. Minha sincera gratidão, por toda compreensão e por nunca me deixar desistir!

RESUMO

O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal descreve um conjunto de efeitos que podem ocorrer em um indivíduo que foi exposto ao álcool durante o seu desenvolvimento intrauterino. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver e avaliar uma capacitação breve, sobre o referido transtorno para profissionais do programa Estratégia Saúde da Família do município de Franca/SP e, para tanto, o método utilizado foi o experimental de intervenção. A relação à mudança de conhecimento foi avaliada por meio de um questionário de conhecimento específico, aplicado em dois momentos distintos: antes e imediatamente após o curso. Para verificar a aceitação do curso aplicou-se um questionário de satisfação. O curso foi de caráter presencial e teve a duração de três horas e trinta minutos, sendo ministrado à vinte e nove Agentes Comunitários de Saúde (83% do total de profissionais atuantes no município), os quais atendem 4.500 famílias. Os resultados indicaram que houve retenção estatisticamente significativa do conhecimento ($Z= -4,014$: $p<0,001$), a média de acertos inicial foi de 6,7 e a final 8,5. As pontuações mínimas alcançadas antes e após o curso foram de 3 e 7 pontos respectivamente. Quanto a qualificação dos participantes para identificar uma criança com a Síndrome Fetal Alcoólica, o caso mais grave do espectro, a porcentagem variou de 14% no primeiro momento, para 76% após a realização da capacitação. Em relação ao nível de satisfação da intervenção educativa 80% da amostra indicou os conceitos "Muito bom e Bom". Portanto, houve melhora significativa do conhecimento sobre os efeitos fetais imediatos e tardios do álcool consumido na gestação entre os profissionais que fizerem a capacitação breve. Novas pesquisas devem ser realizadas para assegurar esses resultados, aplicando um *follow-up* na intenção de verificar a retenção do conteúdo a longo prazo.

Palavras-chave: Capacitação. Agentes Comunitários de Saúde. Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Fetal Alcohol Spectrum Disorder describes a set of effects that may occur in an individual who has been exposed to alcohol during their intrauterine development. In this sense, the purpose of this research was to develop and evaluate a brief training on this disorder for professionals of the Family Health Strategy program in the city of Franca/SP. The method used was the experimental intervention. The relation to knowledge change was evaluated by means of a questionnaire of specific knowledge, applied in two distinct moments: before and immediately after the course. To verify the acceptance of the course, a satisfaction questionnaire was applied. The course was attended in class and lasted for three hours and thirty minutes. Twenty-nine Community Health Agents (83% of the total number of professionals working in the municipality) were attended by 4.500 families. The results indicated that there was a statistically significant retention of knowledge ($Z = -4.014$: $p < 0.001$), the mean initial guess was 6.7 and the final 8.5. The minimum scores achieved before and after the course were 3 and 7 points respectively. Regarding the qualification of the participants to identify a child with Fetal Alcohol Syndrome, the most severe case of the spectrum, the percentage ranged from 14% in the first moment to 76% after the training. Regarding the level of satisfaction of the educational intervention, 80% of the sample indicated the concepts "Very Good and Good". Therefore, there was a significant improvement in the knowledge about the immediate and late fetal effects of the alcohol consumed in the gestation among the professionals who did the brief training. Further research should be done to ensure these results by applying a follow up to verify long term content retention.

Keywords: Training. Community Health Agents. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Family Health Strategy. Primary Health Care.

.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do TEAF e seus subfenótipos 16

Figura 2 - Recém-nascido com anomalias faciais associadas à exposição intrauterina ao álcool: filtro labial liso, labo superior fino e fenda palpebral 17

Figura 3 - Criança apresentando as 3 características faciais de diagnóstico da SFA: 1. comprimentos de fissura palpebral curtos; 2. filtrado suave (4 ou 5 no Guia Lip-Philtrum); e 3. lábio superior fino (4 ou 5 graus no o Guia Lip-Philtrum) 18

Figura 4 - Jovem que apresenta as 3 características faciais da SFA aos 2 anos de idade e aos 20 anos de idade 19

Figura 5 - Expansão da cobertura Saúde da Família nos últimos 13 anos no Brasil 26

Figura 6 - Organograma de composição da amostra do estudo 34

Figura 8 - Cópia da Questão 8 do questionário sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, aplicado em dois momentos da intervenção 45

Figura 9 - Cópia da Questão 10 do questionário sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, aplicado em dois momentos da intervenção 46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Sexo dos participantes da pesquisa 41

Gráfico 2 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF, no município de Franca-SP, em 2017 42

Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos sujeitos da pesquisa 42

Gráfico 4 Comparativo dos resultados obtidos em cada questão antes e após a capacitação 45

Gráfico 5 - Distribuição em porcentagem das 5 possibilidades de resposta, referentes aos resultados alcançados na Questão 8 da avaliação 46

Gráfico 6 - Distribuição em porcentagem das 5 possibilidades de resposta, referentes aos resultados alcançados na Questão 10 47

Gráfico 7 - Distribuição de acertos antes da capacitação de acordo com a escolaridade amostral 48

Gráfico 8 - Distribuição da quantidade de respostas corretas, após a capacitação, segundo o nível de escolaridade da amostra. 49

Gráfico 9 – Nível de satisfação geral sobre a capacitação 55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Prevalência do consumo de álcool entre gestantes em quatro cidades brasileiras 14

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico das variações que o TEAF engloba 16

Quadro 3 - Levantamento da prevalência da Síndrome Fetal do Álcool a cada 1000 nascidos vivos 20

Quadro 4 - Levantamento da prevalência do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal a cada 1000 nascidos vivos 20

Quadro 5 Distribuição dos temas de acordo com número das questões 37

Quadro 6 - Quantidade de todos os profissionais atuantes em cada ESF do munícipio de Franca em 2016 40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número absoluto de agentes comunitários de Saúde e a quantidade relativa da cobertura populacional dos serviços nas três esferas 40

Tabela 2 - Comparações do escore total pré e pós o curso breve 43

Tabela 3 - Análise estatística inferencial para comparação dos resultados obtidos antes e após a capacitação 44

Tabela 4 Resultado dos participantes de acordo com cada questão nos dois momentos da coleta de dados, expressados como média e desvio padrão 44

Tabela 5 - Resultado da correlação de Pearson para diferentes características dos ACS e os resultados atingidos após a intervenção, Franca/SP, 2017 47

Tabela 6 - Comparação por grupos, de acordo com a idade dos participantes com o resultado obtido antes (Questionário 1) e após (Questionário 2) 50

Tabela 7 - Agentes Comunitários de Saúde implantados em alguns municípios do Estado de São Paulo e a estimativa da população coberta, outubro de 2017 56

Tabela 8 - Agentes Comunitários de Saúde implantados em alguns municípios do interior do Estado de São Paulo e a estimativa da população coberta, outubro de 2017 57

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	Associação Americana de Pediatria
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CFESS	Conselho Federal do Serviço Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCRA	Desordens Congênitas Relacionadas ao Álcool
EAF	Efeitos do Álcool no Feto
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Direito do Consumidor
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAC	Programa Agente Comunitário
PSF	Programa Saúde da Família
QI	Quociente de Inteligência
SNC	Sistema Nervoso Central
SF	Saúde da Família
SFA	Síndrome Fetal Alcoólica
SFAp	Síndrome Fetal Alcoólica parcial
SUS	Sistema Único de Saúde
TEAF	Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNRA	Transtorno Neurológico Relacionado ao Álcool
UARI	Unidade de Avaliação em Regime de Internação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

1.1 O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal **15**
1.1.2 Os impactos do TEAF para o desenvolvimento infantil 22
1.2 Atenção primária a saúde **25**
1.2.1 Álcool e a rede de atenção primária à saúde 27
1.3 Os agentes comunitários de saúde **29**

2 OBJETIVO 32

3 MÉTODO 33

3.1 Desenho do estudo **33**
3.2 Amostra **33**
3.2.1 Critérios de inclusão 33
3.2.2 Critérios de exclusão 34
3.3 Local **35**
3.4 Elaboração da capacitação breve **36**
3.5 Instrumentos de avalição **36**
3.6 Análise, processamento e tabulação dos dados **38**
3.7 Aspectos éticos **39**

4 RESULTADOS 40

4.1 Caracterização da amostra **40**
4.2 Análise geral do conhecimento antes e após o curso **43**
4.3 Análise do Conhecimento por questões fechadas (antes e após o curso) **44**
4.4 Relação funcional entre a pontuação obtida após a capacitação e as características gerais dos profissionais **47**
4.5 Análise do Conhecimento por questões abertas (antes e após o curso) **50**
4.6 Análise geral da Satisfação **52**

5 DISCUSSÃO DOS DADOS 55

6 CONCLUSÕES 63

7 REFERÊNCIAS 65

APÊNDICES 77

ANEXO 95

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa surgiu a partir de constantes inquietações acadêmicas e pessoais a respeito da baixa divulgação de informações sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF) decorrente da exposição ao álcool durante a gestação.

A princípio, de modo a contextualizar, destaca-se que não há probabilidade de se conceber a história da humanidade desassociada do uso de substâncias psicoativas; há registros de seu uso para a experimentação das mais diversas sensações em sua maioria associados a cerimônias religiosas. Porém, com o passar dos séculos e com as transformações sofridas pela humanidade, esse hábito tornou-se um problema de saúde pública (ALMEIDA et al., 2013).

Dentre as substâncias mais consumidas atualmente encontra-se o álcool, o qual é comercializado licitamente. O Brasil ocupava, no ano de 2012, a terceira posição no *ranking* dos principais produtores de cerveja no mundo, atingindo a marca de 132,800 milhões de hectolitros de cerveja. Em 2013, houve o investimento em publicidade das empresas do setor de bebidas de R$ 2.744 bilhões, segundo o Ibope (BNDES, 2014).

Com uma maior produção a cada ano, o consumo também atingiu índices cada vez mais elevados. Nos últimos seis anos, o consumo de álcool entre as mulheres teve um aumento, considerando a frequência de uma vez ou mais por semana, de 34,5% (LARANJEIRA, 2013). Conforme o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005), 68,3% das mulheres entrevistadas eram consumidoras de álcool.

Quando se observa os dados relacionados ao consumo de álcool por gestantes, apesar de todas as dificuldades metodológicas das pesquisas, identificaram-se números consideravelmente altos, alguns desses resultados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Prevalência do consumo de álcool entre gestantes em quatro cidades brasileiras

Cidade	Resultados	Autores
Rio de Janeiro	21,6%	MORAES; REICHENHEIM, 2007
São Paulo	31,3%	MESQUISTA; SEGRE, 2009
Ribeirão Preto	22,1% 31,35%	FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007 SANTOS; FURTADO, 2016
Piauí	32,4%	VELOSO; MONTEIRO, 2013

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

O álcool é uma substância teratogênica, ou seja, é uma droga capaz de causar malformação no feto quando ingerida durante a gravidez, principalmente nas primeiras semanas

(BARR & STREISSGUT, 2001). Na gestação, o seu consumo na gestação está diretamente relacionado a casos de aborto, descolamento de placenta e hipertonia uterina (PARKS et al., 1996 apud SANCHES; BRUNONI, 2010).

Alguns desses efeitos são perceptíveis ao nascimento, configurando os casos de maior gravidade dentro do espectro, ou seja, crianças com a Síndrome Fetal do Álcool (SFA) (MAY et al., 2007). No entanto, os efeitos cognitivos e comportamentais tardios aparecem com maior frequência, mas são de difícil identificação, pois podem assemelhar-se a outras síndromes genéticas; sugere-se, portanto, que o diagnóstico ocorra por exclusão (GRINFELD, 2010).

Inúmeros são os centros de investigação científica sobre o TEAF no mundo, principalmente observando a SFA, isso pode ser justificado principalmente porque o álcool é tido como o principal agente prevenível de retardo mental (FLOYD, 2009).

1.1 O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal

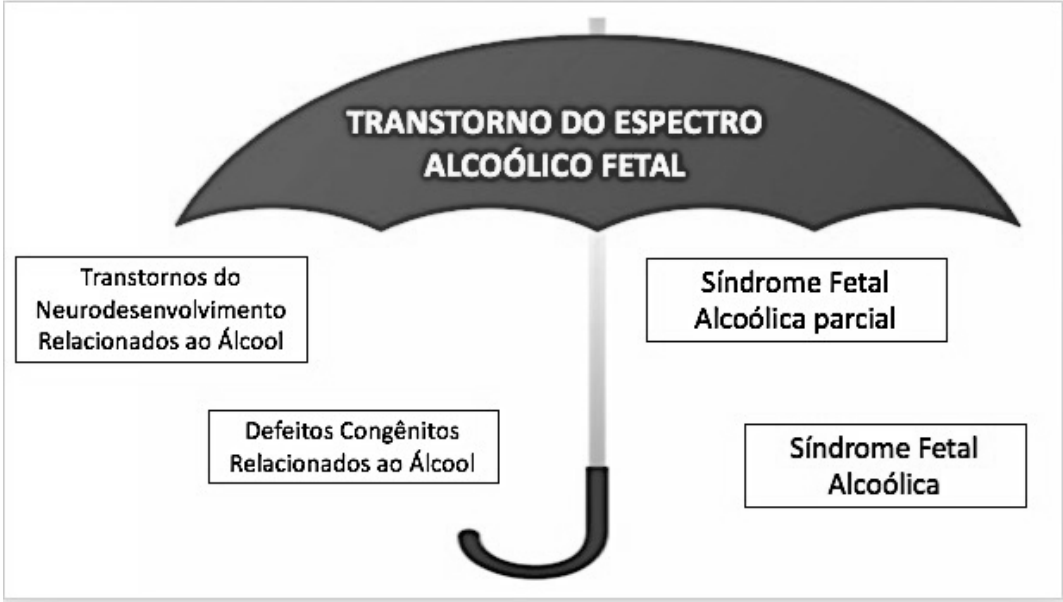
As consequências da exposição intrauterina ao álcool no embrião ou feto são variadas e podem ser descritas como moderada até o nível muito grave. Essas severas repercussões acompanharão esses indivíduos por toda a vida (BERTRAND; FLOYD; WEBER, 2005).

A primeira publicação sobre a SFA deu-se na França em 1968, descrita por Lémoine et al. (1968). Esses autores analisaram 127 casos de mães alcoolistas e notificaram os graves danos provocados pelo álcool nos recém-nascidos.

Cinco anos após, nos Estados Unidos, a SFA foi apresentada à literatura médica por Jones e Smith (1973). Eles evidenciaram o padrão dos prejuízos identificados nos filhos de alcoolistas e apresentaram os critérios para realização de diagnósticos. Foi nas comunidades indígenas americanas que os pesquisadores associaram os elevados índices de consumo de álcool com os muitos casos de deficiências congênitas e atrasos no desenvolvimento infantil (TAIT et al., 2003).

Após anos de pesquisas, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1996) sugeriu o uso da terminologia “Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF)”, ponderando a existência de subfenótipos ligados ao uso do álcool durante a gestação, sendo o fenótipo mais grave a Síndrome Fetal Alcoólica. O termo TEAF não se destina ao uso como um diagnóstico clínico, apenas tem a função de subsumir as várias categorias de diagnóstico (BERTRAND et al., 2004). A representação gráfica do TEAF e de seus subfenótipos são ilustrados na Figura 1.

Figura 1 - Representação gráfica do TEAF e seus subfenótipos



Fonte: FASD forever (2017). Adaptação dos pesquisadores.

Em conformidade com GRINFELD (2009), os critérios para o diagnóstico das variações compreendidas pelo TEAF se baseiam na tríade: dismorfias faciais; problemas de crescimento; e, anormalidades no Sistema Nervoso Central. As características de cada uma dessas categorias podem ser vistas no Quadro 2, mostrado a seguir.

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico das variações que o TEAF engloba

DISMORFOLOGIA FACIAL
Variações de traços raciais na face com três características mais evidentes - Filtro nasal ausente ou indistinto, narinas antevertidas e aumento da distância entre o nariz e o lábio superior que, comparado ao inferior, está afilado ao contrário de uma criança com traços normais; - Hemangiomas sem predominância de localização e estrabismo, sendo o mais comum o convergente; - Fendas palpebrais pequenas, no 10º percentil ou menos, podendo haver, também, nariz pequeno, prega do epicanto, retrognatia microcefalia e face aplanada.
PROBLEMAS DE CRESCIMENTO
Deficiência no crescimento pré ou pós-natal, no peso e/ou na altura, no 10º percentil ou menos, referido em qualquer idade e ajustado para sexo, idade gestacional e etnia.
ANORMALIDADES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- Estruturais, perímetro cefálico no 10º percentil ou menos e ajustado para sexo e idade e, clinicamente, com a observação de anormalidades cerebrais por meio de imagem; - Neurológicas: desde que não sejam decorrentes de agressão perinatal ou febre, com atividade funcional abaixo da expectativa para a idade, como dificuldades no aprendizado, na linguagem, na atenção e na memória; - Outras intelectivas, com atraso no desenvolvimento de grau variado nas funções sociais, no comportamento e na execução motora, e hiperatividade.

Fonte: Grinfeld, 2009, p. 187 -188. Adaptação dos pesquisadores.

Para Trackray (2010) apud Mesquita (2010) as condições específicas percebidas nas crianças, cujas mães fizeram uso de álcool durante a gestação, são classificadas em cinco tipos de padrões: anomalias faciais (Figuras 1, 2 e 3); baixos índices de crescimento; modificações do desenvolvimento do Sistema Nervoso Central; transtornos de comportamento; e, defeitos congênitos.

O feto, quando exposto ao álcool ainda no útero pode desenvolver diversas deficiências físicas, mentais, de comportamento e/ou de aprendizagem e esse conjunto de implicações compõe o TEAF. A SFA é caracterizada principalmente por um déficit de crescimento pré e pós-natal, por alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central e, ainda, por malformações cranioencefálicas, podendo ocasionar transtornos do neurodesenvolvimento relacionados ao álcool (crianças que apresentam problemas cognitivos e comportamentais) e transtornos congênitos relacionados ao álcool (crianças que possuem algum tipo de deficiência ao nascer), ou efeitos fetais relacionados ao álcool (BERTRAND et al., 2004).

Por conseguinte, são apresentadas algumas imagens de indivíduos que receberam o diagnóstico para SFA, em conformidade com os sinais relatados no Quadro 2.

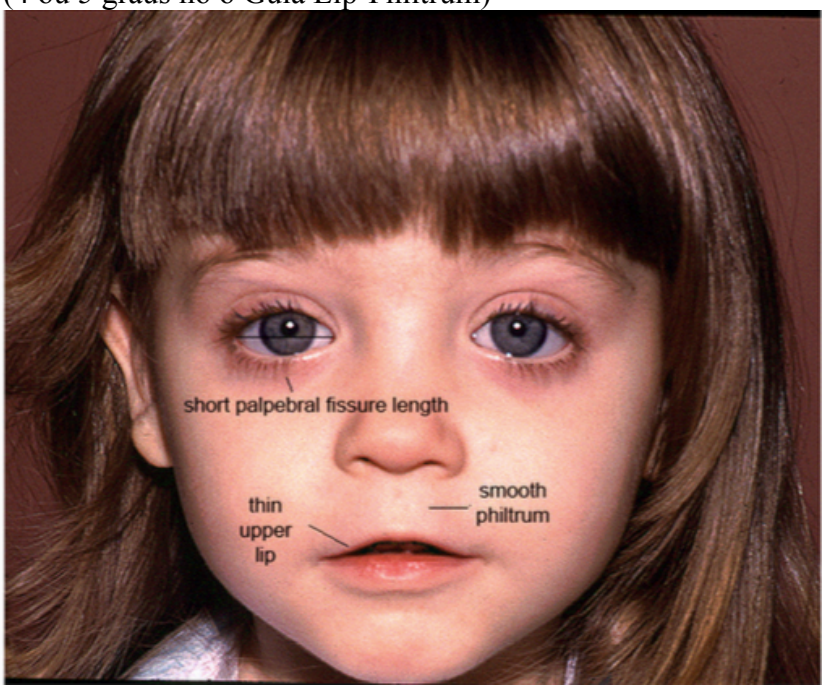
Figura 2 - Recém-nascido com anomalias faciais associadas à exposição intrauterina ao álcool: filtro labial liso, labo superior fino e fenda palpebral

Fonte: MESQUITA, 2010, p.373.

A partir da Figura 2 se tem um parâmetro das características faciais, contudo esse parâmetro sofre variações e por isso se busca cada vez medidas de identificação precisas. Santos (2015, p. 6 e 7) descreve: “A identificação da exposição fetal ao álcool pode ser realizada

através do relato materno por meio de entrevistas diagnosticas estruturadas ou questionários (instrumentos de rastreamento) e pela análise toxicológica de biomarcadores do álcool em diferentes matrizes".

Figura 3 - Criança apresentando as 3 características faciais de diagnóstico da SFA: 1. comprimentos de fissura palpebral curtos; 2. filtrado suave (4 ou 5 no Guia Lip-Philtrum); e 3. lábio superior fino (4 ou 5 graus no o Guia Lip-Philtrum)



Fonte: WIILLIANS, J.F. et al., 2015, p. 1396.

Um exame físico pode ser feito ao bebê e assim identificar os sinais faciais da síndrome. No entanto, outras avaliações podem ser levadas em consideração, como por exemplo, exame de sangue para aferir os níveis de álcool no sangue materno, e exames de imagem cerebral (tomografia computadorizada e ressonância magnética). Na pesquisa de Santos (2016) um outro tipo de exame foi realizado, a pesquisadora realizou um teste para identificar biomarcadores (ésteres etílicos de ácidos graxos) no mecônio quanto a presença de álcool no organismo do recém-nascido.

Figura 4 - Jovem que apresenta as 3 características faciais da SFA aos 2 anos de idade e aos 20 anos de idade

Fonte: WIILLIANS, S. et al., 2015, p.1401.

Através da Figura 4, é possível avaliar que quanto mais precoce for identificada a suspeita da síndrome, mais latentes são as características faciais, no entanto, com o passar dos anos os sinais podem se perder diante de características étnicas e raciais.

As manifestações da SFA advêm de quadros variados nos indivíduos. As diferenças se devem, entre outros fatores, pela quantidade de álcool consumido, pelo padrão de consumo das gestantes, pelo período gestacional da exposição e, também, pela interação genética (MESQUITA 2010).

Cerca de um terço das crianças geradas por consumidoras abusivas de álcool, e que fizeram uso durante a gravidez, são afetados pela SFA (WILLIANS et al., 2015; CHUDLEY, 2005). Portanto, uma boa parte delas, mesmo sendo expostas ao álcool durante a gestação, não apresentam tais características faciais, fato este ainda desconhecido pela ciência, mas conforme Mesquita (2010, p. 371) podem apresentar "[...] déficits neurocomportamentais resultantes da exposição pré-natal ao álcool que afetam o aprendizado e o comportamento". Dessa maneira, não há dosagem segura para o consumo de álcool durante a gestação (SOUZA; BRUNONI; SCHWARTZMAN,2012).

Os recém-nascidos expostos ao álcool durante a gestação podem apresentar sinais de irritabilidade, podem mamar e dormir pouco, além de poderem apresentar tremores (sintomas

que lembram a síndrome de abstinência) (WILLIANS et al., 2015). As crianças severamente afetadas e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade consoante com a gravidade do caso (WILLIANS et al., 2015).

Os resultados de pesquisas sobre prevalência da SFA apresentam uma grande variação entre elas, pois os resultados estão diretamente relacionados à população examinada. Para confirmar esta informação é mostrado o Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Levantamento da prevalência da Síndrome Fetal do Álcool a cada 1000 nascidos vivos

PAÍS	PREVALÊNCIA DE SFA	AUTORES	ANO DO ESTUDO
África do Sul	127 89 a 129 59 a 79	LUBBE; WALBEEK; VELLIOS MAY et al MAY et al	2017 2017 2016
Canadá	1 9	ROBERTS; NANSON PHAC	2000 2003
Chile	62	MENA et al	1993
Estados Unidos	0,2 a 1,5 10 a 15	CHOKROBORTY-HOQUE; ALBERRY; SINGH ASTLEY et al	2014 2002
Itália	4 a 12	MAY et al	2011
Rússia* **Rússia****	18 a 19 150	MALAKHOVA et al BUBNOV et al	2012 2010

* População geral
** Crianças em orfanatos
Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

As taxas de prevalência do TEAF são subestimadas devido as dificuldades de diagnósticos já relatadas anteriormente, no entanto, algumas pesquisas já foram capazes de determinar relativamente essas informações, conforme pode-se verificar no Quadro 4.

Quadro 4 - Levantamento da prevalência do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal a cada 1000 nascidos vivos

PAÍSES	PREVALÊNCIA DO TEAF	AUTORES	ANO DO ESTUDO
Chile	158	MENA et al	1993
Estados Unidos	20 a 50	MAY et al	2014
Itália	23,1 a 62,6	MAY et al	2011

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Contudo, essas variações não ocorrem apenas entre países diferentes, mas dentro de um mesmo país é possível encontrar dados distintos entre si. Como, por exemplo, nos Estados Unidos, no qual se tem, conforme o Quadro 3, prevalência de SFA de 0,2 a 1,5 e 10 a 15,

enquanto a incidência encontrada em algumas aldeias indígenas americanas foi de 20:1000 (MAY; GOSSAGE, 2001; MESQUITA; SEGRE, 2009; SEGRE, 2010).

Em tese, a literatura afirma que a frequência de SFA na população geral mundial está entre 0,5 e 2 casos para 1000 nascidos vivos (MAY et al., 2011). Dados como esses permitem compreender as dificuldades de identificação e de diagnóstico dessa população, e, portanto, pode-se dizer que não se tem uma informação conclusiva e consistente sobre a prevalência e epidemiologia do TEAF (WILLIANS et al., 2015). Não obstante, apesar dessas diferenças, principalmente relacionadas ao método, os pesquisadores e profissionais da saúde pública devem prosseguir na realização de estudos na área intentando o estabelecimento de uma prevalência concisa para o transtorno.

É provável que em média, de cada mil nascidos vivos no mundo, até 6 recém-nascidos possam ter o TEAF (MAY et al., 1983). A julgar os casos brasileiros, as estimativas coletadas referem-se à ocorrência mais grave do transtorno, tem-se que, por ano, surjam de três a nove mil novos casos (GRINFELD, 2009).

No Brasil há inúmeras pesquisas cujo objeto de estudo é o consumo de álcool por jovens e adultos de ambos os sexos, no entanto, quando realizamos um levantamento de pesquisas científicas sobre a epidemiologia da SFA, não são obtidas a mesma gama de resultados, tampouco quando é realizada a busca pelo TEAF. E, por isso, não se tem estatísticas oficiais sobre a prevalência do TEAF no país.

Contudo, alguns estudos e descrições pontuais de casos de SFA já publicados merecem atenção, seja pelo seu pioneirismo ou pelo volume de casos estudados.

No primeiro caso, o trabalho de Silva et al. (1981) identificou em São Paulo 13 crianças com SFA analisando 200 gestantes alcoolistas. No segundo, a pesquisa feita em São Paulo, em 2009, por Mesquita & Segre que, analisando 1.964 gestantes de uma população carente, encontraram 1,52/1000 nascidos vivos com SFA; 3,05/1000 nascidos vivos com defeitos congênitos relacionados à ingestão materna de álcool e 34,11/1000 nascidos vivos com alterações de neurodesenvolvimento relacionadas à ingestão materna de álcool durante a gestação.

Para se obter dados de prevalência com estatísticas precisas e recentes é preciso superar as dificuldades de identificação, entre elas destacamos conforme Chudley (2008, p. 721):

> "[...] a dificuldade em fazer ou falta de habilidades para fazer um diagnóstico, falta de consciência e reconhecimento pelos médicos ao considerar o diagnóstico, falta de relatórios, falta de disponibilidade de especialistas em

> áreas de alto risco e remotos, e os pediatras ainda não estão preparados para lidar com um diagnóstico de SFA".

Enquanto não houver essa superação, os pedidos de financiamento para desenvolver avaliações diagnósticas e programas de prevenção e intervenção serão difíceis de justificar. Ao passo que, as crianças com TEAF permanecerão desconhecidas ou sem diagnósticos, os tratamentos poderão ser inadequados e a prevenção impossível. Os rebatimentos do transtorno fetal ao desenvolvimento de crianças e adolescentes são elencados a seguir.

1.1.2 Os impactos do TEAF para o desenvolvimento infantil

A manifestação das consequências da exposição intrauterina ao álcool, ao Sistema Nervoso Central (SNC), abrange: deficiências cognitivas e de aprendizagem; fragilidade quanto aos processos de atenção e hiperatividade; retardo mental; e problemas comportamentais (KODITUWAKKU, 2007; KODITUWAKKU 2011).

Vassoler et al. (2013) realizaram uma pesquisa de revisão de literatura, analisando trabalhos de modelo animal e humano, visando elencar os efeitos da exposição ao álcool, tanto no período pré-natal, quanto nas gerações posteriores. Os resultados encontrados para pesquisas com animais foram: a queda na fecundidade e fertilidade; a ansiedade e a depressão como fenótipos e responsabilidade alterada (uso abusivo de drogas). Impactos como os distúrbios do desenvolvimento, a modificação no nível de atividade basal e as dificuldades na aprendizagem (memória e atenção) foram identificados nas pesquisas dos dois modelos, ou seja, tanto no modelo animal, quanto no humano (VASSOLER et al., 2013).

Outras tendências comportamentais foram apontadas por Thackray (2001), apud Rodrigues (2014), tais como: a incapacidade de leitura; o fraco desempenho escolar; a dificuldade de linguagem; as habilidades prejudicadas; a dificuldade de memória; os problemas com a percepção social; a dificuldade de controlo de impulsos; e, o comprometimento do raciocínio abstrato.

Com relação à condição cognitiva, uma revisão sistemática de literatura identificou que 68,7% dos trabalhos examinados consideraram que há uma correlação entre o uso de álcool na gravidez e os déficits na aprendizagem espacial[1] e na memória (MARQUADT et al., 2016).

[1] Competência para pensar no formato de imagens, ou seja, "visualizar" conceitos abstratos (GARDNER, 1995).

As maiores dificuldades estão relacionadas com a linguagem receptiva[2] e essa condição resulta em problemas para compreender e interpretar as informações. Situação diferente pode ser verificada para linguagem expressiva[3]. Porém, para ambas categorias ocorre prejuízo nos indivíduos com TEAF (O´CONNOR; PALEY, 2009).

O grave comprometimento da linguagem no TEAF está diretamente relacionado com distúrbios socioemocionais[4], ressaltando a função determinante da linguagem para o desenvolvimento da percepção de si mesmo e dos outros (O´CONNOR; PALEY, 2009). Além disso, é essa cognição social que permite explicar, prever e orientar o comportamento social dos indivíduos (GARRIDO; AZEVEDO; PALMA, 2011).

Outros estudos também descreveram a correlação entre a exposição ao álcool, durante a gestação, e os danos focais das funções de aprendizagem e memória (KERNS et al.,1997; MATTSON; RILEY, 1996; MATTSON; RILEY, 1998).

A pesquisa de Alcântara (2012) apud Bakargi (2017), uma revisão sistemática da literatura, buscou identificar a relação do TEAF com o Quociente de Inteligência (QI). No levantamento realizado o desempenho da maioria das amostras ficou na faixa médio-baixa do teste.

Em contrapartida, a ideia da relação do TEAF com índices de QI médio ou baixo não foi unânime, pois algumas pesquisas não encontram associação. Em uma delas, por exemplo, com amostra de 64 participantes, com idade entre 3 e 4 anos, e utilizando para a coleta de dados a escala de habilidades infantil McCarthy (MSCA)[5]. Como resultado, os dados alcançaram variações altas no QI (114,8 – 123,4), e, portanto, os autores concluíram que não há associação entre o TEAF e os baixos índices de QI (FREID et al., 1990).

Essa ambiguidade pode ter como plano de fundo várias explicações devido ao fato de as possíveis interferências em pesquisas sem total controle, e, por isso, indica-se observar o

---

[2] "A Linguagem Receptiva, composta pelo feedback auditivo e visual, é responsável pela capacidade de compreender a palavra falada. Existe uma relação intrínseca e recíproca entre a recepção e expressão. É preciso compreender antes que a palavra possa ser usada com significado na comunicação. Da mesma forma, em termos de sistema verbal visual, a leitura antecede a escrita" (SOARES, 2005 apud LIMA; ALMEIDA, 2007, on-line).

[3] "A Linguagem Expressiva é a capacidade de se expressar, verbalmente ou não, após adquirir a capacidade de compreensão de conceitos e de adquirir unidades significativas de experiências proporcionando-a a capacidade de se comunicar com outras pessoas. A expressão pressupõe a recepção. Contudo, a recepção pode estar intacta sendo deficiente apenas a expressão" (SOARES, 2005 apud LIMA; ALMEIDA, 2007, on-line).

[4] "As competências socioemocionais incluem a capacidade de cada um lidar com suas próprias emoções, desenvolver autoconhecimento, se relacionar com o outro, de ser capaz de colaborar, mediar conflitos e solucionar problemas. Elas são utilizadas no nosso dia-a-dia de forma sistemática e integram todo o processo de formação de uma pessoa como um ser integral: indivíduo, profissional e cidadão" (CASARIN, 2017, on-line).

[5] O McCarthy Scales of Children's Abilities (MSCA) é um dispositivo de medição utilizado para avaliar as habilidades das crianças em idade pré-escolar. Os resultados do MSCA produzem seis pontuações de escala: desempenho verbal, perceptivo, quantitativo, composto (cognitivo geral), memória e motor (FREID et al., 1990).

tamanho das amostras desses estudos, além da difícil tarefa em identificar outras pesquisas com os mesmos pontos de corte adotados para determinar os níveis de consumo de álcool.

Quando se considera os impactos do transtorno no comportamental infantil, se mostra pertinente justificar a necessidade da perpetuação de pesquisas na área, pois as consequências, em muitos casos, são extremamente danosas aos indivíduos (BAKARGI, 2017). Nesse sentido, são apresentados, portanto, alguns achados na literatura que descrevem essas repercussões.

No levantamento realizado por Marquadt et al. (2016), foram considerados estudos de modelo animal, e em 77,2% dessas obras houveram a indicação de correlação entre o contato com o álcool intraútero e o comportamento afetivo dos roedores. Ademais, observou-se que as incapacidades primárias no TEAF (QI reduzido, dificuldades de aprendizagem, escores mais baixos, dificuldades de linguagem, problemas de atenção, memória de trabalho, funcionamento executivo e funcionamento socioemocional) quando analisados longitudinalmente, não apresentam melhora, ou seja, os efeitos permanecem na idade adulta (O´CONNOR; PALEY, 2009).

Comportamentos psicopatológicos também são descritos, em pesquisas, em indivíduos com TEAF, entre eles estão: sintomas de depressão em crianças com idade a partir de 4 anos, ansiedade, irritabilidade e tendências suicida (O´CONNOR; PALEY, 2009).

Os problemas comportamentais no TEAF parecem focar no déficit nas habilidades sociais e interações sociais inadequadas (STREISSGUTH et al., 1991). Além disso, crianças com TEAF apresentam uma maior propensão para mentir (RASMUSSEN et al., 2008) e aparentemente tem prejuízos para julgamento moral específico das relações sociais (SCHONFELD et al., 2005). Essas crianças foram consideradas menos competentes socialmente e mais agressivas em sala, partindo da visão de seus professores (JACOBSON et al., 1998; BROWN et al., 1991).

Como um processo em cadeia, pode-se inferir, que com as dificuldades relatadas às crianças expostas ao álcool na gravidez pertencem a um grupo de risco. Uma vez que devido às dificuldades de aprendizagem elas podem ser realocadas para ambientes educacionais especiais ou de recuperação e podem sofrer ainda mais com o isolamento e abandono (O´CONNOR; PALEY; FAST; CONRY, 2004).

O possível comportamento agressivo na infância pode acarretar, como já relatado, em consequências a longo prazo. Por exemplo, em um levantamento acerca da prevalência do TEAF na população carcerária no Canadá e Estados Unidos, foram obtidos resultados consideravelmente maiores do que os encontrados na população em liberdade (POPOVA et al., 2011; FAST; CONRY, 2004).

1.2 Atenção primária a saúde

A escolha de pesquisar no âmbito da Atenção Primária da Saúde deve-se ao fato de estar mais próximo da comunidade, posição esta extremamente importante para identificação e intervenção nos casos oportunos. Em 2011, o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) possuía cobertura de 53% da população brasileira e atualmente, a proporção estimada é de 63,70%. Esses dados evidenciam a relevância da Atenção Primária (AP) como local destinado à identificação e ao manejo de problemas de saúde mental, relacionados ao uso de álcool (BRASIL, 2016). Segundo a política nacional de saúde, a Atenção Primária é a porta de entrada da população ao SUS, ou seja, é nesse âmbito que grande parte da população é atendida pelos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011).

Uma das conjunturas preventivas e de reconhecimento precoce do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal são os serviços de atenção primária, pois integram o nível inicial de acesso à assistência à saúde. No Brasil, a ESF é a estratégia de organização da Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a). No que se refere às funções dos profissionais que compõem a ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. Dentre as suas atividades, destacam-se: a promoção à saúde, a prevenção de doenças e agravos, e as ações voltadas para a educação individual e/ou coletivas nas residências e na comunidade (BRASIL, 2012).

Atualmente, a Atenção Primária (AP) é definida pelo Ministério da Saúde como "um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" sendo desenvolvida pelas práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionada a um território delimitado e examina as dinâmicas desse território (BRASIL, 2011, p.48).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como ação principal, dentre outras ações, orientar a organização da AP no país, no sentido de garantir os princípios da territorialização, da longitudinalidade no cuidado, da intersetorialização, da descentralização, da corresponsabilização e da equidade, priorizando, com isso, os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2007a).

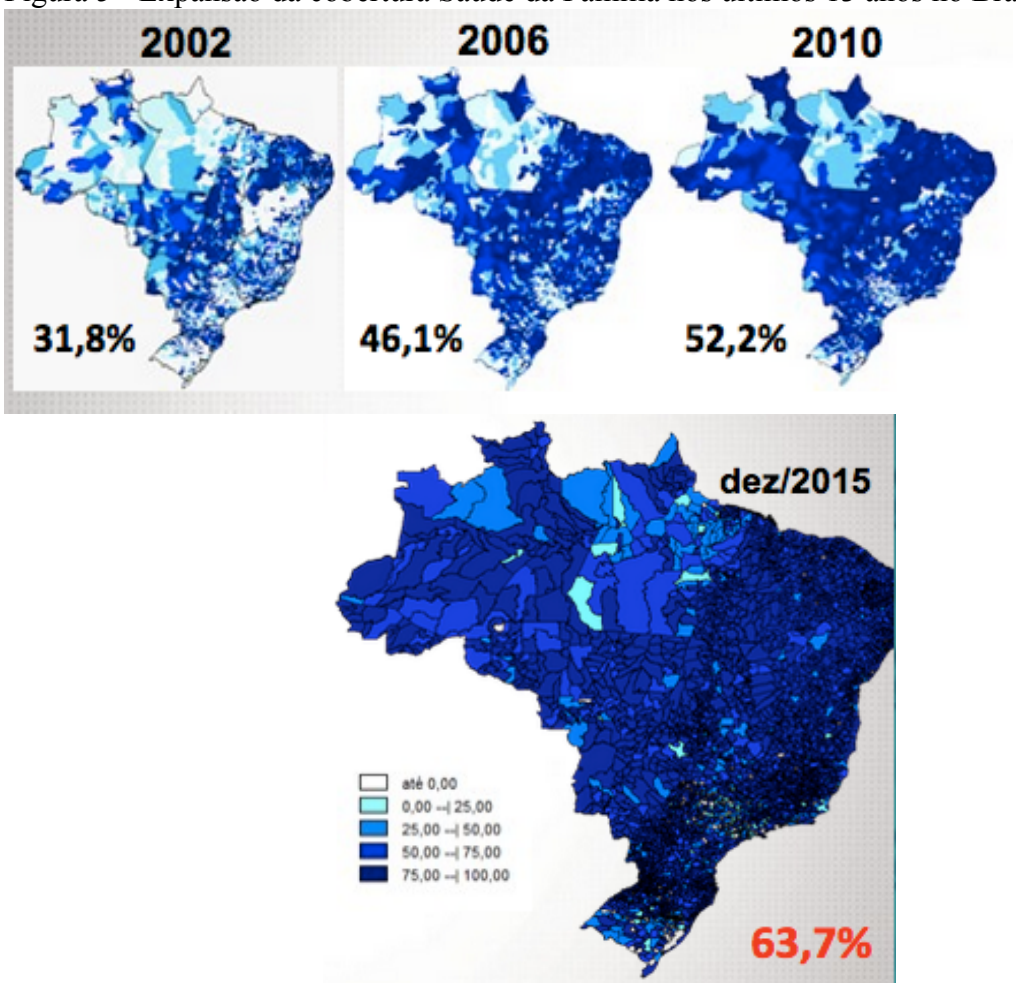
O fortalecimento da AP, tendo como eixo estruturante o PSF, propõe um modelo de visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social (LOWENTHAL, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2003), ao final de 2002

o Programa Saúde da Família contava com 17 mil e 610 equipes, atendendo mais de 55 milhões de pessoas e estando presente em 90% dos municípios.

Tal qual a portaria nº. 648 de 28 de março de 2006, o PSF se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da AP no Brasil e passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e são formadas por, no mínimo, um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 a 4,5 mil pessoas ou mil famílias de uma determinada área (BRASIL, 2007a).

Ulteriormente, mediante a Figura 5, verifica-se o avanço da abrangência da SF no país, e pode-se compreender a magnitude do programa, que atingiu crescimento duas vezes maior considerando os anos 2002-2015. O número de municípios com ESF ultrapassa a marca de 5.400 e o número de equipes implantadas suplanta (41.5 mil).

Figura 5 - Expansão da cobertura Saúde da Família nos últimos 13 anos no Brasil



Fonte: NUNO, 2016. Departamento de Atenção Básica. Adaptação dos pesquisadores.

1.2.1 Álcool e a rede de atenção primária à saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais e comportamentais são frequentes e afetam mais de 25% da população em algum momento de sua vida. Além disso, 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais da AP apresentam um ou mais transtornos mentais e/ou comportamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Em 2007 o Ministério da Saúde apresentou o Relatório de Gestão 2003-2006, no qual propôs a expansão das ações de saúde mental na Atenção Primária baseada no apoio matricial[6] que incide no estabelecimento de equipe de referência e no apoio matricial. Nos municípios, a responsabilidade pelos cuidados aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de referência em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS) e as equipes da Atenção Primária visando ao aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009).

Por fim, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como principal objetivo apoiar a inserção da equipe de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AP e de aumentar sua resolubilidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008).

O NASF é constituído por equipes de profissionais de diversas áreas de conhecimento que atuam no apoio e em parcerias com os profissionais das equipes de SF, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade da equipe saúde da família. Na saúde mental, o trabalho integrado entre as equipes de Saúde da Família (SF) e saúde mental potencializam o cuidado e facilitam uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, além de propiciar um uso mais eficiente e efetivo dos recursos, bem como aumentar a satisfação dos profissionais (BRASIL, 2008).

A integração dos cuidados à saúde mental na AP é uma importante fonte para detecção precoce de problemas de saúde mental e os profissionais de saúde quando bem treinados, podem contribuir nessa tarefa.

Existem estimativas de cerca de 2 bilhões de pessoas no planeta sejam consumidoras de álcool, o que corresponde a aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos. É

---

[6] O matriciamento consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capaciação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Primária (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009, p.479).

importante destacar, no entanto, que o consumo dessa substância é apontado pela Organização Mundial da Saúde como um dos principais fatores contribuintes para a diminuição da saúde, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O consumo de álcool assume uma importância ainda maior na América Latina, pois nesta região do planeta, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos por morte prematura ou incapacidade estão relacionados ao consumo dessa substância, índice quatro vezes maior que a média mundial (4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira aponta que 52% dos brasileiros fazem ingestão de álcool e que metade deles consome álcool ocasional ou raramente e a outra metade o consome, pelo menos, uma vez por semana. Resultados deste estudo apontam também que um quarto desses indivíduos apresenta problemas relacionados ao álcool, consumindo-o em quantidades potencialmente prejudiciais à saúde (LARANJEIRA, 2007).

Portanto, estudos que caracterizam o consumo de álcool em diferentes grupos populacionais podem ajudar na compreensão deste fenômeno, e também na identificação da magnitude do problema de seu consumo abusivo, além de serem fundamentais para o fornecimento de informações aos gestores de saúde com vistas ao desenvolvimento de ações para o enfrentamento deste problema (BRASIL, 2007b).

Em virtude da grande prevalência do consumo excessivo do álcool e dos problemas relacionados a ele, e diante da importância dos serviços de atenção primária à saúde, estratégicos para a implantação de ações de identificação precoce e para a prevenção de agravos à saúde, torna-se oportuna a realização de estudos que caracterizem o consumo de bebidas alcoólicas entre usuários desses serviços, pois os resultados permitirão ampliar o reconhecimento sobre a temática, além de possibilitar a confirmação e/ou comparação com resultados de outros estudos brasileiros (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009).

Ademais, a ESF entendida como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial constitui-se um cenário de destaque para a identificação precoce do consumo excessivo de álcool. Por ser o nível de atenção à saúde mais próximo à comunidade, os profissionais da ESF ocupam uma posição importante para identificar indivíduos cujo consumo de álcool esteja trazendo riscos ou danos à saúde (MARQUES; FURTADO, 2004).

Destaca-se a sua relevância não apenas restrita ao perfil epidemiológico da população brasileira, mas também pelas consequências a médio e longo prazo na saúde dos indivíduos,

pelo impacto familiar e pelas consequências para a sociedade do consumo dessa substância (MORETTI-PIRES, 2008).

1.3 Os agentes comunitários de saúde

Apesar do estabelecimento recente dessa categoria profissional, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já se faziam presentes desde a década de 1920, no Canadá, guardadas as devidas proporções e contextos. Não é dificultoso encontrar relatos, das últimas décadas, de grupos religiosos e organizações não-governamentais treinarem agentes de saúde (OLIVEIRA, 2003).

No Brasil, em 1991, o Ministério da Saúde regularizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1991). E foi através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

A portaria 2.488/2011 trata das especificidades das ações na ESF. No que tange aos ACS ela enfatiza que todos os profissionais deverão ficar responsáveis por no máximo 750 pessoas, carga horária semanal de 40 horas, já incluindo as atividades de educação permanente (BRASIL, 2011).

Já a mais recente informação a respeito das equipes de AP é a Portaria 958/2016 que, com a indicação de ampliação de composição das equipes, possibilita a contratação de um ACS e/ou técnico de enfermagem. Longe de uma definição sobre o assunto, apenas indica a necessidade de estudos sistemáticos sobre o documento, não perdendo de vista o tipo de ação e características do ACS para a comunidade em que reside e atua (BRASIL, 2016).

A política de Atenção Básica caracteriza o ACS como o profissional que desfruta de um maior tempo para observar a criança, enquanto realiza a visita domiciliar. Além disso, é indispensável salientar que é função do ACS aplicar os princípios da vigilância do desenvolvimento infantil durante a visita residencial, observando características relacionadas ao crescimento e desenvolvimento da criança. Uma das principais orientações quanto às ações preventivas trata justamente da identificação de sinais de risco (BRASIL, 2009).

As atribuições dos ACS estão descritas na Portaria nº 1886/GM de 1997, a qual aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da ESF (BRASIL, 1997). Portanto, a ação dos ACS está baseada em medidas educativas e preventivas, com o foco no desenvolvimento da comunidade vinculada à equipe de saúde. Suas atividades são geralmente orientadas por: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar (GALAVOTE et al., 2011; BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2011).

As pesquisas salientam as práticas essenciais dos Agentes Comunitários de Saúde, como sendo: efetuar visitas domiciliares; cadastrar famílias nas áreas de correspondência da ESF; identificar situações de risco na comunidade; propor medidas de vigilância e controle sanitário; participar de questões sociopolíticas e econômicas e atividades educativas; orientar e entregar de exames e medicamentos (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009; SANTOS, 2011).

Assim sendo, a proposta de capacitação em prevenção e identificação precoce do TEAF para ACS requer o cuidado com a fundamentação teórica e a sistematização desse conhecimento de forma que atenda à demanda das ações previstas nas políticas públicas em saúde.

A constante necessidade dos profissionais que atuam diretamente com essa população está presente em algumas pesquisas como, por exemplo: a realizada em 2005, por Silva, na qual houve a elaboração de um curso, relacionado ao uso do álcool e problemas decorrentes, ele foi ofertado aos profissionais da Rede Primária de Saúde com foco na avaliação do conhecimento e atitudes dos profissionais. Sua amostra foi de 172 participantes e, destes, 62,2% informaram que não tinham recebido nenhum treinamento acerca da SFA durante a graduação.

Outra pesquisa avaliou uma intervenção breve com 120 estudantes de enfermagem, comparando o padrão de consumo, de conhecimento e de suas atitudes frente aos problemas relacionados ao uso de álcool. Obtiveram-se, ao final da pesquisa, melhoras quanto ao nível de conhecimento ao serem comparados: grupo experimental e de controle (JUNQUEIRA, 2010).

Kanno, Bellodi & Tess (2012), consultaram profissionais da ESF, de diferentes áreas, e houve a identificação de formação insuficiente para atender a complexidade da demanda de usuários de álcool e outras drogas, assim como para intervir nos rebatimentos provocados pelo consumo abusivo.

Em pesquisa realizada em 2010, no Rio de Janeiro, objetivada por caracterizar o consumo de álcool de uma população atendida por uma equipe da ESF, contou com a participação de 301 indivíduos, porém não foi feita diferenciação de sexo e um dos critérios de exclusão era em caso de gestantes (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014). Pesquisas como essa apresentam um grande potencial em seus resultados, porém os pesquisadores ao optarem pela não identificação do sexo dos participantes não abarcam o consumo de álcool por mulheres em idade fértil, nem os efeitos do álcool ao feto durante a gestação.

Tendo em vista todos os danos provocados pelo consumo abusivo de álcool na gestação e a carência de capacitação profissional continuada, surge a necessidade de educação continuada das equipes de saúde pública, acerca dos efeitos do álcool à saúde da mulher, principalmente em consideração ao Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal.

Ao compreender que saúde não é ausência de doenças, exige-se dos profissionais da Atenção Primária a capacidade de atender o indivíduo integralmente, incluindo os problemas de saúde mental, abrangendo meios preventivos associados à identificação e ao tratamento, e uma das possíveis estratégias para atingir esse objetivo é a realização de treinamentos para profissionais da AP (LOWENTHAL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que aumentar a capacidade de tratamento com base na capacitação profissional continuada é uma das estratégias com maior efetividade, porém com baixos custos, no entanto, o desenvolvimento de programas de capacitação deve vir acompanhado de avaliação de sua eficácia, para que possa ser replicado e basear modelos para saúde pública da região (OMS apud LOWENTHAL, 2013).

Tendo em vista todos os danos provocados pelo consumo de álcool na gestação e a carência de capacitação profissional permanente, surge a necessidade de educação continuada das equipes de saúde pública, acerca dos efeitos do álcool à saúde da mulher, principalmente em consideração ao Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal.

Por essas considerações, há a real necessidade de uma maior capacitação dos profissionais que atuam em equipes multidisciplinares na rede de saúde pública ou privada a começar de sua formação inicial.

2 OBJETIVO

Avaliar o conhecimento adquirido, após a capacitação breve sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, de profissionais que atuam na saúde primária no município de Franca/SP.

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo experimental de intervenção com medidas pré e pós-capacitação (CAMPBELL; STANLEY, 1979), com abordagem quantitativa e qualitativa dos dados (SAMPIERE, et al, 2006). Os pesquisadores elaboraram um curso breve com duração de 3 horas e 30 minutos, o qual foi aplicado aos profissionais do programa Estratégia Saúde da Família. Os sujeitos foram comparados consigo mesmos, e a relação à mudança de Conhecimento foi avaliada por meio de um instrumento em dois momentos distintos: antes do curso, imediatamente após.

3.2 Amostra

O convite foi feito a todos os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares oriundas do programa Estratégia Saúde da Família incluindo: enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, médicos, auxiliares de saúde (recepção e farmácia), auxiliares de serviços internos e agentes comunitário de saúde. Mas, devido a questões de trabalho, apenas os agentes comunitários puderam comparecer.

O convite foi refeito para o restante das equipes, porém, devido aos prazos de conclusão da pesquisa não foi possível a realização em tempo hábil.

Mediante autorização do Secretário de Saúde do município, a coordenadora, do programa ESF convidou os Agentes Comunitários para comparecerem no dia 31 de outubro de 2017, às 8hs no salão de reuniões na sede da Secretaria de Saúde de Franca. Receberam o convite do curso todos os agentes comunitários em atividade, aproximadamente 35 profissionais, de acordo com a coordenadora do ESF. Destes, 32 (91,4%) compareceram, 82,9% aceitaram participar da pesquisa, 1 precisou se ausentar antes do encerramento do curso e outros 2 não quiseram participar da pesquisa, mas assistiram à apresentação e preencheram os questionários, ou seja, apenas não assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Por essa razão os seus dados não compuseram esta pesquisa.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Foram convidados profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família do município;

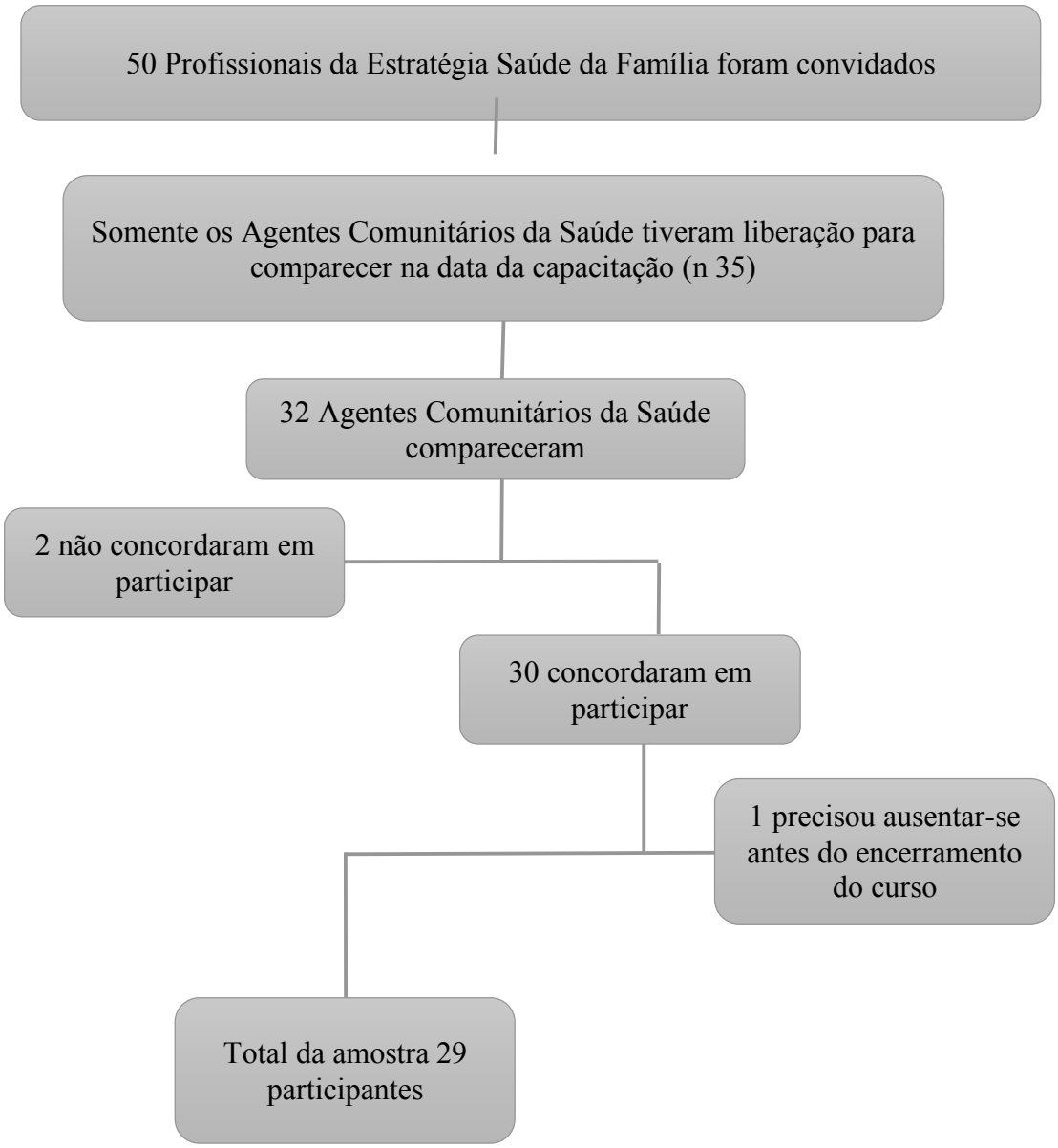
- Tempo de atuação na área maior que um ano;
- Concordarem com a sua participação na pesquisa.

3.2.2 Critérios de exclusão

- Profissionais que não atuam no ESF. Estes, no entanto, puderam participar do curso, mas não do estudo.

A seguir, é possível verificar o processo de composição da amostra.

Figura 6 - Organograma de composição da amostra do estudo



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

3.3 Local

O município onde a pesquisa foi realizada é Franca, cidade do interior do Estado de São Paulo, que possui um total estimado em 344 mil habitantes no ano 2016. Este dado o mantém entre as vinte cidades do Estado com maior população, sendo que outros seis municípios apresentam uma população aproximadamente semelhantes. A população feminina é 173.552 e a masculina 168.760. A população urbana equivale a 332.050 (IBGE, 2016).

Figura 6 - Mapa do Estado de São Paulo dividido em regiões administrativas

Fonte: CIDADES sedes de cada uma das 15 regiões administrativas do Estado de São Paulo. [Online]. Disponível em: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1403322>. Acesso em: 11 fev. 2018.

Segundo a coordenadora do programa, o município conta com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que, destas, 06 unidades são mistas, ou seja, contam com o Programa de Agente Comunitário (PACS) e 05 ESFs.

As equipes das UBS são compostas por: enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, cirurgião dentista, clínico geral, pediatra, ginecologista, auxiliar de serviço gerais, auxiliar de saúde (recepção e farmácia) e escriturário. As equipes das UBS mistas, ou seja, com a equipe da ESF são compostas pelos mesmos profissionais, contudo, neste caso, tem-se o acréscimo dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Prefeitura Municipal de Franca, em dezembro de 1999, implantou cinco equipes do Programa de Saúde da Família no município. Obtendo 5,95% de cobertura da população total da cidade, tendo como critério de implantação os bairros descentralizados e com altos índices de vulnerabilidade (OLIVEIRA; SILVA; LUNARDELO, 2008).

Conforme o site de Departamento de Atenção Básica a cobertura populacional atual do serviço no município é de 7,17%.

3.4 Elaboração da capacitação breve

Para a construção do modelo de curso usado no estudo, foram levados em consideração os seguintes aspectos: conteúdo mais adequado para o curso; tempo ideal de duração da capacitação; recursos existentes para ministração do curso; demandas e recursos existentes; material didático; e, didática a ser empregada. Essas necessidades foram supridas com base em várias fontes:

1. Pesquisa na literatura sobre modelos de treinamento já desenhados por outros autores e instituições internacionais (*National Institute on Drug Abuse; National Institute on Abuse and Alcoholism;* e o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade, por exemplo);
2. Participação do treinamento oferecido pelo Departamento de Saúde Mental da Universidade Estadual de São Paulo - campus Ribeirão Preto, em 31 de agosto de 2016.

Todo o curso foi ministrado pela autora do estudo. A metodologia empregada foi a apresentação do conteúdo de forma a incentivar a participação e contribuição dos participantes. A capacitação foi realizada em dois tempos, com um intervalo de 15 min.

3.5 Instrumentos de avalição

O desfecho da pesquisa é verificar a eficiência do curso ministrado aos profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família. O instrumento utilizado foi composto de três partes, sendo que a primeira foi sobre Informações Gerais sobre os participantes da pesquisa; a segunda foi um Questionário de Conhecimento abordando o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal e, por fim, a terceira foi um Questionário de Satisfação. Todos os questionários utilizados foram autoaplicáveis.

O Questionário Sociodemográfico, instrumento na forma de ficha de dados para preenchimento pelo próprio participante, foi composto por itens relacionados às características do profissional de saúde: idade, sexo, escolaridade, profissão e tempo de serviço na área de saúde, bem como o número de famílias pelas quais o sujeito é responsável e experiências em cursos sobre desenvolvimento infantil e/ou Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, formada por itens, como apresentado no Apêndice C.

O Questionário de Conhecimento foi constituído por 15 questões sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, sendo 10 fechadas, ou seja, de múltipla escolha e 5 abertas. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores mediante as informações no curso e foi aplicado antes da ministração do curso e reaplicado imediatamente após.

As questões foram elaboradas levando em consideração seis tópicos que são descritos no Quadro 5. O questionário completo está apresentado no Apêndice D.

Quadro 5 Distribuição dos temas de acordo com número das questões

TEMAS	QUESTÕES FECHADAS	QUESTÕES ABERTAS
Relação do álcool na gestação	1	
Dosagem segura	2, 3 e 4	
Principais efeitos do uso do álcool na gestação	5	
Manifestações do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal	6, 7, 8, 9 e 10	
Condições de prevenção		11, 12 e 13
Profissionais diretamente envolvidos no atendimento e suas funções		14 e 15

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

O Questionário de Satisfação proposto foi adaptado do utilizado na tese de Lampert, 2016. Composto por 7 questões de múltipla escolha, 5 delas com a chance de os participantes descreverem a sua percepção sobre a capacitação (Anexo A).

As questões retrataram a correspondência das expectativas e as necessidades dos profissionais em relação ao curso, abordagem integral da temática, bem como a identificação das possíveis dificuldades a serem enfrentadas no cotidiano do trabalho, a avaliação da didática, o conhecimento e a disponibilidade da pesquisadora que ministrou o curso.

3.6 Análise, processamento e tabulação dos dados

Não houve perda de dados e, portanto, todos os 29 participantes responderam aos questionários de avaliação do conhecimento. Para as questões fechadas foram atribuídos pontos (0 e 1). Para as questões abertas não foram atribuídos valores, porém o conteúdo pode ser comparado entre antes e depois, com base na clareza e na objetividade das informações redigidas.

Para as variáveis categóricas binárias foram adotados valores para a realização de alguns testes estatísticos, por exemplo, para a variável sexo considerou-se: 1 – masculino e 2 – feminino.

Os resultados do estudo de intervenção foram avaliados, inicialmente, com a elaboração de planilhas descrevendo o tamanho da amostra e suas respectivas pontuações (antes e após) para cada uma das questões fechadas. Num segundo momento foram realizados os testes estatísticos descritivos, para os quais foi utilizado o *software* Microsoft Excel® e o *software* estatístico IBM® SPSS®. Tabulando, assim, além do resultado do questionário nos dois momentos, os dados contendo as informações sociodemográficas, que caracterizaram a amostra, e as informações obtidas com a enquete sobre a Satisfação do curso.

Para análise estatística foram utilizados o teste estatístico não-paramétrico de *Wilcoxon (Signed = Rank* Test) e os paramétricos Teste-*t* Pareado e Coeficiente de Pearson para Correlação.

O primeiro teste foi aplicado para emparelhar as respostas dos dois momentos da capacitação (antes e imediatamente após) no qual, para cada sujeito há indicação se houve ou não diferença nos resultados e em que sentido estes resultados se direcionam (PEREIRA; PATRÍCIO, 2013). Ele mostrou que o número de acertos no questionário após o curso é superior ao número de acertos antes (Z = -3,978: p < 0,001) no que se refere aos resultados efetivos quanto à retenção do conhecimento.

O Teste t *Student*, que usa conceitos estatísticos para rejeitar, ou não, a hipótese de nulidade (BERNAL; SILVA, 2012) foi utilizado para avaliar se houve ou não diferença significativa entre as médias dos acertos, de cada pergunta, nos momentos antes e depois a intervenção educativa (PEREIRA; PATRÍCIO, 2013). No contexto declarado foi utilizado 9 graus de liberdade, pois o n = 10 (quantidade de questões fechadas) e $\alpha = 0.05$, desta forma o valor de t encontrado foi de 1,83 (p = 0,006).

O coeficiente r de Pearson calcula a intensidade da correlação entre as variáveis. O coeficiente varia entre -1 e 1, onde 1 representa uma correlação forte e -1 uma correlação negativa. Consequentemente, quanto mais próximo de zero esse coeficiente se apresentar, menor será a relação entre as variáveis analisadas (LOPES, 2003; LIRA, 2004).

Pode-se, então, entender que quanto mais próximo de zero o coeficiente se apresentar, menor será a relação entre as variáveis analisadas, a significância representa o intervalo de confiança. Assim sendo, foi possível analisar o nível de correlação entre a variável dependente à medida que ocorreram as variações de escolaridade dos participantes, idade, sexo e tempo de atuação (PEREIRA; PATRÍCIO, 2013).

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, garantindo a segurança de todas as partes envolvidas na pesquisa, principalmente dos participantes. O número do parecer de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética é 2.301.369.

O curso foi ministrado no dia 31 de outubro de 2017, a partir das 8h, na Secretaria de Saúde de Franca. Estavam presentes 32 Agentes Comunitários presentes, conforme já referido, e 8 profissionais do Centro de Apoio Psicossocial do município.

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa. Aqueles que desejaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo garantidos anonimato e sigilo. Os profissionais foram informados previamente sobre a natureza, o conteúdo e o destino dos questionários, além de seu uso único e exclusivo para a finalidade acadêmica.

Ainda abrangendo as necessidades éticas a serem cumpridas, esclarece-se que a devolutiva aos participantes ocorrerá de forma grupal, destacando os pontos principais dos resultados encontrados. No mais, todos terão acesso aos dados para entrarem em contato com a pesquisadora para maiores esclarecimentos.

Aos que solicitaram foi enviado um certificado de participação do curso. O curso será ofertado mais uma vez aos demais profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 29 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que atuam na Rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de Franca – São Paulo. Segundo, os dados do Departamento de Atenção Básica (Tabela 1), essa amostra seria correspondente a 67,4% do quadro geral de Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, consoante a informação repassada pela coordenadora da ESF (Quadro 5), essa amostra corresponde a 83% do quadro de ACS atuantes no município.

Tabela 1 - Número absoluto de agentes comunitários de Saúde e a quantidade relativa da cobertura populacional dos serviços nas três esferas

VISÃO GERAL DA QUANTIDADE DE ACS – OUTUBRO DE 2017			
País	**População (n)**	**Agentes Comunitários de Saúde**	
		Implantados (n)	**População Estimada Coberta (%)**
Brasil	206.114.067	250.277	61.16%
Estado de São Paulo	44.749.699	27.849	34.89%
Município de Franca	344.704	43	7,17%

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Adaptação dos pesquisadores.

Quadro 6 - Quantidade de todos os profissionais atuantes em cada ESF do munícipio de Franca em 2016

LOCAL	REGIÃO	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
Estratégia Saúde da Família 1	Norte	08
Estratégia Saúde da Família 2	Leste	09
Estratégia Saúde da Família 3	Norte	13
Estratégia Saúde da Família 4	Norte	08
Estratégia Saúde da Família 5	Oeste	09
		Total 47 profissionais

Fonte: Coordenadora do Departamento de Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde. Adaptado pelos pesquisadores.

Os autores da pesquisa convidaram os profissionais da equipe do programa Estratégia Saúde da família distribuídos nas cinco Unidades Básicas de Saúde - médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de nível técnico. Devido a questões de trabalho puderam comparecer somente os ACS, o que representa uma limitação deste trabalho, podendo, em trabalhos futuros, a capacitação ser oferecida, também aos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família.

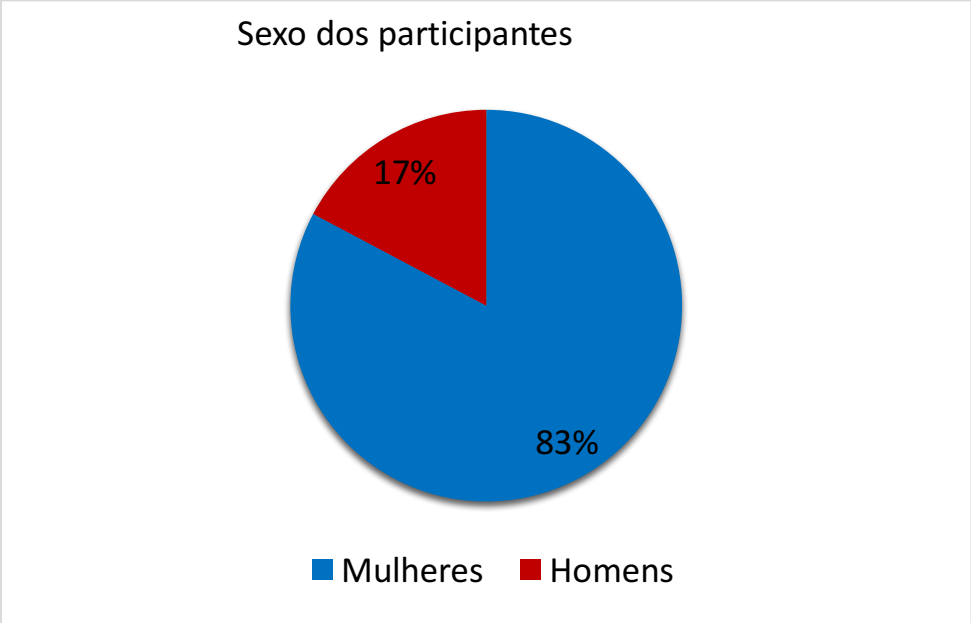
Apesar de se ter pretendido a ministração da capacitação a todos os profissionais da equipe ESF acredita-se que o tamanho da amostra apresenta significância calculando a

proporção do município e também a quantidade de famílias atendidas por esse grupo. Aproximadamente 4.500 famílias são acompanhadas por esses 29 profissionais, conforme informado na ficha dos dados sociodemográficos e, dependendo da composição dessas famílias, esse número de atendidos e acompanhados por eles pode triplicar.

Todos os participantes responderam as 10 questões fechadas e apenas 1 participante não respondeu as questões abertas do Questionário 1 e outro não respondeu as questões 12 e 13 (abertas) do Questionário 2. No entanto, as demais respostas foram mantidas na pesquisa, pois se entende que não geraram prejuízos aos resultados finais.

Os dados sociodemográficos propiciaram, ainda, a identificação da distribuição amostral consoante ao sexo. Como consequência disso, foi elaborado o gráfico que segue.

Gráfico 1- Sexo dos participantes da pesquisa

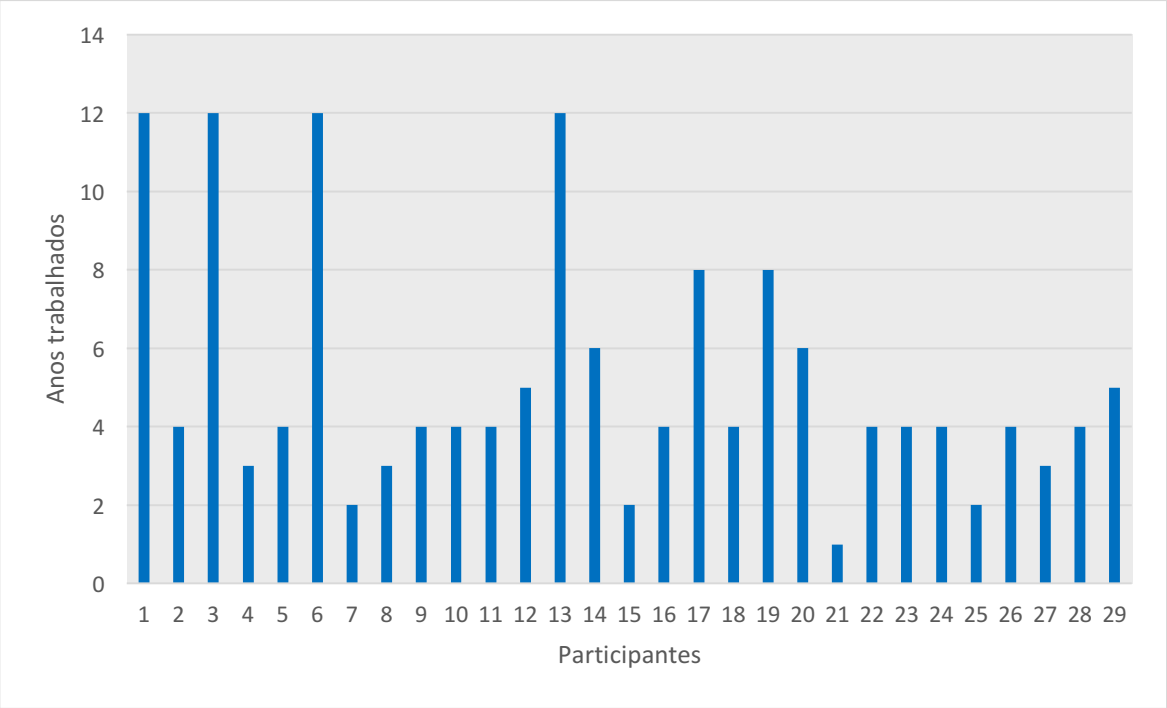


Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

A média da idade dos participantes foi de 39 anos, 51,7% dos profissionais são casados, 58,6% têm filhos, 93,1% informaram que não possuem outra fonte de renda.

Como se percebe, no Gráfico 2, a variação dos anos trabalhados é ampla, com uma média de 5,2 anos e moda de 4 anos, demonstrando uma diversidade entre os Agentes Comunitários de Saúde.

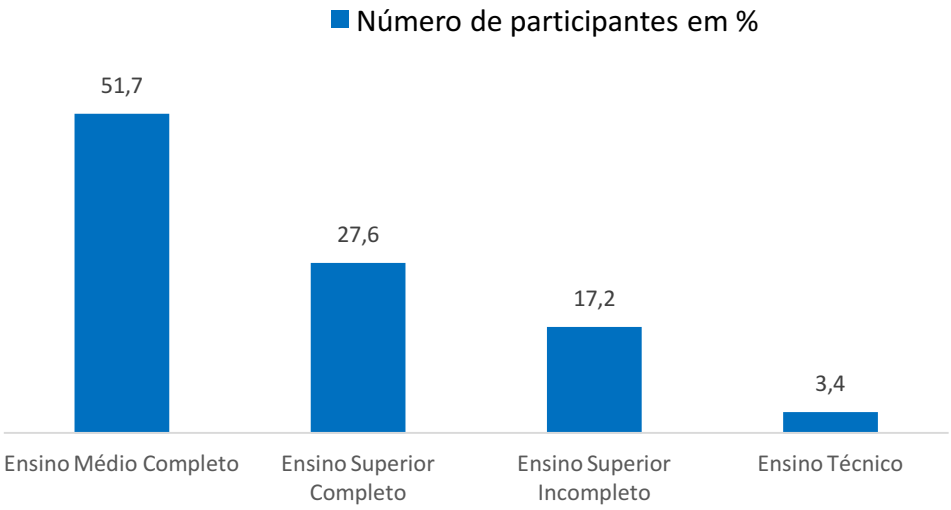
Gráfico 2 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF, no município de Franca-SP, em 2017



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Praticamente todos (93,1%) os participantes informaram que nunca haviam participado de um curso sobre essa temática. Quanto ao nível de escolaridade, a mais alta informada pela amostra, foi de 51,7% de participantes que concluíram apenas o Ensino Médio. É possível observar, a seguir, a descrição dos demais dados obtidos sobre a escolaridade dos participantes da presente pesquisa.

Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos sujeitos da pesquisa



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

4.2 Análise geral do conhecimento antes e após o curso

Após as análises estatísticas verificaram-se as seguintes características nos resultados alusivos ao conhecimento adquirido: a média de acertos para o questionário fechado no primeiro momento foi de 6,7 pontos e após a ministração da capacitação a média de acertos subiu para 8,5 pontos aproximadamente.

Apresenta-se a seguir a tabela contendo a estatística descritiva dos resultados obtidos mediante os acertos gerais da amostra antes e após o curso.

Tabela 2 - Comparações do escore total pré e pós o curso breve

	ACERTOS ANTES DA CAPACITAÇÃO	**ACERTOS APÓS A CAPACITAÇÃO**
Média	6,7241	8,4828
Moda	6	8
Mediana	7	8
Pontuação mínima	3	7
Pontuação máxima	10	10
Desvio padrão	1,8302	0,911
Total de acertos	195	246

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Como é possível verificar, a média de acertos subiu. Este dado mostra que os ACS têm um conhecimento regular sobre o assunto e que chegaram a um bom nível com a capacitação. Outro dado que nos chama atenção é em relação à pontuação mínima[7] atingida na fase um do questionário, que foi de 3 pontos, enquanto na fase dois foi da intervenção de 7 pontos.

Através do teste estatístico não-paramétrico de Wilcoxon (Signed=Rank Test) confirmou-se que o número de acertos no questionário após o curso é estatisticamente significante ao serem comparados aos acertos no momento anterior ($Z= -4,014$: $p<0,001$), o que comprova que os resultados foram efetivos quanto à retenção do conhecimento pela amostra.

Pode-se verificar, na Tabela 3, as informações que o referido teste levou em consideração para chegar a esse resultado. Nela se percebe que 2 participantes acertaram uma quantidade menor de questões no momento após capacitação, e, no entanto, 24 participantes (82,7% da amostra) alcançaram pontuações superiores.

[7] O fato de um participante atingir a pontuação 3, significa que ele acertou 3 questões no questionário fechado.

Tabela 3 - Análise estatística inferencial para comparação dos resultados obtidos antes e após a capacitação

POSTOS ASSINADOS POR WILCOXON				
		N	POSTO MÉDIO	SOMA DE POSTOS
Acertos após o curso / Acertos antes do curso	Postos Negativos	2[a]	9,50	19
	Postos Positivos	24[b]	13,83	332
	Empates	3[c]	-	-
	Total	29		

a. Acertos após o curso < Acertos antes do curso
b. Acertos após o curso > Acertos antes do curso
c. Acertos após o curso = Acertos antes do curso

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores através do programa estatístico SPSS.

No tópico seguinte é analisado o resultado obtido em cada uma das 10 questões de múltiplas escolhas, diferente dos dados apresentados anteriormente, os quais avaliaram o conhecimento por participante.

4.3 Análise do Conhecimento por questões fechadas (antes e após o curso)

Em ambos os momentos foram obtidas pontuações com médias consideravelmente altas. A média de participantes que acertaram foram maiores no segundo momento em todas as questões com exceção nas perguntas 8 e 10 (Tabela 4).

Tabela 4 Resultado dos participantes de acordo com cada questão nos dois momentos da coleta de dados, expressados como média e desvio padrão

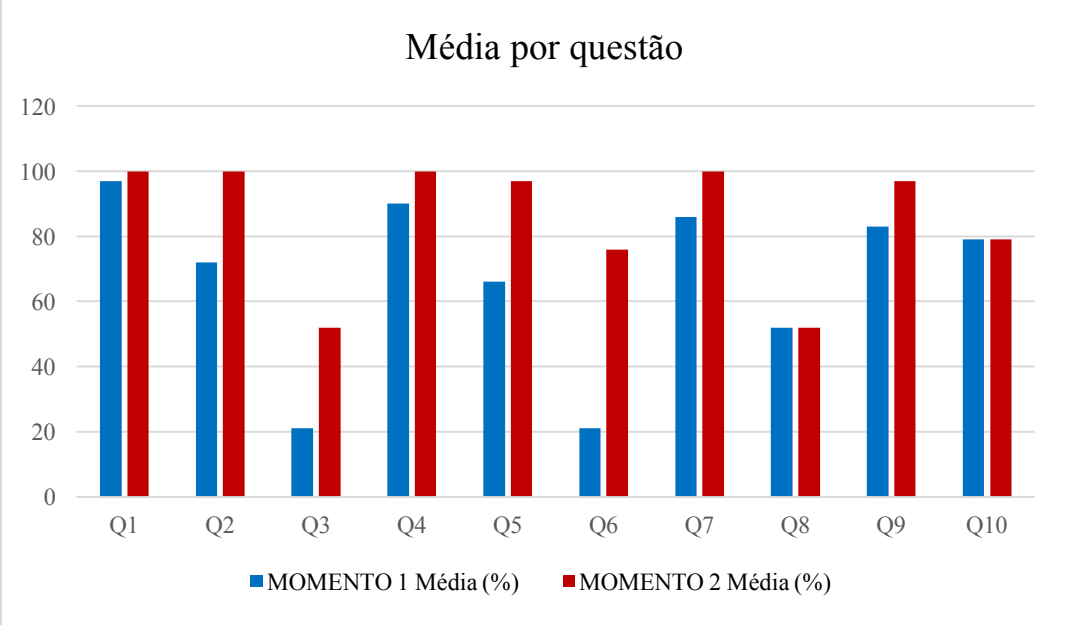
	MOMENTO 1		MOMENTO 2	
Número da questão	Média (%)	Desvio Padrão	Média (%)	Desvio Padrão
Q*1	97	0,19	100	0
Q2	72	0,45	100	0
Q3	21	0,41	52	0,51
Q4	90	0,31	100	0
Q5	66	0,48	97	0,19
Q6	21	0,41	76	0,44
Q7	86	0,35	100	0
Q8	52	0,51	52	0,51
Q9	83	0,38	97	0,19
Q10	79	0,41	79	0,41

* Q = Questão

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

A seguir são representados os dados relacionados apenas as médias obtidas antes e após capacitação em forma de gráfico visando uma melhor compreensão dos mesmos.

Gráfico 4 Comparativo dos resultados obtidos em cada questão antes e após a capacitação



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Após ser encontrada a média de acertos para cada indagação, foi aplicado o Teste *t* para verificar se houve diferença significativa entre as médias (antes e após a capacitação). O valor de *t* encontrado foi de -3,35 ($p = 0{,}004$), confirmando a significância dos dados obtidos.

Um contraste foi notado paras as médias das perguntas 8 e 10. Em ambas, a quantidade de acertos após a capacitação permaneceu o mesmo, 52% de média para a primeira e 79% para a segunda.

Na intenção de evidenciar as possíveis causas desse efeito buscou-se descrever minuciosamente as referidas perguntas e seus resultados. A figura a seguir é a transcrição na íntegra da pergunta 8.

Figura 7 - Cópia da Questão 8 do questionário sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, aplicado em dois momentos da intervenção

08. Estudos neuropsicológicos revelam que crianças e adolescentes com exposição ao álcool na gestação podem manifestar

a) Déficit nas funções executivas
b) Déficit no uso pragmático da linguagem
c) Delírios e alucinações

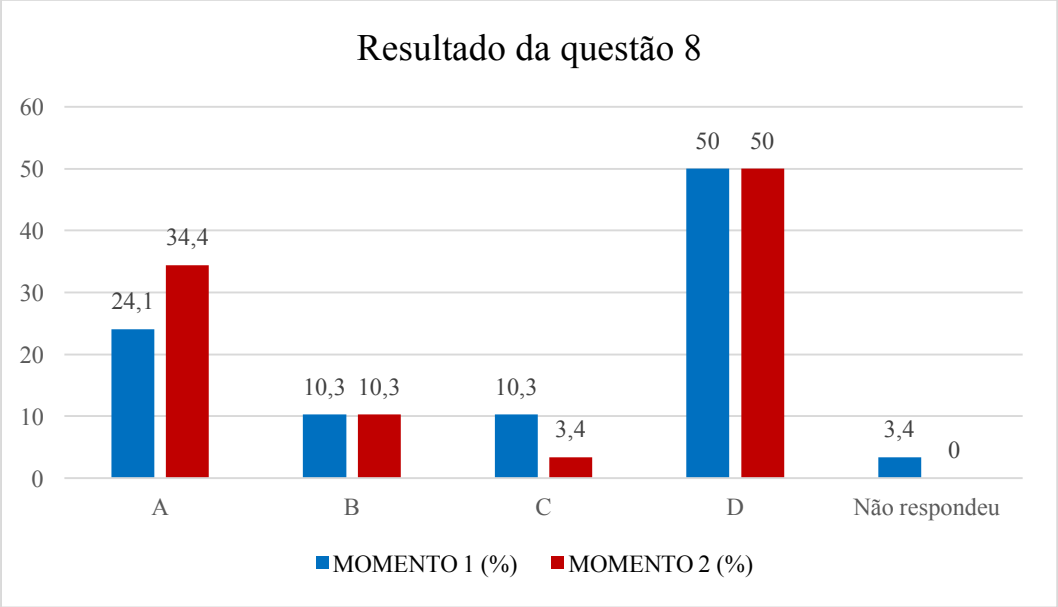
Pergunta-se:

a) todas estão corretas
b) “b” e “c” estão corretas
c) “a” e “c” estão corretas
d) “a” e “b” estão corretas

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

A distribuição das alternativas selecionadas pode ser consultada por intermédio do Gráfico 5, apresentada a seguir.

Gráfico 5 - Distribuição em porcentagem das 5 possibilidades de resposta, referentes aos resultados alcançados na Questão 8 da avaliação



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Apesar de a maioria da amostra (50%) ter escolhido a opção D, notou-se, também, que 13,8% da amostra errou a pergunta no Momento 1 (M1), mas obteve acerto segundo momento, enquanto, 3 participantes que acertaram no M erraram em seguida. A constância ocorreu para as alternativas B e D.

A figura a seguir é a transcrição na íntegra da pergunta 10.

Figura 8 - Cópia da Questão 10 do questionário sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, aplicado em dois momentos da intervenção

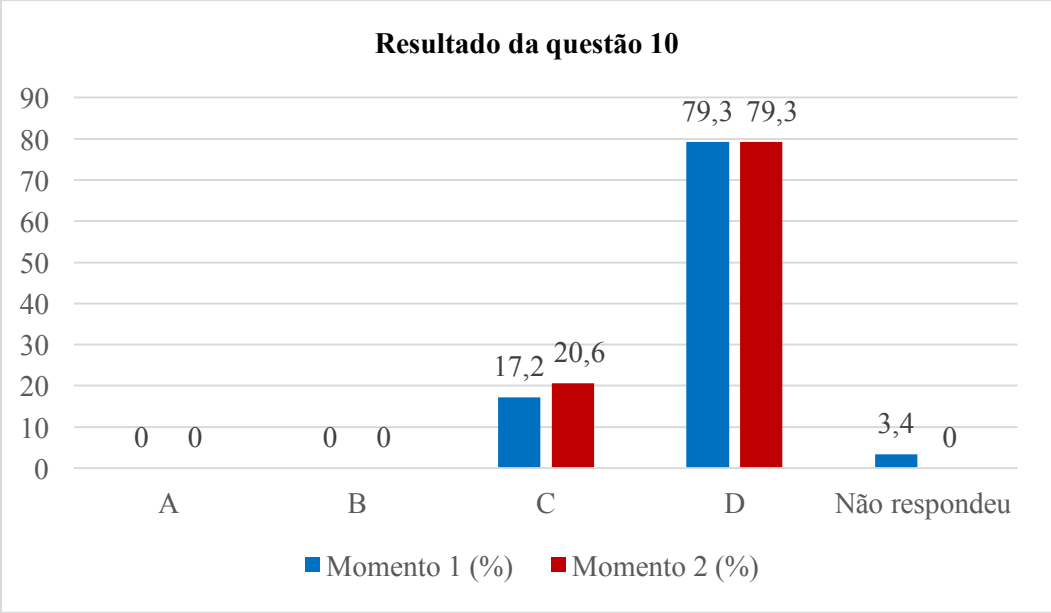
10. Adolescentes com o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal têm maior chance de manifestar

a) Ideação suicida
b) Depressão
c) Problemas emocionais
d) Todos os acima

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

As alternativas escolhidas pelos participantes na questão 10 são apresentadas através do Gráfico 6, nele é possível perceber que a maioria dos entrevistados optou pela alternativa D que era a correta, mas a alternativa C gerou dúvidas entre eles.

Gráfico 6 - Distribuição em porcentagem das 5 possibilidades de resposta, referentes aos resultados alcançados na Questão 10



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

4.4 Relação funcional entre a pontuação obtida após a capacitação e as características gerais dos profissionais

Algumas análises das possíveis correlações das respostas em função das características sociodemográficas dos participantes também foram exploradas. Na tabela abaixo percebe-se a correlação negativa e não significante para a idade dos participantes, mostrando que o fator "idade" não interferiu nos resultados encontrados.

Tabela 5 - Resultado da correlação de Pearson para diferentes características dos ACS e os resultados atingidos após a intervenção, Franca/SP, 2017

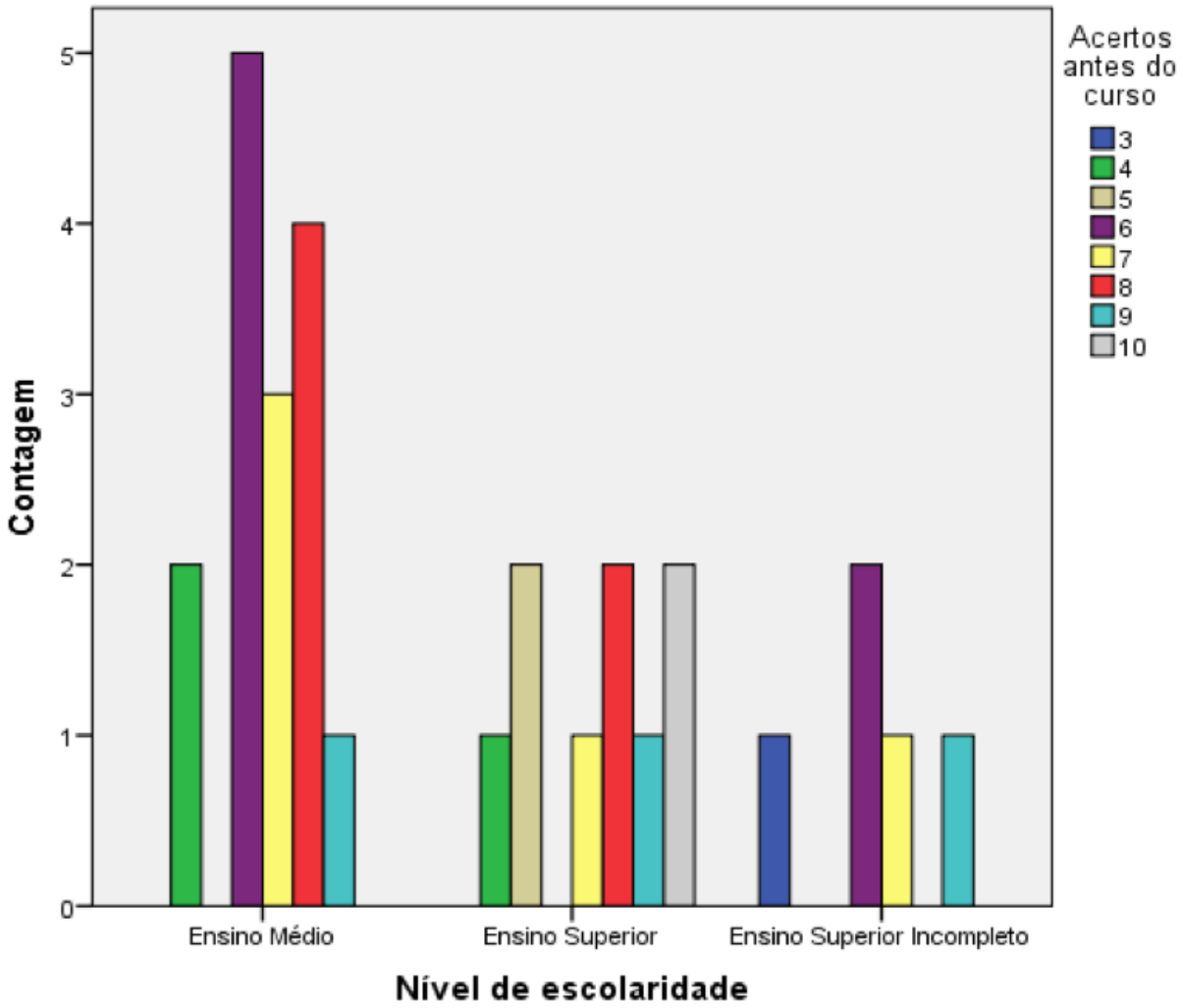
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	TESTE	ACERTOS APÓS A CAPACITAÇÃO
Idade	Coeficiente de Correlação	-,105
	Sig. (bilateral)	,587
	N	29
Tempo de atuação na ESF	Coeficiente de Correlação	,341
	Sig. (bilateral)	,071
	N	29
Nível de escolaridade	Coeficiente de Correlação	,144
	Sig. (bilateral)	,456
	N	29
Estuda atualmente	Coeficiente de Correlação	,146
	Sig. (bilateral)	,450
	N	29

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores, através do programa estatístico SPSS.

Observou-se a partir dos dados que todas as quatro características não se correlacionaram significantemente com o resultado após a intervenção. O quesito "Tempo de atuação na ESF" foi o que mais se aproximou de uma correlação positiva, no entanto, ainda está configurado em nível médio (,341). Portanto, os aspectos analisados (escolaridade dos participantes, idade, sexo e tempo de atuação) não interferiram significativamente no desfecho da pesquisa.

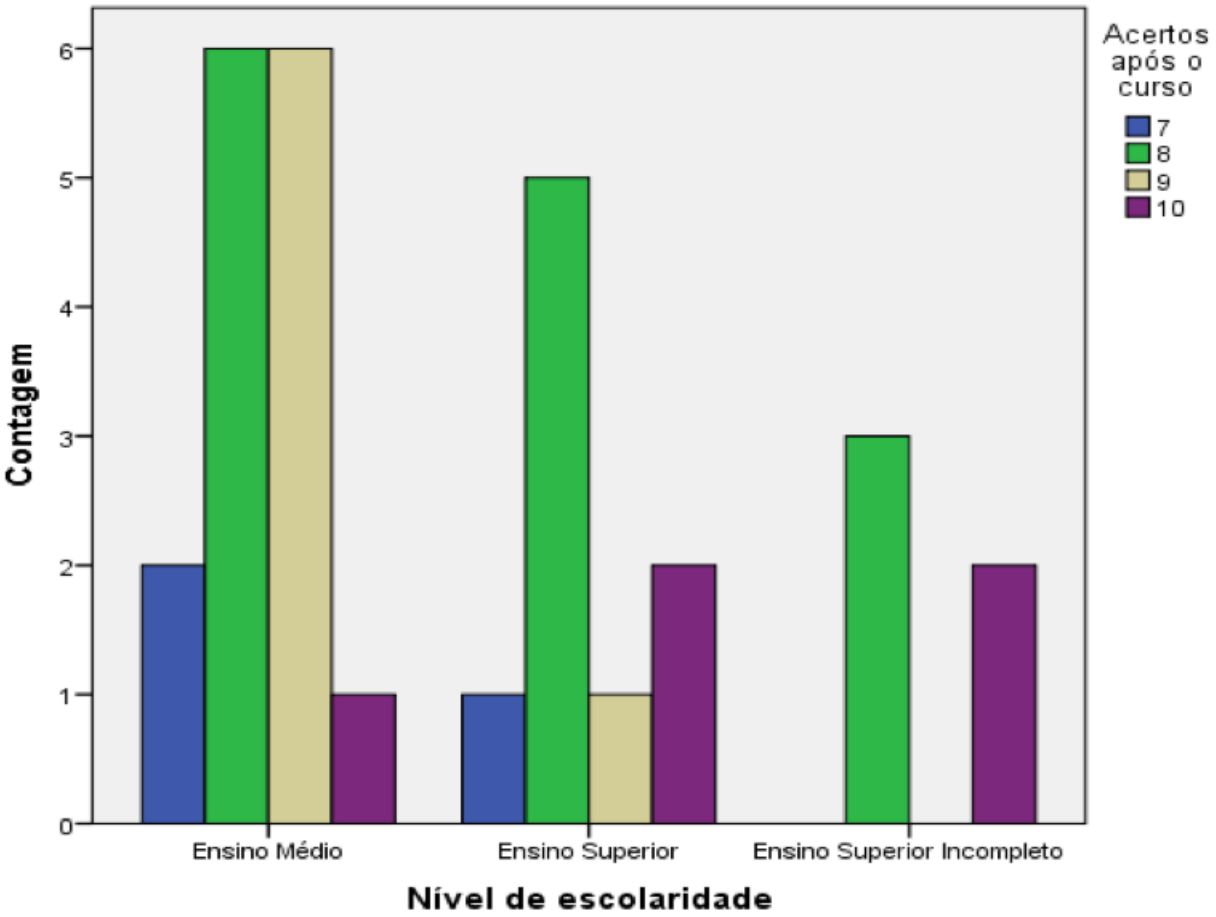
Ainda referente ao item Escolaridade X Resultados apresenta-se a seguir os gráficos que descrevem a frequência de acertos comparados ao nível escolar da amostra.

Gráfico 7 - Distribuição de acertos antes da capacitação de acordo com a escolaridade amostral



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Gráfico 8 - Distribuição da quantidade de respostas corretas, após a capacitação, segundo o nível de escolaridade da amostra.



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores, utilizando o programa estatístico SPSS

Enquanto na primeira aplicação do questionário chegou-se a obter no mínimo três acertos, pode-se destacar que, conforme os Gráficos 6 e 7, nenhum participante acertou menos de sete questões do questionário fechado depois da capacitação.

Para uma análise mais aprofundada do elemento "Idade" separou-se a amostra em dois grupos: um com idade menor ou igual a 39 (n=14) e o outro foi composto pelos participantes com idade superior a 39 (n=15). Ao comparar a idade com os acertos antes e após a capacitação, pode-se verificar que a média de acertos entre os participantes com idade <39, foi mais alta para o questionário no primeiro momento da intervenção. Enquanto, no segundo momento, foi obtida média maior (8,5) entre os com idade menor ou igual a 39 (Tabela 6). Segue a tabela com a descrição desses dados.

Tabela 6 - Comparação por grupos, de acordo com a idade dos participantes com o resultado obtido antes (Questionário 1) e após (Questionário 2)

	IDADE DOS PARTICIPANTES	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Questionário 1	>= 39	14	6,14	1,562
	< 39	15	7,40	1,882
Questionário 2	>= 39	14	8,50	1,019
	< 39	15	8,47	,834

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

4.5 Análise do Conhecimento por questões abertas (antes e após o curso)

Foram aplicadas cinco questões abertas a fim de verificar o conhecimento dos profissionais acerca da prevenção, da identificação e, também, se já haviam realizado algum atendimento a crianças e/ou adultos com o diagnóstico da Síndrome Fetal Alcoólica ou alguma outra dentro do espectro do transtorno.

As questões abertas não foram pontuadas, e, portanto, a seguir, é mostrada a descrição das respostas obtidas antes e após a capacitação, sem agregar juízo valor à essas respostas.

Considerando as respostas obtidas no primeiro momento da coleta de dados com relação à para primeira pergunta "O TEAF é passível de prevenção? Em caso afirmativo, como se pode preveni-lo?", quase todos (97%) os participantes informaram que sim, é possível prevenir o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. A maioria indicou que essa prevenção se dá através de conscientização das mulheres e das gestantes a não consumirem álcool durante a gestação. Uma das formas de conscientização mais sugeridas foi o uso de palestras de conscientização. Um dos participantes informou, ainda, que uma forma de prevenir seria também dificultar o acesso ao álcool e aumentar a taxação do mesmo. Outro participante respondeu da seguinte forma: *"Sim, evitando o consumo de álcool durante a gestação e após o nascimento, ou seja, no período de amamentação"* (participante 19), o que pode indicar o não conhecimento sobre o TEAF, uma vez, que só ocorre durante a gestação e não após.

No segundo momento da coleta de dados foi obtido, com relação à pergunta número (1) o seguinte: 100% dos profissionais responderam a esta interrogação, o assunto relatado com maior frequência foi o da orientação de mulheres em idade fértil e de gestantes a não realizarem o consumo de bebida alcoólica durante a gestação.

Para a segunda pergunta "Qual o papel dos profissionais da ESF na prevenção dos TEAF?", foram obtidas respostas de 28 participantes. Desses, 90% indicaram que o papel desses profissionais é dar a orientação à sua comunidade.

Analisando as respostas da segunda pergunta, no momento após o curso, obteve-se o mesmo resultado nas respostas e o tema orientação foi novamente indicado pela maioria.

Acredita-se, que nessa pergunta, a forma como o ACS descreve o seu papel seja uma importante informação a ser compartilhada. Portanto, a seguir são expostas as respostas, de dois participantes da pesquisa, antes e depois do curso ministrado.

> "Orientar sobre as causas que o consumo de álcool traz para a criança e levar a mãe a estar participando de grupos terapêuticos" (Participante 19 antes da capacitação).
> "É fundamental a identificação de casos e trabalhar com a família os aspectos de prevenção e orientação ao não uso do álcool durante a gestação mostrando a mesma as consequências do uso do álcool" (Participante 19 após a capacitação).
> "Importante, pois temos vínculo com o paciente, estamos com eles no dia a dia, mas precisamos de capacitação sobre o tema" (Participante 22 antes da capacitação).
> Estamos trabalhando diretamente com as gestantes, somos multiplicadores de informação, conferimos vacina, pré-natal em dia, e pelo impacto no feto da SFA importantíssimo divulgar essa informação, falar no curso de gestantes, em sala de espera (Participante 22 após a capacitação).

"Quais outros profissionais de saúde poderiam contribuir na prevenção dos TEAF?", foi a terceira pergunta aberta do questionário. A maioria (97%) da amostra expressou que são as equipes de saúde as responsáveis por contribuir com a prevenção do transtorno.

Em seguida, os entrevistados foram questionados se seriam capazes de identificar uma criança com a Síndrome Fetal do Álcool, a manifestação mais agressiva do TEAF. Quase todos (86%) informaram que não seriam capazes de realizar a identificação. Dos 14% que disseram que seriam capazes, foram extraídas e expostas, a seguir, a resposta de três deles: "Sim, observando suas atitudes" (Participante 4 antes da capacitação); e, "Sim, são crianças agitadas e curiosas demais (Participante 8 antes da capacitação)"; e, "Sim, agitação excessiva, insônia, tremores, etc." (Participante 21 antes da capacitação). Pode-se perceber que os sinais relatados como características de crianças com a SFA se assemelham aos de crianças que vivenciam crises de abstinência alcoólica ou de outras drogas ao nascer.

As respostas para a pergunta de número (4), na segunda coleta, corresponderam a 96,5% da amostra. Sendo que 76% dos informantes relatam, após a capacitação, ser capazes de identificar uma criança com a SFA; as principais características relatadas são as faciais e dificuldade de aprendizagem. Um dos integrantes afirmou que não seria capaz de fazer a identificação, mas que os sinais faciais poderiam alertá-lo. A resposta completa foi: "Não, mas agora talvez terei um olhar diferente. Estamos acostumados com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, mas agora observar a SFA, lábios e comportamento" (Participante 22 após a capacitação)

A quinta e última pergunta aberta do questionário foi: “Você já prestou algum atendimento às famílias com crianças diagnosticadas com TEAF ou a SFA?”. A partir dos resultados obtidos verificou-se que 96,5% dos participantes não haviam realizado atendimento a pessoas com esse diagnóstico. O participante que informou já ter atendido, respondeu da seguinte forma: “Sim, encaminhamento para CAPS” (Participante 29 antes da capacitação).

Após a capacitação, 10,3% dos participantes responderam na Q5 que suspeitaram de que já poderiam ter atendido crianças com sinais do TEAF ou da SFA, porém as crianças não haviam recebido o diagnóstico, ou seja, esses profissionais não atenderam crianças com o diagnóstico, apenas suspeitaram. O profissional que respondeu que já havia atendido uma criança com o diagnóstico, manteve o sim em um segundo momento, porém alterou a forma de explicar como se deu o atendimento: “Sim, na realidade atendimento geral. Encaminhamento para psicologia” (Participante 29 após a capacitação).

4.6 Análise geral da Satisfação

A maioria dos ACS (96,5%) respondeu ao questionário de satisfação. Nas sete perguntas fechadas realizadas, a maioria assinalou as opções “Muito bom” ou “Bom” (Quadro 7). Porém, ao apreciar os itens 2 e 4, a porcentagem da frequência para categoria “Muito bom” ficou abaixo da categoria “Bom”.

Das seis questões abertas a primeira foi: “Os assuntos abordados na capacitação estavam de acordo com seus interesses e necessidades?”. Nesta questão, 86,2% dos participantes responderam que sim (6,8% não responderam e 6,8% optaram por parcialmente).

Para a pergunta: “O programa atingiu suas expectativas?”, manteve-se o mesmo percentual de respostas (sim). Destaca-se algumas considerações realizadas pelos participantes. Cabe referir, antecipadamente, que as respostas citadas integralmente a seguir, são todas positivas, pois os dois participantes que responderam “parcialmente” não descreveram quais as foram as possíveis expectativas que não foram atendidas. Conforme os excertos abaixo:

> “Sim, necessitamos sempre de capacitação para podermos atender melhor nossas famílias. Atingiu em todos os sentidos” (PARTICIPANTE 10).
> “Sim, foi um tema interessante e pouco discutido (PARTICIPANTE 18).
> “Sim, me adicionaram informações das quais eu não sabia” (PARTICIPANTE 21).
> “Sim, por não ter ainda estas informações para mim foi um muito bom” (PARTICIPANTE 26).

É importante destacar, também, as seguintes informações: 76% dos participantes informaram que o curso abordou todos os assuntos que consideram importantes; 90% dos participantes informaram que se sentem motivados a aplicar na prática a teoria exposta; 38% acreditam que terão parcial dificuldade em colocar em prática devido à recusa da população atendida; e, 79,3% responderam que se sentem mais seguros para orientar mulheres em idade fértil e que fazem uso de álcool.

Diferentemente das anteriores a sétima questão dessa etapa do estudo era fechada. Através dela os participantes puderam avaliar outros sete pontos sobre capacitação, as alternativas de respostas variaram entre "Muito bom" a "Muito ruim". A frequência das opções assinaladas pelos entrevistados é retratada a seguir na Tabela 7.

Tabela 7 - Resultado referente a pergunta nº. 7 do questionário de satisfação

ANÁLISE DE SATISFAÇÃO			
PERGUNTAS	**RESPOSTAS**	**FREQUÊNCIA**	**%**
Como você avalia a apresentação dos objetivos da capacitação?	Muito bom	**13**	**44,8**
	Bom	**11**	**38**
	Satisfatório	**4**	**13,8**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**
Como você avalia a carga horária oferecida na capacitação?	Muito bom	**11**	**38**
	Bom	**12**	**41,8**
	Satisfatório	**5**	**17,2**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**
Como você avalia o nível de conhecimento do instrutor de forma geral?	Muito bom	**20**	**69**
	Bom	**6**	**20,7**
	Satisfatório	**2**	**6,9**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**
Como você avalia a qualidade do material didático?	Muito bom	**10**	**34,9**
	Bom	**13**	**44.9**
	Satisfatório	**5**	**17,2**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**

Continua.

Continuação.

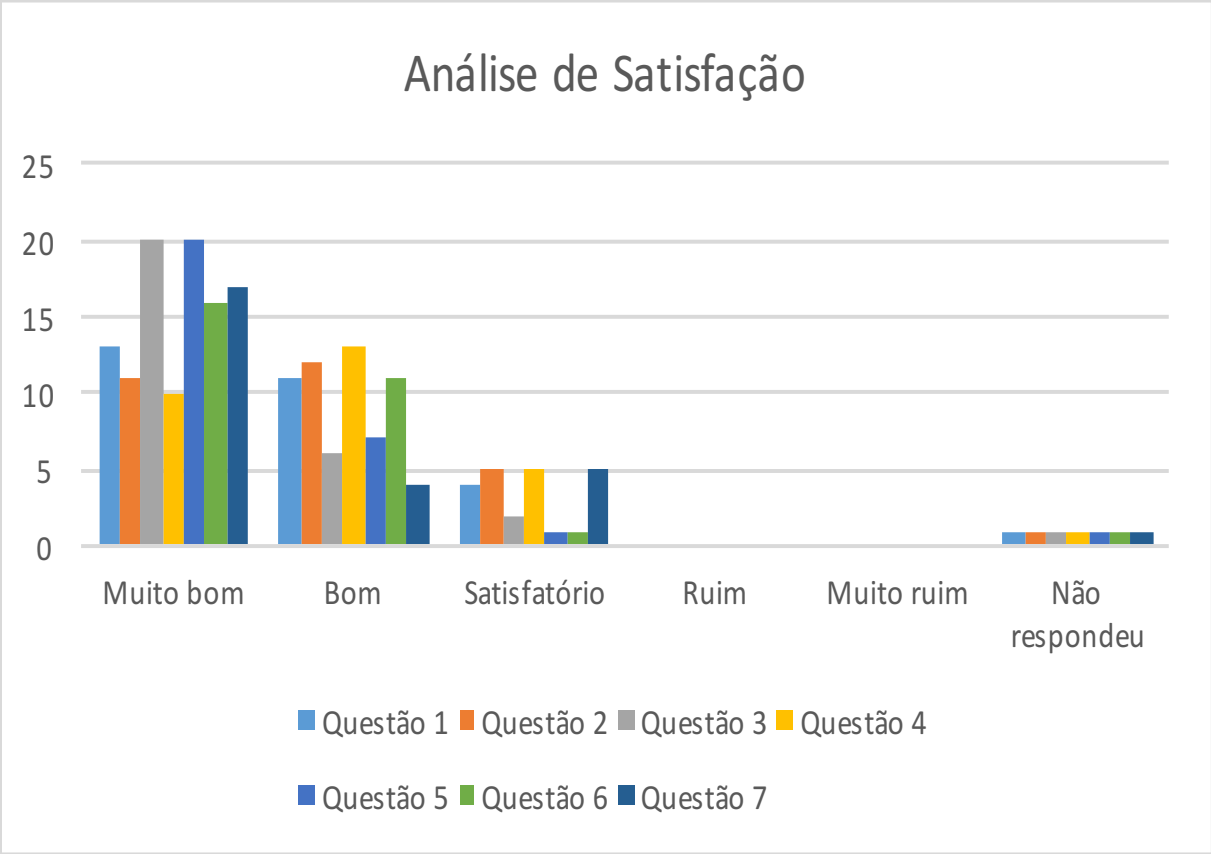
ANÁLISE DE SATISFAÇÃO			
PERGUNTAS	**RESPOSTAS**	**FREQUÊNCIA**	**%**
Como foi a disponibilidade do instrutor quanto a esclarecimento de dúvidas durante e depois da capacitação?	Muito bom	**20**	**69**
	Bom	**7**	**24,1**
	Satisfatório	**1**	**3,4**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**
Como foi a apresentação dos assuntos quanto à clareza e objetividade?	Muito bom	**16**	**55,2**
	Bom	**11**	**38**
	Satisfatório	**1**	**3,4**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**
De forma geral, como você classifica o programa de capacitação	Muito bom	**17**	**59**
	Bom	**6**	**21**
	Satisfatório	**5**	**17,2**
	Ruim	**-**	**-**
	Muito Ruim	**-**	**-**
	Não respondeu	**1**	**3,4**

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Pode-se verificar que, de forma geral, a capacitação foi avaliada positivamente, nenhum participante assinalou as opções “Ruim ou Muito Ruim” na referida pergunta e, mediante as considerações feitas pelos participantes espera-se aprimorar a capacitação para uma possível réplica em equipes diferentes e maiores.

Com vistas a uma melhor compreensão desses dados é apresentado a seguir, em forma de gráfico, o resultado obtido para sétima indagação desta etapa.

Gráfico 9 – Nível de satisfação geral sobre a capacitação



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

O primeiro ponto a ser tratado é concernente ao número efetivo de Agentes Comunitários de Saúde no município de Franca. Tal fato se mostra relevante ao identificar que apenas 7,17% da população francana está coberta por esse serviço de tamanha importância.

Na busca por motivos, não aparentes, foi realizado um breve levantamento sobre a implantação do programa no Estado de São Paulo que se percebe tardio comparado a outras regiões do país. O Programa Saúde da Família em São Paulo teve o seu efetivo começo no ano de 2001 e foram 180 equipes implementadas em seis anos (SOBRINHO; CAPUCCI, 2003).

Ao longo de uma década foram criadas cinco coordenadorias regionais de saúde, consolidando a municipalização da gestão da saúde (Lei n° 51 433, do 28/12/2006). A implantação tardia do programa poderia, então, ser uma justificativa plausível para o número reduzido de profissionais. Para aferir essa informação foi realizada uma nova busca de dados no site do Departamento de Atenção Básica.

A seleção dos municípios da Tabela 7 se deu mediante ao número de habitantes dos municípios e chegou-se aos seguintes resultados: nela pode-se verificar que não há uma distribuição igualitária quando se compara a quantidade de habitantes em cada município.

Tabela 8 - Agentes Comunitários de Saúde implantados em alguns municípios do Estado de São Paulo e a estimativa da população coberta, outubro de 2017

Visão geral da quantidade de ACS – Outubro de 2017			
		Agentes Comunitários de Saúde	
	População (n)	**Implantados (n)**	**População Estimada Coberta (%)**
Franca	344.704	43	7,17%
Itaquaquecetuba	356.774	125	20,15%
São Vicente	357.989	166	26,66%
Bauru	369.368	78	12,14%

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Adaptação dos pesquisadores.

Em seguida foi efetuada uma sondagem dos municípios (Tabela 8) de acordo com o contexto regional do Estado. Foi possível identificar, mais uma vez, que o município estudado possui um número de ACS abaixo do demais, até mesmo quando comparado a Ribeirão Preto cidade de maior porte, quando avaliada as proporções.

Tabela 9 - Agentes Comunitários de Saúde implantados em alguns municípios do interior do Estado de São Paulo e a estimativa da população coberta, outubro de 2017

Visão geral da quantidade de ACS – Outubro de 2017			
		Agentes Comunitários de Saúde	
	População (n)	Implantados (n)	População Estimada Coberta (%)
Batatais	61.040	61	57,46%
Barretos	119.948	76	36,43%
Franca	344.704	43	7,17%
Ribeirão Preto	674.405	219	18,67%

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Adaptação dos pesquisadores.

Estudos apontam que a responsabilidade dessas desproporções entre regiões e cidades, nas coberturas da população local, estão diretamente ligadas à diversidade dos processos organizacionais, da gestão de cada município. O que preocupa é que diversidade encontrada na implantação do programa Estratégia Saúde da Família e, consequentemente, na presença do ACS, pode gerar prejuízos na cobertura populacional, no acesso aos serviços prestados pelas unidades e até mesmo na resposta da população aos atendimentos (MALTA, 2016; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MEDINA; HARTZ, 2009; GIOVANELLA et al, 2009; VIANA et al, 2008).

O número de trabalhadores é um sinal de alerta. No entanto, a capacidade de alcance de sua atuação é imensurável, considerando que esta equipe, composta por 29 profissionais, realiza o atendimento de mais de 4.500 famílias.

Após esta explanação cabe ressaltar que o foco desta pesquisa é a capacitação continuada das equipes da ESF. Como não se têm muitas pesquisas disponíveis que tratam especificamente de cursos para ACS acerca do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, utilizou-se como um comparativo as pesquisas realizadas para amostras semelhantes, nas quais houve a realização de capacitação abrangendo temáticas gerais.

No estudo de Alvarenga et al. (2008) verificou-se a efetividade de um programa de capacitação presencial. A pesquisa foi realizada em dois municípios do Estado de São Paulo, Bauru, com 31 ACS, e Sorocaba, com a participação de 75 ACS. O curso ministrado teve a duração de oito horas, os participantes foram divididos em dois grupos e apenas deles recebeu o material impresso para acompanhar as atividades realizadas. O resultado configurou que em todos os módulos analisados houve um aumento no *score* no grupo (caso). Fato este que corrobora a realização de um curso presencial como foi proposto nesta atual pesquisa.

Na pesquisa de Araújo et al. (2015), realizada no município de Bauru, participaram do estudo 24 ACS, a capacitação, voltada para saúde auditiva infantil, foi realizada através de um

Cybertutor[8], ou seja, educação à distância. Os participantes responderam a um questionário de contendo 20 questões fechadas, imediatamente após o curso e 15 meses após. Os autores concluíram que o resultado da segunda medida foi significativamente inferior a primeira, testificando a ideia central do presente trabalho, de há a necessidade real de oferecer uma capacitação continuada a esses profissionais.

Cardoso et al. (2011) realizaram a sua pesquisa oferecendo uma oficina de capacitação para uma amostra de 22 ACS, a fim de instruí-los sobre o papel desses profissionais e de promover a autoestima no grupo. Os autores utilizaram a metodologia da problematização e aplicaram diversos exercícios pedagógicos. O resultado foi considerado positivo, de acordo com os pesquisadores, pois os agentes comunitários adquiriram novos conhecimentos, competências e sentiram-se mais valorizados.

Apesar da quantidade de participantes ser tida como pequena numericamente, no entanto, de acordo com as pesquisas acima relatadas e a grande maioria na área, a amostra obtida nesse trabalho (29 participantes) está dentro do esperado.

Quanto as características sociodemográficas, percebeu-se, por meio de outras pesquisas, inúmeras semelhanças entre elas. A começar pela pesquisa de Cardoso et al. (2012), que a maioria da amostra era feminina (64%). Ao encontro disso, na pesquisa de Lampert (2015), 95% eram mulheres. Em uma pesquisa realizada na Austrália, em 2011, com 1001 participantes dos quais 82,3% eram mulheres. Esse perfil possivelmente reflete uma média das características demográficas dos ACS do Brasil assim como os profissionais de saúde em outros países.

Quando se observa a investigação de Lampert (2015), identifica-se, também, o desenvolvimento e a aplicação uma capacitação para 20 ACS, em um município do Rio Grande do Sul. O curso estava focado na identificação precoce do Espectro Autista na Atenção Primária à Saúde. Como característica dessa amostra, cabe destacar: 75%, eram casados ou viviam em união estável; a média da idade dos participantes foi de 34 anos. Na pesquisa de Melo (2008), 66% da sua amostra tinham filhos.

Dados semelhantes também foram apresentados neste trabalho, como o fato de a maioria dos informantes ser do sexo feminino, ter filhos e viver em união estável.

No que diz respeito ao tempo de atuação com ACS, a pesquisa de Lampert (2015) identificou que 40% dos entrevistados se caracteriza por ter 1 mês ou menos de experiência. No presente trabalho, por outro lado, a média de anos trabalhados foi de 5 anos. Essa diferença pode ser justificada pelo tempo de implantação da estratégia no município, estudado pela

---

[8] "Uma ferramenta de tele-educação interativa baseada na web" (ARAÚJO, et al. 2015, p.447).

autora, hipótese pouco provável, devido às datas das implantações do programa em todo o país, ou devido à contratação recente por vias de concurso público. No entanto, não há nenhuma referência a esse assunto em sua pesquisa.

A não participação de cursos específicos pela maioria dos profissionais, também foi identificada na pesquisa de Lampert (2015). A autora informou que 100% de sua amostra nunca haviam participado de um curso ou de uma formação em Desenvolvimento Infantil ou sobre o Transtorno do Espectro Autista.

A fins de comparação relacionada ao nível de escolaridade da amostra, identificou-se que na pesquisa de Lampert (2015) 80% dos participantes informaram concluíram o Ensino Médio e na pesquisa de Alvarenga et al. (2008) um grupo era composto por 84%, e o outro de 85% de trabalhadores com o Ensino Médio Completo.

Durante a sondagem de outras pesquisas quanto idade dos participantes e tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família foi encontrada na obra de Alvarenga et al. (2008), para o grupo caso, realizado em Sorocaba, a média de idade entre os ACS foi de 32,3 anos e 45% desta amostra atuava há mais de 3 anos na ESF. Já para o grupo controle, realizado na cidade de Bauru, a média da idade dos participantes foi de 29 anos e 67,7% dos participantes atuava no programa por um período de 1 a 2 anos.

Dados também semelhantes foram descobertos na presente pesquisa, pois a média da idade dos participantes foi de 39 anos, sendo que, neste caso, 51,7% dos profissionais são casados, 58,6% têm filhos, e 51,7% informaram que possuem o Ensino Médio, encontrando-se este no seu nível mais elevado de escolarização.

Após essa análise comparativa pautada nas características sociodemográficas dos participantes são descritos, a seguir, os resultados obtidos em pesquisas nas quais houveram uma intervenção educativa e em seguida realizaram a sondagem do conhecimento retido.

No trabalho desenvolvido por Alvarenga et al. (2008) foi realizada uma capacitação para os ACS em duas cidades: Bauru e Sorocaba. Os participantes responderam a um questionário contendo 20 questões fechadas e foram divididos em dois grupos (um grupo recebeu material impresso e o outro não). Os resultados indicaram diferenças significativas entre eles. No entanto, em ambos os grupos houve a indicação de retenção do conteúdo aplicado.

Melo (2008) reaplicou o curso e o questionário adotado na pesquisa de Alvarenga et al. (2008). Enquanto um grupo participou do curso presencial (n=31), o outro assistiu por videoconferência (n=19). O primeiro grupo apresentou no questionário antes da capacitação uma média 61,8 pontos e 79,0 pontos de média após. O grupo que recebeu o curso por

videoconferência apresentou 69,5 pontos no primeiro momento e 76,6 pontos em seguida. Portanto, o grupo presencial apresentou um melhor resultado na assimilação do conteúdo.

Na pesquisa de Araújo (2012) o curso e o questionário da pesquisa citada anteriormente foram replicados, em outro munícipio, para uma comparação. Mais uma vez, os resultados indicaram que ocorreu retenção do conhecimento ministrado no curso consideravelmente significante nos dois grupos de sua amostra ($p<0,01$).

O resultado obtido na tese de Lampert (2015), no que diz respeito ao "Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre marcos do desenvolvimento típico", indicou uma diferença significativa sendo a média de acertos no pós-teste significativamente mais alta do que no pré-teste.

Os resultados deste estudo concordam com a revisão sistemática de literatura realizada por Castro & Zucki (2015). Neste caso, a capacitação era voltada para saúde auditiva infantil. Todos os trabalhos selecionados indicaram que a capacitação dos ACS, seja por a aula presencial, aulas a distância, com o uso de videoconferência, ou de CD-ROM foram consideradas positivas.

Como as respostas às questões 8 e 10 do questionário obtiveram uma média igual nos dois momentos de sua aplicação buscou-se descrever as possibilidades para este resultado. Ele pode indicar, além de outros fatores, que para assimilação do conteúdo específico proposto pelos itens 8 e 10, demanda-se um maior tempo para discussão e esclarecimentos necessários. Fortalecendo, desse modo, a premissa de capacitação continuada em saúde, assim como a educação permanente. Esta última proposta prima pela problematização e é "uma estratégia político-pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito" (SARRETA, 2009, p.173).

Desta maneira, em caso de replicação do curso, pode-se dar maior atenção às questões caracterizadas pelos menores valores, quando comparado as demais.

A presença do efeito teto, ou seja, frequência maior de respostas corretas dos participantes antes e após a capacitação foi identificado nas questões 1 e 4. Portanto, acredita-se que elas precisam ser reformuladas ou substituídas, a fim de que consigam captar sensivelmente a retenção de conhecimento.

Quando avaliados os dados a respeito da relação Escolaridade X Resultados se tem uma visão generalista da temática. Isso se dá em virtude da Lei nº11350/2006, que exige dos candidatos ao cargo de ACS o requisito mínimo de haverem concluído o ensino fundamental, para que possam exercer a atividade e, no caso da amostra não houve a participação de nenhum sujeito com nível escolar inferior ao ensino médio.

No entanto, independente do nível escolar desses trabalhadores, reforça-se o princípio da educação permanente em saúde, pois os ACS precisam de conhecimentos gerais e específicos sobre a ordem saúde-doença.

Dentre a profusão de saberes, competências e habilidades essenciais para execução do trabalho do ACS, destaca-se:

> Estrutura e funcionamento do corpo humano; Diferentes fases do ciclo vital; características e riscos; Reprodução humana: concepção, gravidez, parto e puerpério; Cartão da gestante: finalidade, leitura dos vários tipos e interpretação dos dados; Sinais de alerta na gravidez; Cuidados gerais na gravidez, parto e puerpério (DEGES, SGTES/MS, 2003, p.26).

É extremamente vasta a lista das áreas de conhecimento das quais se espera total domínio por parte desse profissional, no entanto, destacou-se uma parcela que apresenta uma maior aproximação com a pesquisa, e através dela pode-se entender a relevância desse profissional na prevenção e na identificação do TEAF.

A adoção do questionário de Avaliação de Satisfação permite entender que de toda e qualquer atividade desenvolvida é de extremo valor seus pareceres e sugestões, principalmente para adequações futuramente necessárias. Além de avaliar se essa iniciativa atendeu às necessidades de saúde da comunidade. Dessarte, cogitando as várias possíveis interferências influenciadoras de uma capacitação, "avaliar a sua efetividade é tão importante quanto à própria capacitação" (PILATI; BORGES-ANDRADE, 2004, apud LAMPERT, 2015, p. 19).

A segunda questão deste referido questionário tratava-se do tempo de duração do curso, e com base nas respostas encontradas, pode-se supor (pois eram questões fechadas) que a amostra tem interesse em capacitações contínuas, visando um maior aprofundamento na temática, segundo alguns relatos verbais. A quarta tratava do material didático, neste caso, especificamente os slides. A respeito disso, deve-se destacar que devido às condições do auditório, o público fica localizado a uma distância considerável da tela, dificultando, em alguns casos, o acompanhamento de alguns dados.

Se constata com esta pesquisa a viabilidade de uma dentre várias possibilidades de prevenção do TEAF que é a capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde, no caso, desta pesquisa trata-se de uma ação local e focal. Por isso, destaca-se um exemplo de ação generalizada desenvolvida no Canadá, pela Agência de Saúde Pública, que possui um modelo de prevenção em quatro partes, por entender a complexidade da prevenção do TEAF e que requer diferentes abordagens ao apoiar as mulheres, suas redes sociais e comunitárias maiores e seus filhos. Estes quatro níveis de prevenção são:

Prevenção de nível 1 - foco em amplos esforços de conscientização e promoção da saúde;

Prevenção de nível 2 - concentra-se na discussão sobre o consumo de álcool e os riscos relacionados com todas as mulheres em idade fértil;

Prevenção de nível 3 – visa o suporte especializado e holístico para mulheres grávidas, especificamente com uso indevido de álcool e outros desafios de saúde ou sociais;

Prevenção de Nível 4 - aumento do apoio pós-parto para novas mães e ajudando-as a manter ou iniciar mudanças em sua vida, bem como a apoiar o desenvolvimento de seus filhos (POOLE, 2008; COONS et al., 2017).

Os dados expostos neste trabalho, além de fornecer recursos educacionais, aos profissionais de saúde, sobre a prevenção da exposição pré-natal ao álcool e sobre o TEAF, também atestam o valor de sua atuação profissional. Assim, como a pesquisa Payne et al. (2011) realizada na Austrália, nossos resultados indicam que os profissionais de saúde aumentaram seus conhecimentos, mudarão suas atitudes e práticas sobre a SFA e que alterarão o conselho que dariam às mulheres grávidas sobre o consumo de álcool.

Limites encontrados na pesquisa:

O estudo não foi totalmente controlado;

O tamanho da amostra;

Não foi possível realizar a capacitação para toda equipe do programa ESF do município referenciado;

Não foi possível a adoção de grupo controle;

Quanto às avaliações é importante citar que o questionário de conhecimento foi reaplicado no segundo momento da intervenção educativa, sem qualquer modificação, e que este efeito não foi medido por não haver um grupo-controle;

Para uma compreensão mais aprofundada do assunto acredita-se ser necessário um maior tempo para ministração do curso;

Não foi realizado *follow-up* para que fosse possível a verificação da retenção de conhecimento em longo prazo.

6 CONCLUSÕES

Precedente as considerações finais, cabe elucidar que o intuito deste trabalho, não foi enunciar ou expressar um juízo de valor acerca da capacidade ou do conhecimento prévio dos ACS sobre o Transtorno do Espectro Fetal Alcoólico. Entretanto, o que se pretendeu foi avaliar a capacitação desenvolvida pelos pesquisadores. Ressalta-se, ainda, a potencialidade da amostra e o impacto social capaz de ser gerado por suas atividades na comunidade.

Para atender as inquietações das possíveis estratégias de ampliação do conhecimento da população em geral no que tange o TEAF, optou-se, por ter maior impacto social, pela capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Esse foi o ponto crucial para a identificação do objetivo desse estudo.

Para o desenvolvimento da intervenção educativa foi necessário acompanhar e realizar cursos na área, além de fazer um levantamento do referencial teórico que atendesse as necessidades de uma capacitação de qualidade, tendo como plano de fundo o conceito da educação permanente em saúde.

Quanto à ponderação da efetividade da capacitação teve-se o cuidado com a construção dos questionários a fim de elencar as principais questões a serem abordadas. Além da intencionalidade de propor questões fechadas e abertas, dando a oportunidade a cada profissional, de relatar através de suas próprias experiências o conteúdo proposto. Assim como a avaliação de satisfação, ao final da capacitação, tendo em vista que ela foi elaborada para eles e, que, fundamentalmente, os profissionais precisavam opinar e expor suas considerações.

Elencou-se evidências de que a capacitação atingiu o seu objetivo de propagação dos conhecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal e, consequentemente, isso repercutirá positiva e diretamente nas ações preventivas e à promoção da saúde.

O curso revelou-se exequível e de caráter abrangente por atender a profissionais com nível escolar distinto, demonstrando estar aptos para expansão do conhecimento, desde que ele seja oferecido. Pois, o diagnóstico e a intervenção precoce podem prevenir ou melhorar os efeitos adversos a longo prazo e as incapacidades secundárias em adolescentes e adultos (CHUDLEY, 2005; STREISSGUTH, A. P. et al., 2004; STREISSGUTH, 1997). Além disso, o diagnóstico da SFA e o relato aos sistemas de vigilância epidêmica permitem a identificação da estimativa de prevalência, que por sua vez, contribuem para o desenvolvimento e avaliação de políticas e estratégias de intervenção, prevenção, diagnóstico, gestão, educação e outros serviços para crianças, mulheres e famílias (ELLIOTT et al., 2008).

Salienta-se a necessidade de constante capacitação dos ACS, pois executam um papel determinante para o processo educativo da população. Pode-se finalizar reiterando que a capacitação desenvolvida é capaz de se tornar uma ferramenta de caráter público com o propósito de intensificar os esforços de prevenção ao Transtorno do Espectro Alcóolico Fetal, sendo que a produção de novas evidências permitirá a realização da capacitação em maiores proporções.

Por fim, há o reconhecimento de que este trabalho tem um caráter local e discreto, no entanto, destinou-se a fornecer conhecimento viabilizando a transformação da realidade a partir da possibilidade de mudança de visão e comportamento dos sujeitos da pesquisa.

Desta maneira, fundamentado nos resultados, as principais recomendações para as novas pesquisas nesse âmbito são:

1. Expandir o número da amostra considerando diferentes regiões do país, uma vez que é uma capacitação acessível em termos de tempo e de custo;

2. Elaborar novos instrumentais para avaliar o impacto da capacitação no ponto de vista de gestores e das famílias quanto à transferência de aprendizagem para a prática de trabalho dos ACS;

3. Avaliar a medida do *follow-up* para identificar se o nível de conhecimento dos ACS após a capacitação se sustentou;

4. Desenvolver material para consulta a ser utilizado na rotina de trabalho dos profissionais.

7 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. I. **Consumo de álcool na gestação e sua relação com o desenvolvimento cognitivo dos filhos na idade escolar**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Mental) -Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ALMEIDA, J. F. et al. Uso de álcool entre estudantes de escolas da rede pública de ensino. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 7, n. 2, p. 397-406, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10248/10859>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

ALVARENGA, K. F. et al. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 20, n. 3, p. 171-176, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n3/06.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

ARAÚJO, E. S. **Ensino a distância na capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil: análise da eficácia do CD-ROM**. 2012. Dissertação (Mestrado em Processos e Distúrbios da Comunicação) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.

ARAÚJO, E. S. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil: retenção da informação recebida. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 445-453, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n2/1982-0216-rcefac-17-02-00445.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

ASTLEY, S J. et al. Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. **The Journal of Pediatrics,** v. 141, n. 5, p. 712-717, 2002. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.602.9787&rep=rep1&type=pdf >. Acesso em: 10 de ago. 2017.

BAKARGI, G. M. L. Repercussões cognitivas e comportamentais pela exposição ao álcool durante a gestação. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2017.

BARR, H. M.; STREISSGUTH, A. P. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research,** vol. 25, n. 2, 2001.

BERNAL, R.; SILVA, N. N. **O uso do EXCEL para análises estatística**s. Curso de bioestatística. 2012. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/nilza/Apostila_curso_excel_V4.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017

BERTRAND, J. et al. **Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Disponível em: < https:// https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/fas_guidelines_accessible.pdf >. Acesso em: 5 de fev. 2016.

BERTRAND, J.; FLOYD, L. L.; WEBER, M. K. Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. **MMWR Recomm Rep**, v. 54, p. 1-14. 2005. Disponível em: < https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5411a1.htm>. Acesso em: 5 de fev. 2016.

BNDES. **O setor de bebidas no Brasil.** Biblioteca digital do BNDES, v. 40, p.93-130. 2014. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3462/1/BS%2040%20O%20setor%20de%20bebidas%20no%20Brasil_P.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Publicada no DOU nº 182, Seção I, pág. 18055. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. FUNDAÇÃO Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF, 20 set. 1991.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Publicada no DOU nº 247, Seção I, p. 11-33. Brasília, DF, 22 de dez. 1997. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20%20original%2018dez1997.doc>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Lei nº 11.350, 5 de out. 2006c. Regulamenta o par. 5° do art. 198 da constituição federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2° da emenda constitucional n° 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
Diário Oficial da União. Publicada no DOU, Seção I, p. 1, Brasília, DF, 6 de out. 2006. Disponível em: < https://www.jusbrasil.com.br/diarios/723718/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-10-2006>. Acesso em: 03 abr. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica**. Série pactos pela saúde. Ministério da Saúde, Brasília, v. 4, 2006a.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Séries pactos pela saúde. Ministério da saúde, Brasília, v. 9, 2006b.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 4. ed., 2007a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf >. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília, 2007b.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**. Publicada no D.O.U. nº 43, Seção I, p. 38-42. Brasília, DF, 04 mar. 2008. Disponível em:<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/485548/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-04-03-2008?ref=goto>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 48-55. Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/31709758/dou-secao-1-24-10-2011-pg 55?ref= previous_button>. Acesso em: 02 maio 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica n◦ 33. Brasília: Ministério da Saúde.2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 83. Brasília, DF, 11 maio 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/05/2016&jornal=1&pagina=83&totalArquivos=184>. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 10 jan. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação social,** Florianópolis, v.5 n. 1, p.16-21, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100004>. Acesso em: 02 nov. 2017.

BROWN, R. T. et al. Effects of prenatal alcohol exposure at school age. II. Attention and behavior. **Neurotoxicology and Teratology**, v.13, n.4, 1991.

BURD, L. et al. Fetal alcohol syndrome in the Canadian corrections system. **J FAS Int**. 2003. Disponível em: <http://www.motherisk.ca/JFAS_documents/FAS_Corrections_REV.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BURD, L. et al. Fetal alcohol syndrome in the United States corrections system. **Addict Biol.** 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15223545 >. Acesso em: 03 mar. 2016.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Delineamentos Experimentais e Quase-Experimentais de Pesquisa**. Tradução de Renato Alberto T. Di Dio. São Paulo: EPU – EDUSP. 1979.

CARDOSO, F. A. C. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.5. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500026>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CARVALHO, A. E. B. **Bebidas alcoólicas: estimativa de consumo e conhecimento do álcool como fator de risco gestacional em uma amostra de estudantes do sexo feminino do município de Penápolis-SP**. 2005. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2005.

CASARIN, T. **Competências socioemocionais**. After school. 2017. Disponível em: <https://www.afterschool.net.br/single-post/2017/8/18/competencias-socioemocionais>. Acesso em: 05 set. 2017.

CASTRO, T. T. O.; ZUCKI, F. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na saúde auditiva infantil: perspectivas atuais. **CoDas**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n6/2317-1782-codas-27-06-00616.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

CIDADES sedes de cada uma das 15 regiões administrativas do Estado de São Paulo. [Online]. Disponível em: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1403322>. Acesso em: 11 fev. 2018.

CHOKROBORTY-HOQUE, A.; ALBERRY, B.; SINGH, S. M. Exploring the complexity of intellectual disability in fetal alcohol spectrum disorders. **Front Pediatr.** 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143882/>. Acesso em: 09 fev. 2018.

CONSELHO Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

COONS, K. D. et al. Health care students' atitudes about alcohol consumption during pregnancy: responses to narrative Vignettes. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5692119/>. Acesso em: 10 fev. 2018.

CHUDLEY, A. E. et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian guidelines for diagnosis. **CMAJ**, v.172, 2005.

CHUDLEY, A. E. Fetal alcohol Spectrum Disorder: counting the invisible – mission impossible?. **Arch Dis Child September**, v. 93 n. 9, 2008.

CUNHA, S. C. **Capacitação dos agentes comunitários de saúde**: propostas do Ministério da Saúde na formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

D'ANTINO, E.F.; BRUNONI, D., SCHWARTZMAN, J.S. **Contribuições para inclusão escolar de alunos com necessidades especiais**: estudos interdisciplinares em educação e saúde no município de Barueri. São Paulo: Memnon, 2012.

ELLIOTT, E. et al. Fetal alcohol syndrome: a prospective national surveillance study. **Archives of Disease in Childhood**, v. 93, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17704098>. Acesso em: 10 out. 2016.

FABBRI, C. E; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev. de Saúde Pública**, v.41, n.6. São Paulo, 2007

FASD forever. **What is FASD?** Disponível em: <http://fasdforever.com/what-is-fasd/>. Acesso em: 20 set. 2017.

FAST, D. K; CONRY. J. The challenge of fetal alcohol syndrome in the criminal legal system. **Addict Biol**., v.9 n.2, p.161-167, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15223543>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FERREIRA, A. M. **SPSS – Manual de utilização**. Escola Superior Agrária de Castelo Branco, 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/gpat/wp-content/uploads/2012/05/Manual-de-Spss-pt.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FLOYD, R. L. et al. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. **Dev Disabil Res Rev**., v.15, n.3, p. 193-202, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19731392>. Acesso em: 03 abr. 2016.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet**., v.16, n.1. Rio de Janeiro, 2011.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas: a teoria na prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GARRIDO, M. V; AZEVEDO, C.; PALMA, T. Cognição social: Fundamentos, formulações actuais e perspectivas futuras. **Psicologia**, v.25. Lisboa, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet,**, v.14, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>. Acesso em: 09 fev. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. Organizadores. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A. G; ANTHONY, J. C; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

GUIA Mackenzie de trabalhos acadêmicos. Universidade Presbiteriana Mackenzie --São Paulo: Editora Mackenzie, 2015.

IBGE. **Estimativa da população 2016**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=0&idtema=130>. Acesso em: 12 jan. 2107.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2. ed. Brasília: IDEC, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus_plano_saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

INSTITUTE of medicine. **Fetal Alcohol Syndrome**: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. Institute of Medicine National Academy Press, Washington, 1996.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; GRIEP, R. H. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à estratégia Saúde da Família. **Escola Ana Nery de Enfermagem**, v.18, n.1, p.96-100. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100096&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2017.

JACOBSON, J. L. et al. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.22, n.2, p.345-396, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9581639>. Acesso em: 10 mar. 2017.

JONES, K. L.; SMITH, D. W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet,** v.302, n.7836, p. 999-1001, 1973. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(73)91092-1>. Acesso em: 10 mar. 2016.

JUNQUEIRA, M.A.B. **Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool**: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2010.

LIRA, S. A. **Análise de correlação**: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações. 2014. Dissertação (Mestrado em Métodos Numéricos em Engenharia dos Setores de Ciências Exatas e Tecnologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Rev. Saúde**

e Sociedade, v.21, n.4. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

KERNS, K. A., et al. Cognitive déficits in nonretarded adults with fetal alcohol syndrome. **Journal of Learning Disabilities**, v.30, n.6, p.685-778, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9364906>. Acesso em: 11 mar. 2017.

KODITUWAKKU, P. W. Defining the behavioral phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorders: a review. **Neurosci Biobehav Rev**., v. 31, n.2, p.92–201, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16930704>. Acesso em: 05 jun. 2016.

KODITUWAKKU, P. W. Neurocognitive Profile In Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders. **Dev. Disabil. Res. Rev**., v.15, n.3, p.218-224, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104937/>. Acesso em: 05 jun. 2016.

LAMPERT, S. S. **Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro autista na atenção básica em saúde.** 2016. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

LARANJEIRA R. et al. (Elab. Red. e Coord.)**I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília (DF): Secretaria Nacional Ante Drogas, 2007.

LARANJEIRA, R. (Org.). **O consumo de álcool no Brasil**: Tendências entre 2006 e 2012. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Unifesp, 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

LÉMOINE, P. et al. **Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées, a propos de 127 cas**. Ouest Med. 1968.

LIMA. C. S; ALMEIDA, M. A. Características da linguagem receptiva e expressiva de indivíduos deficientes mentais. In: Congresso Brasileiro Multidisciplinar de educação Especial, IV, 2012, Londrina. **Anais IV Congresso Brasileiro Multidisciplinar de educação Especial.** Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/congressos/uel2007/187.htm>. Acesso em: 05 out. 2017.

LOPES, L.F.D. **Apostila de estatística**. UFSM, 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/LIVROS/LIVROS/Luis%20Felipe%20Dias%20Lopes.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

LOWENTHAL, R. **Saúde mental na infância**: proposta de capacitação para Atenção Primária. São Paulo: Editora Mackenzie. 2013.

LUBBE, M.; WALBEEK, C. V.; VELLIOS, N. The prevalence of Fetal Alcohol Syndrome and its impacto n a Child'd classroom performance: a case study of a rural South African

School. **Int. J. Environ Res. Public Health**. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580600/>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MALAKHOVA, Z. L. Kliniko-patogeneticheskie osnovy fetalnogo alkogolnogo sindroma u detei rannego vozrasta. “Clinical and pathogenic basis of fetal alcohol syndrome in infants”. (Tese) Ekaterinburg, Russia: **Ural's State Medical Academy**, 2012.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MAY, P. A. et al. Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the Southwest. **Social Biology**, v. 30, n.4, p. 373-387, 1983.

MAY, P. A.; GOSSAGE, J. P. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: a summary. **Alcohol Res. Health**, v.25, n.3, p.159-226, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11810953>. Acesso em: 04 fev. 2016.

MAY, P. A. et al. The epidemiology of fetal alcohol syndrome and partial FAS in a South African community. **Drug Alcohol Depend**, v.88, p.259-330, 2007.

MAY, P. A. et al. Prevalence of Children with Severe Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Communities Near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. **Int. J. Environ Res. Public Health**, v.8, n.6, p. 2331- 2382, 2011.

MAY, P. A. et al. Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 134, n. 5, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349310>. Acesso em: 07 dez. 2017.

MAY, P. A. et al. The continuum of fetal alcohol spectrum disorders in a community in South Africa: Prevalence and characteristics in a fifth sample. **Drug Alcohol Depend**. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27736681>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MAY, P. et al. Replication of high fetal alcohol spectrum disorders prevalence rates, child characteristics, and maternal risk factors in a second sample of rural communities in South Africa. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28498341>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MATTSON, S. N.; RILEY, E. P. Brain anomalies in fetal alcohol syndrome. In: ABEL, E.L. (Ed.) **Fetal Alcohol Syndrome**: from mechanism to prevention. Boca Raton, FL: CRC Press. 1996.

MATTSON, S. N.; RILEY, E. P. A review of the neurobehavioral déficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v.22, n.2, p.279-733, 1998.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z. M. A. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. **Cad Saude Publ**, v. 25, n. 5, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2017.

MELO, T.M. **Educação a distância na Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na área de saúde auditiva infantil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru, 2008

MENA, M. et al. Relation of paternal alcohol ingestion with offspring intellectual coefficient. **Revista Medica de Chile**. 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8235175>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MESQUITA, M. A; SEGRE, C. A. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.19, n.19, p.63-77, 2009.

MESQUITA, M. A. Efeitos do álcool no recém-nascido. **Einstein**, v.8, n.3, p.368-443, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n3/pt_1679-4508-eins-8-3-0368.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p.695-703, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 maio 2017.

MORETTI-PIRES, R. O., et al. Family health nurse in the Amazon: concepts and mangement of themes regarding alcohol use. **Revista Escola de Enfermagem**, v.45, n.4. Universidades de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400019>. Acesso em: 03 mar. 2017.

NAYAK, R. B.; MURTHY, P. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. **Indian Pediatrics**, v.45, 2008. Disponível em: <http://medind.nic.in/ibv/t08/i12/ibvt08i12p977.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NUNO, A. Atenção básica em saúde: um desafio para o Brasil. **In: 3º Encontro Internacional de Pesquisadores em Esporte, Saúde, Psicologia e Bem-Esta**r [on-line]. Montes Claros, 2016. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/11638138/>. Acesso em: 03 ago. 2017.

OLIVEIRA, A. C. **Síndrome alcoólica fetal: conhecimento dos profissionais da área da saúde que trabalham na comunidade de Paraisópolis na cidade de São Paulo.** 2006. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, S. N.; SILVA, S. H. G.; LUNARDELO, S. R. O programa de saúde da família como alternativa de mudança: um relato do município de Franca (SP). **Investigação**, v. 8, n 1-3, p. 115-120, 2008.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (PHAC). Alcohol use and pregnancy: An important Canadian public health and social issue. **Ottawa, ON: PHAC**, 2005. Disponível em: <http://www.addictionresearchchair.ca/wp-content/uploads/Alcohol-Use-and-Pregnancy-An-Important-Canadian-Health-and-Social-Issue.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2018.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. **SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 8.ª ed. Lisboa: Sílabo, 2013. 256p.

POPOVA, S. et al. Fetal alcohol spectrum disorder prevalence estimates in correctional systems: a systematic literature review. **Canadian Public Health Association**, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032097>. Acesso em: 11 jul.2016.

POOLE, N. A. Fetal alcohol spectrum disorder (FASD) prevention: Canadian perspectives. Ottawa: **Public Health Agency of Canada**, 2008. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/fasd-etcaf/publications/cp-pc/pdf/cp-pc-eng.pdf>. Acesso em 10 fev. 2018.

ROBERTS, G.; NANSON, J. Best practices. Fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy. Ottawa, ON: **Canada's Drug Strategy Division**, Health Canada, 2000. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-156-1-2001E.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2018.

RODRIGUES, A. L. **Bebidas alcoólicas: estimativa do consumo e o conhecimento como fator de risco gestacional em uma amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino da cidade de São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2004.

SAMPIERI, R. H.; FERNÁNDEZ-COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. 4a edición. México: McGraw-Hill, 2006. Disponível em: <https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SANCHES, C. P.; BRUNONI, D. **Intercorrências perinatais em indivíduos com transtornos invasivos do desenvolvimento**: uma revisão. CCBS, v.10, n.1. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_3.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

SANTOS, F. S. dos. **Diagnóstico da exposição fetal ao álcool através de biomarcadores em mecônio**. 2016. Tese (Doutorado em Toxicologia) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. doi:10.11606/T.60.2016.tde-20052016-100333. Acesso em: 09 fev. 2018.

SANTOS, K. T., et al. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Colet**. 2011.

SANTOS, F. S.; FURTADO, E. F. **Diagnóstico da exposição fetal ao álcool através de biomarcadores em mecônio**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. Cultura Acadêmica**. São Paulo, 2009.

SILVA, V. A. et al. Alcohol consumption during pregnancy and newborn outcome: a study in Brasil. **Neurobehav Toxicol Teratol**, v.3, n.2, p. 169-241, 1981.

SILVA, C. J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde**. 2005. Tese (Doutorado em Psiquiatria e psicologia médica) – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

SILVA, L. C. et al. Impact of a provider training program on the treatment of children with autism spectrum disorder at psychosocial care units in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017005021101&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. Biblioteca Básica de Serviço Social. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SEGRE, C. A. M. (Coord.) **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.spsp.org.br/downloads/alcool.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

SOBRINHO, E. J. M. A.; CAPUCCI, P. F. Saúde em São Paulo.: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estudos Avançados, v. 17, n. 48, 2003. São Paulo, **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, 2003, p. 209-227. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200018>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SOUZA, S. C; BRUNONI, D.; SCHWARTZMAN, J. S. Perfil de mulheres atendidas em um centro de atenção psicossial de álcool e drogas no município de Barueri, SP. 2010. In: Maria

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.; BORNSTEIN, V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. Atenção Primária à Saúde (APS)**, v.12, n.4, p.487-497. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/615/273>. Acesso em: 01 nov. 2017.

STREISSGUTH, A. P. et al. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. JAMA, v. 265, n.15, 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2008025>. Acesso em: 02 out. 2016.

STREISSGUTH, A. P. **Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities**. Baltimore, MD: Paul H Brookes, 1997.

STREISSGUTH, A. P. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Jo**urnal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 25, 2004.

TAIT, C. L. et al. **Fetal alcohol syndrome among aboriginal people in Canada: review and analysis of the intergenerational links to residential schools**. The aboriginal healing

foundation. Canadá. 2003. Disponível em: <http://www.ahf.ca/downloads/fetal-alcohol-syndrome.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016

TANAKA, O. Y; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.477-486, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2>. Acesso em: 01 fev. 2017.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência da dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Púbica**, v.25, n.8, p. 1711-1720, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2016.

VELOSO, L.U.P; MONTEIRO, C.F.S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescents grávidas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.21. Ribeirão Preto, 2013.

VIANA, A. L. A. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad Saude Publ**, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/13.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

WIILLIANS, J.F. et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. American Academy of Pediatrics, **Pediatrics**, v. 136, n.5, 2015. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2015/10/13/peds.2015-3113.full.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

WORLD Health Organization - WHO**. Global status report on alcoho**l. Geneva (SW): World Health Organization. 2004. Disponível em: < http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>. Acesso em: 15 jan. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SUJEITO DE PESQUISA

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa "**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM CURSO PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS TRANTORNOS DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL"** que será realizado em sua UBS. Este projeto tem como objetivo desenvolver e avaliar uma capacitação breve sobre o Transtorno
do Espectro Alcoólico Fetal. Os dados para o estudo serão coletados através do preenchimento de uma ficha de identificação, e questionários de conhecimento e satisfação do curso. Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo Pesquisador Responsável e tantos os instrumentos de coleta quanto o contato interpessoal não oferecem riscos aos participantes.

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

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** – Rua da Consolação, 896 – Ed, João Calvino – 4º andar sala 400. Desde já agradecemos a sua colaboração.

O CEP/UPM "é um Colegiado interdisciplinar, com múnus público, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos".

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

Nome do Sujeito de Pesquisa: _____
Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

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

Franca, _____ de _____ de 2017.

_____
Giselle Morais Lima Bakargi
E-mail: gisellebakargi@hotmail.com
Tel.: (16) 98158-2446
Universidade Presbiteriana Mackenzie

_____
Prof. Dr. Décio Brunoni
E-mail: deciobrunoni@gmail.com
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INSTITUIÇÃO

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa "**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM CURSO PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS TRANTORNOS DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL"** que será realizado em sua UBS. Este projeto tem como objetivo desenvolver e avaliar uma capacitação breve sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. Os dados para o estudo serão coletados através do preenchimento de uma ficha de identificação, e questionários de conhecimento e satisfação do curso. Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo Pesquisador Responsável e tantos os instrumentos de coleta quanto o contato interpessoal não oferecem riscos aos participantes.

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

Caso a Instituição tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** -Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino – 4o andar sala 400.

O CEP/UPM "é um Colegiado interdisciplinar, com múnus público, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos".

Assim, considerando-se o exposto, solicitamos o consentimento desta Instituição para o contato com os Sujeitos de Pesquisa. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação da Instituição e dos Sujeitos de Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos terão o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.
Nome do Representante Legal da Instituição: _____
Assinatura do Representante Legal da Instituição: _____

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

Franca, _____ de _____ de 20_____.

_____ _____

Giselle Morais Lima Bakargi
E-mail: gisellebakargi@hotmail.com
Tel.: (16) 98158-2446
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Décio Brunoni
E-mail: deciobrunoni@gmail.com
Tel.: (11)3285-2603
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Apêndice C - Ficha de dados sociodemográficos

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Estuda atualmente? ( ) não ( ) sim Qual curso? _____

Estado civil: _____

Tem filhos? ( ) não ( ) sim Quantos? _____

Há quanto tempo atua como profissional do programa Estratégia Saúde da Família? _____

Possui outra fonte de renda? _____

Quantas famílias estão sob sua responsabilidade como profissional da ESF? _____

Apêndice D - Questionário acerca do conhecimento sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. (ANTES e APÓS O CURSO)

01. Durante a gravidez a bebida alcoólica pode afetar o feto?
   a) Sim
   b) Não
   c) depende da dose
   d) depende da bebida

02. Qual a quantidade de bebida que poderia afetar o feto, durante a gravidez?
   a) Até 1 copo
   b) 2 copos até 1 garrafa
   c) Mais de 2 garrafas
   d) Não há

03. Segundo os princípios da teratologia é considerado seguro um dos períodos gestacionais para o feto ser exposto ao álcool ingerido pela mãe
   a) Até a implantação
   b) Da implantação até a sexta semana
   c) Após o término da embriogênese
   d) No último trimestre

04. Existe dose segura de consumo de álcool durante a gravidez?
   a) Não existe
   b) Existe desde que a grávida beba socialmente
   c) Não há problema se o consumo for eventual
   d) Não há problema se for bebida de baixa graduação, como o vinho por exemplo

05. Toda mulher que beber durante a gravidez terá um filho com Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal?
   a) Sim
   b) Não
   c) Sim se a mulher for muito sensível ao álcool
   d) Sim desde que o consumo seja um porre

06. Qual a frequência de nascimentos de crianças com alguma das manifestações do TEAF?
   a) A Síndrome Fetal pelo Álcool é muito rara (mais ou menos 1 caso a cada 5 mil nascimentos)
   b) Os defeitos congênitos relacionados ao consumo são frequentes (mais ou menos 1 caso a cada 100 nascimentos)
   c) O abortamento espontâneo é a manifestação mais frequente da exposição ao álcool na gestação
   d) Considerando todas as manifestações do espectro a prevalência pode chegar a 1 caso em cada 500 nascimentos

07. A exposição ao álcool na gestação pode manifestar-se na criança e adolescente como
   a) Dificuldade na aprendizagem
   b) Deficiência intelectual
   c) Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade
   d) Todos os acima

08. Estudos neuropsicológicos revelam em crianças e adolescentes com exposição ao álcool na gestação podem manifestar

a) Déficit nas funções executivas
b) Déficit no uso pragmático da linguagem
c) Delírios e alucinações

Pergunta-se:

a) todas estão corretas
b) "b" e "c" estão corretas
c) "a" e "c" estão corretas
d) "a" e "b" estão corretas

09. Os efeitos negativos do álcool nos fetos são mais frequentes em qual dos seguintes órgãos?

a) Coração
b) Rim
c) Cérebro
d) Olho

10. Adolescentes com o Espectro Alcoólico Fetal têm maior chance de manifestar

a) Ideação suicida
b) Depressão
c) Problemas emocionais
d) Todos os acima

11 O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal são passíveis de prevenção? Em caso afirmativo, como se pode preveni-los?

_____
_____
_____

12 Qual o papel dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na prevenção do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal?

_____
_____
_____

13 Que outros profissionais de saúde poderiam contribuir na prevenção dos TEAF?

_____
_____
_____

14 Você é capaz de identificar uma criança com a Síndrome Fetal Alcoólica?
( ) Sim Como? _____
( ) Não

15 Você já prestou algum atendimento à famílias com crianças diagnosticadas com Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal ou Síndrome Fetal Alcoólica?( ) Sim Qual? _____ ( ) Não

Apêndice E: Capacitação desenvolvida pelos autores

Universidade Presbiteriana Mackenzie
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Distúrbios do Desenvolvimento

O TRANSTORNO DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI
ORIENTADOR:DÉCIO BRUNONI

E-MAIL: gisellebakargi@hotmail.com

OBJETIVOS

- Identificar os riscos do uso de álcool para a saúde da gestante;
- Compreender os sinais da Síndrome Fetal Alcoólica e os efeitos do álcool em crianças expostas ao álcool durante a gestação;
- Discernir os problemas de desenvolvimento nas crianças resultantes do uso do álcool por parte das mães;
- Conhecer instrumentos de rastreamento para uso de álcool

CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL

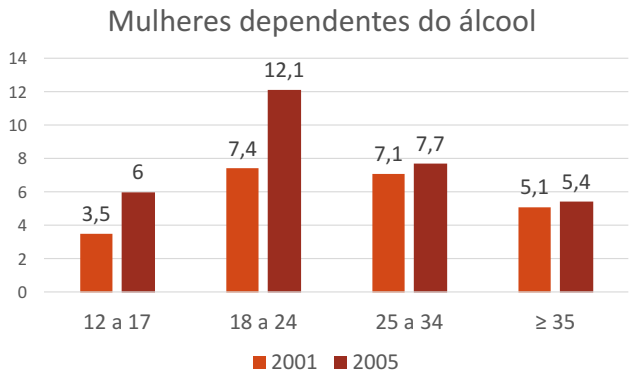
CONSUMIDORES	DEPENDENTES
Homens – 83,5%	Homens – 19,5%
Mulheres – 68,3%	Mulheres – 6,9%

Fonte: II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

Ocorrência no último ano de pelo menos três das características abaixo

ABUSO	DEPENDÊNCIA
Prejuízos no trabalho ou sociais; Beber em ocasiões em que o álcool oferece riscos ou danos a saúde; Beber apesar de possíveis implicações legais; Beber apesar de já ter passado por problemas sociais causados pelo álcool.	Dificuldade em controlar o uso; Apresenta algum sintoma de abstinência; Tolerância; Abandono de prazeres ou interesses, substitui atividades profissionais e sociais pelo álcool; Persistência no uso de álcool, apesar das consequências

Prevalência da dependência do álcool no Brasil



7.939 participantes da pesquisa

Fonte: II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005, p.41.

Alta prevalência do consumo de álcool em mulheres em idade reprodutiva → Gravidez não planejada 65% (Prietsch, 2011) → Consumo de álcool na gestação

PREVALÊNCIA ENTRE GESTANTES NO BRASIL

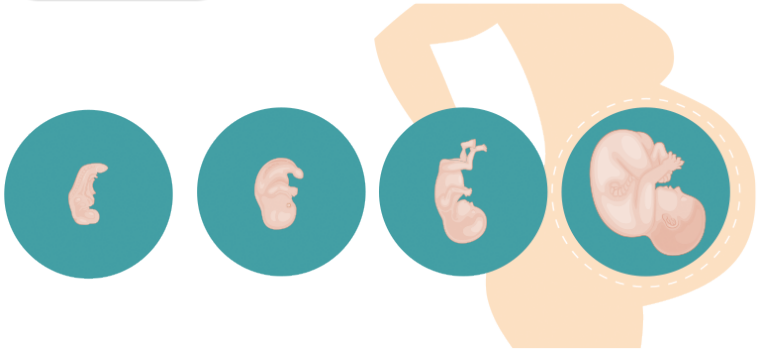
Cidade	Resultados	Autores
Rio de Janeiro	21,6%	MORAES & REICHENHEIM, 2007
São Paulo	31,3%	MESQUISTA & SEGRE, 2009
Ribeirão Preto	22,1% 31,35%	FABBRI, FURTADO, LAPREGA, 2007 SANTOS, FURTADO, 2016

Instrumento o T-ACE Fonte: HealthyWA

ÁLCOOL E GESTANTE

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

- Álcool atravessa a barreira placentária
- Metabolismo e eliminação são mais lentos nos fetos
- Álcool fica em grande concentração no líquido amniótico
- Etanol induz formação de radicais livres que danificam proteínas e lipídios

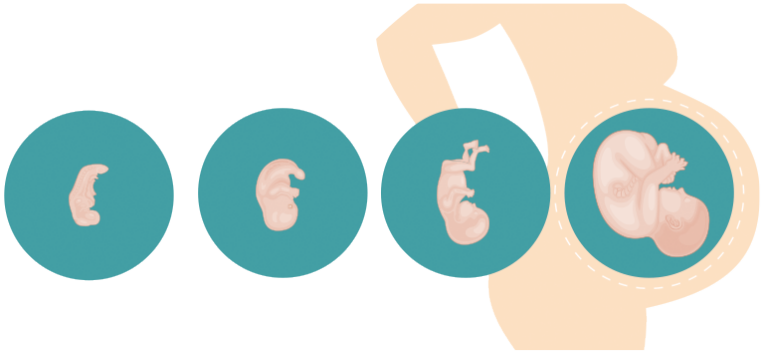


Fonte: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Apoptose e prejuízo da organogênese

Inibe síntese de ácido retinóico, prejudicando desenvolvimento fetal

Atuação sobre fatores de crescimento celular



Fonte: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

ÁLCOOL E A GESTANTE

Parto prematuro

Descolamento de placenta

Aumento das cólicas, queimação e azia

Sintomas de depressão e ansiedade

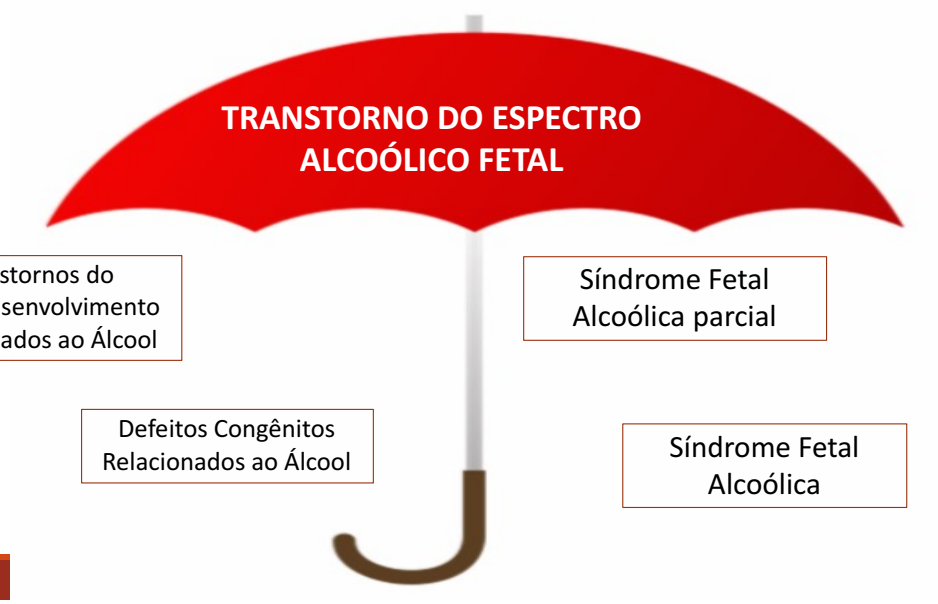
Eclampsia

Aborto

EFEITOS DA EXPOSIÇÃO FETAL AO ÁLCOOL

Transtornos do espectro alcoólico fetal

Defeitos congênitos relacionados ao álcool – alterações físicas, malformações cardíacas, ósseas, renais, auditivas e visuais.



Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal

Século XVIII na Inglaterra durante a "epidemia do gim" Lemoine et al. (1968) publicaram estudo sobre 127 crianças nascidas de mães alcoólatras e descreveram as várias alterações presentes.

Jones & Smith (1973) reconheceram o mesmo padrão clínico e propuseram a denominação de "síndrome fetal alcoólica" (SFA).

EPIDEMIOLOGIA

PAÍS	PREVALÊNCIA DE SFA/1000 NASCIDOS VIVOS
Estados Unidos	10,0
Africa do Sul	68 – 89,2
Rússia	141,0
Canadá	0,5
Itália	120,0

Fonte: NAYAK;MURTHY, 2008, p.977.

EPIDEMIOLOGIA

Estimativa média mundial - 1,9:1 000 nascidos vivos

SFA SERIA A CAUSA MAIS COMUM DE RETARDO MENTAL DE ORIGEM NÃO GENÉTICA.

ÁLCOOL E A GESTANTE

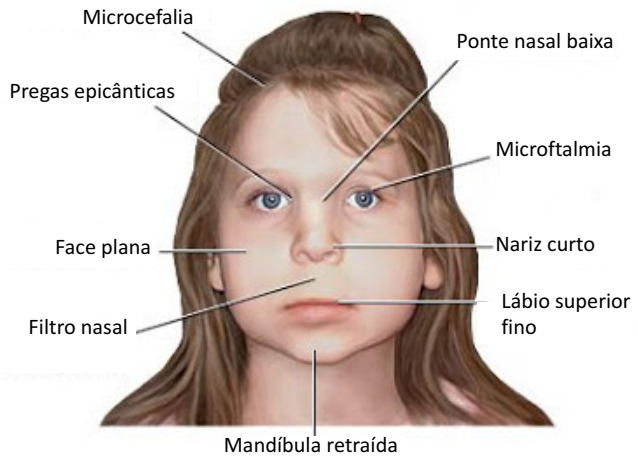
O uso de álcool no término da gravidez está associado a menos complicações relacionadas ao álcool para a mãe e seu bebê. Especificamente, o consumo de álcool no primeiro trimestre (frente ao consumo não alcoólico) produz 12 vezes a chance de dar à luz uma criança com TEAF, o consumo no primeiro e segundo trimestre aumenta as probabilidades de TEAF 61 vezes, e beber em todos os trimestres aumenta as chances de FASD 65 vezes. MAY et al, 2013

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- Anormalidades faciais características;
- Retardo no crescimento (pré e/ou pósnatal);
- Baixo peso e estatura ao nascer;
- Baixo índice de massa corporal para a idade;
- Disfunções do sistema nervoso central (SNC);
- Deficiência cognitiva e de aprendizagem;
- Alterações comportamentais.

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA

Fonte: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

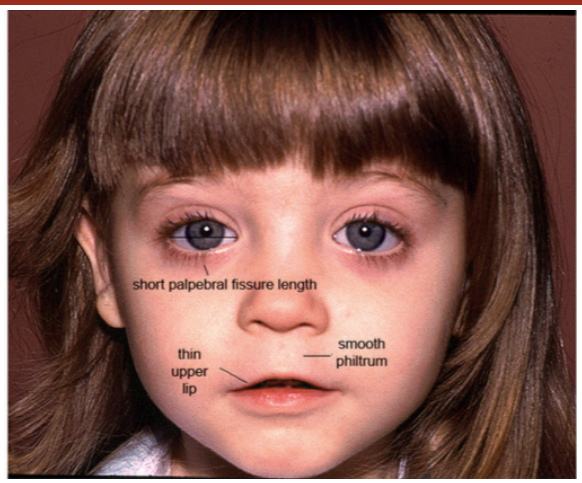


CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA

Fonte: Fonte: WIILLIANS, J.F. et al., 2015, p. 1396.



Criança apresentando as 3 características faciais de diagnóstico do FAS:
(1) comprimentos de fissura palpebral curtos, (2) filtrado suave (4 ou 5 no Guia Lip-Philtrum) e (3) lábio superior fino (4 ou 5 graus no o Guia Lip-Philtrum).
ASTLEY, S. et al. Universidade de Washington. 2002

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA

Fonte: WIILLIANS, S. et al., 2015, p.1399.

O Guia Lip-Philtrum usado para classificar do lábio superior e a suavidade do philtrum. Este guia está disponível no fasdpn.org como uma imagem digital gratuita para uso em smartphones.

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA

Fonte: WIILLIANS, S. et al., 2015, p.1340.

O Guia Lip-Philtrum usado para classificar do lábio superior e a suavidade do philtrum. Este guia está disponível no fasdpn.org como uma imagem digital gratuita para uso em smartphones.

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA

Fonte: WIILLIANS, S. et al., 2015, p.1401.

Jovem que apresenta as 3 características faciais da SFA aos 2 anos de idade e 20 anos de idade. Legenda escrita por Susan Astley, PhD. 2015, Susan Astley PhD, Universidade de Washington.

Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal

A exposição ao álcool durante a gestação está associada a uma maior incidência de transtorno de deficit de atenção / hiperatividade (TDAH) e dificuldades de aprendizagem específicas, como dificuldades de matemática.

Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal

O perfil neurocognitivo associado aos TEAF resulta de deficits no funcionamento visual-espacial e executivo, incluindo controle de impulsos prejudicados, habilidades de memória e resolução de problemas, mas também dificuldades com raciocínio abstrato, compreensão auditiva e uso pragmático da linguagem.

Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal

A disfunção executiva associada é evidente como o processamento lento da informação e integração, e crianças com FASD mostram deficits no planejamento cognitivo, formação de conceitos, mudança de posição, fluência verbal e não verbal, habilidades de interação social e relacionamentos de pares.

POSSÍVEIS PROBLEMAS FUTUROS

- 55% Confinamento em instituições para doentes mentais, prisões ou clinicas de reabilitação
- 60% Problemas com a lei
- 82% Não conseguem viver de forma independente
- 82% Problemas com o emprego

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

COMO IDENTIFICAR UMA POPULAÇÃO DE RISCO?

POSSÍVEIS INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO

AUDIT e T-ACE

São perguntas rápidas que avaliam o modo de beber e a presença de problemas relacionados ao uso de álcool e sintomas de dependência.

INSTRUÇÕES DO AUDIT

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

Fonte: PAI-PAD

Teste de Rastreamento de Consumo de Álcool durante a gravidez – T- ACE

01. Qual a quantidade de bebida alcoólica que você precisa beber para se sentir "alegre " ou descontraída? ( ) 1 dose ( ) 2 doses ( ) 3 doses

02. Nos momentos em que você está consumindo bebidas, alguém lhe chama a atenção por você estar "bebendo um pouco a mais?" ( ) Sim ( ) Não

03. Você acha que deve diminuir a quantidade de consumo de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não

04. Ao acordar pela manhã, você costuma beber algo para se sentir bem ou para melhorar o mal-estar por ter consumido bebida alcoólica em excesso? ( ) Sim ( ) Não

Fonte: DrugAbuse

Referências

ASTLEY, S. J. et al. Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. The Journal of Pediatrics. 2002.

CARLINI, E.A. (Supervisão) **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país , 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, São Paulo. 2006.

FABBRI, C.E; FURTADO, E.F.; LAPREGA, M.R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. Rev. de Saúde Pública, 2007

FAST, D.K; CONRY. J. The challenge of fetal alcohol syndrome in the criminal legal system. **Addict Biol**. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15223543>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FELDMAN, H.S. et al. Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: a prospective study. **Alcohol Clin Exp Res**. 2012. Disponível em: <https://experts.illinois.edu/en/publications/prenatal-alcohol-exposure-patterns-and-alcohol-related-birth-defe>. Acesso em: 02 abr. 2016.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, AG; ANTHONY JC; SILVEIRA CM. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

Referências

LARANJEIRA, R. (Org.). **O consumo de álcool no Brasil**: Tendências entre 2006 e 2012. II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Unifesp, 2013.

LÉMOINE, P. et al. **Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées, a propos de 127 cas**. Ouest Med. 1968.

MAY, PA, et al. Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. Drug Alcohol Depend. 2013.

MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, 2007.

MESQUITA, M.A; SEGRE, C.A. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**. 2009.

NAYAK, R.B.;MURTHY, P. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Indian Pediatrics, v.45, 2008. Disponível em: <http://medind.nic.in/ibv/t08/i12/ibvt08i12p977.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

PRIETSCH, S.O.M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, v. 27, n.10, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000004>. Acesso em: 02 fev. 2017.

Referências

SANCHES, C.P.; BRUNONI, D. **Intercorrências perinatais em indivíduos com transtornos invasivos do desenvolvimento**: uma revisão. CCBS, v.10, n.1. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_3.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

SANTOS, F.S.; FURTADO, E.F. Diagnóstico da exposição fetal ao álcool através de biomarcadores em mecônio. 2016.. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SEGRE, C.A.M, et al. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SOUZA, S. C; BRUNONI, D.; SCHWARTZMAN, J. S. Perfil de mulheres atendidas em um centro de atenção psicossial de álcool e drogas no município de Barueri, SP. 2010. In: Maria D'ANTINO, E.F.; BRUNONI, D., SCHWARTZMAN, J.S. **Contribuições para inclusão escolar de alunos com necessidades especiais**: estudos interdisciplinares em educação e saúde no município de Barueri. São Paulo: Memnon, 2012.

WIILLIANS, J.F. et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. November, 2015.

ANEXO

Anexo A – Questionário para avaliação da Satisfação quanto a capacitação (Aplicação após a capacitação)

1. **Os assuntos abordados na capacitação estavam de acordo com seus interesses e necessidades?** ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

2. O programa atingiu suas expectativas? ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

Em quais aspectos?

---

3. O programa deixou de abordar algum assunto (s) que você considera importante?

( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

Explique:

---

4. Você se sente motivado a aplicar em sua prática diária os conhecimentos que adquiriu?

( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

Explique:

---

5. Você acredita que irá enfrentar alguma dificuldade para aplicar na prática os conhecimentos adquiridos na Capacitação?

( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

Explique:

---

6. Você acredita que o conhecimento adquirido na capacitação vai lhe deixar mais seguro quanto a orientação das mulheres alcoolistas que estejam em idade fértil, gestantes e com filhos?

( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

Explique:

Continua

Continuação

Anexo A – Questionário para avaliação da Satisfação quanto a capacitação (Aplicação após a capacitação)

7. Assinale com um X a opção que mais representa a sua opinião quanto ao curso:

	Muito bom	**Bom**	**Satisfatório**	**Ruim**	**Muito Ruim**
Como você avalia a apresentação dos objetivos da capacitação?					
Como você avalia a carga horária oferecida na capacitação?					
Como você avalia o nível de conhecimento do instrutor de forma geral?					
Como você avalia a qualidade do material didático (uso do quadro, multimídia, recursos)?					
Como foi a disponibilidade do instrutor quanto a esclarecimento de dúvidas durante e depois das aulas?					
Como foi a apresentação dos assuntos quanto à clareza e objetividade?					
De forma geral, como você classifica o programa de capacitação em identificação precoce do Transtorno do espectro alcoólico fetal?					