

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a) o texto completo desta Dissertação será disponibilizado somente a partir de 26/05/2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS – CAMPUS BAURU

Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Drielle Sauer Paparella

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA RESIDÊNCIA EM PEDIATRIA

BAURU-SP

2022

DRIELLE SAUER PAPARELLA

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA RESIDÊNCIA EM PEDIATRIA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – linha de pesquisa Aprendizagem e Ensino, sob orientação da Profa. Dra. Lúcia Pereira Leite.

BAURU-SP

2022

Paparella, Drielle Sauer.

O Transtorno do Espectro Autista na
Residência em Pediatria /

Drielle Sauer Paparella. -- Bauru, 2022

155 p.

Orientadora: Lúcia Pereira Leite

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Formação.
3. Residência médica. 4. Pediatria. I. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de DRIELLE SAUER PAPARELLA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 26 dias do mês de maio do ano de 2022, às 14:00 horas, no(a) Google Meet, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE Mestrado de DRIELLE SAUER PAPARELLA, intitulada **O Transtorno do Espectro Autista na residência em pediatria**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UNESP Faculdade de Ciências Campus de Bauru, Profa. Dra. CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA (Participação Virtual) do(a) Programa de Pós- Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento / Universidade Presbiteriana Mackenzie, Profa. Dra. JOELMA GONÇALVES MARTIN (Participação Virtual) do(a) Departamento de Pediatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ADRIANA ARAÚJO PEREIRA BORGES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Administração Escolar / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: **aprovado** . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE

A minha mãe, Josefina (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Lúcia Pereira Leite, pelo acolhimento, incentivo, ensinamentos e pela promoção de minha autonomia nesse processo. Agradeço exemplo e inspiração de mulher pesquisadora.

Agradeço às professoras da minha banca de defesa, Dra. Cristiane Silvestre de Paula, Dra. Adriana Araújo Pereira Borges e Dra. Joelma Gonçalves Martin pelo cuidado, atenção e ricas contribuições nesse processo tão importante de minha trajetória. Agradeço a Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba pelas trocas e contribuições na banca do exame de qualificação.

Agradeço os colegas de turma e professores do Programa da Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem que contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

Agradeço a instituição do estado de São Paulo, de modo específico a chefe do departamento de pediatria e aos supervisores do programa de residência médica em pediatria pelo interesse e incentivo a realização dessa pesquisa e aos residentes de pediatria que participaram e contribuíram com esse trabalho de pesquisa.

Agradeço aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Deficiência e Inclusão (GEPDI) que contribuíram desde o início na elaboração do projeto. Agradeço o acolhimento, disponibilidade e as trocas. Agradeço em especial ao José Tadeu Acuna que esteve me auxiliando ao longo de todo o processo, me acolhendo e ajudando. Agradeço à Ariane Vieira de Souza, companheira de mestrado, pelas trocas e por contribuir para que a pesquisa não se tornasse um percurso tão solitário.

Agradeço ao meu pai, por sempre me incentivar desde pequena para a leitura, os estudos e a construção de minha trajetória educacional e profissional.

Agradeço ao meu noivo, Jairon, pela compreensão, carinho, suporte e paciência diante das muitas horas dedicadas a elaboração dessa pesquisa e a falta de tempo para nossa convivência. Agradeço por ser presente e sempre incentivar meu crescimento.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

PAPARELLA, D.S. **O Transtorno do Espectro Autista na residência em pediatria.** 2022. 155f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2022.

RESUMO

Diante do aumento da prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e do conhecimento de suas características específicas, torna-se crescente o atendimento de crianças com TEA nas unidades de saúde. Nesse sentido, surge a necessidade de reflexão sobre a formação dos residentes em pediatria referente ao TEA, uma vez que esses profissionais são, muitas vezes, os primeiros a assistirem essas crianças. O campo de estudo dos processos de ensino e aprendizagem é, portanto, relevante, visto que tal conhecimento é imprescindível para a instrumentalização dos residentes, para que estes estejam preparados para lidar, compreender e intervir de forma adequada. Esse estudo objetiva analisar a formação de residentes de pediatria sobre o TEA. Especificamente, objetiva-se: a) levantar as disciplinas que trabalham conteúdos curriculares que abordem o TEA e o desenvolvimento infantil; b) verificar o conhecimento dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA; c) identificar qual é o papel do médico pediatra no atendimento às crianças com TEA; d) averiguar o quão se sentem preparados para atenderem esses pacientes. Para tanto, propõem-se um estudo descritivo-analítico, constando de pesquisa documental e de levantamento de campo. Este último será realizado por intermédio de questionário e entrevistas com médicos residentes da pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo, a respeito de seus conhecimentos e percepções sobre a formação e a preparação para atender pacientes com TEA. Os resultados do estudo 1 mostraram que não há disciplina específica sobre o TEA e o conteúdo sobre o desenvolvimento infantil no documento do Programa de Residência Médica é apresentado de forma superficial e vago, não permitindo uma compreensão conclusiva dos conteúdos curriculares sobre essas temáticas. No estudo 2, pode-se identificar que os residentes em pediatria possuem conhecimentos teóricos sobre os marcos do desenvolvimento infantil e sinais de alerta para o TEA e têm atitudes e práticas esperadas no dia a dia de trabalho. Os residentes em pediatras se sentem seguros em realizar investigações do desenvolvimento infantil e em mostrar e explicar aos familiares as fases do desenvolvimento e os sinais de alerta para o TEA. Além disso, os residentes entendem seu papel na atenção primária e apresentam um olhar cuidadoso e uma prática adaptada para com pacientes com TEA. Porém, relatam sentir falta de aprendizagens práticas, principalmente de uma instrumentalização para a vigilância de atrasos no desenvolvimento infantil e na triagem do TEA. Diante dos resultados encontrados, espera-

se que a presente pesquisa possa contribuir para a mobilização dos programas de residência médica em pediatria para enfatizarem as aprendizagens práticas, promovendo a articulação entre a teoria e a prática. Por fim, espera-se sensibilizar sobre a importância da identificação precoce de sinais de atraso do desenvolvimento e da triagem do TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Residência médica; Formação; Pediatria.

PAPARELLA, D.S. **Autism Spectrum Disorder in pediatric residency**. 2022. 155f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2022.

ABSTRACT

Considering the increase in the prevalence of Autistic Spectrum Disorder (ASD), a growing demand of children with ASD is perceived in health units. In this regard, there is a need to address the training of residents in pediatrics regarding ASD, since these professionals will often be the first to assist these children. The processes of teaching and learning is, therefore, relevant, as such knowledge is essential for the instrumentalization of residents, so that they are prepared to deal with, understand and intervene with these patients. This study aims to analyze the training of pediatric residents on ASD. Specifically, the objectives are a) to raise the subjects on the curricular contents that address ASD and development; b) verify the knowledge of pediatric residents about the developmental milestones and signs of ASD; c) identify the role of pediatrician in caring for children with ASD; d) investigate how they feel prepared to assist this clientele. Consequently, a descriptive-analytical study is proposed, consisting of documental research and field research. The field research will be carried out through a questionnaire and interviews with pediatric residents at a public university of the State of São Paulo. The results of study 1 showed that there is no subject on ASD and the content on child development in the Medical Residency Program document is presented in a superficial way, not allowing a conclusive understanding of the curricular contents on this topic. The study 2 identified that pediatric residents have theoretical knowledge about child development milestones and warning signs for ASD and have expected attitudes and practices in their daily work. Pediatric residents feel safe in carrying out investigations of development, also in showing and explaining to family members the stages of development and warning signs for ASD. In addition, residents understand their role in primary care and present a careful care and an adapted practice. However, they report a lack of practical learning, especially instrumentation for monitoring delays in child development and screening for ASD. Considering this, the present research expects to contribute to the mobilization of medical residency programs in pediatrics to emphasize practical learning, promoting the articulation between theory and practice. Finally, we hope to raise awareness about the importance of early identification of signs of developmental delay and screening for ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Medical residency; Training; Pediatrics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Marcos do Desenvolvimento dos 6 meses a 1 ano e meio.....30

Estudo 1

Tabela 1 - Radicais e palavras utilizados para busca.....49

Tabela 2 - Unidades de análise a partir de trechos do documento do Programa de Residência Médica em Pediatria.....50

Tabela 3 - Ocorrência do radical DESENVOLV nas diferentes áreas do programa de pediatria.....54

Estudo 2

Tabela 1- Distribuição dos itens em função das áreas.....77

Tabela 2 - Nível de conhecimento sobre os marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA.....84

Tabela 3 - Indicadores das atitudes e das práticas dos residentes em relação a criança com sinais de alerta para TEA.....89

Tabela 4 - Indicadores e núcleos de significação.....93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMA	Associação de Amigos do Autista
APA	American Psychological Association
APAPE	Associação de Pais e Amigos das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CEI	Centros de Educação Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
CSE	Centro de Saúde Escola
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HC	Hospital das Clínicas
IES	Instituição de Ensino Superior
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
R1, R2, R3	Residente do primeiro, segundo e terceiro ano
PED	Pediátrico
RN	Recém-nascido
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
OS	Pronto-Socorro
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria

SIPE	Sistema de Informação de Pesquisa e Experimentação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	18
1.2 Interfaces entre a Pediatria e o TEA	24
1.3 Residência Médica em Pediatria	33
1.4 Referencial teórico da Psicologia Histórico-Cultural.....	37
1.5 Justificativa	41
1.6 Objetivos.....	42
1.6.1 Objetivo Geral	42
1.6.2 Objetivos específicos	42
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
2.1 Delineamento da pesquisa.....	43
2.2 Aspectos éticos.....	44
2.3 Cenário	45
ESTUDO 1 – O Ensino de conteúdos sobre do Transtorno do Espectro Autista na Residência Médica em Pediatria	46
1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	46
1.1 Delineamento.....	46
1.2 Amostragem	47
1.3 Procedimentos de coleta de dados	49
1.4 Procedimentos de análise dos dados	50
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS ESTUDO 1.....	71

ESTUDO 2 – Percepções, conhecimento e práticas dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA	78
1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	78
1.1 Etapa 1 – Conhecimentos e práticas sobre os marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA	78
1.1.1 Delineamento	78
1.1.2 Amostra	78
1.1.3 Coleta de dados.....	79
1.1.4 Procedimentos de análise.....	80
1.2 Etapa 2 – Percepções dos residentes de pediatria sobre o processo de formação acerca do TEA	81
1.2.1 Delineamento	81
1.2.2 Amostra	81
1.2.3 Coleta de dados.....	82
1.2.4 Procedimentos de análise.....	83
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
2.1 Etapa 1 - Conhecimento, atitudes e práticas dos residentes do terceiro ano em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais do Transtorno do Espectro Autista	86
2.2 Etapa 2 – Análise dos núcleos de significação	94
2.2.1 Núcleo 1: O processo de formação do residente acerca do TEA: apropriações e significados	96
2.2.2 Núcleo 2: Implicações da formação na residência médica: constituição da prática clínica pediátrica.....	106
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS ESTUDO 2	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS	123
REFERÊNCIAS GERAIS	125

ANEXOS.....	141
ANEXO A – Documento de autorização do Departamento de Pediatria.....	141
ANEXO B – Documento de Anuência Institucional.....	142
ANEXO C – Questionário dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre indicadores de desenvolvimento infantil e sinais de alerta de TEA (RANALLI, 2017).....	143
APÊNDICES	150
APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)	150
APÊNDICE B – Roteiro norteador da entrevista semiestruturada.....	152
APÊNDICE C – Indicadores e pré-indicadores.....	153

APRESENTAÇÃO

O primeiro contato que tive com a temática do TEA foi durante a minha graduação. Eu me formei em Psicologia pela Université de Montréal no Canadá, em 2016, e foi a partir de leituras das referências de algumas disciplinas que eu comecei a conhecer sobre o transtorno. Durante minha graduação trabalhei em um organismo chamado “Corporation l’Espoir” que oferece serviços para as pessoas com deficiência intelectual e/ou TEA e seus familiares. Entre outras coisas, essa experiência me incentivou a conhecer mais sobre o TEA e a deficiência intelectual e a querer estudar e pesquisar dentro dessa área. Na sequência, realizei uma especialização em Deficiência Intelectual na Université du Québec à Montréal em 2017.

A elaboração do trabalho *O Transtorno do Espectro Autista (TEA) na política pública brasileira: uma revisão de literatura*, suscitou o interesse de prosseguir com a exploração da temática na área da saúde e da educação. Esse meu trabalho foi apresentado no fechamento do curso de especialização, em 2019, como requisito para a obtenção do título de especialista em Humanidades e Humanização no Campo da Saúde da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Medicina de Botucatu.

Na ocasião foram investigados os desafios do TEA em torno das políticas públicas em saúde, a partir de reflexões de bases teóricas filosóficas e sociológicas para favorecer um entendimento interdisciplinar mais aprofundado sobre o tema e os diferentes conceitos e valores presentes em nossa sociedade que, de um certo modo, estão ligados ao tema e o influenciam. Especificamente, o objetivo foi de verificar as definições e conceitos de TEA, identificar a legislação referente às pessoas com TEA, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Os resultados desse trabalho demonstraram a escassez na literatura científica sobre esta temática, indicando que faltam dados específicos sobre o TEA no Brasil, em particular sobre a prevalência, o que gera um impacto na elaboração de políticas públicas, programas e serviços. Foi possível constatar que a inclusão do TEA na agenda das políticas públicas nacionais se deu tardiamente. Referente ao campo da saúde, verificou-se que os serviços oferecidos às pessoas com TEA são serviços-ilhas, ou seja, eles não estão integrados, o que acarreta a falta de acompanhamento e de assistência integral. Além disso, observou-se lacunas referentes à inclusão do TEA na PNH e a necessidade de aprofundar a efetivação de suas diretrizes. Referente à diretriz de acolhimento, pode-se questionar se os serviços de saúde estão preparados e devidamente instrumentalizados para receber e atender pessoas com TEA.

Pautado nas considerações expostas, o presente estudo se insere na temática em torno do TEA, porém com foco diferente, a saber, na área da educação e da psicologia, particularmente investigando os processos de ensino e aprendizagem. A ênfase do trabalho é a formação de profissionais de saúde, especificamente dos residentes em pediatria acerca do TEA, suas características e particularidades. Ademais, objetiva-se investigar os conhecimentos e a formação sobre o TEA na residência médica, com o intuito de olhar para o impacto, a relação entre estes ao orientar as ações e as práticas em saúde.

É oportuno pontuar que o presente trabalho não pretende generalizar seus resultados para todos os programas de residência médica de pediatria no país, porém o que visamos é identificar e compreender, em uma faculdade bastante reconhecida nacionalmente, como se dá a formação do pediatra referente ao TEA. Nesse sentido, considerando o aumento exponencial da prevalência do transtorno e a presença dessas pessoas nos serviços de saúde, é imprescindível pensarmos, questionarmos e analisar a preparação dos pediatras para o cuidado às crianças com TEA. Enfim, essa preocupação é indispensável e nos leva a refletir e mostrar a importância da formação para a prática pediátrica de qualidade e humanizada na assistência a tais crianças.

Finalmente, é importante pontuar que o lugar de fala desse trabalho está inserido na área da psicologia, dentro do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Dessa maneira, o estudo buscará trazer contribuições da psicologia e propor aproximações referente ao tema, uma vez que entende que essa área do saber contribui para a análise de processos de ensino e aprendizagem.

Um outro ponto importante a ser ressaltado é que esse trabalho é marcado pela minha entrada e participação no grupo de estudos e pesquisa GEPDI (Grupo de Estudo e Pesquisa em Deficiência e Inclusão), coordenado por minha orientadora. É certo que as leituras dos textos teóricos e as trocas vivenciadas nos encontros do grupo marcaram minha trajetória pessoal e acadêmica na pós-graduação, principalmente no que diz respeito ao referencial teórico e metodológico do presente trabalho, que se apoia na psicologia histórico-cultural.

À luz da psicologia histórico-cultural, do pensamento de Vigotski e seus contemporâneos (Leontiev e Davydov) e das contribuições de pesquisadores atuais que se inserem nessa abordagem, houve uma mudança em minha visão sobre o ser humano, sua constituição e desenvolvimento. Um ponto inicial é a compreensão da importância de se considerar as circunstâncias históricas e culturais, além das experiências e vivências singulares para o desenvolvimento, a construção de conhecimento e formação dos sujeitos.

Além disso, ao se debruçar sobre o conhecimento e a formação dos residentes de pediatria teve como consideração que a formação na residência, enquanto curso de pós-

graduação, é uma atividade de estudo e, portanto, conduz a transformação do residente e contribui para o desenvolvimento do pensamento e dos conhecimentos teóricos, por meio da aquisição e da apropriação de conceitos científicos.

Nesse sentido, esse trabalho propõe tecer, tendo como base teórico-metodológico da psicologia histórico-cultural, diálogos que nos permitam construir uma compreensão do fenômeno estudado e da relação entre o conhecimento teórico e a prática. Abrantes e Martins (2007, p. 321), abordam a importância da educação e da formação para o desenvolvimento do pensamento ao dizerem que

Os indivíduos necessitam de uma educação formal que possibilite a apropriação de conceitos de modo que se tornem instrumentos do pensamento na relação com a realidade, que dê ciência de seu movimento; do movimento dos próprios conceitos e do pensamento na busca de compreensão do real.

Juntamente a isso, compreendemos que os conhecimentos implicam nas concepções que se constroem e que, por sua vez irão nortear as atitudes, as ações e as práticas.

Atrelado a essas pontuações e aos objetivos propostos foi sendo construída essa pesquisa que foi organizada e apresentada em dois estudos. Em um primeiro momento, iniciamos com uma introdução geral abordam quatro tópicos: a temática do TEA, a pediatria e a puericultura, a residência médica em pediatria e o referencial teórico utilizado nessa pesquisa, a saber, a Psicologia Histórico-Cultural. No final da introdução são apresentados a justificativa e os objetivos. Na sequência, foi realizada a descrição do percurso metodológico geral da pesquisa, detalhando as suas etapas.

Posteriormente, a partir dos objetivos e dos dados coletados, foram realizados recortes que permitiram a elaboração de dois estudos distintos e complementares. No Estudo 1: “Ensino na Residência Médica em Pediatria sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA)” foi realizada a pesquisa documental do Programa de Residência Médica de Pediatria, buscando verificar os conteúdos que abordam o TEA na formação dos pediatras.

Seguido pelo Estudo 2: “Percepções, conhecimento e práticas dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA”, que foi constituído por duas etapas. A primeira etapa teve como objetivo avaliar os conhecimentos e práticas dos residentes sobre os marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA, por meio da aplicação de um questionário on-line. A segunda etapa, buscou, a partir da análise de entrevistas semiestruturadas não-presenciais, elucidar sobre a formação na residência médica em pediatria e a preparação dos residentes em pediatria relacionadas a esses pacientes.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O interesse pela temática do TEA tem ocupado diferentes espaços em nossa sociedade. Além de uma maior visibilidade nas mídias, o TEA tem sido objeto de estudo em diferentes áreas do conhecimento, permitindo uma interface de diálogos entre elas, como a educação, as políticas públicas, a psicologia, a medicina e diversas outras do campo da saúde que interagem diretamente com esse grupo. Aliás, é oportuno pontuar que o TEA é considerado um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais prevalentes na infância (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Tendo o TEA como temática central dessa pesquisa, se faz necessário introduzir algumas definições e informações sobre esse transtorno. Em 2013, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) passou a utilizar a nomenclatura de Transtorno do Espectro Autista (TEA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2013). O TEA se insere na categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento por ser uma condição que ocorre no período do desenvolvimento infantil, ou seja, que se manifestam bem cedo, em geral, no período pré-escolar (APA, 2013).

Os critérios para o diagnóstico do TEA, apresentados pelo DSM-5, se configuram em deficits na comunicação e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento e a presença dos sintomas no período do desenvolvimento, que geralmente tem início antes dos 3 anos. No entanto, os sintomas “podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida” (APA, 2013, p. 50).

O TEA apresenta uma expressão heterogênea considerando a diversidade de manifestações clínicas e é caracterizado por prejuízos no funcionamento adaptativo. As pessoas com TEA têm características e necessidades singulares à sua condição, sendo, assim, necessária a adoção de medidas teórico-operacionais para o atendimento das demandas específicas.

As características do TEA podem diferenciar em suas expressões e manifestações, como no brincar, geralmente repetitivo e não funcional. Referente aos deficits na comunicação e na interação social, estes podem estar presentes no desenvolver, manter e compreender as interações sociais, com alterações na comunicação verbal e não-verbal. A fala, em alguns casos, é preservada, em outros casos, ela pode ser ausente ou se manifestar pela ecolalia. Já no desenvolvimento motor, pode-se observar a presença de repetições de movimentos

involuntários e sem função aparente, por exemplo, os rituais e maneirismos (BOSA, 2001). Outros exemplos ilustrativos e não exaustivos da expressão do transtorno estão no comportamento de alinhar brinquedos ou girar objetos; forte apego ou preocupação com objetos incomuns; interesses excessivamente circunscritos; a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, como a indiferença aparente a dor ou a temperatura; reação contrária aos sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar coisas de forma excessiva e fascinação visual por luzes ou movimentos (APA, 2013).

A partir da presença dessas características é elaborada uma classificação de severidade. Os níveis estão relacionados com a necessidade de apoio, que pode variar de acordo com o contexto, o indivíduo ou oscilar com o tempo, tendo no nível 1: necessidade de apoio, no nível 2: necessidade de apoio substancial e no nível 3: necessidade de apoio muito substancial (APA, 2013).

O termo espectro foi introduzido para sinalizar a heterogeneidade, visto que existem variações nas características e manifestações do transtorno que podem estar ligadas ao grau de gravidade, ao nível de desenvolvimento e a idade cronológica. Netrval (2014, p. 8) indica que “múltiplas etiologias e a manifestação podem ser observadas em graus variáveis de severidade, apesar de haver características comuns”. Essas variações podem ser referentes ao quadro clínico pessoal, ao nível de adaptação e ao nível de dependência na vida cotidiana (SÃO PAULO, 2013). Saliente-se que o TEA é uma condição persistente e muitas vezes limitante, o que indica a necessidade de assistência e tratamento especializados (BRASIL, 2012; NETRVAL, 2014).

Estudos internacionais e nacionais relatam que a prevalência do TEA vem aumentando nas últimas três décadas, entretanto, no Brasil existem poucos estudos e raros dados epidemiológicos (WING; POTTER, 2002; SCHECHTER; GREYER, 2008; OZAND *et al.*, 2013; PAULA *et al.*, 2011; NETRVAL, 2014; MCCARTY; FRYE, 2020). Segundo o DSM-5, estima-se que a prevalência do TEA, nos Estados Unidos e em outros países, está por volta de 1% da população total (APA, 2013). Dados mais recentes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2020) indicam uma prevalência estimada de uma em cada 54 crianças. A partir de pesquisas epidemiológicas mundiais recentes sobre o TEA, realizadas em 37 países, a prevalência média desse transtorno é de 0,97% em 26 países de alta renda (FOMBONNE; MACFARLANE; SALEM, 2021). Em um informativo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS),

atualizado em 2017, é apresentada a prevalência do transtorno de uma em cada 160 crianças em todo mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Vale pontuar que quando se fala do aumento da prevalência, ainda não está claro se as porcentagens mais altas refletem a expansão dos critérios diagnósticos, a ampliação do conceito, uma maior conscientização, um maior conhecimento dos pais e dos profissionais, o desenvolvimento de serviços especializados em TEA, as diferenças na metodologia dos estudos ou o aumento real na frequência do transtorno (APA, 2013; FOMBONNE, 2020).

Quanto a etiologia do transtorno, ela permanece desconhecida, porém chegou-se ao entendimento que é explicada por uma origem multicausal, tendo um forte componente genético, combinado com fatores neurobiológicos e fatores ambientais (ANAGNOSTOU *et al.*, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA [SBP], 2019, p.3).

Como não há marcador biológico ou testes laboratoriais que o caracterizam, o diagnóstico do TEA é clínico, baseado nos critérios do DSM-5 e elaborado por uma equipe transdisciplinar. A avaliação diagnóstica é realizada através da combinação de informações de diversas fontes, como os profissionais da educação, a anamnese completa realizada com os pais e/ou os cuidadores, a observação clínica dos comportamentos da criança, o histórico do desenvolvimento nos primeiros anos de vida e os resultados das avaliações feitas por meio dos instrumentos de diagnóstico (MONTENEGRO; CELERI; CASELLA, 2018).

Antes do estabelecimento do diagnóstico, faz-se necessário a realização de avaliações clínicas, por profissionais da área médica, pediatras ou os neurologistas e/ou os psiquiatras, para que se descarte ou confirme condições que possam interferir no diagnóstico diferencial e, igualmente, identificar comorbidades, ou seja, quadros associados que afetam o tratamento e prognóstico. Ademais, essas avaliações são fundamentais para evitar diagnósticos equivocados (BRASIL, 2015; SBP, 2019).

Nesse sentido, o TEA deve ser diferenciado de deficiências sensoriais, como a surdez, da deficiência intelectual (DI), dos transtornos de linguagem, do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), dos transtornos de ansiedade, do transtorno do apego reativo (TAR), do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), do transtorno de apego reativo e do mutismo seletivo, entre outros (SBP, 2019). Os quadros clínicos de transtorno de linguagem e de DI podem gerar confusão com o TEA devido ao impacto na socialização. Além disso, um dos fatores que pode gerar confusão entre TEA e o TOC são os padrões repetitivos do comportamento. Já no que se refere ao transtorno de apego reativo, pode ser por conta de a criança mostrar respostas sociais inapropriadas (RAVIOLA *et al.*, 2016).

No que diz respeito as comorbidades, as manifestações clínicas mais frequentes relacionadas ao TEA são os transtornos de ansiedade, os transtornos de separação, o TOC, o TDAH, a DI, as doenças genéticas, como Síndrome do X-Frágil, os transtornos gastrointestinais, as alterações alimentares, os distúrbios neurológicos, como a epilepsia e os distúrbios do sono (SBP, 2019).

É oportuno apontar duas realidades relacionadas ao diagnóstico de TEA. Estudos apontam uma trajetória longa até o diagnóstico ser estabelecido, e, em muitos casos, a criança recebe outros diagnósticos antes de receber o diagnóstico definitivo de TEA. Acresce que a maioria dos casos de TEA, no Brasil, não é diagnosticada e, conseqüentemente, deixa de receber tratamento especializado (PAULA *et al.*, 2012; SAMPEDRO-TOBÓN *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015).

A importância dessa temática e dos esforços relacionados ao TEA se tornou mais imperativa depois da promulgação do Decreto n.º 8.368, de 2 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, também conhecida como Lei Berenice Piana, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autista. Nos seus dispositivos legais, o decreto assegura, à pessoa com TEA, o acesso às ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral de suas necessidades de saúde, que inclui o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo, o atendimento multiprofissional, medicamentos e informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento (BRASIL, 2014). É oportuno dizer que, para todos os efeitos legais, o indivíduo com TEA passa a ser considerado no país como pessoa com deficiência.

Diante do exposto, é pertinente abordar o Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios que regem a Atenção Básica, na medida que a detecção precoce do TEA é considerada um dever do Estado. Reforça-se que o enfoque do SUS é a prevenção, a promoção e a proteção à saúde. As diretrizes do SUS enfatizam a relevância da prevenção e de intervenções para crianças em situações de risco e de vulnerabilidade que tenham dificuldades relacionadas ao desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015).

Estudos indicam que o TEA surge nos primeiros anos de vida, no entanto, o transtorno não se manifesta clinicamente até um ou dois anos (SBP, 2019; MCDONALD; JESTE, 2021). Todavia, o diagnóstico acaba ocorrendo tardiamente no Brasil, em média, aos 4 ou 5 anos e a maioria dos diagnósticos acontece após o período pré-escolar (DUMONT-MATHIEU; FEIN, 2005). Com efeito, a literatura científica vem enfatizando a pertinência da vigilância do desenvolvimento nos primeiros meses e nos primeiros anos de vida, uma vez que possibilitam

a identificação de sinais de alerta para o TEA (KOEGL *et al.*, 2014; ROGERS; VISMARA, 2014).

O diagnóstico precoce é fundamental, visto que possibilita a estimulação e a intervenção precoce, que contribuem para a melhora do quadro clínico de TEA, a redução dos agravos e das dificuldades próprias do TEA, além da promoção de ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento cognitivo, social e emocional. A longo prazo, contribui para o funcionamento adaptativo, favorecendo, assim, a qualidade de vida dessas pessoas (HOWLIN; MAGIATI; CHARMAN, 2009; SBP, 2019; OMS, 2021; REZENDE *et al.*, 2020; ZANON *et al.*, 2014; HANSEN *et al.*, 2016; HARDY *et al.*, 2015; IVANOV *et al.*, 2021). A Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP] (2019, p. 3) pontua que “retardar a estimulação significa perder o período ótimo de estimular a aquisição de cada habilidade da criança”, considerando que a primeira infância é um período de máxima plasticidade cerebral, favorecendo e otimizando as aprendizagens e o desenvolvimento infantil.

Diante da heterogeneidade dos sintomas do TEA e da complexidade da identificação, existem vários instrumentos e escalas para avaliação, que foram traduzidos, adaptados e validados no Brasil. A utilização e a aplicação dos instrumentos são ferramentas cruciais para auxiliar no diagnóstico e na diferenciação dos transtornos. Alguns autores reforçam o uso de instrumentos complementares antes de fechar o diagnóstico (BECKER *et al.*, 2012; BARBOSA; FERNANDES, 2014). Cabe pontuar que existem dois tipos de instrumentos, os de triagem e os de avaliação. Os instrumentos de triagem são instrumentos para o rastreamento, cujo objetivo é identificar os sinais de alerta do TEA e não diagnosticar o transtorno.

Um dos principais instrumentos de triagem, que busca identificar sinais do TEA, é o M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil e pode e deve ser utilizado nas consultas de puericultura. O instrumento contém 23 perguntas para pais ou cuidadores de crianças de 18 a 24 meses, em que as respostas são sim ou não. As questões estão relacionadas com a presença de comportamentos que remetem aos sinais precoces de TEA (OLIVEIRA, 2017; PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008; REGO, 2012; SBP, 2017). Segundo Backes *et al.* (2014), o M-CHAT é o instrumento de triagem atualmente mais adequado para uso clínico e em pesquisa, além de ser recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria para ser aplicado durante as consultas de rotina, mesmo quando não há suspeita do transtorno (BRASIL, 2017; LOSAPIO; PONDÉ, 2008; MONTENEGRO; CELERI; CASELLA, 2018).

Além desse, existem outros testes e escalas de triagem para o TEA no Brasil: a Autistic Traits of Evaluation Scale (ATA), escala que avalia o perfil de comportamento da criança,

embasada nos diferentes aspectos diagnósticos; a Autism Behavior Checklist (ABC), escala de comportamentos não adaptativos que visa rastrear sinais do TEA; o Autism Screening Questionnaire (ASQ), questionário para pais e cuidadores que tem como finalidade rastrear sinais e sintomas de alterações no desenvolvimento infantil, em geral, o Autism Detection in Early Childhood (ADEC) para crianças com 12-36 meses. Por fim, um instrumento desenvolvido e validado no Brasil é o IRDI-Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, apesar de não ser específico para o TEA, busca apontar os sinais de risco para o desenvolvimento infantil (MACHADO *et al.*, 2014; PAULA *et al.*, 2020).

Para o diagnóstico do TEA, um dos instrumentos mais utilizado é a CARS (Childhood Autism Rating Scale ou Escala de Pontuação para Autismo na Infância), padronizado, traduzido e validado para uso no Brasil, que permite a avaliação de crianças com suspeita ou com a presença do transtorno, permitindo determinar o nível de gravidade dos sintomas (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008). Entre as vantagens dessa escala está “a inclusão de itens que representam critérios diagnósticos variados, a aplicabilidade em crianças de todas as idades, inclusive pré-escolares, além de escores objetivos e quantificáveis baseados na observação direta” (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008, p. 488).

Outros instrumentos diagnósticos são: o The Autism Diagnostic Interview TM Revised (ADI-R), escala semiestruturada a ser aplicada com pais e cuidadores e que fornece informações sobre a suspeita de TEA. É uma ferramenta de diagnóstico útil na distinção entre crianças com TEA e crianças com transtornos de linguagem; a escala Gilliam Autism Rating Scale (GARS), que consiste em uma entrevista semiestruturada direcionada aos pais; o Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), avaliação semiestruturada, envolvendo os principais domínios que são afetados no TEA; outros dois instrumentos de avaliação observacional direta da criança são: o Structured Observation for Autism Screening (OERA) e o Autism Mental Status Examination (AMSE) que já foram validados no Brasil (ALCKMIN-CARVALHO *et al.*, 2014; BACKES *et al.*, 2014; BRASIL, 2014; BRETANI *et al.*, 2013; CARVALHO-FILHA *et al.*, 2019; PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008; PAULA *et al.*, 2018; SBP, 2019; GALDINO *et al.*, 2020; PAULA, *et al.*, 2020).

Além desses instrumentos, temos no Brasil um Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA), que consiste em um sistema de avaliação a partir da observação clínica direta, que visa avaliar comportamentos característicos do TEA, como os comprometimentos sociocomunicativos e a presença de comportamentos repetitivos e estereotipados em crianças pré-escolares (de 18 a 48 meses) com suspeita do transtorno, especialmente aquelas não verbais. As autoras pontuam que outros

estudos são necessários para investigar as propriedades psicométricas desse protocolo (BOSA; ZANON; BACKES, 2016).

1.2 Interfaces entre a Pediatria e o TEA

A pediatria, no campo da medicina, ocupa-se e atenta-se ao acompanhamento da criança e de seus problemas (MARCONDES; MACHADO; SETIAN, 1985; BARBA, 2007). O campo da pediatria se interessa pelas questões de saúde, de crescimento e de desenvolvimento infantil, se dedicando a todos os aspectos relacionados ao bem-estar infantil, de mesmo que os cuidados para o alcance de seu potencial na idade adulta (CHAVES, 2020; FLORES; SMEHA, 2013; STANTON; BEHRMAN, 2016). Em um documento lançado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sobre o resgate do pediatra geral, é pontuado que a missão da pediatria consiste na promoção da saúde da criança em toda sua plenitude (SBP, 2004).

Os pediatras têm a vantagem de estabelecerem relações de longo prazo com os pacientes e suas famílias. Ademais, desempenham um papel central no acompanhamento dos pacientes e no encaminhamento, se necessário (LOHR; TANGUAY, 2012). Nesse sentido, o pediatra é responsável pelo acompanhamento, vigilância e proteção do crescimento e do desenvolvimento da criança (0-10 anos) e do adolescente (10-20 anos) (SBP, 2017). As recomendações nacionais e internacionais indicam que a vigilância e a triagem do desenvolvimento infantil devem ser realizadas nas consultas de puericultura (SBP, 2004; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006).

A puericultura é a área da pediatria responsável pelas consultas médicas periódicas e sistemáticas, tendo como principal enfoque a prevenção e a educação para a saúde (FERNANDES, 2017). As consultas de puericultura devem seguir uma programação mínima: “1ª consulta precoce - 3 a 7 dias após a alta da maternidade [...]; nova consulta no final do 1º mês e, daí em diante: mensalmente no 1º semestre, consultas aos 6, 9 e 12 meses, consultas trimestrais no 2º ano, semestrais no pré-escolar e anuais, no escolar” (SBP, 2004, p. 7). De acordo com o Ministério da Saúde, no primeiro ano de vida devem ocorrer sete consultas periódicas de puericultura, na 1ª semana, no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês, duas consultas no 2º ano de vida e, a partir de então, consultas anuais (BRASIL, 2012).

Segundo a SBP (2004, p. 10), nas consultas de seguimento da puericultura

a assistência global à criança deve ser feita de maneira evolutiva, para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do paciente. Assim, em cada consulta, a anamnese deve incluir dados de desenvolvimento, possíveis queixas ou dificuldades, e o exame

físico deve comprovar os progressos do desenvolvimento e registrar os parâmetros de crescimento.

Considerando que o processo de desenvolvimento humano é dinâmico, recomenda-se que em todas as consultas de puericultura se realizem avaliações do desenvolvimento infantil (SBP, 2004; FERNANDES, 2017; CARVALHO, 2017). Destaca-se que dentre as funções do pediatra está a responsabilidade pela prevenção, investigação, monitoramento, diagnóstico e tratamento, favorecendo a qualidade de vida das crianças (BARBA, 2007; MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

A literatura internacional ressalta que os pediatras são encarregados da triagem das condições do desenvolvimento e desempenham um papel fundamental na vigilância e na identificação de sinais de alerta do TEA e em sua avaliação. Nesse sentido, a vigilância e a realização cuidadosa da triagem, nas consultas pediátricas de rotina, podem ser capazes de diminuir a idade de detecção do TEA (CARBONE, 2013; GABRIELSEN *et al.*, 2015; GUTHRIE *et al.*, 2019; LOYACONO; FERREIRA; IERMOLI, 2019; LOHR; TANGUAY, 2012; RANDALL *et al.*, 2016; TCHACONAS; ADESMAN, 2013).

Sendo a pediatria a área na medicina que é referência da primeira infância e o pediatra o primeiro profissional de saúde a ter contato com a criança, este é responsável por realizar o acompanhamento do desenvolvimento e o rastreamento de atrasos no desenvolvimento. O atraso no desenvolvimento infantil é entendido como “uma condição em que a criança não está se desenvolvendo e/ou não alcança habilidades de acordo com a sequência de estágios pré-determinados” (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES, 2015, p.90). Salienta-se ainda que é função do pediatra a observação e a detecção de sinais iniciais de atrasos no desenvolvimento e, conseqüentemente, a identificação de sinais de alerta de transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA. O pediatra é o profissional que os pais recorrem em primeiro lugar quando têm preocupações com o desenvolvimento da criança. Desse modo, é o pediatra que primeiro deve suspeitar e identificar sinais de alerta do TEA (POSAR *et al.*, 2020).

É oportuno ressaltar que o acompanhamento do desenvolvimento infantil é imprescindível para a promoção da saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2016). Esse acompanhamento é crucial, visto que permite a redução de “incidência de doenças e comprometimentos no desenvolvimento infantil, bem como o acolhimento e acompanhamento das crianças atendidas e familiares envolvidos neste processo” (COSTA; GUARANY, 2021, p. 32). Ademais, cabe ao pediatra informar, orientar e tirar dúvidas dos pais ou cuidadores, além de realizar, se necessário, o encaminhamento aos profissionais especializados para a realização de avaliações específicas e de intervenções apropriadas (SBP, 2017).

Para isso, é fundamental que o pediatra receba uma formação sólida sobre os marcos do desenvolvimento infantil, com o intuito de realizar o monitoramento e reconhecer atrasos no desenvolvimento, além de prestar uma assistência adequada e de qualidade (AUSTRIACO *et al.*, 2019; SÃO PAULO, 2011; LOWENTHAL *et al.*, 2019; FEIGELMAN, 2016). Considerando que a pediatria é a porta de entrada para a detecção precoce de atrasos no desenvolvimento, pesquisadores ressaltam a importância do conhecimento sobre o desenvolvimento típico e do olhar clínico do pediatra para os atrasos no desenvolvimento (CHAVES, 2020; DE CARVALHO MANSUR *et al.*, 2017; FLORES; SMEHA, 2013).

Bordini *et al.* (2014) reforçam que no SUS os primeiros profissionais da saúde que podem identificar algum atraso no desenvolvimento infantil são aqueles que trabalham nas unidades da Atenção Básica, e um desses profissionais é o médico pediatra. Destaca-se que a Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde e é considerada medicina integral para o cuidado de recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes (SÃO PAULO, 2015). De acordo com Costa e Guarany (2021, p. 32), “o acompanhamento da criança, de forma saudável, é um dos papéis do serviço de puericultura nas UBS [nas Unidades Básicas de Saúde] de cada município”. O pediatra então deve acompanhar o desenvolvimento da criança em vista da promoção, proteção e detecção de sinais iniciais de atrasos no desenvolvimento através das ações de assistência materno-infantil (BRASIL, 2014). No documento da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), encontra-se a seguinte definição de atenção básica

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Desde 1994, a Atenção Básica no Brasil é composta por UBS, e tem como principal missão a promoção de modelos alternativos de tratamento centrado na comunidade e seus atendimentos são realizados por profissionais de diversas áreas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PAULA *et al.*, 2012). Desse modo, as UBS e a ESF são consideradas a porta de entrada para toda a Rede de Atenção à Saúde e contam com a atuação do pediatra. No setor público, o pediatra atua, igualmente, nas enfermarias pediátricas de hospitais, nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), nos Prontos-Socorros Pediátricos (PS-PED), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h) e nos ambulatórios de hospitais (BUBOLTZ;

SILVEIRA; NEVES, 2015; RIVORÊDO; OLIVEIRA; MENDES, 2011; VILLAR; CARDOSO, 2002).

Referente ao trabalho do pediatra, pesquisadores apontam para a complexidade da assistência integral e individualizada à criança, uma vez que se deve considerar os aspectos biopsicossociais que interferem no desenvolvimento infantil. Além disso, o pediatra deve saber lidar com situações particulares e saber quais intervenções e condutas são mais apropriadas para cada caso (SILVAA *et al.*, 2019; MARCONDES; MACHADO; SETIAN, 1985). Silvaa *et al.* (2019, p. 11) tratam das dificuldades encontradas no atendimento pediátrico e pontuam que

cuidar da criança requer responsabilidade de todos e, principalmente, dos trabalhadores de saúde – estes têm que se sentir aptos a exercer o cuidado, de saber se comunicar com a criança, conseguir conquistá-la e estabelecer vínculo com a criança e a família, para que os mesmos se sintam acolhidos pelo profissional que está prestando o atendimento.

Outro aspecto importante ao abordar a assistência às crianças com TEA é a presença de uma equipe transdisciplinar. O pediatra deve trabalhar com os diferentes profissionais para a identificação de sinais de alerta e as intervenções precoces (SOSINSKY; GILLIAM, 2016). Fernandes (2017) destaca a importância da comunicação com outros profissionais da rede dos diversos serviços em que a criança transita. Assim, a puericultura deve considerar os microambientes da criança e considerar a criança na sua integralidade.

Percebe-se, portanto, que o trabalho do pediatra envolve cuidados que visam um desenvolvimento saudável, com vistas a um adulto socialmente adaptado e integrado, ou seja, que se torne parte e participe da sociedade (FEIGELMAN, 2016; CARVALHO, 2017).

No que se refere especificamente ao TEA, ao realizar o acompanhamento dos primeiros meses e dos primeiros anos de vida da criança, o pediatra deve ter como conduta a busca e o questionamento sobre o desenvolvimento de seus pacientes, de modo a identificar atrasos no desenvolvimento e possíveis sinais de alerta.

Dessa forma, os profissionais que atendem a criança devem estar habilitados para abordar, com competência, essa demanda, por meio do conhecimento não só da sequência natural de evolução das várias funções, mas também dos fatores de risco que possam comprometê-las, assim como ter ciência das possibilidades de recrutar as devidas intervenções para reverter ou reduzir um prejuízo no desenvolvimento infantil (CARVALHO, 2017, p. 59).

Nesse sentido, duas funções importantes do pediatra são a vigilância do desenvolvimento e a triagem precoce do TEA. Em vista disso, é fundamental que os pediatras tenham conhecimentos sobre o desenvolvimento típico e atípico e saibam reconhecer os sinais

de alerta do TEA, com o intuito de identificar alterações ou atrasos no desenvolvimento, realizar as condutas adequadas e os encaminhamentos para profissionais e serviços especializados caso seja necessário (ILLINGWORTH, 2012).

O desenvolvimento é algo complexo e envolve diversos aspectos interligados, como a linguagem, aos aspectos: sensorial, motor, cognitivo, social e emocional (CARVALHO, 2017). É definido como “um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas” (BRASIL, 2016, p. 12).

Um documento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) afirma que mesmo os lactentes, nos primeiros meses de vida, podem apresentar sinais iniciais de problemas no desenvolvimento, o que aponta para a necessidade de vigilância nas consultas pediátricas (SBP, 2017). Outro estudo aponta que os primeiros sinais de alerta podem ser identificados entre os 6 e 12 meses, mas que estes se tornam mais perceptíveis e estáveis entre os 18 e 24 meses (OZONOFF *et al.*, 2010; VIRUÉS-ORTEGA, 2010).

Dentre estes sinais iniciais estão

O atraso para adquirir o sorriso social, demonstrar interesse em objetos sorrindo para eles e movimentando o corpinho em detrimento a desinteresse ou pouco interesse pela face humana, o olhar não sustentado ou ausente, a preferência por dormir sozinho no berço e demonstrar irritabilidade quando ninado no colo, a ausência da ansiedade de separação e indiferença quando os pais se ausentam [...] (SBP, 2017, p. 1).

De modo mais específico, entre os 6 e 8 meses, pode-se observar as seguintes características nos bebês: não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos, ausência do balbúcio e de movimentos antecipatórios em relação ao outro e não se viram na direção da fala humana. Entre 12 e 14 meses, têm dificuldade de responder quando são chamados pelo nome, ou de imitar pequenos gestos, ou brincadeiras, ausência do apontar na intenção de mostrar algo a alguém e não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas. As características presentes por volta dos 18 meses são: falta de interesse por jogos de faz-de-conta, a ausência da fala ou a fala sem intenção comunicativa e o desinteresse por outras crianças. Além disso, caso tenham tido o desenvolvimento da fala e da interação, podem começar a perder essas aquisições e já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos (BRASIL, 2015). Por fim, um sinal de alerta é a perda de habilidades em qualquer idade (SBP, 2019).

Entretanto, quando se fala em sinais de alerta, eles não são necessariamente específicos para o TEA, eles podem ser sensíveis para perturbações da comunicação e interação social, ou seja, em um primeiro momento se fala em possíveis indicativos para o transtorno. As recomendações do diagnóstico definitivo de TEA é que ele seja fechado a partir dos três anos (BRASIL, 2015).

Referente aos sinais de alerta, alguns estudos enfatizam que os casos leves podem passar despercebidos, visto que apresentam manifestações mais sutis do transtorno ou não apresentarem atrasos significativos (BOSA, 2009; STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018). São, principalmente, nesses casos que se relata a falta conhecimento dos pediatras sobre sinais de alerta de TEA (JASPERS *et al.*, 2013). De modo geral, somente com a entrada nas escolas que se dá a percepção de tais comportamentos atípicos.

A identificação de sinais de alerta de TEA está em consonância com os princípios da Atenção Básica de prevenção de agravos, da promoção e da proteção à saúde (BRASIL, 2015), uma vez que constituem o primeiro nível de acesso à assistência à saúde, correspondendo a um dos contextos para identificação dos sinais precoces do TEA (STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018), sendo que os instrumentos e escalas padronizados apresentados anteriormente devem ser utilizados para auxiliar nesse processo.

Cabe enfatizar que a vigilância do desenvolvimento é um cuidado que tem como intuito a promoção da saúde infantil (CARVALHO, 2017). O processo de vigilância implica, entre outras coisas, o conhecimento e a identificação dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento, o monitoramento dos marcos do desenvolvimento (BRASIL, 2016). A vigilância do desenvolvimento deve fazer parte do processo de prevenção primária (MURANI, 2014). Carvalho (2017, p. 59) reforça que “a avaliação do desenvolvimento deve ser um processo contínuo de acompanhamento das atividades relativas ao potencial de cada criança, com vistas à detecção precoce de desvios ou atrasos”. Hardy *et al.* (2015) destacam a importância da vigilância do desenvolvimento infantil para detectar possíveis necessidades de avaliações e encaminhamentos.

Os pediatras são orientados a realizar a vigilância do desenvolvimento em suas rotinas de atendimento através da verificação dos marcos do desenvolvimento, particularmente nas consultas de puericultura, mesmo quando não se tem queixas da parte dos pais (FERNANDES, 2017). A SBP recomenda práticas de investigação e avaliação do desenvolvimento nas consultas de puericultura, salientando que “é papel de todo pediatra investigar na anamnese, na avaliação física e na aplicação de escalas quaisquer atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor” (SBP, 2017, p. 2).

Nesse sentido, a vigilância do desenvolvimento é fundamental, visto que permite a realização da triagem do desenvolvimento, que consiste em utilizar e aplicar os instrumentos padronizados e validados para detectar a presença ou não de atrasos no desenvolvimento, considerando seus marcos (BRASIL, 2014; GLASCOE; MARKS; BAUER, 2016). Em seu estudo, Steyer, Lamoglia e Bosa (2018, p. 1402), apontam que

a abordagem de vigilância do desenvolvimento infantil pode ser uma ferramenta efetiva na identificação de sinais precoces do TEA na rede pública de atenção primária à saúde, por garantir o acompanhamento de crianças ao longo do desenvolvimento de forma sistemática.

Após a identificação do atraso no desenvolvimento, o pediatra deve orientar os pais sobre a estimulação adequada, fazer o acompanhamento dessa criança e reavaliar, dentro de um mês, com o intuito de verificar se a criança alcançou ou não os marcos do desenvolvimento. Caso a criança não tenha alcançados, o pediatra deve: “encaminhar para serviço de estimulação interdisciplinar especializado; encaminhar para avaliação com médico especializado em TEA; manter consultas próximas com a criança e os pais para apoio e acompanhamento do tratamento de reabilitação” (SBP, 2019).

Em 2017, foram publicados dois documentos sobre a importância da vigilância e a avaliação do desenvolvimento. A Lei n.º 13.438/2017 preconiza que o Sistema Único de Saúde (SUS) adote protocolos padronizados para a avaliação de riscos do desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade. Além disso, passa a ser obrigatória a aplicação de instrumento de avaliação formal do neurodesenvolvimento a todas as crianças. O Ofício n.º 44-SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS, do Ministério da Saúde, ressalta, entre outras coisas, a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Básica, com ênfase no cuidado longitudinal e integral (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). É, igualmente, destacada a importância do reconhecimento e da utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), como ferramenta para o acompanhamento integral da criança e como instrumento de maior alcance para o monitoramento do desenvolvimento na puericultura (GAÍVA; SILVA, 2014; BRASIL, 2020).

A CSC, além de conter dados das vacinas, também, deve incluir informações sobre o desenvolvimento infantil e o crescimento, indicando, como dados de referência, os marcos do desenvolvimento. Alvim (2020) enfatiza o valor das informações da CSC para auxiliar os pediatras na suspeita de sinais de alerta. Costa e Guarany (2021, p. 40) destacam que a CSC “possui orientações para estimulação do desenvolvimento da criança e, também o instrumento de vigilância do desenvolvimento de 0 a 36 meses, que indica os marcos de desenvolvimento

esperado para cada faixa etária neste período”. Além de conter um capítulo sobre a vigilância do desenvolvimento infantil e os marcos do desenvolvimento, a caderneta conta com uma sessão sobre as alterações no desenvolvimento, que aborda os sinais de alerta do TEA e da Síndrome de Down. A seção sobre o TEA é bastante breve e a definição do transtorno não está atualizada, porém, ela traz algumas características e aborda a importância da detecção e intervenção precoce.

No que diz respeito aos sinais de alerta, são listados treze aspectos do desenvolvimento que podem ser observados, sendo estes relacionados à interação, à comunicação, aos aspectos comportamentais, à sensibilidade sensorial, entre outros. Para ilustrar, alguns dos sinais são: “não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente; faz gestos e movimentos repetitivos; tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício” (BRASIL, 2020, p. 52). Referente aos marcos do desenvolvimento, eles são separados em seis grupos por faixa etária: 0-6 meses; 6 meses-1 ano e meio; 1 ano e meio-3 anos e meio; 3 anos e meio-5 anos; 5-6 anos. Segue exemplo dos marcos do desenvolvimento referente a faixa etária dos seis meses até um ano e meio (Figura 1).

Figura 1: Marcos do Desenvolvimento dos 6 meses a 1 ano e meio

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses															
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.																
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.																
Duplica sílabas	Observe se a criança fala “papá”, “dadá”, “mamã”. Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.																
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.																
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.																
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.																
Produz “jargão”	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.																
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.																
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considerar a informação do acompanhante.																
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.																
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.																
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.																
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.																
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.																

Fonte: BRASIL, 2020.

Gaíva e Silva (2014) realizaram uma revisão integrativa referente a CSC e encontram que a caderneta não tem sido utilizada com frequência pelos profissionais na vigilância da saúde infantil. Acresce-se que existe uma incompletude dos dados registrados na caderneta, relacionado a uma dificuldade dos profissionais em preencherem tais dados.

Com efeito, dentre as razões que explicam a baixa identificação de atrasos do desenvolvimento está a falta de conhecimento e de preparo sobre os marcos do desenvolvimento infantil e os sinais precoces do TEA, além da falta de conhecimento e familiaridade com os instrumentos de triagem (AWS *et al.*, 2015; MURARI, 2014; GLASCOE; MARKS; BAUER, 2016). Ribeiro *et al.* (2017) apontam que outra barreira para a identificação precoce é o fato de que os pediatras por vezes não questionam, durante as consultas, sobre o desenvolvimento da criança e, menos ainda, sobre os sintomas específicos do TEA.

Outros fatores que podem atrasar a identificação são a não regularidade nos atendimentos, ou seja, a alternância do pediatra que faz o atendimento, a não avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, a variabilidade das manifestações do transtorno,

principalmente os casos leves, e a falta de disponibilidade e de acesso às especialidades médicas (SIKLOS; KERNS, 2007; ZANON; BACKES; BOSA, 2014; MURARI, 2014).

Vale destacar que, de acordo com a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria, é recomendado que a triagem para o TEA seja realizada entre 18 e 24 meses, mesmo que o paciente não tenha sinais clínicos claros e evidentes deste transtorno ou de outros atrasos do desenvolvimento (SBP, 2019). Uma vez identificados os sinais de alerta para o TEA são realizados o encaminhamento e o acompanhamento para avaliação com o intuito de confirmar o diagnóstico (BRYSON; ROGERS; FOMBONNE, 2003).

O estudo de Soares *et al.* (2017) apontou que a triagem completa do desenvolvimento não é uma prática regular nas consultas de puericultura, fazendo com que o monitoramento do desenvolvimento deixe de ser eficaz. Juntamente a isso, a falta de triagem faz com que o TEA permaneça não identificado e, conseqüentemente, essas crianças deixem de receber estimulação e intervenção necessárias. Com efeito, um dos benefícios da triagem é a identificação de sinais do TEA que, muitas vezes, acabam passando despercebidos (ANGIE *et al.*, 2015).

Enfim, a ausência da triagem e a dificuldade em identificar sinais de alerta estão relacionadas à falta de conhecimento dos pediatras sobre o desenvolvimento típico e o TEA (ALVIM, 2020). Diante disso, se faz necessário abordar a formação desses profissionais na residência médica.

1.3 Residência Médica em Pediatria

A residência médica se constitui como uma modalidade de formação complementar do médico e se insere na organização e sistematização dos serviços em saúde, marcada pelas especializações médicas. É um programa de especialização médica e de aperfeiçoamento marcado pelo treinamento em serviço, por meio do atendimento supervisionado ao paciente, através de atividades teóricas e de experiências práticas (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021). Os programas de residência médica devem estar vinculados às instituições de saúde, contando com as orientações de médicos qualificados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021). Mitre *et al.* (2008) destacam que o processo de ensino e aprendizagem na residência média é complexo e dinâmico, em que o residente tem um papel ativo e é mediante a sua participação e as interações, que ele aprofunda e amplia seu conhecimento teórico e prático (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021).

A residência médica é considerada uma pós-graduação *lato sensu* pelo Conselho Federal de Educação. Os programas de residência médica têm um caráter regular e permanente,

e são tidos como um padrão na formação do médico. Segundo Fernandes *et al.* (2015, p. 157), a residência médica “é um programa de treinamento em serviço de longa duração reconhecido como o melhor mecanismo de capacitação de médicos para o exercício profissional especializado, responsável e de qualidade”. Além disso, o objetivo da residência médica é proporcionar e agregar experiências práticas às aprendizagens teóricas, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia do profissional (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021).

Em termos históricos, a residência médica foi regulamentada no Brasil em 1977, pelo Decreto n.º 80.281, que dispõe das orientações sobre sua constituição e seu funcionamento. Esse documento regulamentador é abordo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que tem a missão de estabelecer e de orientar as normas, além de acompanhar os programas de residência médica no país (BRASIL, 1977).

Em normativa mais recente, o Decreto n.º 7.562, de 15 de setembro de 2011, dispõe sobre a composição, a competência da CNRM e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam a residência médica e seus respectivos programas (BRASIL, 2011).

Cabe salientar que a preocupação com a formação de qualidade dos médicos surgiu no contexto do SUS. No artigo 200 da Constituição Federal de 1988 é explicitado ser atribuição do SUS “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Ademais, a Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080/1990) aborda questões relacionadas a formação dos recursos humanos, pontuado no artigo 27, em que compete as diferentes esferas do governo a “[...] organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal [...]”. Ainda nesse mesmo artigo é indicado que “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.” (BRASIL, 1990).

De modo específico, a residência médica em pediatria tem como finalidade formar médicos especialistas no cuidado de crianças e adolescentes com foco específico no crescimento e desenvolvimento humano (BRASIL, 2016). É uma das mais antigas dentre os programas de residência médica, sendo a pediatria considerada uma das especialidades básicas da medicina. Em 2016, a Resolução n.º 1 da Comissão Nacional De Residência Médica, propõe a reestruturação integral do programa de residência médica em pediatria, tendo a sua duração estendida a três anos, ao invés de dois e dispõe sobre os requisitos mínimos que o programa deve oferecer (BRASIL, 2016). De acordo com Costa, Austrilino e Medeiros (2021, p. 3), a

ampliação da duração da formação tem como finalidade “[...] ampliar a concepção sobre o sistema público de saúde, identificar os recursos assistenciais, reconhecer as necessidades de saúde da população e inseri-las no cenário de saúde e redes de cuidados”.

Dito isso, ao realizar uma varredura na literatura científica sobre a formação e o conhecimento de pediatras sobre o TEA, identificou-se uma escassez de artigos científicos sobre essa temática tanto no contexto nacional, como no internacional. Entretanto, neste último encontraram-se alguns estudos (BARBA, 2007; CHAVES, 2020; MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al.*, 2017).

Barba (2007), ao analisar o papel do pediatra sobre a vigilância do desenvolvimento, aponta para a exigência deste receber formação sobre o desenvolvimento infantil, visto que o conhecimento orienta as ações e a atuação destes profissionais frente à vigilância do desenvolvimento. Portanto, em relação à assistência às crianças com TEA, há necessidade de uma formação teórica e prática adequada durante a residência médica em pediatria, uma vez que o conhecimento sobre o transtorno fundamenta as práticas em saúde, principalmente no que diz respeito à identificação dos sinais de alerta do TEA (SÃO PAULO, 2011, p. 4).

No entanto, estudos internacionais mostram que há um deficit na formação acadêmica referente à assistência às crianças com TEA (AUSTRIACO *et al.*, 2019; BULIGON; KUIAVA; BARELLI, 2018; MAJOR *et al.*, 2013). Em um estudo americano, os residentes do último ano de pediatria relataram que a formação não os preparou bem para o atendimento às crianças com TEA (MYERS *et al.*, 2017). Além disso, um estudo espanhol identificou a falta de conhecimento dos pediatras sobre os recursos disponíveis e os tratamentos existentes para pacientes com TEA (MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al.*, 2017).

Em contexto nacional, os profissionais que trabalham com puericultura em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Pelotas, relatam uma preocupação com a formação que tiveram e salientam a importância do conhecimento sobre essa condição para que possam melhor atender as crianças nos serviços de saúde e realizar avaliações do desenvolvimento infantil (COSTA; GUARANY, 2021). De acordo com Costa e Guarany (2021, p. 40) é necessário que “os profissionais responsáveis por acompanhar e avaliar estas crianças dominem esta área, quaisquer alterações ou transtornos de desenvolvimento serão percebidos em tempo de haver intervenções como medida preventiva de agravo nestes atrasos”. Steyer, Lamoglia e Bosa (2018) salientam que o conhecimento de profissionais da saúde, referente ao TEA, ainda é insuficiente. No estudo de Ferreira e Smeha (2018, p. 14), pediatras de instituições de saúde públicas e privadas (Pronto Atendimento, Unidade Básica de Saúde, Hospital e consultório particular) do estado do Rio Grande do Sul, relatam “não terem recebido conhecimentos sobre

esse transtorno na formação acadêmica e nem na residência em pediatria”. Nesse mesmo estudo, as autoras ressaltam a necessidade de um fortalecimento da formação sobre os marcos do desenvolvimento e dos transtornos do desenvolvimento, além de adequações na formação dos pediatras para que eles estejam preparados para trabalhar com pacientes com TEA.

Outros estudos internacionais corroboram com esses dados, ao constatarem a exigência, dos residentes em pediatria, por mais treinamento e uma melhor formação sobre o atendimento às crianças com TEA (BRODER-FINGERT *et al.*, 2014; MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al.*, 2017). Um estudo realizado na Turquia, afirma que a formação do pediatra deve prepará-los e habilitá-los para que possam informar, orientar e oferecer recomendações aos pais, além de saber quais condutas realizar com pacientes com TEA (KILINÇEL; BAKI, 2021).

Em um estudo espanhol, Martínez-Cayuelas *et al.* (2017) afirmam que o conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil e o TEA é essencial para vigilância dos sinais de alerta e para o diagnóstico precoce. Em seu estudo nacional, Jendreieck (2017) identificou fatores que dificultam o diagnóstico precoce. Dentre eles, a dificuldade de conhecer melhor a criança e a família e, conseqüentemente, a necessidade de observar a criança por mais tempo, além da existência de diferentes graus de comprometimento no espectro e a necessidade do diagnóstico diferencial.

Um estudo americano aponta que a lacuna referente à aprendizagem sobre o TEA durante a residência médica em pediatria está relacionada tanto à formação teórica quanto à formação prática (AUSTRIACO *et al.*, 2019). Estudos internacionais relatam a falta de contato direto e do atendimento aos pacientes com TEA, salientando que a experiência adquirida na formação se dá somente pela observação (MONTEIRO *et al.*, 2016; MYERS *et al.*, 2017).

Ademais, estudos internacionais e nacionais apontam que mesmo que os pediatras tenham um nível de conhecimento teórico geral sobre o TEA, existe um deficit no conhecimento relacionado à prática, ao cuidado e em como lidar com tais pacientes (MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al.*, 2017; CHAVES, 2020). Contudo, a participação em oportunidades de treinamento direto com esses pacientes é fundamental para a prestação de serviços eficaz na perspectiva de pediatras americanos. Ademais, a falta de formação e de preparo é mais evidenciada em relação ao atendimento de crianças com níveis mais graves de TEA, especialmente aqueles não-verbais e/ou agressivos (JENSEN; GEISTHARDT; SARIGIANI, 2020).

Com efeito, estudos nacionais apresentam que a falta de conhecimento, de preparo dos pediatras está relacionada à identificação dos sinais de alerta do TEA (VISANI, RABELLO,

2012; FLORES; SMEHA, 2013; FERREIRA; SMEHA, 2018). O estudo de Resende *et al.* (2020, p. 37), encontrou que os pediatras que atuam na Atenção Básica de um município do interior de São Paulo “têm confiança limitada na própria habilidade de identificar o TEA”. Acrescenta-se a isso, que em grande parte dos ambulatórios de pediatria no Brasil não há protocolos de atendimento específicos às pessoas com TEA e com deficiência, o que poderia auxiliar o pediatra e ser uma ferramenta para a identificação de sinais de alerta do TEA (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; COSTA; GUARANY, 2021).

Por outro lado, se constata que existem uma inquietação e uma insegurança da parte dos pediatras ao prestarem assistência às crianças com TEA (FLORES; SMEHA, 2013). Este último estudo, realizado em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul, relata a frustração dos pediatras por desconhecerem, não saberem como agir, nem como abordar esses pacientes. Nesse sentido, vale mencionar que as crianças com TEA também buscam os serviços de saúde por outras queixas e enfermidades, e os pediatras encontram dificuldades para realizar o atendimento e em se comunicar com esses pacientes.

Diante do exposto, se nota a necessidade e a importância de os pediatras receberem uma formação adequada sobre o desenvolvimento típico e atípico (COSTA; GUARANY, 2021; SKELLERN; MCDOWEL; SCHLUTER, 2005; REZENDE *et al.*, 2020). Ainda, que tenham conhecimento sobre as características do quadro do TEA, na medida em que isto favorece a identificação, a intervenção precoce e o estabelecimento de estratégias preventivas (MURARI, 2014). Afinal, o conhecimento é imprescindível para a instrumentalização dos pediatras em formação (RIBEIRO, 2019).

Tendo como temática a formação dos residentes, relembra-se que a linha central da presente pesquisa são os processos de ensino e aprendizagem. Ao se interessar pelas relações entre ensino e aprendizagem optou-se por uma teoria específica que é a perspectiva histórico-cultural, visto que é sobre esta que a pesquisadora se apoia e fundamenta seus estudos e reflexões. Na sequência são apresentados alguns conceitos dessa perspectiva que fundamentam as reflexões e análises do presente estudo.

1.4 Referencial teórico da Psicologia Histórico-Cultural

Um ponto inicial e fundamental é a compreensão de homem na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. O homem é compreendido como um ser fundamentalmente histórico, social e cultural. A concepção do ser humano se dá pelo entendimento da gênese social do sujeito, “pela compreensão de como a singularidade se constrói na universalidade e

ao mesmo tempo e, do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade, tendo a particularidade como mediação” (OLIVEIRA, 2001, p. 1). Em outras palavras, entende-se o homem como ser singular que busca se emancipar por meio dos bens materiais e intelectuais, construídos e apropriados pela humanidade (universal), por meio das mediações sociais (particular), ou seja, das circunstâncias pelas quais os sujeitos singulares se relacionam com o gênero humano.

Dito isso, se faz necessário abordar sinteticamente a relação entre o pensamento e a linguagem. Vigotski (2009, p. 482) compreende essa relação como “[...] um processo dinâmico, como via do pensamento à palavra, como realização e materialização do pensamento na palavra”. Compreende-se, assim, que a linguagem é mediadora entre o sujeito do pensamento e o objeto de conhecimento. Segundo Leontiev (2021), nos tornamos sujeitos do pensamento somente quando dominamos a língua, as palavras e a lógica, que se configuram como reflexos generalizados da experiência da prática social. Por fim, entende-se que a relação entre o pensamento e a linguagem está relacionada com a produção do conhecimento, que é a ferramenta para interpretar a realidade, interagir e agir nela.

Cabe pontuar que o desenvolvimento do pensamento deve ser compreendido a partir de uma construção dialética, entendendo que existe uma interação entre as funções psicológicas e os diferentes aspectos envolvidos, formando um todo integrado. Sendo o pensamento um fenômeno integral, mediado por signos e por significados, se faz necessário analisar o processo por meio do qual este se expressa na palavra com significado social.

Para compreender de sentido e significado, nos referimos a obra de Vigotski (2009, p. 465)

[...] o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. O significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos.

De um lado, o sentido é complexo e dinâmico, pois está em constante mudança e pode ser alterado dependendo do contexto em que está inserido. Dessa maneira, “os sentidos só podem existir nas condições de uma consciência social, ou seja, nas relações reais do homem com o mundo” (GONZALEZ-REY, 2007; RIBEIRO, 2019, p. 71). Pode-se dizer que o sentido toma forma nas representações conceituais. Por outro lado, o significado pode ser

compreendido como uma generalização, referindo-se “aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226).

Nesse sentido, a compressão do significado da palavra permite o entendimento que este é tanto um processo do pensamento como da linguagem, uma vez que “a palavra só existe se sustentada pelo pensamento” (GÓES; CRUZ, 2006, p. 36). Por outro lado, o significado da palavra é, igualmente, um fenômeno da língua na medida em que está relacionado com o pensamento, visto que este se forma na linguagem. Portanto, o significado da palavra é o vínculo entre a linguagem e o pensamento.

Em vista disso, o significado da palavra é entendido como uma generalização que está relacionada aos atos de pensamento. Ressalta-se que o termo de generalização é entendido como um modo de representar a realidade na consciência, que se cristaliza em palavras e está relacionado a um significado universal e coletivo.

Para compreender melhor a relação entre pensamento e linguagem, se faz necessário abordar o conceito de atividade, em particular pelo objeto em análise, a atividade de estudo. Esta atividade é compreendida como uma atividade mediadora, em que o outro (o professor), veículo de conhecimento, disponibiliza os signos, ou seja, palavras, símbolos e os conteúdos, acompanhados de suas significações. Cabe destacar que o intuito da atividade é provocar transformações nos sujeitos em formação, uma vez que a mediação produz mudanças no sujeito, em seus conhecimentos, em sua forma de pensar e em suas ações e comportamentos (MARTINS, 2016). Desse modo, considerando o movimento dialético entre o pensamento e a linguagem, pode-se compreender a relação entre as palavras e as ações, práticas e atitudes dos sujeitos, tendo em vista que o pensamento se realiza nas palavras, que, por sua vez, orientam as ações.

Outro processo relacionado a atividade de estudo e a produção de conhecimento é a apropriação. A apropriação diz respeito ao processo de assimilação e internalização das aprendizagens que se dá no movimento de transformação e de incorporação, pelo próprio sujeito, dos conteúdos transmitidos nos processos de ensino. Assim, a apropriação é um processo sempre mediado pelas relações sociais, sendo, assim, “um processo de transmissão de experiência social, isto é, um processo educativo, no sentido lato do termo.” (DUARTE, 2004, p. 51).

Isso é importante, uma vez que, pela apropriação das palavras, são produzidos significados e sentidos que influenciam o modo de pensar, sentir e agir do sujeito. Assim, ao falar de apropriação e de internalização, compreende-se que a atividade é sempre significada.

Para que esse processo aconteça, passa pela linguagem e pela comunicação com as pessoas. “No processo de internalização da atividade há a mediação da linguagem, em que os signos adquirem significado e sentido” (LIBÂNEO, 2004, p. 7). Ao se considerar o processo de ensino e de aprendizagem, a apropriação acontece por meio da transmissão de palavras, mediada pela linguagem. O ensino visa, entre outras coisas, impulsionar ações e criar condutas, a partir dos conhecimentos historicamente construídos, da transmissão e da apropriação, transformando a forma de pensar e de conceber os fenômenos e conteúdos estudados.

Além disso, uma das características da apropriação é que ela envolve um processo ativo do sujeito (DUARTE, 2004). Nuñez e Pacheco (1998) salientam a importância da aplicação desses conhecimentos para sua apropriação.

Neste sentido, esse processo instrumentaliza os sujeitos para lidar com a realidade, para realizar escolhas, conquistarem o autodomínio da conduta, enfim, tem um impacto nas ações dos sujeitos (VIGOTSKI, 1991; SMOLKA, 2000; MARTINS, 2016). Entende-se, portanto, que o processo de ensino e aprendizagem, e o processo de apropriação contribuem para a formação do sujeito como um ser humano (DUARTE, 2004).

1.5 Justificativa

Considerando que o tema do TEA é objeto de diversas pesquisas no campo acadêmico e científico (COIMBRA *et al.*, 2020; ONZI, F. Z.; GOMES, 2015; LIMA *et al.*, 2014; MAIA *et al.*, 2016; PORTOLESE *et al.*, 2017; RIOS *et al.*, 2015), a diversidade de pesquisas referentes à etiologia, ao diagnóstico e aos desafios do atendimento às crianças com TEA demonstram a importância e a relevância de contribuir com esse tema. Nos últimos anos foi possível notar o interesse crescente de pesquisadores voltados ao diagnóstico precoce, à avaliação, ao papel do médico e, igualmente, ao conhecimento dos profissionais na área da saúde referente ao TEA (CHAVES, 2020; OLIVEIRA, 2017; ONZI; PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008; REGO, 2012; PESSIM; FONSECA; RODRIGUES, 2015). Além disso, é fundamental abordar essa temática, visto que uma das problemáticas relacionadas ao cuidado às pessoas com TEA é a falta de acesso aos serviços e de assistência à essas pessoas e seus familiares (PAULA *et al.*, 2020).

Assegurar os direitos e o respeito à integridade das pessoas com TEA é um dos princípios que fundamentam esta proposta. O ponto de partida está baseado na Constituição de 1988 e nas demais legislações específicas às pessoas com deficiência e com TEA, que ressaltam o direito à saúde, ao acesso e ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este um tratamento humanizado e o menos invasivo possível (BRASIL, 1988; BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

Abordar essa temática é necessário, visto que crianças com TEA utilizam mais os serviços de saúde do que crianças com outras condições de saúde (NEWSCHAFFER *et al.*, 2007). Nesse sentido, é bastante provável que profissionais da atenção básica, de modo particular, os pediatras atendam nas consultas periódicas crianças com TEA, muitas das quais ainda não foram diagnosticadas (LOWENTHAL *et al.*, 2019).

Destarte, este trabalho visa dar continuidade e ampliar o leque das pesquisas já realizadas sobre o conhecimento dos médicos pediatras acerca do TEA, bem como trazer contribuições para o campo científico e a consolidação do processo de formação dos residentes em pediatria. Neste sentido, há necessidade de desenvolver estudos que retratem a formação dos pediatras sobre o TEA, devido ao aumento da prevalência e o relato de estudos que apontam a falta de conhecimento e de preparo da parte desses profissionais (OLIVEIRA, 2017).

A importância da presente pesquisa está amparada no fato de que as crianças com TEA têm características e necessidades singulares e próprias à sua condição. Sendo assim,

necessária a adoção de medidas teórico-operacionais para o atendimento das demandas específicas, contribuindo com o desafio de construir uma prática pediátrica sensibilizada com a unicidade do sujeito e com as particularidades da criança com TEA (FLORES; SMEHA, 2013). Ademais, considerando que o estudo terá enfoque nos processos de ensino e aprendizagem, entende-se que se mostra relevante, visto que o conhecimento é imprescindível para a instrumentalização dos pediatras em formação (RIBEIRO, 2019).

Um diferencial desta pesquisa e o que a faz ser inovadora é que existe uma escassez na literatura científica referente à compreensão dos processos de ensino e aprendizagem dos residentes da pediatria em formação (CHAVES, 2020; BARBA, 2007; RIBEIRO, 2019). Pretende-se contribuir com o campo científico no que diz respeito da formação dos residentes da pediatria sobre o TEA e a percepção destes sobre o quanto eles se sentem preparados para atender essas crianças. Além disso, a pesquisa se justifica pela importância em se repensar a formação dos pediatras, médicos especialistas no cuidado de crianças e adolescentes com foco específico no crescimento e desenvolvimento humano.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo Geral

Traçar um panorama sobre a formação dos residentes de pediatria sobre o TEA

1.6.2 Objetivos específicos

Identificar os conteúdos curriculares que abordem o TEA e o desenvolvimento infantil;

Verificar o conhecimento dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA;

Averiguar a percepção dos residentes de pediatria sobre o quanto se sentem preparados para atenderem este grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

A formação pautada no processo de ensino e aprendizagem contribui para o desenvolvimento tanto do pensamento como do conhecimento, além de orientar as ações e as práticas subsequentes.

O desenvolvimento da presente pesquisa se deu pela realização de dois estudos que se complementaram e que possibilitaram analisar a formação de um grupo de residentes de pediatria sobre o TEA a partir da análise documental do programa de residência médica em pediatria e da percepção dos residentes do terceiro ano de pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo. De modo específico, buscou-se identificar os conteúdos curriculares que abordem o TEA e o desenvolvimento infantil, verificar o conhecimento dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA e averiguar a percepção dos residentes de pediatria sobre o quão se sentem preparados para atenderem este grupo.

O presente trabalho se mostrou relevante considerando o aumento exponencial da prevalência do TEA e tendo este transtorno se tornado uma das queixas mais comuns nos serviços de saúde, sendo provável que os pediatras atendam nas consultas periódicas crianças com TEA, muitas das quais ainda não foram diagnosticadas (NEWSCHAFFER *et al.*, 2007; LOWENTHAL *et al.*, 2019). Foi igualmente observada a importância de se propiciar práticas clínicas que permitam contato com outros profissionais da saúde, de forma a auxiliar numa compreensão mais global de sujeito/paciente. Portanto, relembra-se que o foco deste trabalho é o processo de ensino e aprendizagem, especificamente buscando contribuir com a formação dos pediatras sobre o TEA, considerando que esta orientar as ações e as práticas em saúde. Reafirma-se que esta pesquisa não pretendeu generalizar seus resultados para todos os programas de residência médica de pediatria no país, porém buscou-se traçar um panorama sobre a formação do pediatra referente ao TEA em uma faculdade bastante reconhecida nacionalmente. Uma das contribuições sociais do presente estudo é proporcionar e auxiliar a revisão dos programas de residência médica em pediatria sobre a temática da puericultura e do TEA.

Nesse sentido, sugere-se que outros estudos se interessem por essa temática, com o intuito de avaliar a qualidade da formação de outros programas de residência médica em pediatria. Entretanto, cabe mencionar que as falhas observadas na formação da residência médica em pediatria da instituição em foco não são restritas a essa instituição, mas sim parecem

fazer parte do cenário da formação em pediatria, em que esta é uma formação generalista (BARBA, 2007; CHAVES, 2020).

Por fim, sugere-se a ampliação de oportunidade de formação continuada promovendo maior conhecimento sobre o desenvolvimento infantil típico e os sinais de atraso no desenvolvimento, principalmente dos profissionais já formados atuando nos diversos serviços de saúde. Entretanto, a formação continuada não é específica à essa realidade, para qualquer outro profissional é necessária uma constante atualização no campo em que se envereda a atuar. Além disso, cabe destacar que a formação inicial, não somente na medicina, mas nas mais diversas graduações, é generalista. Cabe destacar que a formação generalista se constitui por “conjunto sistematizado de competências e habilidades profissionais básicas para o exercício da profissão, independente de local ou área de atuação” (FERNANDES; SEIXAS, Pablo; YAMAMOTO, 2018, p. 59). Entretanto, as competências e habilidades deveriam contemplar a diversidade das temáticas e se manter atualizada com a realidade e a literatura científica.

Recorda-se o papel do pediatra no cuidado e no acompanhamento do desenvolvimento da criança e a possibilidade que este profissional da saúde tem em estabelecer relações médico-pacientes de longo prazo. Além dessa característica, destaca-se a importância do médico nas equipes multidisciplinares e na relação com os pacientes e seus familiares, visto que o médico é muitas vezes considerado um ponto de referência pelas famílias. Nesse sentido, os médicos são aliados das equipes de saúde ao orientar e indicar aos pacientes e familiares para que procurem outros profissionais da saúde, favorecendo assim o acompanhamento e o serviço em saúde em rede de forma integral. Em vista disso, reitera-se a abertura, o interesse e o incentivo que o departamento de pediatria da universidade em foco demonstrou para com este estudo.

REFERÊNCIAS GERAIS

ABRANTES, A. A.; MARTINS, L. M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 313-325, 2007.

AGUIAR, W. M. J. de; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 94, p. 299-322, 2013.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 26, p. 222-245, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>.

ALBUQUERQUE, I. R. L. del *et al.* Residência médica de pediatria: Limites e possibilidades. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e20510514868-e20510514868, 2021.

ALCKMIN-CARVALHO, F. *et al.* Identification of early signs of autism according to a structured observational protocol: A follow-up study. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 502, 2014.

ALMEIDA, M. R. de; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: Contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2728>.

ALMEIDA, S. S. de A. *et al.* Transtorno do espectro autista. **Residência Pediátrica**, v. 8, s. 1, p. 72-78, 2018. DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8s1-12>.

ALVIM, R. J. **Perfil epidemiológico do Transtorno do Espectro Autista na população pediátrica em um hospital terciário do estado do Rio de Janeiro**. 2020. 132f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 405-420, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ANAGNOSTOU, E. *et al.* Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. **Cmaj**, v. 186, n. 7, p. 509-519, 2014.

ANGIE, W. S. *et al.* Factors influencing autism spectrum disorder screening by community paediatricians. **Paediatrics & Child Health**, v. 20, n. 5, p. e20, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/20.5.e20>.

ARAÚJO V. D de *et al.* Avaliação interdisciplinar do transtorno do espectro do autismo e comorbidades: Caso de um diagnóstico tardio. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 15, n. 1, 2015.

AURÉLIO, D. P. Sociedade, Estado e Razão. *In*: CARRILHO, M. (Dir.). **Dicionário do Pensamento Contemporâneo**. Lisboa: Dom Quixote, 1991.

AUSTRIACO, K. *et al.* Contemporary trainee knowledge of autism: how prepared are our future providers?. **Frontiers in pediatrics**, v. 7, p. 165, 2019.

AWS I. *et al.* Factors influencing autism spectrum disorder screening by community pediatricians. **Paediatrics & Child Health**, v. 20, n. 5, p. e20, 2015.

BACKES, B. *et al.* Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 154-164, 2014.

BARBA, P. C. de S. D. **Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento**. 2007. 210f. Tese (Doutorado em Educação Especial), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

BARBOSA, M. R. P.; FERNANDES, F. D. M. Comparing the results of DAADD and ABC of children included in autism spectrum disorders. **CoDAS**, v. 26, n.3, p. 208-212, 2014. DOI: 10.1590/2317-1782/201420130018

BEACHAM, C. *et al.* Screening for autism spectrum disorder: profiles of children who are missed. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 39, n. 9, p. 673-682, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000607>.

BECKER, M. M. *et al.* Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 70, n. 3, p. 185-190, 2012.

BELLANDO, J.; FUSSELL, J.J.; LOPEZ, M. Autism speaks toolkits: Resources for busy physicians. **Clinical Pediatrics**, v. 55, n. 2, p. 171-175, 2016.

BIANCHI, B. **Triagem e diagnóstico de TEA: perspectivas de médicos atuantes em municípios paulistas**. 2021. 86f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021.

BORDINI, D. *et al.* Impact of training in autism for primary care providers: a pilot study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 37, p. 63-66, 2014.

BOSA, C. A. As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, p. 281-287, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200004>.

BOSA, C. A. Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: Implicações para a identificação precoce do autismo. *In*: HAASE, V. G.; FERREIRA, F. O.; PENNA, F. J. (Org.), **Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência**. Belo Horizonte, MG: Coopmed., 2009, p. 319-328.

BOSA, C. A.; ZANON, R. B.; BACKES, B. Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança–PROTEA-R. **Psicologia: teoria e prática**, v. 18, n. 1, p. 194-205, 2016.

BRASIL. **Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm. Acesso em: 11 de maio de 2020.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 12 de maio de 2020.

_____. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso: 11.mar.2022.

_____. **Decreto n. 7.562, 15 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm. Acesso em: 24 de maio de 2020.

_____. **Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

_____. **Lei n. 13.438, de 26 de abril de 2017**. Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília: Secretaria Geral, 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm>. Acesso em: 17 de julho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Passaporte da Cidadania. **Caderneta da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdfhttps://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2021.

_____. **Ofício n. 44-SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS, de 14 de novembro de 2017**. Documento de consensos da Oficina de alinhamento sobre a da Lei 13.438/2017. Brasília: Ministério da Saúde 2021. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/SEI-25000.472346_2017_93.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2021.

_____. **Residência médica em pediatria com duração de três anos**. Proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília. MEC, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6532-pediatria-sesu-rm&Itemid=30192>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

_____. **Resolução n. 1, de 29 de dezembro de 2016**. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de residência Médica em Pediatria e dá outras providências. Brasília, DF. MEC. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Pediatria_3_anos.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

BRENTANI, H. *et al.* Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 35, p. S62-S72, 2013.

BRODER-FINGERT, S. *et al.* Residents' knowledge and comfort with caring for children with autism spectrum disorder. **Clinical pediatrics**, v. 53, n. 14, p. 1390-1392, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/0009922814526982>.

BRYSON, S. E.; ROGERS, S. J.; FOMBONNE, E. Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 8, p. 506-516, 2003.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A. da; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 4, p. 1027-1034, 2015.

BULIGON, H. C.; KUIAVA, V. A.; BARELLI, C. Relato de experiência do projeto de extensão com saúde-autismo: novos olhares sobre uma importante temática. **CATAVENTOS-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**, v. 10, n. 2, p. 115-122, 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARBONE, P. S. Moving from research to practice in the primary care of children with autism spectrum disorders. **Academic Pediatrics**, v. 13, n. 5, p. 390-399, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.003>.

CARVALHO, M. F. P.P. Desenvolvimento normal. In: BURNS, D. A. R. *et al.* **Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. 4. ed., Barueri, SP: Manole, 2017.

CARVALHO-FILHA, F. S. S. *et al.* Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista: aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados-uma revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 4, p. 525-536, 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION. **Autism Data Visualization**. [2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data/index.html>. Acesso em: 17 de julho de 2021.

CHAVES, A. K. B. de S. **Análise do conhecimento de residentes em pediatria e psiquiatria acerca do diagnóstico do transtorno do espectro autista e elaboração de um manual de orientação para identificação precoce**. 2020. 70f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação para o Ensino da Área de Saúde) - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2020.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed., São Paulo: Cortez, 2000.

COIMBRA, B. S. *et al.* Abordagem odontológica a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94293-94306, 2020.

COSTA, J. B. R.; AUSTRILINO, L.; MEDEIROS, M. L. Percepções de médicos residentes sobre o programa de residência em Pediatria de um hospital universitário público. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210215>.

COSTA, C. S.; GUARANY, N. R. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na atenção básica. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 5, n. 1, p. 31-44, 2021. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto33841.

DE CARVALHO MANSUR, O. M. F. *et al.* Sinais de alerta para Transtorno do Espectro do Autismo em crianças de 0 a 3 anos. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 12, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.181.vol.12.n3.2017>.

DORNELAS, L. de F.; DUARTE, N. M. de C.; MAGALHÃES, L. de C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, p. 88-103, 2015.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de AN Leontiev. **Cadernos Cedes**, v. 24, n. 62, p. 44-63, 2004.

DUMONT-MATHIEU, T.; FEIN, D. Screening for autism in young children: The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) and other measures. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, v. 11, n. 3, p. 253-262, 2005.

ELKONIN, D. B. **Psicología del aprendizaje en el escolar de menor edad**. Moscú, 1974.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. **Cadernos Cedex**, v. 24, n. 62, p. 64-81, 2004.

FARIAS, T. M. C. de *et al.* Conhecimento, práticas e atitudes sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na educação e na saúde: uma revisão. *In: Estudos interdisciplinares em saúde e educação nos distúrbios do desenvolvimento*. SEABRA, A. G. *et al.* (Orgs.). São Paulo: Memnon, 2020.

FEIGELMAN, S. Overview and Assessment of Variability. *In: Kliegman et al. Nelson textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. Cap.6, p.48-53.

FERNANDES, C. R. *et al.* Implantação de residência em anesthesiologia no interior do Nordeste do Brasil: impacto nos processos de trabalho e na motivação profissional. **Revista Brasileira de Anesthesiologia**, v. 65, p. 155-161, 2015.

FERNANDES, H. R. de M. **Experiências brasileiras sobre a participação familiar no acompanhamento do crescimento & desenvolvimento infantil na Atenção Básica**. 2021. 24f. Monografia (Especialização) - Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2021.

FERNANDES, T. F. Habilidades básicas do pediatra. *In: BURNS, D. A. R. et al. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 4. ed., Barueri, SP: Manole, 2017.

FERNANDES, S. R. F.; SEIXAS, P. de S.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e concepções de formação generalista. **Psicologia da Educação**, n. 47, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/2175-3520.20180018>.

FERREIRA, M. E. V.; SMEHA, L. N. E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. **PSI UNISC**, v. 2, n. 1, p. 156-171, 2018.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. SPE, p. 141-157, 2013.

FOMBONNE, E. Epidemiological controversies in autism. **Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy**, v. 171, n. 01, 2020.

FOMBONNE, E.; MACFARLANE, H.; SALEM, A. C. Epidemiological surveys of ASD: advances and remaining challenges. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 51, n. 12, p. 4271- 4290, 2021.

GABRIELSEN, T. P. *et al.* Identifying autism in a brief observation. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, p. e330-e338, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1428>.

GAÍVA, M. A. M.; SILVA, F. B. da. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 742-749, 2014.

GALDINO, M. P. *et al.* Evidence of validity of the Autism Mental Status Examination (AMSE) in a Brazilian sample. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 7, p. 2320-2325, 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GLASCOE, F. P. Triagem e vigilância do desenvolvimento. *In: Kliegman et al. Nelson, Tratado de Pediatria*, 18 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Cap. 15, p. 74-81.

GLASCOE, F. P.; MARKS, K. P.; BAUER, N. S. Developmental-Behavioral Screening and Surveillance *In: Kliegman et al. Nelson textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. Cap. 16, p. 90-100.

GÓES, M. C. R.; CRUZ, M. N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-posições**, v. 17, n. 2, p. 31-45, 2006.

GOFFMAN, E. Stigma and social identity. *In: ANDERSON T. L. Understanding Deviance: Connecting Classical and Contemporary Perspectives*. New York, NY: Routledge. 1998, p.256-265.

GONZALEZ-REY, F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação**. ISSN 2175-3520, n. 24, 2007.

GUTHRIE, W. *et al.* Accuracy of autism screening in a large pediatric network. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3963>.

HANSEN R. L. *et al.* Diagnosis of autism spectrum disorder by developmental-behavioral pediatricians in academic centers: a DBPNet study. **Pediatrics**, v. 137, n. Supplement 2, p. S79-S89, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851F>.

HARDY, S. *et al.* Can screening with the Ages and Stages Questionnaire detect autism?. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 36, n. 7, p. 536, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000201>.

HOWLIN, P.; MAGIATI, I.; CHARMAN, T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. **American journal on intellectual and developmental disabilities**, v. 114, n. 1, p. 23-41, 2009.

ILLINGWORTH, R. S. **The Development of the Infant and the Young Child: Normal and Abnormal**. 10. Ed. Delhi: Elsevier Health Sciences, 2012.

IVANOV I. *et al.* The Route to Autism Spectrum Diagnosis in Pediatric Practice in Bulgaria. **Diagnostics**, v. 11, n. 1, p. 106, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics11010106>.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JASPERS, M. *et al.* Early childhood assessments of community pediatric professionals predict autism spectrum and attention deficit hyperactivity problems. **Journal of abnormal child psychology**, v. 41, n. 1, p. 71-80, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-012-9653-4>.

JENDREIECK, C. O. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicologia argumento**, v. 32, n. 77, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.32.077.AO09>.

JENSEN, E. J.; GEISTHARDT, C.; SARIGIANI, P. A. Working with children with autism spectrum disorder in a medical setting: insights from certified child life specialists. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 50, n. 1, p. 189-198, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04245-0>.

JORNOOKI, J. P. *et al.* Adesão a puericultura para o seguimento à saúde infantil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e53710616048-e53710616048, 2021.

KILINÇEL, Ş.; BAKI, F. Analysis of pediatricians' knowledge about autism. **J Surg Med.**, v. 5, n. 2, p.153-157, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.28982/josam.843719>.

KOEGEL, L. K. *et al.* The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. **International journal of speech-language pathology**, v. 16, n. 1, p. 50-56, 2014.

LEITE, L. P.; LACERDA, C. B. F. de. A construção de uma escala sobre as concepções de deficiência: procedimentos metodológicos1. **Psicologia USP**, v. 29, p. 432-441, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-65642018109>.

LEONTIEV, A. N. **Atividade. Consciência. Personalidade**. Bauru, SP: Mireveja, 2021.

LIBÂNEO, J. C. A didática e a aprendizagem do pensar e do aprender: a Teoria Histórico-cultural da Atividade e a contribuição de Vasili Davydov. **Revista Brasileira de Educação**, p. 5-24, 2004.

LIMA, R. C. *et al.* Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 715-739, 2014.

LOHR, W. D.; TANGUAY, P. Case Challenges in Autism Spectrum Disorder: the role of the pediatrician. **Pediatric Annals**, v. 41, n. 10, p. 408-409, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/00904481-20120924-07>.

LOPES, E. M. C. *et al.* O desenvolvimento psicológico do adulto com deficiência adquirida: contribuições de AR Luria na obra O homem com um mundo estilhaçado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, p. 63-68, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1147>.

LÓPEZ, R. M. M.; SARTI, C. Eles vão ficando mais próximos do normal. Considerações sobre normalização na assistência ao autismo infantil. **Ideias**, v. 4, n. 1, p. 77-98, 2013. DOI: <https://doi.org/10.20396/ideias.v4i1.8649399>.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082008000400011>.

LOWENTHAL, R. *et al.* Autistic spectrum disorders in Brazilian primary care: Telehealth and face-to-face training method. **Psicologia: teoria e prática**, v. 21, n. 3, p. 501-516, 2019.

LOYACONO, N.; FERREIRA, M.L.; IERMOLI, R. Humanismo en medicina. El rol crucial del pediatra en el trastorno del espectro autista. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 117, n. 3, p. 195-197, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.195>.

MACHADO, F. P. *et al.* Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiology-Communication Research**, v. 19, p. 345-351, 2014.

MAIA, F. A. *et al.* Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 228-234, 2016.

MAJOR, N. E. *et al.* Autism training in pediatric residency: Evaluation of a case-based curriculum. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 5, p. 1171-1177, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1662-1>.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP**, p. 1-17, 2012.

MARCONDES, E.; MACHADO, D. V. M.; SETIAN, N. Crescimento e desenvolvimento. **Pediatria básica**, São Paulo, SP, 1985.

MARTÍNEZ-CAYUELAS, E. *et al.* Nivel formativo sobre trastornos del espectro autista (TEA) entre los pediatras de atención hospitalaria. *In: Anales de Pediatría. Elsevier Doyma*, Espanha, p. 329-336, 2017.

MARTINS, L. M. Fundamentos da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica. **Currículo Comum para o Ensino Fundamental Municipal de Bauru**. Bauru: Secretaria Municipal de Educação, p. 41-79, 2016.

MARTINS, S. E. S. de O. *et al.* Inclusão de universitários com deficiência na educação superior: o que dizem as pesquisas no Brasil e Uruguai. **Jornal de Políticas Educacionais**, Curitiba, PR, v. 11, n. 17, p.1-25, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/jpe.v11i0.53635>.

MARTINS, S. E. S. de O. *et al.* Acessibilidade no ensino superior: análise das políticas públicas educacionais ao desenvolvimento de mídias instrumentais sobre deficiência e inclusão. Projeto n. 8224 - Edital n. 49/2012. Apoio - **OBEDUC/Capes**, Brasília, DF, 2012.

MATTOS, B. M. de. **Deficiência: da conceituação aos posicionamentos de universitários**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

MCCARTY, P.; FRYE, R. E. Early Detection and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Why is it so difficult?. In: **Seminars in Pediatric Neurology**. v. 35, p. 100831, 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.spen.2020.100831>.

MCDONALD, N. M.; JESTE, S. S. Beyond baby siblings—Expanding the definition of “high-risk infants” in autism research. **Current psychiatry reports**, v. 23, n. 6, p. 1-7, 2021.

MENEZES, T. T.; MELO, V. J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 38-46, 2010.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Virtual. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep. 1993.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. de M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, RJ, v. 79, p. S33-S42, 2003.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MOLON, S. I. Questões metodológicas de pesquisa na abordagem sócio-histórica. **Informática na educação: teoria & prática**. Porto Alegre, v.11, n.1, p. 56-68, 2008. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-1654.7132>.

MONTEIRO, S. A. *et al.* Teaching Pediatric Residents to Assess for Autism Spectrum Disorders. **Academic Pediatrics**, v. 16, n. 6, p. e30, 2016.

MONTENEGRO, M. A.; CELERI, E. H. R.V.; CASELLA, E. B. **Transtorno do Espectro Autista-TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

MOREIRA, A. B. **Clínica e resistência: a medicina filosófica de Georges Canguilhem**. 2013. 227f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MURARI, S. C. **Identificação precoce do transtorno do espectro autista por meio da puericultura em uma unidade básica de saúde**. 2014. 192f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

MURARI, S. C.; MICHELETTO, N. Avaliação de comportamentos em puericultura para identificação precoce do transtorno do espectro autista. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 20, n. 3, p. 54-72, 2018.

MYERS, K. *et al.* United States Pediatric Residents' comfort and knowledge level with Autism Spectrum Disorder: A Survey Based Study (Research Abstract). **Academic Pediatrics**, v. 17, n. 5, p. e13, 2017.

NETRVAL, D. A. D. **Proposta de modelo de indicadores de qualidade para o atendimento oferecido aos indivíduos autistas na cidade de São Paulo**. 2014. 124f. Tese (Doutorado em Ciência da Reabilitação) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

NEWSCHAFFER, C. J. *et al.* The epidemiology of autism spectrum disorders. **Annu. Rev. Public Health**, v. 28, p. 235-258, 2007.

NÚÑEZ, I. B.; PACHECO, O. G. Formação de conceitos segundo a teoria de assimilação de Galperin. **Cadernos de Pesquisa**, n. 105, p. 92-109, 1998.

OLIVEIRA, A. A. S. O conceito de deficiência em discussão: representações sociais de professores especializados. **Rev. Bras. Ed. Esp**, v. 10, n. 1, p. 43-58, 2004.

OLIVEIRA, B. A. Dialética do singular-particular-universal. *In: Encontro de Psicologia Social e Comunitária*. Bauru, SP: Abrapso, p. 1-24, 2001.

OLIVEIRA, F. V. C. **Transtorno do espectro autista: O papel do médico de família no diagnóstico precoce e suporte familiar**. 2017. 49f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017.

ONZI, F. Z.; GOMES, R. de F. Transtorno do Espectro Autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946 Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

_____. **Transtorno do Espectro Autista**. OMS, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>>. Acesso em 08 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: Transtorno do espectro Autista**. Brasília, DF: OPAS, 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

OZAND, P.T. *et al.* Autism: a review. **Journal of pediatric neurology**, v. 1, n. 02, p. 055-067, 2003.

OZONOFF, S. *et al.* A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 256-266. e2, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.009>.

PAULA, C. S. *et al.* Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, SP, v. 57, n. 1, p. 2-5, 2011.

PAULA, C. S. *et al.* Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. **Autism**, v. 24, n. 8, p. 2228-2242, 2020.

PAULA, C. S. *et al.* How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 334-351, 2012.

PAULA, C. S. *et al.* Identifying autism with a brief and low-cost screening instrument—OERA: Construct validity, invariance testing, and agreement between judges. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 48, n. 5, p. 1780-1791, 2018.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, p. 362-371, 2015.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, RJ, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1828>.

PESSIM, L. E; FONSECA, B.; RODRIGUES, M. B. C. Transtornos do espectro autista: importância e dificuldade do diagnóstico precoce. **Revista FAEF**, v. 3, n. 14, p. 7-28, 2015.

PINO, A. **As marcas do humano: às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski**. São Paulo: Cortez, 2005.

PORTOLESE, J. *et al.* Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017.

POSAR, A. *et al.* Is it autism? Some suggestions for pediatricians. **Turkish Archives of Pediatrics**, v. 55, n. 3, p. 229-235, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14744/turkpediatrics.2020.59862>.

RANDALL, Melinda *et al.* Autism Spectrum Disorder: Presentation and prevalence in a nationally representative Australian sample. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 243-253, 2016.

RAVIOLA G. J. *et al.* Autism Spectrum Disorder. *In: Kliegman et al. Nelson textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. cap.30, p.176-183.

RAZUCK, R. C. S.; RAZUCK, F. B. A. A importância da abordagem no processo de inclusão de alunos surdos no ensino de Química. **XV Encontro Nacional de Ensino de Química**. Anais... Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2010.

REGO, S. W. S. E. **Autismo: fisiopatologia e biomarcadores**. 2012. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

REGO, T. C. **Vygotsky. Uma perspectiva histórico-cultural da educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

REZENDE, L. de O. *et al.* Conhecimento sobre Transtorno do Espectro Autista entre profissionais da atenção básica de saúde. **Manuscripta Médica**, v. 3, p. 31-39, 2020.

RIBEIRO, I. **A produção de sentido pessoal à atividade de estudo em jovens e adultos estudantes do PROEJA: história, trabalho e práxis pedagógica**. 2019. 368f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RIBEIRO, S. H. *et al.* Barriers to early identification of autism in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 352-354, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2141>.

RIOS, C. *et al.* Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 325-336, 2015.

RIVORÊDO, C. R. S. F. de; OLIVEIRA, G. N.; MENDES, R. T. A prática pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, p. 4221-4228, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100027>.

ROGERS, S. J.; VISMARA, L. Interventions for infants and toddlers at risk for autism spectrum disorder. **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders**, 4th Edition, 2014.

ROSSATO, S. P. M.; LEONARDO, N. S. T. A deficiência intelectual na concepção de educadores da educação especial: contribuições da psicologia histórico-cultural. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 17, n. 1, p. 71-86, 2011.

SAMPEDRO-TOBÓN, M. E. *et al.* Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**, v. 70, n. 6, p. 456-466, 2013.

SÃO PAULO. **Manual dos Direitos das pessoas com autismo**. Defensoria Pública do Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: Defensoria Pública, 2011. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf>. Acesso em: 29 de junho de 2020.

_____. **Manual de acompanhamento da criança**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf. Acesso em: 29 de junho de 2020.

_____. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/protocolo-do-estado-de-sao-paulo-de-diagnostico-tratamento-e-encaminhamento-de-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>. Acesso em: Acesso em: 24 de maio de 2020.

SCHECHTER, R.; GREYER, J. K. Continuing increases in autism reported to California's developmental services system: mercury in retrograde. **Archives of general psychiatry**, v. 65, n. 1, p. 19-24, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.1>.

SEVERINO, A. J. **Educação, sujeito e história**. São Paulo: Olho d'Água, 2002.

SIKLOS, S.; KERNS, K. A. Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders. **Research in developmental disabilities**, v. 28, n. 1, p. 9-22, 2007.

SILVAA, S. À. da *et al.* Conhecimento da equipe interprofissional acerca do autismo infantil. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 9, p. 01-18, 2019.

SKELLERN, C.; MCDOWELL, M.; SCHLUTER, P. Diagnosis of autistic spectrum disorders in Queensland: Variations in practice. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 41, n. 8, p. 413-418, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00667.x>.

SMOLKA, A. L. B. O (im) próprio e o (im) pertinente na apropriação das práticas sociais. **Cadernos Cedes**, v. 20, p. 26-40, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622000000100003>.

SOARES, J. R. **Vivência pedagógica: a produção de sentidos na formação do professor em serviço**. 2006. 192f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SOARES, A. R. S. *et al.* Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 0-18 meses acompanhadas em uma unidade básica de saúde da família. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 531-538, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA [SBP]. **Resgate do pediatra geral**. Documento científico-Pediatria-ambulatorial. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_pediatria_ambulatorial.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

_____. **Transtorno do Espectro Autista. Manual de Orientação**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. N.º 5, abril de 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775d-MO-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo__2_.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

_____. **Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista**. Documento científico - Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. N.º 1, abril de 2017. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

SOSINSKY, L. S.; GILLIAM, W. S. How Pediatricians Can Support Children and Families. *In*: Kliegman *et al.* **Nelson textbook of Pediatrics**. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. Cap. 17, p. 101-106.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e Filosofia**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017. DOI: <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44>.

STANTON, B. F.; BEHRMAN, R. E. Overview of Pediatrics. In: Kliegman *et al.* **Nelson textbook of Pediatrics**. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. Cap.1, p.1-17.

STEYER, S.; LAMOGLIA, A; BOSA, C. A. A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista-TEA. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 1395-1410, 2018.

TAMANAH, A. C. *et al.* **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. São Paulo: SEDPeD, 2013.

TANAMACHI, E. de R.; ASBAHR, F. da S. F.; BERNARDES, M. E. M. Teoria, Método e Pesquisa na Psicologia Histórico-Cultural. In: SOUZA, M. P. R. de.; BEATÓN, G. A.; BRASILEIRO, T. (Org.). **Interfaces Brasil-Cuba em estudos sobre a psicologia histórico-cultural**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2018. Cap.4, p. 1-17.

TCHACONAS, A.; ADESMAN, A. Autism spectrum disorders: a pediatric overview and update. **Current opinion in pediatrics**, v. 25, n. 1, p. 130-143, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/mop.0b013e32835c2b70>.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. 2ª. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

_____. **Obras Escogidas V: fundamentos de defectología**. Madrid: Visor Distribuciones, 1997.

_____. **Pensamento e linguagem**. 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991

VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. de A. Residência médica em pediatria: no campo de prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, p. 329-339, 2002.

VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. **Clinical psychology review**, v. 30, n. 4, p. 387-399, 2010.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, p. 293-308, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200006>.

WING, L.; POTTER, D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, v. 8, n. 3, p. 151-161, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1002/mrdd.10029>.

ZANELLA, A. V. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, v. 9, p. 127-135, 2004.

ZANELLA, A. V. *et al.* Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 25-33, 2007.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.