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.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

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 constituida pelos seguintes membros: Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UNESP Faculdade de Ciencias 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 memorian)

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 Vigotiski 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 clínica 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; GRETHER, 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 deficit 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, consequentemente, 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 à Lei n°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 (KOEGEL *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 desenvolvimento 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, consequentemente, 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 balbucio 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 criaça 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 que os pediatras por vezes não questionam, durantes 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, consequentemente, 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 desapercebidos (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 aborda 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 restruturação 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, consequentemente, 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 relacionados 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 quão se sentem preparados para atenderem este grupo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Nessa seção é apresentado o percurso metodológico, detalhando como a pesquisa foi organizada e sistematizada, traçando os passos e as etapas percorridas, com o intuito de possibilitar uma melhor compreensão do percurso e da elaboração da pesquisa que permitiram alcançar os objetivos estipulados. Recorda-se que os resultados da presente pesquisa são apresentados na forma de dois estudos, a saber: "Ensino na Residência Médica em Pediatria sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA)" e "Percepções, conhecimento e práticas dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA".

Desse modo, são expostos os aspectos gerais do método e os tópicos em comum aos dois estudos realizados, a saber, o delineamento geral, os aspectos éticos e o cenário da pesquisa.

2.1 Delineamento da pesquisa

Inicialmente, o método é compreendido como aspecto central e constitutivo do processo de pesquisa. Segundo Molon (2008, p. 59), o método constitui o elo entre "[...] o objeto, o problema, o referencial teórico e os procedimentos metodológicos, a relação entre pesquisador e realidade, a relação entre pesquisador e pesquisado, as possibilidades de análise e as reflexões e considerações possíveis". Assim, o método perpassa e acompanha toda a experiência do pesquisar e todo o processo de produção de conhecimento, tendo como finalidade alcançar a essência do fenômeno estudado, ou seja, sua estrutura e sua dinâmica.

Vale pontuar que a pesquisa se pautou num método misto quanti-qualitativo e descritivo-analítico com base documental, visando registrar e correlacionar fatos e fenômenos sem a manipulação dos mesmos, combinado a uma proposta de levantamento de campo, em que se buscou uma aproximação com a realidade, mediante a interrogação direta com os sujeitos envolvidos no fenômeno estudado (MANZATO; SANTOS, 2012; GIL, 2017). Portanto, essa escolha possibilitou o alcance de um melhor entendimento do fenômeno em sua complexidade, tomando em consideração os diferentes elementos envolvidos e a relação dialética entre eles (SOUZA; KERBAUY, 2017).

De acordo com Chizzotti (2000, p. 79)

> A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O

> conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

A pesquisa qualitativa investiga fenômenos que envolvem o mundo das relações humanas, das representações e dos significados que não podem ser numerados, nem quantificados. Essa categoria ade pesquisa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]" (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Por outro lado, a pesquisa quantitativa apresenta como potencialidades a mensuração e a realização de análises a partir de uma linguagem e uma descrição matemáticas e/ou de inferências estatísticas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nesse sentido, entende-se que os métodos são de natureza diferente, porém eles não se opõem. Pelo contrário, eles se complementam diante de suas características, especificidades e seus limites, possibilitando um olhar mais amplo ao investigado.

A pesquisa relatada deriva do desenvolvimento de um curso de mestrado acadêmico em Psicologia, do programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências (FC) da UNESP, Câmpus de Bauru, que se iniciou em 2020. O programa compreende duas grandes linhas de pesquisa, a primeira linha tem como enfoque a Aprendizagem e o Ensino, e a segunda, o Desenvolvimento: Comportamento e Saúde. A presente pesquisa se insere na primeira linha, pois se interessa pelos processos de ensino e aprendizagem, particularmente a formação dos residentes em pediatria.

2.2 Aspectos éticos

Diante da abrangência do estudo e por exigência das agências reguladoras da condução de pesquisa com seres humanos da FC/ Bauru e da instituição em que foi realizado o estudo, a aprovação se deu nos Comitês de Éticas em Pesquisa (CEP) de cada instituição, respectivamente, sob o protocolo CAAE: 38204720.7.0000.5398 e 38204720.7.3001.5411. O projeto contou ainda com a autorização da Comissão de Residência Médica (COREME), sob parecer n.º 090/2020-RM.

No início do estudo, os participantes, a saber os residentes de pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo foram informados a respeito da pesquisa e aqueles que aceitaram participar, marcaram em concordar com o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE (Apêndice A), elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

2.3 Cenário

Primeiramente, cabe pontar que as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas se configuram como um espaço democrático importante para o desenvolvimento humano, a produção de conhecimento humano, sendo formadores de opiniões qualificadas. Juntamente a isso, as IES proporcionam a formação referente à atuação profissional, pautada na real participação em diferentes esferas da sociedade (MARTINS *et al*., 2017; MARTINS *et al*., 2012).

Referente ao presente estudo, o cenário da pesquisa foi a residência médica de pediatria, que faz parte das atividades de formação acadêmica ofertadas pelo departamento de pediatria de uma universidade pública, localizada em uma cidade do estado de São Paulo.

O departamento de pediatria da instituição foi fundado na segunda metade do século XX e tem como missão oferecer uma formação teórica e prática à população pediátrica. A residência médica de pediatria da instituição teve início três anos após início das atividades do departamento de pediatria.

A aproximação com o campo de estudo, a saber com o programa de residência médica em pediatria da universidade, ocorreu inicialmente em maio de 2020, sendo contatados via endereço eletrônico a chefe do departamento de pediatria e os supervisores da residência médica em pediatria. Houve acordo e interesse no desenvolvimento do estudo e foi oferecido apoio e condições para a sua materialização, bem como autorização para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo A e B).

Concretamente, a coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2021, de forma virtual. Convém destacar que pelo fato de a pesquisa ter sido conduzida em contexto pandêmico, devido a COVID-19 (SARS-CoV-2), e no momento de a coleta de dados estarem vigentes as recomendações sanitárias de distanciamento social, a coleta foi efetuada de forma remota, recorrendo a ferramentas do *Google*.

ESTUDO 1 – O ensino de conteúdos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista na Residência Médica em Pediatria

Objetivo

Buscou-se investigar os conteúdos curriculares de um Programa de Residência Médica em Pediatria, identificando itens relacionados ao TEA.

1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1.1 Delineamento

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa exploratória-descritiva, em que se buscou uma aproximação com a formação dos residentes de pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo. De modo mais específico, lançou-se mão da pesquisa documental de modo a traçar o panorama do programa de residência médica em pediatria da instituição.

A pesquisa documental é descrita como uma categoria de pesquisa que pretende identificar informações por meio da leitura e da análise de documentos, em suas mais diversas fontes: materiais escritos, fotografias, arquivos em mídia eletrônica, entre outras (APPOLINÁRIO, 2009). A coleta de dados se restringe a documentos que podem ser utilizados como fonte de informação para as pesquisas científicas. Salienta-se ainda que a pesquisa documental é um tipo de investigação que utiliza métodos e técnicas que buscam verificar hipóteses, possibilitando aproximações e a compreensão dos conteúdos documentais (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A varredura nos documentos institucionais se tornou indispensável, uma vez que se buscou informações e esclarecimentos sobre o fenômeno em interesse, permitindo responder aos questionamentos prévios (FIGUEIREDO, 2007). O uso de documentos se mostrou relevante dado que a fonte documental é valiosa e pertinente para resgatar e coletar informações (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Segundo Nunes, Simeão e Pereira (2020, p. 341), o documento "[...] se propõe a extrapolar a dimensão de suporte em direção à informação contida nos variados registros localizados em diferentes instituições e com objetivos de descrever a prova ou testemunhar uma descrição de fatos e atos".

A particularidade da pesquisa documental está na natureza da fonte. Nessa categoria de pesquisa se utiliza a fonte primária, ou seja, o material bruto (BARDIN, 2016). Oliveira (2007, p. 70) explicita que na pesquisa documental "o trabalho do pesquisador(a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico". Outra característica está no fato que os documentos analisados são documentos internos e exclusivos às instituições e organizações.

Nesse sentido, optou-se pela pesquisa documental por possibilitar a investigação da ocorrência de conteúdos relacionados à temática do TEA e do desenvolvimento infantil no documento do programa de residência em pediatria, fato não investigado até o momento na IES.

1.2 Amostragem

A fonte utilizada para o estudo foi o Programa de Residência Médica em Pediatria de 2018, ano de ingresso dos participantes do Estudo 2, na residência médica. Foi analisado o documento de 2018, visto que o presente estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla e que será complementada pelo Estudo 2 em que a proposta é verificar a formação dos residentes de pediatria que iniciaram a residência nesse ano. Esse documento passa anualmente por discussões, possíveis modificações e planejamento pelo departamento de pediatria, dessa maneira, para a presente pesquisa fez-se uso do documento que acompanhou a formação dos participantes da pesquisa, nas etapas seguintes. Esse documento, armazenado em formato virtual, é elaborado e específico do departamento da instituição, sendo disponibilizado pela secretaria do departamento para análise.

Cabe pontuar que diferentemente dos cursos de pós-graduação, os programas de residência médica não contam com ementa das disciplinas e nem matrizes curriculares, visto que o foco da formação é a aprendizagem prática e o treinamento em serviço. A residência médica conta com o conteúdo programático-teórico que se dá a partir de reuniões clínicas, seminários, cursos de atualização e discussões clínicas, que representam 10-20% da carga horária, o restante é designado ao conteúdo programático-prático (BRASIL, 2016).

O programa se apoia nos objetivos propostos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Um desses objetivos é o de aprimorar habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a tomada de decisão, além de valorizar as ações em saúde de caráter preventivo e promover o trabalho em equipes multiprofissionais para a assistência aos pacientes. Durante a formação de três anos a meta é que o residente aprofunde seus conhecimentos e suas habilidades técnicas.

Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante do documento com o intuito de conhecer o material e se familiarizar com programa. A leitura prévia permitiu compreender a estrutura e a organização do programa de residência.

O documento conta com 153 páginas e cobre os três anos da residência. No início do documento é apresentado o corpo docente, os gestores e os demais profissionais envolvidos, a saber: o supervisor geral, o vice, os preceptores, os chefes de departamentos, os docentes e os médicos pediatras do Hospital das Clínicas (HC).

A estrutura do documento é dividida em nove itens. No primeiro item, são apresentados os objetivos gerais e as metas do programa. A meta dessa formação consiste em:

> [...] formar médicos pediatras competentes e atualizados, capazes de prestar assistência à população de recém-nascidos, crianças e adolescentes, com a visão de que a criança é um ser biológico, psíquico e social indivisível, membro de uma família e pertencente a uma comunidade (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, 2018, p. 7).

No item 2 são citadas as áreas de treinamento, dentre elas, as enfermarias de pediatria geral e especialidades, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, os ambulatórios da neonatologia e as especialidades, os serviços de urgência e emergência (Pronto Socorro), a comunidade (Centro de Saúde Escola, Centro de Apoio Psicossocial-CAPS 1), as Unidades de Apoio ao Tratamento (Setor de Reabilitação, APAPE) e os estágios nas especialidades pediátricas em outras instituições, como o estágio em neurologia pediátrica em uma universidade pública do estado de São Paulo.

O item 3 aborda as atividades gerais dos residentes. De modo específico, são apresentadas as responsabilidades formais dos residentes. Dentre elas, o residente deve frequentar as reuniões de: preceptoria, clínicas, Journal Club e reuniões científicas do departamento, entre outras.

O programa conta com uma seção sobre o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pois a residência é considerada e reconhecida na universidade como um curso de Pós-Graduação *lato sensu*.

No item 4 é abordado as reuniões de preceptoria, em que são ministradas as aulas semanais, separadamente para cada ano da residência. O item seguinte apresenta as atividades clínicas em que são explicadas as reuniões mencionadas no item 3.

O item 6 apresenta o funcionamento dos plantões e é pontuado que “a assistência ao paciente é sempre prioritária em relação a qualquer atividade” (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, 2018, p. 14).

O item 7 corresponde a seção sobre as atividades nas enfermarias pediátricas (A, B e C) em que consta a duração, a distribuição dos residentes, a meta e o método de ensino que consiste no treinamento em serviço, dedicado à assistência das crianças internadas.

O restante do documento é dividido em duas grandes partes, sendo o item 8 sobre o primeiro e segundo ano de residência (R1 e R2) e o item 9 sobre o terceiro ano de residência (R3). Em cada uma dessas partes são apresentadas as disciplinas e estágios nas diferentes subespecialidades, que contém a programação, os objetivos, as atividades previstas, as responsabilidades dos residentes, a avaliação e a bibliografia.

As disciplinas e estágios do primeiro e segundo ano são: neonatologia, UTI-Pediátrica, unidade de pronto-socorro e triagem em pediatria, estágio no ambulatório geral de pediatria, pediatria social, especialidades: gastroenterologia; hepatologia e nutrição, alergia e imunologia; pneumologia e alergia respiratória; pediatria genética; cardiologia; endocrinologia; nefrologia e medicina do adolescente. No terceiro ano, as disciplinas e estágios são: nefrologia; gastroenterologia, hepatologia e nutrição; reumatologia; nefrologia; oncologia; saúde menta e atenção à saúde infantil; ortopedia; pronto-socorro referenciado, radiologia e diagnóstico por imagem; pneumologia; cardiologia; UTI-Pediátrica e emergências; estágio em otorrino infantil e cirurgia pediatria; estágio externo em neurologia infantil e em emergência.

1.3 Procedimentos de coleta de dados

A solicitação do documento do Programa de Residência Médica em Pediatria foi feita via endereço eletrônico à secretaria do departamento de pediatria da instituição, tendo sido recebido na sequência.

O material estava em um arquivo no formato *Portable Document Format* (PDF) e o *software* utilizado para a leitura foi o *Adobe Reader*, o que possibilitou a pesquisa a partir da ferramenta de busca de palavras.

O método de busca se deu a partir de radicais nos descritores do documento do programa de residência médica em pediatria. A busca de radicais permite realizar um rápido mapeamento da temática de interesse e facilita a identificação das palavras através de seus radicais. Os radicais das palavras representam o núcleo semântico e formal da palavra (MAZO, 2010). De acordo com Velden e Leite (2013, p. 501), “o radical corresponde à raiz de uma palavra, e se mantém invariável e atemporal mesmo em função de gênero, da referência gramatical-plural ou singular, por exemplo”. Nesse sentido, se utiliza os radicais para se fazer a busca, pois esses são a parte invariável da palavra, ou seja, não sofrem variações. Essa

estratégia permitiu a identificação da ocorrência do tema e uma análise rápida do material. Portando, a utilização desse método de busca se mostrou adequado, pois permite mapear e investigar o documento do programa, buscando identificar a presença dos itens estudados.

Em um primeiro momento, se pensou no termo que envolve o autismo (AUTIS), que é o tema central da pesquisa, porém não foi encontrada nenhuma ocorrência. Diante disso, foi acrescentado na busca o radical da palavra desenvolvimento (DESENVOLV), com o intuito de verificar em qual área e especialidade são abordadas temáticas relacionadas ao desenvolvimento humano, visto que o TEA é entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento. Além disso, os sinais do TEA são compreendidos e identificados a partir dos marcos do desenvolvimento típico. A Tabela 1 apresenta os temas, as palavras-chave que se esperavam encontrar e os radicais que foram digitados na ferramenta de busca.

Tabela 1: Radicais e palavras utilizados para busca

Tema	**Radical**	**Palavras-chave**
Autismo	AUTIS	Transtorno do Espectro Autista Autismo Autista
Desenvolvimento humano	DESENVOLV	Desenvolvimento humano Desenvolvimento infantil Neurodesenvolvimento

Fonte: Elaborada pela autora.

É oportuno mencionar que a nomenclatura das disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento é variável segundo as instituições de ensino, como pediatria social, pediatria comunitária, puericultura ou pediatria geral (BARBA, 2007). No caso do programa de residência médica em pediatria da instituição em que foi realizado o estudo, esta disciplina se intitula pediatria social. Saliente-se ainda que foram avaliadas outras disciplinas para verificar a presença da temática do desenvolvimento infantil de forma abrangente no programa.

1.4 Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados fez-se uso da análise documental interpretativa. A análise documental tem como intuito “produzir ou reelaborar conhecimentos e criar formas de

compreender os fenômenos" (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 10). Para isso a pesquisadora tem um papel crucial na leitura crítica e criteriosa, no tratamento das informações, nas interpretações e nas discussões produzidas (VELDEN; LEITE, 2013). Além disso, a análise documental pode ser entendida como uma operação intelectual, por ela transformar as informações e, assim, produzir uma nova representação dos dados, gerando um sentido em materiais que ainda não receberam tratamento e análise (BARDIN, 2016; RAUPP; BEUREN, 2003).

Ressalta-se que foi considerado o documento na íntegra e realizada a leitura total dele, buscando verificar não somente os termos de interesse, mas o contexto no qual estes estavam figurados. Na exploração do material, foi conduzido o processo de codificação, em que os dados brutos foram transformados para se obter uma representação do conteúdo. Para realizar a codificação, passou-se por três etapas de escolha e de seleção: a) das unidades, b) da regra de contagem e c) das categorias (BARDIN, 2016). Nesse estudo, foram escolhidas como unidade de registro as palavras-chave relacionadas com a temática. A unidade de contexto foram os segmentos do texto, tais como "Amplie conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil: crescimento e desenvolvimento, alimentação, imunização, saúde sental da criança e do adolescente e doenças mais comuns no atendimento ambulatorial", em que as palavras-chave eram encontradas no documento, favorecendo a compreensão e o sentido da unidade de registro (BARDIN, 2016). Para a regra de contagem foi escolhida como medida a frequência de ocorrência dos radicais selecionados.

Para a realização da busca, os radicais foram digitados na ferramenta de busca, um de cada vez. As palavras foram sublinhadas, conforme iam sendo encontradas. Na sequência, se procedeu à leitura do trecho para averiguar se a palavra se relacionava com a proposta da pesquisa, considerando o contexto no qual estava inserida.

Foram excluídas as palavras "desenvolvimento" que não estavam relacionados a temática do desenvolvimento humano, como "capacitação para o desenvolvimento de pesquisa". A palavra desenvolvimento apareceu 43 vezes no documento, dessas, 26 estavam relacionadas com o desenvolvimento infantil.

Tendo mapeado as áreas que abordavam o desenvolvimento infantil, procedeu a uma investigação das especificidades relacionadas as ocorrências do termo desenvolvimento. A partir dessa primeira seleção, foi realizada a triagem das palavras, para excluir aquelas que não se encaixam na temática em torno do TEA. Acresce que não foram considerados as palavras desenvolvimento da área da endocrinologia pediátrica, uma vez que estavam relacionadas ao desenvolvimento sexual e puberal, reduzindo o número de ocorrência para 23.

Portanto, foram consideradas cinco áreas de especialidades pediátricas em que 23 ocorrências foram alvo de uma investigação mais criteriosa e da análise dos dados. Foram selecionados os trechos dessas ocorrências e para facilitar a análise, foram divididos em partes menores, resultando em 23 assertivas que correspondem as unidades de análise (Tabela 2).

Tabela 2: Unidades de análise a partir das unidades de contexto

Especialidade	Unidades de contexto	Unidades de análise (assertivas)
Neonatologia	*- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos RN assistidos em cada um dos setores da Neonatologia, vivenciando os problemas mais frequentes na prática pediátrica.* *- Discussão de temas e aula-relâmpago pré-ambulatório de 5a feira (13:30h) abordando os tópicos: Crescimento/ Desenvolvimento/ Vacinação.* *- É de fundamental importância o conhecimento dos seguintes temas: [...] Desenvolvimento neuropsicomotor e seus desvios.*	1. Crescimento e **desenvolvimento** dos recém-nascidos (RN). 2. Temas e aula: Crescimento/ **Desenvolvimento.** 3. Tema do **desenvolvimento** neuropsicomotor e seus desvios.
Pediatria Social	***R1*** *- Amplie conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil: Crescimento e Desenvolvimento, Alimentação, Imunização, Saúde Mental da criança e do Adolescente e Doenças mais comuns no atendimento Ambulatorial.* *- Considere na sua prática, a abordagem da interação mãe-bebê no Desenvolvimento Emocional da criança.* *- Utilize adequadamente os instrumentos de avaliação do Desenvolvimento da criança no seu contexto biopsicossocial.* *- Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor - Psicóloga Gimol e Flavia e aprimorandas da Psicologia.* *- Avaliar e discutir o desenvolvimento Neuropsicomotor com detalhamento do diagnóstico, conduta e encaminhamento das crianças atendidas e que vieram encaminhadas de diferentes clínicas.*	4. Conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil: Crescimento e **Desenvolvimento.** 5. Interação mãe-bebê no **Desenvolvimento** Emocional da criança. 6. Instrumentos de avaliação do **Desenvolvimento** da criança no seu contexto biopsicossocial. 7. Avaliação do **Desenvolvimento** Neuropsicomotor. 8. Avaliar e discutir o **desenvolvimento**

	- Visitas a Centros de Educação Infantil Municipal (CEI), com o objetivo de conhecimento destas instituições e ações de promoção e prevenção de agravos à saúde de crianças de 4 a 72 meses de idade – Focalizando as atividades no crescimento e desenvolvimento infantil. *-Discussão de temas abordados: O crescimento e desenvolvimento Infantil adequado e seus desvios.* ***R2*** *- Domine os instrumentos adequados que possibilitem o atendimento à clientela pediátrica e do adolescente, considerando a Saúde Integral (biopsicossocial), aperfeiçoando a compreensão da relação família-criança-comunidade, a anamnese, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e propostas de condutas nos principais setores da Pediatria: crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, estado nutricional, vacinação e saúde mental, de acordo com a Pediatria ampliada.* *- Amplie conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados á saúde infantil: Crescimento e Desenvolvimento, Alimentação, Imunização, Saúde Mental da Criança e do Adolescente e Doenças mais comuns no atendimento ambulatorial.* *- Avalie a interação mãe-bebê no Desenvolvimento Emocional da criança.* *- Utilize adequadamente os instrumentos de avaliação do Desenvolvimento da criança no seu contexto biopsicossocial.*	Neuropsicomotor com detalhamento do diagnóstico, conduta e encaminhamento. 9. Atividades no crescimento e **desenvolvimento** infantil. 10. Crescimento e **desenvolvimento** infantil adequado e seus desvios. 11. Hipóteses diagnósticas e propostas de condutas nos principais setores da Pediatria: crescimento, **desenvolvimento** neuropsicomotor. 12. Conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil: Crescimento e **Desenvolvimento**. 13. Avaliar a interação mãe-bebê no **Desenvolvimento** Emocional da criança. 14. Instrumentos de avaliação do **Desenvolvimento** da criança no seu contexto biopsicossocial.
Pediatria Genética	*- Fazer anamnese, exame físico e neurológico, englobando avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças e adolescentes portadores dos distúrbios ou doenças já referidas. Analisar, interpretar e sintetizar dados obtidos para fazer o diagnóstico.*	15. Fazer anamnese, exame físico e neurológico, englobando avaliação do **desenvolvimento** neuropsicomotor de crianças e adolescentes portadores dos distúrbios ou doenças já referidas.

Medicina do adolescente	- *Conhecer o adolescente e compreender as transformações corporais durante a puberdade, as repercussões psicológicas, a evolução do desenvolvimento cognitivo, as modificações da socialização e a construção da identidade.* - *Programação: [...] Estágios de Desenvolvimento na Abordagem ao Exame Físico.* - *Crescimento e Desenvolvimento Físico do Adolescente e sua Avaliação.*	16. Evolução do **desenvolvimento** cognitivo. 17. Estágios de **Desenvolvimento** na Abordagem ao Exame Físico. 18. Crescimento e **Desenvolvimento** Físico do Adolescente e sua Avaliação.
Saúde Mental e Atenção a Saúde Infantil	- *Amplie conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados á saúde infantil: Crescimento e Desenvolvimento, Alimentação, Imunização, Saúde Mental da Criança e do Adolescente e Doenças mais comuns no atendimento em Centro de Saúde (UBS).* - *Avalie a interação mãe-bebê no desenvolvimento psicossocial da criança.* - *Utilize adequadamente os instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança no seu contexto biopsicossocial.* - *Entender o desenvolvimento emocional e comportamental normal e como isto pode afetar a criança, o adolescente e sua família em diferentes fases da vida. Saber identificar comportamentos anormais e os recursos terapêuticos para seu enfrentamento e encaminhamento.* - *Avaliar o espectro de desenvolvimento do comportamento normal e anormal.*	19. Conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados á saúde infantil: Crescimento e **Desenvolvimento.** 20. Avaliar a interação mãe-bebê no **desenvolvimento** psicossocial da criança. 21. Instrumentos de avaliação do **desenvolvimento** da criança no seu contexto biopsicossocial. 22. **Desenvolvimento** emocional e comportamental normal. 23. Espectro de **desenvolvimento** do comportamento normal e anormal.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na última etapa da exploração do material, foi realizada a categorização, com intuito de garantir um padrão para a análise. Para a elaboração das categorias, fez-se uso de dois documentos normativos que dispõem sobre os requisitos mínimos da residência médica em pediatria. O primeiro é um documento oficial do Ministério da Educação (MEC), a Resolução n.º 1, de 29 de dezembro de 2016, e o documento dos Requisitos mínimos para o programa de Residência em Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (BRASIL, 2016; SBP, 2015).

Diante disso, as categorias de classificação das assertivas foram elaboradas a partir desses dois documentos.

A Categoria 1: *conhecimento e competências,* se refere àquilo que o pediatra em formação deve saber e os conhecimentos que ele deve desenvolver, tendo em consideração o conteúdo programático-teórico da residência. Além disso, deve integrar os conhecimentos e reconhecer situações que requerem encaminhamentos. Essa categoria corresponde aos objetivos gerais e específicos do documento da SBP, por exemplo "prestar assistência integral ao ser humano em crescimento e desenvolvimento" e "promover a integração dos conhecimentos básicos e clínicos para avaliar e orientar o processo normal do crescimento e desenvolvimento na infância" (SBP, 2015, p. 1).

A Categoria 2: *habilidades e atitudes,* diz respeito àquilo que o médico residente deve ser capaz de realizar, como ele tem que agir nos atendimentos e como deve se comportar em sua prática clínica, ou seja, sua conduta. As habilidades e atitudes são aprendidas e desenvolvidas a partir do conteúdo programático-prático, que ocorre através dos atendimentos e dos treinamentos em diferentes especialidades. Por exemplo, a passagem pelo ambulatório de crescimento e desenvolvimento (puericultura) e de pediatria geral. Essa categoria equivale às competências no documento da SBP (2015, p. 6), como "estar capacitado para fornecer orientação e aconselhamento ao paciente e seus familiares com relação aos seus diagnósticos, opções de tratamento, complicações e prognóstico das doenças mais prevalentes em pediatria".

Por fim, na terceira e última fase procedeu-se ao tratamento dos dados, em que foram feitas inferências e interpretações. Assim, se construiu uma discussão geral a partir do cruzamento do material coletado e analisado com estudos que de formam o campo do conhecimento sobre esse assunto, possibilitando tornar os resultados significativos e a atribuir um sentido ao mosaico resultante, tendo como base os pressupostos teóricos e os objetivos do estudo.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são referentes à análise do conteúdo do documento do programa de residência médica em pediatria da instituição em foco, disponibilizado pelo departamento de pediatria. Em um primeiro momento, foi realizada a organização do material a partir da ocorrência da palavra "desenvolvimento" nas respectivas áreas da pediatria, buscando identificar e organizar os conteúdos relativos ao desenvolvimento infantil presentes nas disciplinas previamente selecionadas (Tabela 3).

Tabela 3: Ocorrência do radical DESENVOLV nas diferentes áreas do programa de pediatria

Áreas	Ano	n
Pediatria Social	1º e 2º	11
Saúde Mental e Atenção à Saúde Infantil	3º	5
Neonatologia	1º e 2º	3
Medicina do Adolescente	1º e 2º	3
Pediatria Genética	1º e 2º	1
Total		**23**

Fonte: Elaborada pela autora.

É oportuno ressaltar que no documento disponibilizado e analisado não há informações disponíveis sobre a carga horária para cada ano da residência nem de cada disciplina. Outro estudo, ao analisar o programa de residência médica em pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo, encontro dados similares. Os resultados do estudo de Gomes *et al*. (2001) encontraram que não há dados sobre a carga horária no documento do programa e há pouco detalhamento dos elementos do plano de ensino.

No documento analisado, as disciplinas não seguem a mesma estrutura, ou seja, não há uma padronização dos elementos presentes nos planos de ensino (objetivos, ementa (tópicos), estratégias de ensino, atividades dos residentes, procedimentos de avaliação das aprendizagens, bibliografias e observações).

Ao considerar os elementos dos planos de ensino, nota-se que a disciplina que apresentou mais conteúdos relacionados ao desenvolvimento infantil foi a pediatria social. Algumas das disciplinas apresentam conteúdos relativos ao desenvolvimento infantil somente

nos objetivos, o que não permite a compreensão de como esses objetivos são alcançados durante a disciplina.

Na sequência, são apresentados os resultados a partir das duas categorias elaboradas, a Categoria 1: conhecimento e competências, e a Categoria 2: habilidades e atitudes.

Vale pontuar que em três das disciplinas estão presentes aspectos de ambas as categorias, a saber a pediatria social, a medicina do adolescente, e saúde mental e atenção à saúde infantil.

Referente aos conhecimentos e competências que o pediatra deve adquirir na formação, especificamente sobre a temática do desenvolvimento humano, salienta-se que tanto a CNRM como a SBP estabelecem como um dos requisitos da formação, do primeiro e do segundo ano, é promover a integração dos conhecimentos básicos e clínicos para avaliar e orientar o processo normal do crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência. Segundo a CNRM, referente ao conhecimento e competências que o residente deve desenvolver está a capacidade de

> Integrar os conhecimentos necessários para compor, com os dados obtidos pela anamnese, exame físico, exames subsidiários e condições de vida do paciente, um raciocínio clínico e uma programação terapêutica e de orientação, com base na melhor evidência disponível, para as doenças do recém-nascido, criança e adolescente, atuando com resolutividade na atenção primária e secundária (BRASIL, 2016, p. 20).

Nesse sentido, tem-se um requisito bastante abrangente, porém entende-se que o residente, a partir da formação em pediatria, deve estar apto para realizar o atendimento, a resolutividade e o encaminhamento, se necessário, dos pacientes com doenças e transtornos.

Esse requisito serviu de base para a análise dos conhecimentos e das competências a serem desenvolvidos pelos futuros pediatras a partir da formação na residência médica em pediatria. Dentre as disciplinas que abordam o desenvolvimento infantil, na disciplina de pediatria social, dentre os objetivos específicos do R1 e do R2, espera-se que, no final do estágio, o residente amplie seus conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil, entre outros, o crescimento e desenvolvimento infantil. No entanto, deixa de ser especificado o que é visto e aprendido dentro dessas temáticas. Além disso, são realizadas, uma vez por semana, discussões sobre os casos atendidos, textos teóricos e discussões temáticas. Na literatura científica, é ressaltado que esses conhecimentos são fundamentais para que o pediatra realize a vigilância do desenvolvimento.

Relembrando, a vigilância do desenvolvimento é uma ação preventiva e possibilita a detecção de atrasos no desenvolvimento. Entretanto, o reconhecimento da vigilância do

desenvolvimento no campo da pediatria social é recente (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012; RATIS; BATISTA-FILHO, 2004). Esses aspectos dizem respeito a puericultura, que fazem parte das ações básicas de saúde e de um cuidado e de uma atenção integrais à saúde da criança (ZANOLLI; MERHY, 2001). Tem-se como compreensão que o conhecimento é fundante para a prática clínica no que diz respeito a vigilância do desenvolvimento infantil, visto que a falta de conhecimento sobre esse tema impacta negativamente na vigilância do desenvolvimento (FIGUEIRAS *et al*., 2003).

Na disciplina de saúde mental e atenção à saúde infantil - Unidade Básica de Saúde - Puericultura e Pediatria, única disciplina do terceiro ano que aborda conteúdos do desenvolvimento infantil, visa ampliar os conhecimentos dos residentes sobre diversas temáticas envolvidas na saúde infantil, como o desenvolvimento infantil. Esse objetivo corrobora com estudos que enfatizam a relevância do aprendizado centrado na prática em atenção básica, promovendo experiências e vivências relacionadas a complexidade da atenção primária (PUGA; BENGUIGUI 2003; PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). Prearo, Rizzato e Martins (2011, p. 1049) apontam que "[...] a Atenção Básica, como cenário de ensino, favorece a formação de um profissional conhecedor das necessidades de saúde de uma população", além de favorecer a aprendizagem referente a prevenção e a promoção da saúde e desenvolver um cuidado integral em saúde. Nesse mesmo estudo, as autoras afirmam que a integralidade na assistência às crianças está relacionada a não fragmentação da criança, ou seja, considerar a criança na sua totalidade, tendo um olhar centrado em sua experiência e não na doença ou no diagnóstico.

De modo específico, na disciplina de saúde mental, os estágios são realizados no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS-I) da cidade e no ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas (HC) ligado a universidade, em que os residentes participam do grupo psicoterapêutico infantil e das consultas em psiquiatria. O objetivo geral dessa disciplina é de entender o desenvolvimento emocional e comportamental e como isto pode afetar a criança, o adolescente e sua família em diferentes fases da vida; bem como, saber identificar comportamentos anormais e os recursos terapêuticos para seu enfrentamento e encaminhamento.

Identificou-se nessa disciplina uma especificação dos aspectos do desenvolvimento infantil a serem aprendidos, a saber, os aspectos emocional e comportamental. Ademais, é apontado que os residentes devem conhecer estes aspectos do desenvolvimento dentro do que é esperado, do que é tido como "normal". No documento, é, somente, mencionado que o residente tem que saber identificar os comportamentos anormais. Pressupõe-se então, que

conhecendo o desenvolvimento típico, os residentes estariam aptos a perceber e a identificar aspectos ou sinais que desviam do esperado. Como pontua Noer e Halpern (2018, p. 157), para o pediatra estar apto a identificar precocemente atrasos ou desvios no desenvolvimento, "é fundamental que tenha conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que servirá de base para comparação com alterações e doenças relacionadas". Além disso, pela primeira vez, é mencionado no programa que os residentes devem conhecer os recursos terapêuticos existentes para o cuidado e intervenções aos pacientes que apresentam um desenvolvimento atípico. Nota-se a importância de o residente estar instrumentalizado para o atendimento e estar capacitado para orientar de forma adequada os familiares do paciente.

Na disciplina de neonatologia o conteúdo sobre o desenvolvimento foi encontrado na seção de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). No segundo ano de residência, uma das atividades previstas é a discussão de temas e de aula-relâmpago pré-ambulatório que abordam, dentre outros tópicos, o desenvolvimento humano. Dentre os conhecimentos fundamentais dessa disciplina está o desenvolvimento neuropsicomotor e seus desvios. Assim, nota-se, de início, que são apresentados e considerados fundamentais para o repertório de conhecimentos do pediatra em formação os conteúdos sobre o desenvolvimento em seus diferentes aspectos: neurológico, psicológico e motor, além do conhecimento sobre alterações no desenvolvimento. Entretanto, não há especificações ou detalhamento do que é visto e abordado. É oportuno destacar que os conhecimentos sobre o desenvolvimento neuropsicomotor são considerados como a base para uma boa prática de vigilância e de puericultura, visto que o monitoramento do desenvolvimento infantil permite a identificação de atrasos, alterações e transtornos (ISQUIERDO, 2020).

Na disciplina de medicina do adolescente, dentre os diferentes conhecimentos que o residente precisa adquirir, está o conhecimento da evolução do desenvolvimento cognitivo. Essa disciplina foi a única que mencionou o aspecto cognitivo do desenvolvimento. Apesar dessa seção não ser apresentada e descrita de forma elaborada, pode-se pensar na importância desse conhecimento quando se fala da importância da identificação precoce dos transtornos do desenvolvimento. Na literatura científica é apontado que a identificação de atrasos no desenvolvimento se dá principalmente pele detecção de comprometimento motor e menos por alterações de linguagem e cognitivas (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; LEVY; HYMAN, 1993). Diante disso, ressalta-se a importância de uma maior ênfase na formação no que se refere aos aspectos relacionados ao desenvolvimento cognitivo, para que nas consultas pediátricas, esses profissionais possam estar preparados para identificar precocemente possíveis atrasos.

Na Categoria 2, dentre as habilidades e atitudes que os residentes devem desenvolver durante sua formação na residência médica, a CNRM estipula como requisitos mínimos a execução da anamnese pediátrica, do exame clínico completo, incluindo medidas antropométricas e psicomotoras (R1); estar atento e responsivo a sinais não verbais (R2); reconhecer e tratar os problemas mais prevalentes de saúde mental e distúrbios do comportamento (R3). Dessa maneira, entende-se que existe uma preocupação e a intenção de se formar residentes que estejam aptos a reconhecer, durante os atendimentos, os sinais de alerta que possam indicar um atraso no desenvolvimento.

Na disciplina de pediatria social, dentre as habilidades que o residente deve desenvolver, no primeiro e no segundo ano, deve considerar em sua prática, a abordagem da interação mãe-bebê no desenvolvimento emocional da criança. Com efeito, sabe-se que o estabelecimento do vínculo mãe-bebê é uma base fundamental para oferecer segurança e proteção para o desenvolvimento infantil (PERRELLI *et al*., 2014). Essa habilidade está relacionada a um dos objetivos específicos no R1, propostos pela SBP, em que o residente tem de valorizar o vínculo mãe-filho para o crescimento e desenvolvimento da criança. Ademais, no segundo ano de residência, um dos objetivos gerais do estágio é que residente domine os

> instrumentos adequados que possibilitem o atendimento à clientela pediátrica e do adolescente, considerando a Saúde Integral (biopsicossocial), aperfeiçoando a compreensão da relação família-criança-comunidade, a anamnese, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e propostas de condutas nos principais setores da Pediatria: crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, estado nutricional, vacinação e saúde mental, de acordo com a Pediatria ampliada (SBP, 2015, p. 61).

Nesse objetivo é apontado a importância de se considerar a saúde de maneira ampla, considerando os aspectos biopsicossociais. O desenvolvimento infantil é multidimensional e se dá de forma contínua e em interação com o mundo e os outros (OPAS, 2005). Nesse sentido, no final do segundo ano, o residente deve conhecer os instrumentos existentes e adequados para a prestação da assistência aos pacientes e, assim, estar apto a utilizá-los quando entender que há necessidade. Referente à puericultura e a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil, utiliza-se o termo de vigilância estruturada quando recorre a instrumentos estandardizados tanto para triagem como para a avaliação do desenvolvimento (NOER; HALPERN, 2018). Ademais, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) salienta que uma das metas das consultas pediátricas é a realização de avaliações, usando instrumentos e escalas, e a detecção de problemas relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor. Espera-se que o residente saiba como proceder e quais condutas ele deve ter relacionadas ao

desenvolvimento neuropsicomotor. Entretanto, no documento, não é especificado como esse profissional deve conduzir os atendimentos nem quais são as condutas e os procedimentos que devem ser realizados.

Dados do Tratado de Pediatria corroboram com o exposto, ao afirmar que o pediatra deve estar habilitado

> para abordar, com competência, essa demanda [vigilância do desenvolvimento], 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.

Nas atividades teórico-práticas, além da avaliação, o residente deve poder discutir sobre o desenvolvimento neuropsicomotor com o detalhamento do diagnóstico, a conduta e o encaminhamento do paciente. Essa temática é central na formação teórica e prática dos pediatras, visto que entre as crianças de 3 a 17 anos existe um risco de cerca de 5% delas não atingirem o seu pleno desenvolvimento neuropsicomotor (ISQUIERDO, 2020). Desse modo, a vigilância e a triagem do desenvolvimento devem ser realizadas nas consultas pediátricas. O estudo de Isquierdo (2020), identificou que a maioria dos residentes não usa instrumentos de avaliação do desenvolvimento, o que é recomendado pela literatura científica e pela SBP.

Em vista disso, nota-se a importância da formação do residente, uma vez que ele deve ser capaz de prestar assistência integral a saúde dos pacientes, estando apto a avaliar o desenvolvimento infantil, em seus aspectos neuropsicomotores. Sendo o TEA considerado um transtorno do desenvolvimento neurológico, este transtorno deveria fazer parte das discussões e avaliações pediátricas. Referente à questão do encaminhamento, uma atitude que o residente deve ter, é ser capaz de reconhecer as situações que necessitem encaminhamento para outras especialidades médicas ou para serviços especializados. Moreira *et al*. (2015) ressaltam que uma das habilidades que o pediatra deve ter é reconhecer e realizar o encaminhamento adequado de pacientes para uma avaliação com profissionais capacitados. Estas habilidades devem ser realizadas, rotineiramente, nas triagens do desenvolvimento, recorrendo a instrumentos validados que permitem a identificação de sinais de alerta para o TEA e as condutas de seguimento (HARDY *et al*., 2015).

Para desenvolver essas habilidades e condutas, o programa de pediatria social tem como estratégia a passagem do residente por diversos locais que oferecem serviços e cuidados à população pediátrica, a saber o ambulatório de puericultura, o ambulatório de pediatria genética, o ambulatório de desenvolvimento do Hospital das Clínicas (HC); os ambulatórios de

neuropediatria, o Centro de Saúde Escola (CSE), os Centros de Educação Infantil (CEI), as Unidades Básicas de Saúde da cidade e os programas sociais de apoio à criança e ao adolescente.

Assim, entende-se que o residente em pediatria tem a possibilidade de estar em contato e desenvolver as habilidades esperadas da residência médica em diversos âmbitos, ou seja, na saúde, na educação e na promoção social. Apesar de o programa apresentar os diferentes locais que o residente tem que passar, no cronograma das atividades, todos não são apresentados com o mesmo detalhamento. O local que menos tem informações e detalhamento é o ambulatório de neurologia pediátrica, em que os residentes passam em estágio. É somente indicado que o residente deve acompanhar e realizar atendimentos nos ambulatórios de neuropediatria da instituição.

Sabe-se que a neuropediatria é responsável pelos atendimentos de pacientes com transtornos mais complexos do desenvolvimento (FLORES; SMEHA, 2013). Esta é a especialidade pediátrica responsável pela avaliação e acompanhamento de crianças com TEA, visto que esses profissionais são especializados no desenvolvimento neuropsicomotor (SBP, 2019). Entretanto, verificou-se que não há no documento do programa, que foi disponibilizado, uma disciplina de neurologia pediátrica, sendo que esta é a subespecialidade responsável pela assistência e cuidado às crianças com TEA.

Além dos estágios nos ambulatórios de neuropediatria da instituição, o programa normalmente prevê, no terceiro ano, um estágio de duas semanas em neurologia infantil em uma universidade pública do estado de São Paulo. Contudo, em razão da pandemia da COVID-19, os residentes não puderam fazer esse estágio. Nesse sentido, pode-se deduzir que houve uma perda nas aprendizagens teóricas e práticas sobre o TEA.

Por outro lado, para ilustrar as atividades na área da educação, nas visitas ao CEI, os residentes, tendo como preocupação a realização de ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde das crianças, devem promover atividades com foco no crescimento e desenvolvimento infantil. Essa atividade se enquadra no requisito da CNRM em que o residente deve identificar e criar oportunidades para a prevenção e a promoção da saúde.

Ao abordar a puericultura, Fernandes (2017), ressalta que uma das habilidades do pediatra para a pediatria no século XXI é a educação em saúde. Queiroz e Jorge (2006) salientam que existe na atenção à saúde da criança, uma relação importante entre a educação e a promoção da saúde. Cabe relembrar que a promoção à saúde dos pacientes é uma missão do pediatra tanto no contexto familiar quanto na comunidade. Essa atividade descrita no programa pode ser compreendida como uma estratégia que contribui para a conscientização dos futuros

pediatras sobre a importância da promoção da saúde, aproveitando das consultas para exercer ações educativas e preventivas (SBP, 2004).

Na disciplina de saúde mental e atenção à saúde infantil, o residente tem que ser capaz de realizar avaliações da interação mãe-bebê no desenvolvimento psicossocial da criança e fazer uso, de maneira adequada, dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança em seu contexto biopsicossocial. Aqui, nota-se, novamente, a importância de considerar e de avaliar a relação da criança com a mãe.

É oportuno incluir os pais nas consultas, principalmente na vigilância do desenvolvimento, indagando a opinião deles referente ao processo de desenvolvimento da criança. Cabe ao pediatra ter esse olhar para o contexto familiar e pensar em oferecer, juntamente a uma equipe multidisciplinar, apoio psicossocial aos familiares (CARVALHO, 2017). Por fim, na disciplina de saúde mental, uma das habilidades que o residente deve desenvolver, no último ano, é a de avaliar o espectro do desenvolvimento do comportamento normal e anormal. Segundo Fernandes (2017), uma das habilidades básicas do pediatra é conferir os marcos do desenvolvimento infantil. Apesar de não ser informado no programa quais são os instrumentos para a realização dessas avaliações, entende-se que faz parte da formação dos residentes de pediatria o desenvolvimento e a aprendizagem de habilidades de avaliação do desenvolvimento infantil.

Acresce a isso que a avaliação do desenvolvimento infantil exige o conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil típico e uma vigilância continuada nos primeiros meses e anos de vida, com intuito de reconhecer atrasos ou alterações (LOURENÇÃO; BRUZI, 2020). Desse modo, pode-se pressupor uma aproximação com a temática do TEA, pois este pode ser notado a partir da identificação de sinais de alerta que mostram um desvio no desenvolvimento esperado. Em outras palavras, conhecendo o desenvolvimento típico, o residente precisa ser capaz de perceber e de identificar sinais que desviam do que é esperado.

No programa de residência medicina em pediatria, nas atividades ambulatoriais da neonatologia, os residentes têm a oportunidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos recém-nascido (RN), tendo contato e se aproximando dos problemas mais frequentes da prática pediátrica. Através desse acompanhamento o residente pode desenvolver as habilidades para a assistência médica. Assim, percebe-se a ênfase da aprendizagem na residência médica na aprendizagem pela prática, pela prestação de atendimento aos pacientes.

Nesse mesmo contexto, se oferece ao residente a oportunidade de habilitar-se no exame neurológico evolutivo, aprendendo a identificar desvios do que é esperado, bem como a necessidade de atuação de equipe multiprofissional. Uma das atitudes que o residente de

primeiro ano deve ter é a valorização do trabalho em equipe multidisciplinar para a abordagem adequada dos casos mais complexos (BRASIL, 2016).

Identificou-se, igualmente, que a aprendizagem é focada no residente, visto que este tem um papel ativo e é responsável pela sua formação. Através dos termos: “oportunidade” e “habilitar-se”, de uma certa maneira, depende de o residente aproveitar da ocasião para desenvolver suas habilidades. Segundo Skare (2012, p. 2) uma das estratégias de aprendizagem na residência médica é que o aprendizado seja “associado à percepção das escolhas e sentimento de independência, e requer um clima de trabalho receptivo”.

No segundo ano, os residentes passam na pediatria genética, em que um dos objetivos específicos é a realização da anamnese, do exame físico e neurológico, englobando a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças e adolescentes que têm algum transtorno ou doença.

Em vista disso, constatou-se que a temática envolvendo o desenvolvimento neuropsicomotor é abordada em diversas áreas da pediatria, durante a residência, logo pode-se dizer que os residentes têm oportunidades de desenvolver habilidades e atitudes relativas a esta temática, particularmente no que diz respeito a avaliação. Fernandes (2017), ao apresentar as habilidades básicas do pediatra, aponta que, nas consultas de puericultura, o pediatra tem que estar habilitado a avaliar e monitorar o desenvolvimento neuropsicomotor. A avaliação do desenvolvimento infantil é fundamental para a detecção de riscos e atrasos no desenvolvimento infantil (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES, 2015). Outra competência a ser desenvolvida na formação do pediatra é o reconhecimento de situações que necessitem de encaminhamento para outras especialidades médicas ou para atendimento pediátrico especializado.

Para ambas as competências, os pediatras precisam de uma base teórica que permita, em um primeiro momento, que conheçam os marcos do desenvolvimento infantil, o TEA e suas características. Assim, estando preparados, eles podem reconhecer e identificar os sinais de alerta do TEA e encaminhar para as subespecialidades pediátricas.

Cabe pontuar que ao analisar a temática do desenvolvimento humano, os resultados demonstram que o programa da residência médica tem uma compreensão abrangente sobre o desenvolvimento infantil, considerando os diferentes aspectos do desenvolvimento, a saber o desenvolvimento físico/motor, emocional/psíquico, social e cognitivo/neurológico. Além disso, adotam uma abordagem de saúde integral, que considera a criança em sua totalidade, ressaltando a importância de considerar o contexto biopsicossocial. A proposta da pediatria social, ao enfatizar a importância da integralidade da assistência, diz que se faz necessário que

o pediatra, em sintonia com toda a equipe de saúde, assuma a chamada “pediatria contextual”, na qual ele precisa conhecer não somente a criança, mas a escola e a comunidade na qual ela está inserida, ou seja, a criança em seu contexto.

Entretanto, os conteúdos relacionados aos diferentes aspectos do desenvolvimento infantil mencionados acima que foram encontrados nas cinco disciplinas analisadas é apresentado de forma vaga e superficial. Em alguns itens só se encontra a menção do termo desenvolvimento, sem nenhuma explicação e detalhamento, fazendo com que não seja possível saber o que é visto e o que não é abordado. Por exemplo, não é apresentado de forma detalhada o que é ensinado e visto sobre o desenvolvimento emocional e psíquico. Desse modo, constata-se que o documento é generalista.

Diante disso, cabe trazer uma discussão sobre o fato de o documento apresentar os conteúdos de forma bastante generalista, o que não é caso somente desse curso, mas dos cursos de especialização e de graduação de modo geral. De um lado, pode-se indagar se esses documentos educacionais e institucionais dariam conta de abordar tudo e de forma aprofunda? Será ser essa a função das instituições de ensino? Por outro lado, esses documentos educacionais são generalistas para se ter uma amplitude dos conteúdos abordados e para também dar conta da diversidade de assuntos e temas que devem ser abordados. O que se observa nas diversas profissionais é que o estudante e profissional vai se especializando na área que pretende estudar conforme ele vai avançando na trajetória escolhida. É nesse sentido que a formação continuada se torna importante. Em outras palavras, a graduação e no caso da medicina a primeira residência ela oferece uma base para os estudantes e na sequência, eles vão se aprimorando naquilo que pretendem se especializar.

Por outro lado, sendo os documentos mais amplos, permite uma maior liberdade e autonomia aos professores de ministrar, trazer e trabalhar os conteúdos para as disciplinas. Nesse sentido, pode-se pensar em duas possibilidades. De um lado, o professor pode colocar conteúdos no plano de ensino e não os ministrar nas aulas. Por outro lado, e o que pode ser provável de acontecer, é o professor ministrar conteúdos que não estão presentes no plano de ensino, buscando trazer documentos e informações sempre atualizadas. Desse modo, pode-se questionar se as políticas educacionais institucionais não se distanciam da prática.

Observou-se uma heterogeneidade na elaboração dos planos de ensino, visto que os termos utilizados para descrever as categorias dos elementos nas disciplinas não são os mesmos e nem todas as disciplinas contam com os mesmos tópicos. Esses dados corroboram com o estudo de Barba (2007) que ao investigar as grades curriculares de cursos de residência médica em pediatria no estado de São Paulo, identificou que três dos sete cursos não apresentaram de

forma detalhada os tópicos do plano de ensino. No entanto, é oportuno destacar que o Ministério da Educação, em suas diretrizes, não determina como devem ser descritas as grades curriculares dos programas de residência médica, deixado uma certa liberdade a cada programa (BRASIL, 2003). Entretanto, se questiona se não seria interessante ter essa padronização dos conteúdos dos planos de ensino.

Outro ponto que chamou a atenção na análise do documento foi que no terceiro ano da residência, a partir do documento analisado, os residentes têm uma disciplina que aborda conteúdos do desenvolvimento infantil. Saliente-se ainda que, no documento da SBP (2015) sobre os requisitos mínimos para terceiro ano no programa de residência médica, não há menção do desenvolvimento infantil em nenhum campo: conteúdo programático-teórico, conteúdo programático-prático e competências.

Então, compreende-se que os conteúdos referentes ao desenvolvimento infantil se concentram nos dois primeiros anos da residência. Entretanto, ao final do terceiro ano de residência médica, o residente deve estar apto a "prestar atendimento integral à saúde da criança e do adolescente" (BRASIL, 2016, p. 7). Vale relembrar que a integralidade é um dos pilares da atenção básica do SUS e a integralidade do cuidado em saúde está relacionada, entre outras coisas, com a promoção e a prevenção de agravos da saúde, que são responsabilidade dos pediatras no acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil (DE SOUZA *et al*., 2012; BRASIL, 2016).

Referente às atividades práticas, foi mencionado anteriormente que o enfoque dos programas de residência médica está nas aprendizagens pela prática, que representam 80-90% da carga horária. Entretanto, considerando as seções: ambulatórios e atividades, que correspondem aos contextos de aprendizagem pela prática, o conceito de desenvolvimento infantil está presente em somente duas das disciplinas (neonatologia e pediatria social), o restante se concentra nos objetivos. Estudos vêm apontando um deficit na formação acadêmica referente à assistência a esses pacientes e, de modo específico, um deficit nas aprendizagens práticas, em conhecer as condutas e em como lidar com pacientes com TEA (MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al*., 2017; BULIGON; KUIAVA; BARELLI, 2018).

Sabe-se que a compreensão e as avaliações do TEA estão relacionadas com o desenvolvimento infantil e que para identificar os sinais de alerta é preciso conhecer os marcos do desenvolvimento. Vimos que o tema do desenvolvimento infantil é abordado em diferentes áreas da formação pediátrica, porém a temática do TEA não aparece no documento que foi disponibilizado. Apesar do documento apresentar temáticas que estão relacionadas ao TEA de forma implícita, como o conhecimento sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e seus

desvios ou o conhecimento sobre o espectro de desenvolvimento do comportamento normal e anormal, não foi identificado no programa de residência médica em pediatria nenhum conteúdo que aborde direta e explicitamente ao TEA. É oportuno mencionar que tanto o documento da CNRM como o da SBP não mencionam o TEA.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos requisitos mínimos para o programa de residência médica em pediatria da SBP são indicadas algumas competências relevantes para a prática médica relacionada ao TEA. Dentre as competências apresentadas, o médico residente deve ser capaz de realizar atendimento das doenças e dos transtornos mais prevalentes na infância e abordar com a família as alternativas de tratamento.

Considerando que a literatura científica aponta, nas últimas décadas, um aumento da prevalência desse transtorno, os pediatras devem ser capazes de atender, explicar, orientar e fornecer orientações ao paciente e aos familiares, visto que eles acompanham os pacientes nos primeiros meses e anos de vida e que é responsabilidade desses profissionais realizar o acompanhamento e a vigilância do desenvolvimento infantil e, consequentemente, identificar possíveis atrasos no desenvolvimento. Reconhecer sinais de alerta para o TEA, entraria nessa situação.

Assim, compreende-se a importância dos conhecimentos e competência aprendidos e desenvolvidos na formação, como capacitação para que esses profissionais estejam preparados para realizar uma busca ativa, realizar o monitoramento do desenvolvimento infantil e terem um olhar mais atento aos sinais precoces, podendo identificar sinais de alerta para o TEA permite a identificação precoce, favorecendo, assim, a estimulação e as intervenções precoces (SIQUEIRA; PRAZERES; MAIA, 2020). Flores e Sheha (2013) apontam que para que se identifique atrasos no desenvolvimento é necessário que o pediatra esteja sensibilizado para tal, o que implica que ele deve ter conhecimentos sobre os marcos do desenvolvimento infantil. O estudo de Honigfeld, Chandhok e Spiegelman (2012) chegou a esta mesma conclusão, o ensino minucioso e detalhado sobre o desenvolvimento infantil é uma estratégia promissora para uma mudança do comportamento dos pediatras em suas práticas e contribui para que os pediatras realizem a triagem do desenvolvimento nas consultas de puericultura.

O objetivo geral da pesquisa em tela visou analisar a formação dos residentes de pediatria sobre o TEA e de forma específica, o objetivo do estudo 1 buscou investigar os conteúdos curriculares do Programa de Residência Médica em Pediatria, de uma universidade pública do estado de São Paulo, identificando aspectos curriculares relacionados ao TEA e ao desenvolvimento infantil. A partir da análise do programa de residência médica em pediatria, identificou-se: 1) que falta uma padronização na estrutura e na organização dos conteúdos dos planos de ensino que compõem o programa de três anos de residência médica; 2) não se

encontrou menção direta sobre o TEA; 3) referente ao desenvolvimento infantil, o conteúdo analisado é pouco detalhado; 4) há baixa menção de aspectos relativos ao desenvolvimento infantil nas seções voltadas às atividades práticas, que são o foco dessa formação.

Esses aspectos dificultaram tanto a análise, como a compreensão do funcionamento da residência médica e da estrutura do documento em geral. Assim, pelo fato de os conteúdos relativos ao desenvolvimento serem apresentados de forma vaga e pela ausência de descrição dos tópicos sobre o desenvolvimento infantil, não foi possível ter uma compreensão conclusiva dos conteúdos curriculares ministrados ao longo da residência. Então, pode-se concluir que a análise documental foi parcial, visto que os dados disponíveis no documento são superficiais e o conteúdo referente ao desenvolvimento infantil é tratado de modo geral e sem detalhamento.

Considerando que o conhecimento é a base para uma boa a prática, surge um questionamento sobre o quão preparados os residentes estão para o atendimento às crianças com TEA. Dessa maneira, levantam-se questionamentos sobre a relação entre a formação e a prática dos pediatras. Tendo em vista que os futuros pediatras parecem não ter explicitamente tais conteúdos em seus cursos de especialização, como os aplicarão em sua prática futura? Será que tais conteúdos mesmo ausentes no documento do programa de residência são ministrados pelos docentes? Alerta-se aqui, por não ter sido encontrada menção sobre o TEA no programa, a necessidade de incluí-lo de modo formal, para que esse transtorno, que é o mais prevalente dos transtornos do neurodesenvolvimento, faça parte dos conteúdos curriculares da residência, visto a sua importância na formação do pediatra.

Por fim, o presente estudo traz contribuições para o seu campo de conhecimento, porém apresenta algumas limitações que merecem ser consideradas. Trata-se de um estudo realizado em um único programa de residência médica em pediatria de uma cidade do inteiro paulista, sendo a amostra não representativa de outros programas de residência médica em pediatria, o que limita a generalização dos dados obtidos. Nesse sentido, os achados deste estudo devem ser considerados com cautela, visto que podem não representar outras instituições de formação. Além disso, o estudo se baseou única e exclusivamente em um documento, que foi o documento disponibilizado pelo departamento de pediatria. Acresce a isso que não foram realizadas entrevistas com os supervisores da residência médica em pediatria, nem com docentes do programa, não permitindo ter uma compreensão geral sobre a presença das temáticas estudas na residência médica em pediatria e a formação dos residentes de pediatria sobre o TEA.

Com base nos resultados desse estudo, sugere-se que outros se interessem pelo processo de ensino e aprendizagem em outras residências médicas em pediatra, visto que esse

processo é pouco estudado pela comunidade científica, favorecendo enxergar possíveis lacunas que possam ser trabalhadas para que esses profissionais recebam formação teórica e prática adequada que os preparem e instrumentalizem para a uma sólida condução de sua prática pediátrica.

FERÊNCIAS ESTUDO 1

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.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

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

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.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

AUSTRIACO, K. *et al*. Contemporary trainee knowledge of autism: how prepared are our future providers?. **Frontiers in pediatrics**, v. 7, p. 165, 2019. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2019.00165.

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.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Decreto n. 8.368, de 02 dezembro de 2014**. Regulamenta a Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF, [2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/ decreto/ d8368.htm>. Acesso em: 10 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, DF: 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. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2020.

_____. **Residência médica em pediatria com duração de três anos.** Proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília, DF. 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 CNRM n. 003, de 2016**, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF. MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/95541-resolucao-3-2003/file >. Acesso em: 25 de maio de 2020.

_____. **Resolução n. 1, de 29 de dezembro de 2016**, que 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.

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.

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.

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.

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

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.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA. **Programa de Residência Médica - 3 anos de Pediatria**, 2018.

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.

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.

FENIKILÉ T. S. *et al*. Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. **Primary health care research & development**, v. 16, n. 4, p. 356-366, 2015. DOI: https://doi.org/10.1017/S1463423614000449.

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.

FIGUEIRAS, A. C. de M. *et al*. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1691-1699, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2007.

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.

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

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.

GOMES, F. *et al*. O ensino médico na atenção primária em pediatria: um Programa para os Residentes no Centro de Saúde-Escola da FMUSP. **Pediatria (São Paulo)**, p. 52-59, 2001.

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.

HONIGFELD, L.; CHANDHOK, L.; SPIEGELMAN, K. Engaging pediatricians in developmental screening: the effectiveness of academic detailing. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 42, n. 6, p. 1175-1182, 2012.

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.

ISQUIERDO, L. de A. **Monitoramento de desenvolvimento neuropsicomotor em um ambulatório de pediatria geral.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Pediatria) - Serviço de Pediatria do Hospitalde Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020.

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.

JOHNSON, C. P. *et al*. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 120, n. 5, p. 1183-1215, 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2361.

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.

LEVY, S. E.; HYMAN, S. L. Pediatric assessment of the child with developmental delay. **Pediatric Clinics of North America**, v. 40, n. 3, p. 465-477, 1993.

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.

LOURENÇÃO L. F. de P.; BRUZI, F. A. F. Aplicação e utilização do Teste Denver II na avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, 2020.

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.

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. **Anales de Pediatría. Elsevier Doyma**, Espanha, p. 329-336, 2017.

MAZO, R. **Ensino de arquitetura e concepção de professores sobre acessibilidade, inclusão social, desenvolvimento humano e deficiência**. 2010. 154f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, 2010.

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

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.

MONTEIRO, S. A. *et al*. Screening and referral practices for autism spectrum disorder in primary pediatric care. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, 2019. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2018-3326.

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. de S. S. *et al*. Reflexões acerca do ensino de pediatria no século XXI: o cenário brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 339-343, 2015.

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.

NOER, C.; HALPERN, R. O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. **Residencia Pediátrica**, v. 8, n. 3, p. 156-162, 2018.

NUNES, D. B.; SIMEÃO, E.; PEREIRA, O. A prática da pesquisa documental em Psicologia. **Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação.** v. 13, n. 1, p. 339-359, 2020. DOI: https://doi.org/10.26512/rici.v13.n1.2020.29608.

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.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtorno do Espectro Autista**. OMS, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em 08 de julho de 2021.

_____. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. OMS, 2021. Disponível em: < https://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2013/si_desenvolvimento.pdf>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

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. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0035-1557172.

PERRELLI, J. G. A. *et al.* Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, p. 257-265, 2014.

PUGA, T. F.; BENGUIGUI, Y. **Ensino de pediatria em escolas de medicina da América Latina,** Washington, D.C.: OPAS, p. 60-60, 2003.

PREARO, A. Y.; RIZZATO, A. B. P.; MARTINS, S. T. F. O ensino de pediatria na atenção básica em saúde entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: a visão dos médicos supervisores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 1039-1052, 2011.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 10, p. 117-130, 2006.

RATIS, C. de A. S.; BATISTA FILHO, M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 44-53, 2004.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. *In*: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2003. p. 76-98.

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.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SÃO PAULO. **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.

_____. **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.; GRETHER, 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.

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. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd- v8i9.1250.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, v. 14, n. 2, 2012.

SIQUEIRA, B. N. L.; PRAZERES, Á. C. de L. F.; MAIA, A. M. L. Rs. Os desafios do Transtorno do Espectro Autista: da suspeita ao diagnóstico. **Residência Pediátrica, Rio Grande do Norte**, v. 0, n. 339, 2020.

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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA [SBP]. **Requisitos mínimos para o programa de Residência em Pediatria**. 2015. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf >. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

_____. **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.

_____. **Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista**. Documento científico - Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, n. 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.

VELDEN, H. F. V.; LEITE, L. P. Método de pesquisa da temática deficiência nos currículos de psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 3, p. 497-507, 2013.

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

ZANOLLI, M. de L.; MERHY, E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2001.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, p. 594-599, 2012.

ESTUDO 2 – Percepções, conhecimento e práticas dos residentes em pediatria sobre os marcos de desenvolvimento e sinais de TEA

Objetivos

Buscou-se verificar o conhecimento dos residentes em pediatria de uma universidade pública do interior de São Paulo 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.

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas e em cada uma delas são apresentadas as seções da trajetória metodológica, dos resultados e da discussão, e considerações finais. Na sequência, as considerações finais gerais compreenderam ao estudo como um todo.

1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1.1 Etapa 1 – Conhecimentos e práticas sobre os marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA

1.1.1 Delineamento

Esse estudo se caracteriza como quantitativo, exploratório-descritivo, classificando-se como levantamento de campo, visto que se buscou uma aproximação com a realidade de estudo (GIL, 2017). De modo específico, a investigação se deu junto aos sujeitos envolvidos no fenômeno que se buscava compreender.

1.1.2 Amostra

Os participantes da pesquisa são os residentes da pediatria de uma universidade pública do interior paulista. No momento da pesquisa, o programa de Residência Médica em Pediatria contava com 51 residentes, sendo 17 residentes no 1º ano (R1), 17 no 2º ano (R2) e 17 no 3º ano (R3). Relacionado a seleção da amostra, foi decidido incluir na pesquisa somente os

residentes do terceiro ano de residência (R3) por serem concluintes do programa, o que garante que já tiveram dois anos completos de pediatria geral e contato com a disciplina de pediatria social e os diferentes estágios nas especialidades pediátricas, em particular na psiquiatria e na neurologia. Salienta-se a disciplina de pediatria social, pois ela conta com um estágio cujo um dos objetivos específicos é ampliar os conhecimentos teórico-práticos sobre temas relacionados à saúde infantil: crescimento e desenvolvimento, saúde mental da criança e do adolescente e as doenças mais comuns no atendimento ambulatorial. O estágio dessa disciplina é de dois meses e o residente desenvolve a prática pediátrica nos seguintes locais: o ambulatório de puericultura, o ambulatório de pediatria genética, o ambulatório de desenvolvimento do Hospital das Clínicas (HC); os ambulatórios de neuropediatria, o Centro de Saúde Escola (CSE), os Centros de Educação Infantil (CEI), as Unidades Básicas de Saúde da cidade, os programas sociais de apoio à criança e ao adolescente (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, 2018).

A pesquisadora comunicou-se, por meio dos contatos institucionais, via endereço eletrônico, com todos os R3 matriculados na residência médica em pediatria da instituição. Nesse momento, os participantes foram informados dos objetivos, dos procedimentos de participação e sobre o respeito dos critérios éticos na condução da pesquisa, em acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Após a concordância em participação, firmada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em que os participantes manifestaram a concordância (item obrigatório) – no início do formulário. Os participantes foram convidados a responder um questionário autoaplicável, disponível no formato *Google Forms.*

1.1.3 Coleta de dados

Foi aplicado de forma virtual e autoaplicável o "Questionário dos conhecimentos sobre os marcos de desenvolvimento típico e sinais de alerta para TEA", elaborado por Ranalli (2017), pois esse instrumento avalia aquilo que a presente pesquisa buscava identificar, a saber, os conhecimentos de profissionais da área da saúde sobre o desenvolvimento infantil e sinais de alerta para o TEA.

Esse instrumento foi elaborado no quadro da pesquisa de mestrado da autora, intitulado "Impacto de um modelo de capacitação sobre sinais precoces de autismo para profissionais de Unidades Básicas de Saúde que prestavam serviço de Atenção Primária". O objetivo do estudo foi de verificar as mudanças em conhecimentos, atitudes e práticas de 55 profissionais da

Atenção Básica de Saúde, em Itatiba-SP, sobre os marcos do desenvolvimento infantil e sinais precoces de TEA em função de um curso de capacitação.

O questionário configura-se numa escala *Likert* composta por 29 afirmações distribuídas em duas partes. A primeira parte composta por 21 itens, tem como propósito a identificação dos marcos esperados do desenvolvimento infantil e os sinais de alerta para TEA na primeira infância, principalmente entre os 0 e 48 meses. Para cada item são estabelecidas cinco opções valorativas de resposta, que variam de discordância total a concordância total, como ponto mediano de resposta: "Nem concordo, nem discordo".

Segundo a autora, essas afirmativas foram construídas com base nas orientações dispostas no documento "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)" do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). A segunda parte, composta de oito afirmativas, busca avaliar as atitudes e as práticas em relação às crianças com sinais de alerta para TEA, sendo apresentadas quatro opções de resposta: "Nunca ou raramente", "Às vezes", "Frequentemente", "Muito frequentemente". O instrumento passou por um processo de validade de conteúdo no critério de juízes, sendo estes profissionais especialistas sobre o TEA e avaliaram as questões com base de critérios de objetividade, clareza e precisão (RANALLI, 2017).

É oportuno mencionar que foram acrescentados itens no início do instrumento citado, com a intenção de obter dados gerais para levantar o perfil dos sujeitos da pesquisa (Anexo C).

Os itens do questionário foram distribuídos em dois grandes grupos, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos itens em função das áreas

Áreas do questionário	**Itens**
1. Marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA	1- 21
2. Atitudes e práticas em relação a criança com sinais de alerta para TEA	22 - 29

Fonte: Ranalli, 2017.

1.1.4 Procedimentos de análise

A análise das informações, obtidas com a aplicação do questionário, se deu a partir das duas áreas apresentadas na Tabela 1. Para o tratamento e a análise das respostas empregou-se a técnica de análises descritivas, com a construção de distribuições de frequências percentuais,

com o intuito de resumir os dados para facilitar a compreensão de suas características e dos dados coletados.

Referente a correção das respostas, dependendo do item, foram consideradas as duas primeiras ou as duas últimas respostas. Para a opção “Nem concordo, nem discordo” foi considerada neutra, não sendo atribuído valor. Nesse sentido, dependendo da informação, a resposta correta se localizava nas duas primeiras ou nas duas últimas alternativas. Para os itens da Parte II, não se fala de acertos e de erros, mas em respostas esperadas. Desse modo, buscou-se obter um escore de pontuação para os itens do questionário (RANALLI, 2017).

1.2 Etapa 2 – Percepções dos residentes de pediatria sobre o processo de formação acerca do TEA

1.2.1 Delineamento

Considera-se que o método vai além da instrumentalização e a operacionalização, pois possibilita apreender o fenômeno nos processos que o constituem, visando o entendimento da sua totalidade, uma vez que se busca a “[...] própria constituição do sujeito, produzindo um conhecimento que se aproxime do concreto, síntese de múltiplas determinações” histórico-culturais produzidas na relação entre sujeito e realidade (AGUIAR; OZELLA, 2013, pp. 300-301).

De natureza qualitativa descritiva-analítica, a segunda etapa buscou obter explicações e interpretações sobre o fenômeno que se desejava conhecer. Referente à pesquisa qualitativa, González-Rey (2003) relata que a sua adoção favorece a compreensão da constituição e a dinâmica dos processos de subjetividade, buscando explorar e conhecer os significados e sentidos que os sujeitos atribuem ao fenômeno estudado.

1.2.2 Amostra

Participaram desse estudo oito residentes do terceiro ano da Residência Médica em Pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo, que foram contados inicialmente por endereço eletrônico e, posteriormente, por questão de preferência, por WhatsApp. É oportuno informar que o total de residentes do terceiro ano (R3) no referido curso é de 17 residentes. Houve uma perda de metade dos residentes que participaram da etapa 1 da pesquisa.

Diante dessa perda, pode-se pensar em alguns vieses: por estarem no final do curso, tendo que apresentar TCC, aplicando e fazendo provas para subespecialidades pediátricas e mudando de cidade; falta de motivação e interesse pela temática do TEA e do desenvolvimento. De fato, notou-se que alguns dos participantes da etapa 2 tinham interesse em trabalhar na área de puericultura e uma tinha interesse pessoal sobre a questão relacionada ao TEA.

Para a identificação dos sujeitos foram escolhidos nomes fictícios que começam com a letra R, fazendo referência ao termo "Residente", garantindo as questões de sigilo.

1.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados se constituiu na realização de entrevistas semiestruturada, com a adoção de um roteiro norteador, composto por 16 questões, elaborado para essa pesquisa. As questões do roteiro pautaram-se nas temáticas: a) conhecimento sobre o TEA; b) formação na residência; c) assistência às crianças com TEA (Apêndice B).

É oportuno ressaltar que a entrevista tem um caráter de interação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa e enfatiza a importância da linguagem e o significado da fala, possibilitando a obtenção direta e imediata das informações desejadas (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 1994). Se escolheu a entrevista semiestruturada, pois esta permite ao participante comentar e desenvolver sobre suas experiências, através de um relato interativo e fluído (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999; LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Antes da coleta de dados, propriamente dito, foi conduzido um estudo-piloto, entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, com duas residentes do segundo ano da residência médica em pediatria da mesma instituição. A finalidade foi experimentar a adoção do roteiro da entrevista e verificar sua consistência para obtenção dos objetivos do estudo, bem como possíveis lacunas ou a necessidade de reformulações e/ou complementações. Verificou-se que alguns itens do roteiro estavam repetidos, o que permitiu enxugá-lo um pouco, o roteiro passou de 18 itens para 16. Em suma, não houve necessidade de grandes alterações e os ajustes foram feitos para a aplicação final.

Foram agendados os encontros virtuais como os R3, que se deram de forma semelhante, por endereço eletrônico ou por WhatsApp, respeitando a preferência. Alguns responderam prontamente o contato e agendaram as entrevistas e, para os demais, foi enviado novamente o convite. As entrevistas foram agendadas em data e horário de acordo com a disponibilidade dos participantes.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência. Após contato e concordância em participação, firmada no TCLE, atendendo as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram agendadas as respectivas entrevistas. A realização das entrevistas ocorreu de forma individual, via plataforma digital do *Google Meet*, sendo gravadas após consentimento das participantes, para serem na sequência transcritas e tiveram duração pouco mais de 30 minutos.

No início das entrevistas, a pesquisadora apresentou brevemente a pesquisa e os objetivos do estudo, além de enfatizar a liberdade do sujeito e a garantia do sigilo.

Durante as entrevistas, a pesquisadora lia cada questão do roteiro e aguardava o sujeito articular sua resposta de forma livre. Contudo, quando o residente dizia que não havia compreendido, foi utilizado terminologias similares.

1.2.4 Procedimentos de análise

Partimos das considerações de Minayo (1994), que diz que a metodologia se constrói e se articula a partir das concepções teóricas sobre as quais elaboramos, tratamos e analisamos os dados. Nessa etapa foram adotadas como bases teórico-metodológicas preceitos da Psicologia Histórico-Cultural, pois se apoia na compreensão de que a constituição do fenômeno em estudo é marcada pela relação dialética entre sujeito, o social e a história. Para se aproximar dessa realidade, foi escolhido um método de análise que desse conta dessa complexidade e dos processos de mudança. Segundo Zanella *et al*. (2007, p. 28), o que se buscou na análise foi "conhecer os movimentos do sujeito nas relações que este estabelece e, ao mesmo tempo, as condições dessas mesmas relações que possibilitam a emergência de algumas possibilidades para os sujeitos em relação". Em outras palavras, o processo de apreensão do movimento almeja a compreensão da totalidade do fenômeno.

Com efeito, para a compreensão dos relatos e da concepção dos sujeitos, se fez necessário percorrer e entender a formação dos conceitos, a função da palavra e a construção de significados. A priori, entende-se que as relações humanas e a significação são construídas e elaboradas na relação dialética com a realidade, através da linguagem, que se configura como essencial na constituição humana (AGUIAR; OZELLA, 2006). Considerando que o sujeito é um ser fundamentalmente histórico e social, e que sujeito e a realidade se constituem um ao outro, se compreende que os relatos analisados revelam a realidade que é "recombinada e objetivada em cada pessoa que se apresenta, assim, como expressão, e ao mesmo tempo fundamento dessa mesma realidade" (ZANELLA *et al.*, 2007, p. 28). A partir da compreensão

da relação dialética entre indivíduo e sociedade somos conduzidos a olhar para a dialética entre o singular, particular e universal. Como apresentado por Oliveira (2001, p. 1) “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”.

Nesse sentido, considerando complexidade do fenômeno, em movimento e em construção se escolheu um método que analise as unidades, com o intuito de interpretar o fenômeno na sua maior complexidade, buscando captar a relação, as articulações e o nexo entre os diversos elementos que o compõem (ZANELLA *et al.*, 2007; RIBEIRO, 2019). O método de análise por unidades proposto por Vigotski, se faz pertinente uma vez que, as unidades “[...] não perdem as propriedades inerentes ao todo que devem ser objeto de explicação, senão que encerram em sua forma mais simples e primária essas propriedades do todo que tem motivado a análise” (VIGOTSKI, 1991, p. 288). A análise por unidades é, portanto, mediada por abstrações e contém as propriedades do todo e as múltiplas determinações (RIBEIRO, 2019).

Especificamente, foi realizada a análise do pensamento e da palavra. Como explica Molon (2008, p.61), “a unidade do pensamento verbal reside no significado das palavras, que, por sua vez, é o critério de existência da palavra, ou seja, é mais que a palavra, é uma palavra com significado, portanto, é uma palavra significada”. A palavra, que é um signo representa a “apreensão do ser, pensar e agir do sujeito” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226). Ao se interessar sobre o processo de significação é primordial considerar a relação dialética entre pensamento e palavra. “O pensamento se realiza na palavra e esta ganha significado pelo pensamento” (MOLON, 2008, p. 61). Assim, para que possamos entender o pensamento como processo, temos que passar pela palavra significada e fazer o caminho inverso, tendo compreendido o significado da palavra, buscando entender o pensamento (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Para realizar a análise das unidades lançou-se mão da proposta metodológica dos núcleos de significação, uma vez que a palavra significada é considerada uma unidade do pensamento verbal e da fala intelectual, unidade constituída na articulação dialética entre o pensamento e a linguagem (VIGOTSKI, 1991; AGUIAR; OZELLA, 2006).

Os núcleos de significação têm como intuído instrumentalizar a pesquisadora a apreender o pensamento e a constituição dos significados e sentidos elaborados pelo sujeito inserido em uma realidade com a qual ele se relaciona (AGUIAR; OZELLA, 2006, 2013). É oportuno ressaltar que para Aguiar e Ozella (2006, p. 228) a apreensão dos sentidos significa apreender as “expressões do sujeito muitas vezes contraditórias, parciais, que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele”.

O processo de análise foi pautado em três momentos: o levantamento de pré-indicadores, a sistematização de indicadores e a sistematização dos núcleos de significação.

No primeiro foram feitas leituras flutuantes das transcrições das entrevistas, para se familiarizar com os conteúdos. Essas leituras permitiram o contato mais direto com o material, além de destacar e organizar o mesmo, com o propósito de levantar os pré-indicadores. Aguiar e Ozella, (2013, p. 309) explicam que os pré-indicadores são "trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, carregam e expressam a totalidade do sujeito. Portanto, constituem uma unidade de pensamento e linguagem". Dessa maneira, se entende os pré-indicadores como construções sociais, ou seja, a fala e o discurso do sujeito são marcados e mediados por aspectos culturais e históricos que influenciam o processo de significação da realidade (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015). Para a elaboração dos pré-indicadores, se considerou a frequência, a importância, as ambivalências e insinuações presentes nas falas. Entretanto, o critério básico para o levantamento dos pré-indicadores é que eles contribuam para a compreensão do objetivo do estudo.

No segundo momento foi realizada a sistematização dos indicadores e dos conteúdos temáticos, através de uma análise sintética, que, consiste no processo de aglutinação dos pré-indicadores em temas mais amplos, os indicadores. Esse processo tem como critérios a similaridade, a complementaridade e a contraposição (Apêndice C). Segundo Aguiar, Soares e Machado (2015, p. 68), o que se busca é "apreender o modo pelo qual os pré-indicadores se articulam, constituindo as formas de significação da realidade". Nesse processo, é necessário voltar ao material e buscar trechos que ilustram e esclarecem os indicadores estabelecidos, pois é no contexto que eles têm seu significado. Nesse sentido, a elaboração dos indicadores é um movimento sintético de articulação da parte com o todo (AGUIAR; OZELLA, 2013; AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015).

Todo esse processo culminou no terceiro momento que incidiu na elaboração dos núcleos de significação, desvelando a essência do conteúdo expresso pelo sujeito, se aproximando assim da zona dos sentidos. Os núcleos de significação representam os aspectos essenciais e as determinações que constituem a maneira de pensar, sentir e agir desses sujeitos (AGUIAR; OZELLA, 2006, 2013).

Por fim, a análise dos núcleos, propriamente dita, ocorreu pela articulação intra e internúcleos, com a finalidade de apreender o movimento dos sujeitos, revelado nas semelhanças e contradições. Nesse processo complexo, "os núcleos são integrados no seu movimento, analisados à luz do contexto do discurso em questão, à luz do contexto sócio-histórico, à luz da teoria" (AGUIAR; OZELLA, 2006, p.231).

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Dos 17 residentes do último ano de pediatria que responderam ao questionário, tinha-se que a conclusão da graduação se deu entre 2016 e 2017. Dez dos participantes estudaram em universidades públicas e o restante em instituições privadas. Todos eles ingressaram no programa de residência em 2018. A média de idade é de 29 anos e se observou um predomínio de residentes do gênero feminino (76%).

Um dado que já de início chama a atenção é que não existe uma unanimidade nas respostas referente a presença de disciplina ou de aula sobre o TEA na formação de pediatria, pois 53% (9) afirmaram que não tiveram aula sobre o TEA durante a residência. Os oito participantes que responderam positivamente (47%) a essa questão, relataram que tiveram contato com a temática no ambulatório de neuropediatria e na pediatria social.

Outro dado que vale ser destacado é que em 20 dos 21 itens da primeira parte do questionário, o que representa uma parcela bastante expressiva dos participantes (95%) responderam "nem concordo, nem discordo", podendo esse dado indicar que eles não sabiam ou não tinham muita certeza da resposta.

Para apresentar os dados provenientes das respostas dadas aos itens do "Questionário dos conhecimentos sobre os marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA" (RANALLI, 2017) foram elaboradas duas Tabelas, a primeira referente a área 1 e a segunda, os itens da área 2. Na Tabela 1 são apresentados os totais de acertos referente aos marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA, sendo assim, o fato de não considerar a opção neutra como erro não interferiu nesses dados.

Tabela 2: Nível de conhecimento sobre os marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA

ITENS	Total de acertos	
	N	%
Entre os 24 e os 36 meses, os brinquedos são usados com frequência para imitar as ações dos adultos como,por exemplo, dar mamadeira para a boneca imitando a mãe, falar ao telefone igual ao pai, etc.	17	100
Nos primeiros 6 meses as crianças brincam com os objetos, geralmente,	16	94

mordendo-os, batendo, atirando, sacudindo.		
Crianças entre 6 e aproximadamente 12 meses não conseguem brincar sozinhas, necessitam da participação e de muita insistência dos adultos.	15	88
As brincadeiras de "faz deconta" iniciam por volta dos 24 meses, mostrando-se de maneira mais clara por volta dos 36-48 meses. Por exemplo, brincadeiras de casinha, de trânsito, deescolinha e de outras atividades cotidianas.	15	88
A linguagem no período entre 24 e 36 meses, se apresenta apenas como repetição, a criança não consegue ter uma conversa por simples que seja.	15	88
Crianças entre 6 e 12 meses apresentam comportamentos que dão a impressão de que elas estão se comunicando, como por exemplo, prestar atenção ao cuidador, gritar e balbuciar.	15	88
Somente a partir dos 36 meses de idade crianças apresentam comportamentos de apontar para mostrar coisas que despertam sua curiosidade e interesse.	14	82
Entre os 24 e os 36 meses, as interações sociais são comprometidas, pois a criança não inicia espontaneamente comportamentos de apontar e mostrar objetos.	14	82
As crianças entre 24 e 36 meses não gostam de brincar com outras crianças, ignoram ou até mesmo se afastam. Podem limitar-se a observarem a distância outras crianças brincando.	13	76
Entre 12 e 18 meses, as brincadeiras não são exploratórias, as crianças focam apenas em algumas partes do objeto e não exploram suas funções e características, como por exemplo, usarum carrinho para rodar.	13	76
Por volta de 10 meses as crianças costumam explorar as diferentes propriedades dos brinquedos através das características destes, por exemplo, textura, cheiro, sons, etc.	12	71
A criança entre 18 e 24 meses não apresenta fala própria apenas repetição de falas de outras pessoas.	11	65
Por volta dos 6 meses de idade crianças prestam mais atenção nos objetos que nas pessoas.	9	53
Expressões faciais que refletem o estado emocional da criança, por exemplo, arregalar os olhos, ficar com vergonha, expressar surpresa, entre outros comportamentos semelhantes observam-se a partir dos 36 meses.	9	53
Aos 36 meses as crianças gostam de propor brincadeiras com outras crianças da mesma faixa etária.	9	53
Entre os 12 e 18 meses a criança desenvolve mais a fala, apresentando maior repertório de palavras e construindo frases mais elaboradas.	7	41
Os primeiros indicadores de interação social na criança aparecem a partir dos 6 meses, por exemplo, fazer contato visual, pedir colo e imitar gestosde beijo.	6	35
Crianças entre 24 e 36 meses, apesar de não ser fluente na língua materna, conseguem produzir a maioria dos sons por meio da repetição, como por exemplo cantar e recitar poesias.	6	35
Entre 3 e 6 meses a criança tende a ficar em silêncio ou emitir gritos aleatórios.	6	35
Ao nascer, não é possível identificar a causa do choro, mas aos 3 meses já se pode perceber se o choro é por birra, fome ou outros motivos.	5	29
Entre 18 e 24 meses a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém quando isso for para satisfazer alguma necessidade imediata dela, como por exemplo, mostrar uma caixa para que o adulto a abra e pegue algum brinquedo de dentro dela.	5	29

Fonte: Elaborada pela autora.

Uma primeira observação, bastante positiva, que pode ser feita é que dos 21 itens, 15 (71%) tiveram acertos por mais da metade dos residentes nos itens sobre conhecimentos dos marcos esperados de desenvolvimento e dos sinais de alerta para TEA. Na sequência, abordou alguns dos itens que chamaram a atenção seja por níveis altos de acertos ou aqueles que tiveram menores porcentagens de acerto.

O item que teve 100% de acerto está relacionado ao brincar e a exploração de brinquedos, mais especificamente, o item refere-se ao conhecimento do residente sobre o comportamento de imitação no brincar. Nota-se que outros itens relacionados ao mesmo aspecto tiveram porcentagens elevadas de residentes que acertaram, sendo a mais baixa de 53%. Esse último item que teve uma porcentagem mais baixa está relacionado a interação social com outras crianças e ao comportamento de iniciativa em dar o primeiro passo.

De fato, as crianças entre 24 e 36 meses gostam de brincar perto de outras crianças, mesmo que não diretamente com elas, e demonstram interesse por elas, se aproximando, tocando e deixando se tocar, entre outras coisas. A ausência desse comportamento representa um sinal de alerta para o TEA, visto que essas crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância (BRASIL, 2014). Alguns autores indicam que uma das características de crianças com TEA relacionadas ao brincar é a preferência por objetos e não pessoas e tem tendência a um brincar solitário ao invés de brincadeiras coletivas (BERNERT, 2013; CIPRIANO; ALMEIDA, 2016; SBP, 2019). Um documento da SBP (2004) apresenta uma tabela com os marcos esperados do desenvolvimento para cada idade. Referente a interação social, a tabela indica que aos 36 meses, a criança participa de jogos e de brincadeiras. Assim, dentre os itens sobre essa temática está presente um importante aspecto que é a interação social, seja com outras crianças ou um adulto, que houver um deficit pode se caracterizar como um sinal de alerta para o TEA.

Dois itens que estão relacionados a exploração dos brinquedos remetem a uma característica presente em algumas crianças com TEA, a saber um brincar, geralmente repetitivo e não funcional, por exemplo comportamentos de alinhar brinquedos ou girar objetos. O DSM-5 ao apresentar o critério A - Deficits persistentes na comunicação social e na interação social, indica que as pessoas com TEA apresentam dificuldades em compartilhar brincadeiras imaginativas e em fazer amigos (APA, 2013). Em vista disso, pode-se afirmar que os residentes em pediatria têm um bom nível de conhecimento referente as características do brincar e da exploração de brinquedos.

De outro lado, é interessante se concentrar nos itens que tiveram porcentagens mais baixas de residentes que acertaram, para pensar em quais marcos esperados de desenvolvimento

e sinais de alerta para TEA os residentes encontraram dificuldade. Somente seis itens dessa primeira parte do questionário tiveram poucos residentes que acertaram. Observa-se que esses itens abordam temáticas em torno da linguagem e da comunicação. Um aspecto que não teve muitas respostas corretas refere-se aos itens sobre o desenvolvimento da linguagem, por exemplo, o item sobre a emissão de sons e de balbucios. Um dos marcos do desenvolvimento da linguagem é que, nos primeiros seis meses, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nessas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador. Entretanto, se a criança tem tendência a ficar em silêncio e/ou a manter os gritos aleatórios sem a presença do cuidador, seria um sinal de alerta para o TEA (BRASIL, 2014). Assim, como os outros aspectos do desenvolvimento, as alterações da linguagem devem ser identificadas precocemente por meio das avaliações do desenvolvimento nas consultas pediátricas.

Nesse sentido, é a partir do conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento da linguagem que é possível verificar que tudo está ocorrendo do modo esperado e identificar se há alterações ou deficits (MAXIMINO *et al*., 2009; MEDEIROS, 2016). Esse último estudo, encontrou que a maioria dos residentes entrevistados tem conhecimento básico das alterações da comunicação infantil e o desenvolvimento da linguagem. Os autores salientam que um dos papeis do pediatra, além de conhecer sobre os marcos do desenvolvimento, ele deve orientar os pais sobre a estimulação da linguagem. Os resultados da pesquisa de mestrado de Ferreira (2006) mostraram que um dos índices mais baixos de acertos corresponde a linguagem.

Referente ao item sobre as expressões faciais, metade dos participantes acertaram. De modo geral, é entre 12 e 18 meses que a comunicação é acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças, por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento (BRASIL, 2014). As expressões faciais fazem parte da comunicação entre as pessoas e estão relacionadas aos estados emocionais. Sabe-se que as crianças com TEA apresentam dificuldades em reproduzir expressões faciais (RODRIGUES, 2018). De acordo com o DSM-5 (APA, 2013, p. 50) uma das manifestações dos deficits na comunicação e na interação social são “deficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, por exemplo, [...] deficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal”.

Outro item que poucos residentes acertaram está relacionado a conhecimentos sobre o desenvolvimento da fala. Entre 12 e 18 meses surgem as primeiras palavras, no início mais por repetição e, por volta dos 18 meses, a criança começa a fazer os primeiros esboços de frases.

Caso a criança não apresente as primeiras palavras nesta faixa de idade, isso pode indicar um sinal de alerta para o transtorno. Como indicado no item, as crianças, entre 24 e 36 meses cantam e podem recitar versos ou poemas. Se as crianças recitam os versos, cantam de forma aleatória ou repetitiva, pode indicar um sinal de alerta para o TEA. Além disso, um comportamento repetitivo na linguagem é a ecolalia, a repetição em eco de palavras ou sons imediata ou tardia (MERGL; AZONI, 2015).

Segundo Zanon, Backes e Bosa (2014), uma das razões que explica a identificação e o diagnóstico tardio do TEA está relacionada a limitações relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre alterações ou dificuldades no desenvolvimento da linguagem. O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, incluindo aspectos da linguagem e da comunicação, é imprescindível visto que permite comparar com alterações ou atrasos, permitindo, assim, que o pediatra encaminhe o paciente para realizar os acompanhamentos especializados o mais cedo possível (MAXIMINO *et al.*, 2009; MEDEIROS, 2016).

Novamente nesses itens, nota-se que alguns envolvem igualmente a interação social. Um item que chamou bastante atenção, pois somente seis residentes acertaram esse item (35%), diz respeito dos primeiros sinais de interação social no bebê e é indicado como exemplo o contato visual. Esse é um dos sinais de alerta para o TEA presente desde o primeiro ano de vida e uma das primeiras coisas que os pais notam, o olhar vago, o baixo contato visual e não manter olhar sustentado (SBP, 2019; SBP, 2004).

Outro marco do desenvolvimento, a partir dos seis meses, é as crianças começarem a apresentar comportamentos de imitação, como o gesto do beijo. Este é um sinal de alerta para o TEA, visto que essas crianças podem apresentar dificuldades ou ausência desses comportamentos (BRASIL, 2014). Um sinal de alerta para o TEA em bebês é a dificuldade no que é conhecido como os comportamentos antecipatórios, por exemplo, estender os braços e fazer contato visual para pedir colo (MANETTI; FERREIRA-FILHO, 2018).

Por fim, identificou-se dois itens que tiveram as porcentagens de acerto mais baixas (29%), um está relacionado à comunicação, de modo mais específico, o item avalia o conhecimento referente as especificidades do comportamento em relação à identificação das intenções comunicativas por meio do choro. Sendo o pediatra o profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação do desenvolvimento, eles devem ter conhecimentos não somente sobre o desenvolvimento infantil geral, mas sobre o desenvolvimento da linguagem e os aspectos comunicativos da criança (PRATES; MARTINS, 2011). O segundo item verificou os conhecimentos sobre a atenção compartilhada, ou seja, a habilidade de compartilhar experiências com um interlocutor.

A SBP (2015) afirma que no final do segundo ano de residência médica, o residente em pediatria dever estar apto a integrar os conhecimentos necessários para avaliar o processo de desenvolvimento infantil. Vale ressaltar que a atenção compartilhada é um dos indicadores que permite a identificação precoce do TEA. Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL, 2014), entre os 15 aos 18 meses, a criança apresenta o comportamento de apontar para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações. Portanto, a ausência desse comportamento de atenção de compartilhamento consiste em um dos indicadores de TEA.

Diante desses resultados, é possível concluir que os residentes de pediatria, de modo geral, foram muito bem na primeira parte do questionário e pode-se se afirmar que eles têm um nível muito bom de conhecimento sobre os marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA. De modo específico, eles apresentam mais conhecimento sobre aspectos do desenvolvimento relacionado ao brincar, comparado com aspectos do desenvolvimento da linguagem e da comunicação. Relembra-se que uma das funções do pediatra é o acompanhamento e vigilância do desenvolvimento em todas as fases do desenvolvimento, particularmente nas consultas de puericultura. Assim, pode-se afirmar que esses futuros pediatras receberam uma boa formação sobre os marcos do desenvolvimento e os seus desvios.

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

ITENS	**N**	**%**
Sinto-me seguro (a) quando atendo um bebê e sei mostrar para aquela família que está tudo dentro das etapas do desenvolvimento.	16	94
Quando uma mãe me relata que seu bebé parece estranho e que não parece olhar muito para ela, eu faço uma investigação mais cuidadosa sobre outras características do desenvolvimento.	16	94
Encaminho para um profissional mais especializado uma criança de 36 meses quando percebo que existe atraso ou alteração de linguagem.	15	88
Imagine que uma mãe lhe diz que o bebê dela de 36 meses não está falando nada e não responde a brincadeiras que ela faz. No atendimento, você tenta brincar com ele e, caso também não observe essa resposta, encaminha para algum profissional especializado para avaliação.	15	88
Quando atendo uma família com um bebê de até 36 meses tenho segurança em explicar sobre as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor.	11	65
Sinto-me seguro (a) ao explicar para uma família que quando o filho ainda	10	59

não fala aos 28 meses, pode estar apresentando algum indicador de atraso de linguagem.		
Peço ajuda de outros profissionais quando um bebê de 24 meses não brinca com outras crianças.	5	29
Quando percebo que um bebê não faz troca com adultos, não consegue corresponder a brincadeiras como "Cadê você? Achou!", eu me sinto seguro em dizer para a família que ele tem provavelmente um indicador de alteração no seu desenvolvimento.	3	18

Fonte: Elaborada pela autora.

Primeiramente, é oportuno relembrar que para esses itens não se fala em acertos e erros, mas em respostas esperadas. Nessa segunda parte do questionário, verificou-se que em seis dos oito itens (75%), mais da metade dos residentes deram a resposta esperada. Os dois primeiros itens da tabela correspondem as atitudes esperadas que os residentes devem ter nos atendimentos e consultas pediátricas. Destaca-se que somente um dos participantes assinalou não ter segurança em mostrar aos familiares que a criança se encontra no esperado referente as etapas do desenvolvimento e a investigar de maneira minuciosa e completa o desenvolvimento do paciente.

Sabe-se que a formação é fundamental para fortalecer os conhecimentos de pediatras sobre o desenvolvimento infantil e seus desvios, permitindo o desenvolvimento da segurança e autonomia nos encaminhamentos a atendimentos especializados. Dulmen e Holl (2000) enfatizam que as aprendizagens durante a formação na residência médica em pediatria podem influenciar o desempenho profissional futuro. Outro estudo corrobora com o exposto, destacando que para o pediatra ser competente na identificação precoce de atrasos no desenvolvimento, é fundamental que tenha conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que serve de base para comparação com alterações e possíveis transtornos (NOER; HALPERN, 2018). Nesse sentido, a partir dos resultados positivos dessa segunda parte, pode-se afirmar que os residentes receberam uma boa formação e que trazem conhecimentos teóricos e práticos visto que eles relatam ter as atitudes e práticas esperadas.

Esses dados são promissores visto que o monitoramento do desenvolvimento infantil durante as consultas de puericultura tem um caráter preventivo para acompanhar o desenvolvimento infantil. Além disso, permite identificar crianças cujo desenvolvimento é atípico.

Outro aspecto que vale abordar relacionado ao segundo item da tabela diz respeito a como os pediatras se comportam às queixas e as preocupações que os cuidadores apontam. Esse item apresentou uma alta porcentagem de respostas esperadas (94%), somente um dos

residentes não respondeu o que era esperado. Esse resultado é bastante importante e positivo, pois demonstra que esses futuros pediatras, de um lado, consideram a fala e as preocupações dos pais e, por outro lado, eles relatam ter o cuidado de realizar investigação mais cuidadosa.

Referente a prática de encaminhar a criança para um profissional especializado, a maioria dos residentes afirma ter essa prática. É oportuno mencionar que para o pediatra encaminhar os pacientes para consultas e seguimento com as especialidades pediátricas, é imprescindível que eles percebam algum atraso no desenvolvimento ou algum sinal de alerta do TEA, ou seja, é preciso que ele tenha o conhecimento e faça a detecção. De acordo com a SBP (2015), uma das competências a serem desenvolvidas no primeiro ano da residência em pediatria consiste em reconhecer situações que necessitem de encaminhamento para as especialidades médicas ou para atendimento pediátrico especializado. Desse modo, os resultados vão ao encontro desses pontos mencionados, demonstrando que eles receberam uma formação que os capacitou e que eles, de uma certa forma, sabem da importância do trabalho de uma equipe multiprofissional nos cuidados em saúde. Além disso, esse encaminhamento para profissionais e serviços especializados com ênfase na estimulação é essencial visto que a criança tem maior probabilidade de obter ganhos nos marcos do desenvolvimento (SCHARF; SCHARF; STROUSTRUP, 2016).

Entretanto, verificou-se que o item relacionado aos sinais de alerta relativos ao brincar, somente cinco dos residentes deram a resposta esperada referente a questão sobre consultar outros profissionais ao observar alterações no comportamento de brincar de uma criança. Ressalta-se que na Parte I do formulário, os itens sobre o brincar e a exploração de brinquedos tiveram mais elevadas porcentagens de residentes que responderam corretamente. Pode-se pensar que esses dados demonstram que os participantes se sentem capacitados e seguros em prestar a assistência e o cuidado necessário a essa criança, não sentido necessidade de consultar outros profissionais.

No item que avaliou a segurança do profissional em explicar para a família as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor, 65% (11) dos participantes deram a resposta esperada. O desenvolvimento neuropsicomotor é definido como o processo no qual acontecem mudanças em diferentes aspectos: físicas, cognitivas e comportamentais, a partir das interações com os outros e com o seu mundo (EYKEN *et al*., 2015). Relembramos que o conceito de desenvolvimento neuropiscomotor é utilizado diversas vezes no documento do programa de residência médica, em três disciplinas: neonatologia, pediatria social e pediatria genética, tanto relacionados a conhecimentos como a habilidades e atitudes. Sendo assim, esse dado do estudo

revela que os residentes da pediatria se sentem seguros em abordar sobre as etapas do desenvolvimento, o que demonstra que adquiriram conhecimentos sobre essa temática.

Outro item relacionado a segurança dos residentes que teve boas porcentagens de respostas esperadas (59 %) foi sobre se sentir seguro em abordar e explicar para os familiares que a criança pode estar apresentando algum indicador de atraso de linguagem. Somente em um item, teve uma porcentagem baixa (18%), somente três dos residentes se sentem seguros em falar com a família sobre um indicador de alterações no desenvolvimento, considerando aspectos interações e de brincadeira. Em um documento da SBP, é indicado que o pediatra deve se perguntar e avaliar se bebês com oito meses participa do jogo "esconde-achou". Acrescenta que se a criança não se interessa por esse jogo aos nove meses, este é um sinal de alerta do desenvolvimento e o pediatra deve tomar providência (SBP, 2004).

Em suma, pode-se constatar que os residentes de pediatria relatam ter as atitudes e das práticas dos residentes em relação à criança com sinais de alerta para TEA e eles reportam, de modo geral, se sentir seguros em realizar diversas condutas, principalmente que envolvem oferecer explicações aos pais, o que demonstra que eles têm conhecimentos sobre os marcos do desenvolvimento infantil, dados que corroboram com os resultados da parte I do questionário.

Os dados encontrados trazem resultados que vão no sentido oposto do que os estudos sobre essa temática têm encontrado. Alguns estudos destacam que a falta de preparo está relacionada com a insegurança dos pediatras referente à identificação dos sinais de alerta e em lidar com esse transtorno (SIQUEIRA; PRAZERES, 2020; VISANI; RABELLO, 2012; CHAVES, 2019). Desse modo, os dados encontrados no presente estudo são bastante positivos e apontando para o fato que esses residentes de pediatria receberam uma boa formação na residência sobre o desenvolvimento infantil típico e seus desvios.

2.2 Etapa 2 – Análise dos núcleos de significação

Após a aplicação dos questionários, foi realizada a segunda etapa, em que foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com o intuito de aprimorar e de aprofundar os dados encontrados na etapa anterior.

Referente ao perfil e a caracterização dos participantes, participaram da entrevista oito residentes do último ano de pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo. Os participantes concluíram a graduação em medicina entre 2016 e 2017. Cinco dos participantes estudaram em universidades públicas e três em instituições privadas. Todos eles ingressaram no programa de residência em 2018. A média de idade é de 28 anos e se observou um

predomínio de residentes do gênero feminino (75%). Os nomes fictícios elaborados para os participantes do estudo foram: Raimunda, Roque, Rosália, Romilda, Rúbia, Rute, Reginaldo e Rita.

Como pontuamos na trajetória metodológica, os núcleos de significação foram elaborados a partir da articulação entre os pré-indicadores e os indicadores. Como resultado desse processo de construção, foram considerados dois núcleos (Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores e núcleos de significação

Núcleos de significação	Indicadores
O processo de formação do residente acerca do TEA: apropriações e significados	1. Conhecimento sobre o TEA 2. Aprendizagens teóricas sobre o TEA 3. Aprendizagens práticas sobre o TEA 4. Função do pediatra
Implicações da formação na residência médica: constituição da prática clínica pediátrica	5. Preparação para o atendimento 7. Dificuldades e receios no atendimento 6. Assistência a crianças com TEA: conduta médica 8. Fatores que interferem na assistência

Fonte: Elaborada pela autora.

Os núcleos de significação foram elaborados tomando em conta a relação, a articulação entre os indicadores que compõem esse núcleo. Parte-se da compreensão de que cada núcleo de significação, com suas particularidades, interage tanto com a formação dos residentes em pediatria, como com a prática médica. Desse modo, é possível afirmar que os dois núcleos de significação devem ser analisados e discutidos de forma articulada, com o intuito de analisar a formação dos residentes sobre o TEA, além de apreender o pensamento e a constituição dos significados elaborados pelos sujeitos inseridos nessa realidade. Assim, buscar compreender as determinações que constituem a maneira de pensar, sentir e agir desses sujeitos.

Destaca-se que com a análise, foi sendo construída a discussão relacionando os resultados com os dados da etapa precedente e integrando estes com os conhecimentos já estabelecidos na literatura científica. A discussão pretende demonstrar a implicação, a relação entre a formação, o conhecimento e a prática clínica e verificar a percepção dos residentes do

último ano da residência de pediatria sobre o quão se sentem preparados e habilitados para o cuidado às crianças com TEA.

2.2.1 Núcleo 1: O processo de formação do residente acerca do TEA: apropriações e significados

O primeiro núcleo buscou analisar o processo de formação dos residentes da Pediatria de uma universidade pública do estado de São Paulo sobre o TEA, dando ênfase no processo de ensino e aprendizagem, buscando identificar as apropriações e os significados gerados nesse processo.

Em um primeiro momento, foi possível identificar que os residentes em pediatria, têm conhecimentos teóricos sobre o TEA, visto que eles trazem as características do TEA que são apresentadas pelo DSM-5, como os deficits na comunicação e na interação social e os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou de atividades. Dentre as características apresentadas, a mais citada foi a interação social. Os participantes mencionaram as dificuldades na comunicação social e os atrasos na fala. Outros pontuaram a dificuldade em iniciar e manter uma conversa, em trabalhar e realizar atividades em conjunto e, de forma geral, em interagir com os outros. Rosália pontuou que "o encontro com o social não é uma coisa muito fácil". Rute disse que as crianças com TEA não gostam de ser tocadas, "ela [a criança] já não gosta que você invada". Outra expressão, do deficit na interação social, mencionada foi a não realização do contato visual.

Referente a aquisição desses conhecimentos, duas das residentes relatam terem adquirido esses conhecimentos na graduação de medicina, nas disciplinas de psiquiatria e neurologia. Alguns dos residentes relatam terem adquirido esses conhecimentos na residência, principalmente no estágio da pediatria social ou na neuropediatria, mas pontuam que as aprendizagens são limitadas. Uma das participantes relata ter aprendido através de leituras e estudos realizados de forma autônoma. Essa falha no conhecimento pode estar relacionada com as queixas apresentadas mais a frente, sobre a falta de aprendizagens sobre puericultura durante a formação pediátrica. O conhecimento sobre a puericultura é imprescindível para que esses profissionais possam exercer sua função de acompanhar e realizar avaliações do desenvolvimento infantil. Para isso, é necessário ter uma formação sólida sobre os marcos do desenvolvimento para poder reconhecer sinais de alerta de atrasos no desenvolvimento (SBP, 2004).

Alguns participantes ao caracterizar o TEA, relataram comportamentos relacionados ao brincar, como o brincar sozinho, a criança ficar no mundo dela e o brincar não funcional. Como visto na etapa anterior, os resultados obtidos pela aplicação do questionário, mostraram que os itens com porcentagem mais elevadas de acertos estavam relacionados ao brincar e a exploração de brinquedos. Foram, igualmente, retratados as estereotipias, o interesse restrito, a fixação em certos objetos e a presença de movimentos repetitivos.

Somente dois dos participantes falam sobre os níveis de severidade do transtorno. Roque apontou que "existem graus muito diferentes de autismo". Reginaldo aborda o aspecto do espectro ao dizer que "o autismo não é, não é uma coisa que é oito ou oitenta, então não é tipo ou a criança não tem nada, ou ela é aquela criança autista grave, tem um meio-termo disso e muitas vezes isso não é entendido como autismo". Entretanto, ao serem questionados sobre a importância de conhecerem o transtorno, um dos residentes afirmou ser importante por conta do aumento do número de casos de crianças com TEA, da heterogeneidade do transtorno, principalmente, no que diz respeito à identificação dos casos mais leves que podem passar despercebidos ou casos que possam ser confundidos com outros transtornos. O relato de Rosália vai no mesmo sentido: "a primeira coisa que muda na assistência a essas crianças é o reconhecimento ou não, porque a gente tem casos leves que não são reconhecíveis né e as vezes são levados a diante como, sei lá, até como uma dislexia". Nesse sentido, se nota uma falha entre o que eles sabem sobre a função do pediatra e o que eles aprendem e conhecem sobre os níveis de severidade do transtorno e suas particularidades.

Considerando que somente dois participantes mencionaram os casos leves do transtorno e uma das participantes apontou a dificuldade do reconhecimento dos sinais de alerta desses casos, se questiona o quanto os pediatras estão preparados para reconhecer esses casos. A literatura científica vem pontuando, há décadas, que os casos levem passam despercebidos nas consultas pediátricas, considerando a não preparação e a falha na formação dos pediatras em reconhecer os sinais mais sutis do transtorno (STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018).

Além disso, foram mencionadas nos relatos, a seletividade alimentar e a sensibilidade sensorial, especificamente, a hipersensibilidade. Reginaldo traz que uma criança com TEA "seria uma criança mais sensível a estímulos externos, principalmente ao barulho, à agitação, ao toque, que vai ser diferente de uma criança que é típica". Romilda afirmou que as crianças com TEA têm "dificuldade de lidar com locais com muitas pessoas, locais fechados, locais barulhentos", considerando a sobrecarga sensorial. Rubia mencionou a sensibilidade a certos tipos de texturas, em que algumas pessoas no espectro não gostam de mexer na areia ou engatinhar na grama.

Foi muito pouco mencionado, de forma direta, os marcos do desenvolvimento infantil. Segundo a Rita “a criança já não começa a fazer interação social quando é pra ela começar a fazer”. Entre dois e quatro meses, já é possível observar alguns marcos do desenvolvimento relacionado a interação social, em que é esperado que o bebê responda ativamente ao contato social. Para identificar esse marco se propõe que o adulto fique à frente do bebê e converse com ele e observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” (BRASIL, 2020).

Para Rúbia qualquer perda no desenvolvimento da criança pode chamar atenção e ser um sinal de alerta para o TEA. De fato, como indicado pelo documento da SBP (2019), um sinal de alerta é a perda de qualquer habilidade já desenvolvida, isso em qualquer idade. No relato de Rute se nota uma comparação com o que é esperado: “uma criança que não, não consiga interagir com o meio da mesma forma que as outras”, mas não faz referência aos marcos do desenvolvimento. Um dos marcos do desenvolvimento entre 30 e 36 meses, é o brincar com outras crianças. Nesse sentido, é fundamental o fortalecimento da formação sobre os marcos do desenvolvimento tendo em vista a importância do papel desse profissional no monitoramento e no reconhecimento de sinais de alerta para o TEA (FERREIRA; SMEHA, 2018).

No que diz respeito a definição e a compreensão do TEA, os residentes conceituaram-no de modos diferentes: transtorno, doença, problema, diagnóstico e deficiência. Notou-se uma certa dificuldade na realização da definição do transtorno, através de pausas, de interrogações, na tentativa de formulação e reformulação da resposta, na utilização do “eu acho” ou ao pontuarem que não tinham certeza. Em alguns casos, eles traziam uma explicação, mas, logo em seguida, eles voltavam atrás, como pode-se observar na fala de Roque: “eu acho que...a falta de conhecimento dos profissionais quanto...a doen..., quanto a doença, né?...quanto ao transtorno”. Raimunda, ao ser questionada sobre como explicaria o TEA para os pais, respondeu: “nossa, não sei como eu colocaria, se eu colocaria como uma doença ou não”. Em outro de seus relatos, ela utiliza, novamente, o conceito de doença, mas se nota uma hesitação: “esse lado da parte de doença, que não é uma doença mesmo, né, é coisa que faz parte dele”. Vale ressaltar que a palavra “doença” foi utilizada onze vezes nos relatos. Diante do exposto, é possível compreender que existe uma hesitação na tentativa de elaborar uma definição do transtorno, retratando uma insegurança.

A partir dessas falas é possível fazer duas reflexões, uma sobre a importância de se considerar a relação entre o pensamento e a linguagem e, outra, que pretende contextualizar a construção desses processos. Primeiramente, ao analisar essa variação e insegurança referente à terminologia para se referir ao TEA, se nota a importância da linguagem como mediadora no

processo de ensino e aprendizagem, para que o residente, sujeito em formação, desenvolva seu pensamento e elabore seu conhecimento. Nesse processo estão presentes os significados das palavras, que são generalizações instituídas e compartilhadas. Dessa forma, as inúmeras maneiras de definir o TEA, encontradas nos relatos, demonstram que houve uma falha processo de ensino e aprendizagem, visto que os significados não foram apropriados pelos residentes. Assim, entende-se que a escolha e o uso de palavras revelam o pensamento, visto que a linguagem é a expressão do pensamento.

Em um segundo momento, considerando a pediatria inserida no campo da medicina, na área da saúde, a perspectiva, a visão dos profissionais, muitas vezes, estão atreladas aos aspectos orgânicos e biológicos e, consequentemente, a conceitos relacionados a doença. Rúbia, ao ser questionada sobre o que ela entendia sobre o TEA, respondeu que "o que eu entendo é que é um diagnóstico". Outra participante disse que entende o TEA como "uma doença, né, uma doença que tem CID [Classificação Internacional de Doenças]". Dessa maneira, o TEA é visto como um diagnóstico, um código, em que ênfase está no deficit, na falha e no corpo do sujeito. Refletir sobre as conceituações é importante visto que essas orientam as práticas (LOPEZ; SARTI, 2013). Nesse sentido, a formação desses profissionais deve proporcionar aprendizagens teóricas e práticas para, entre outras coisas, mudar a compreensão sobre o TEA. A fala de Roque retrata isso: "quando você não tem o contato com o paciente, [...] não vê como é a vida dele, dos pais, dos cuidadores, você fica meio na com visão ainda meio...meio...meio sem saber o que é, [...] baseada nos preconceitos que você já tem sabe, então com certeza acompanhar alguns casos foi importante para mudar essa visão sim".

Com efeito, em alguns relatos se observou a relação do TEA com aspectos negativos, focando nas falhas, nas dificuldades, como ilustrado na seguinte fala "por trazer muitas limitações e muitas dificuldades". Afirmações como está parecem carregar concepções de que uma criança com TEA não tem um prognóstico positivo ou que esta é fadada a uma vida com muitas dificuldades e poucas possibilidades. Outra concepção negativa que encontramos em um dos relatos fala do TEA como um problema: "acho cabe a gente ver como um problema e/ou mesmo, tipo assim, aí, eu identificar isso e passar para um profissional que saiba tratar dessa, desse problema, né" (Reginaldo).

Esses relatos, fazem sentido com as outras falas que utilizam o termo "normal". O conceito de normal remete a uma norma criada pela sociedade, que tem como intuito classificar e situar os sujeitos. Assim, aos falarmos de crianças com TEA e compará-las com crianças ditas normais, estas passam a ser, então, consideradas anormais, fazendo com que se utilize termos

como faltas e deficits (LOPEZ; SARTI, 2013). Segundo Montes e Lacerda (2019), essa divisão entre indivíduos normais e anormais se apoia nos discursos de origem biológica e médica.

Por outro lado, em algumas falas, encontram-se definições bastante interessantes sobre o TEA. Raimunda diz que uma criança com TEA "é uma criança como qualquer outra" ou ainda "não é porque tem o autismo, que ele não vai conseguir adquirir todas as coisas que qualquer outra criança tenha né, a gente só precisa adequar", nota-se aqui uma concepção que foca no que o ambiente precisa fazer e se adaptar às necessidades das crianças com TEA. Três participantes trazem um olhar diferente, em que compreendem a criança com TEA como tendo um jeito próprio de ser e estar no mundo, sem precisar categorizar e classificar: "possui uma forma diferente de estar interagindo, de estar se inteirando com as coisas" (Rosália); "acho que de modo geral é uma forma diferente de interagir com o meio e com as pessoas e assim, socialmente também" (Rute); "modo de perceber o mundo ao redor de uma forma diferente" (Reginaldo). A compreensão das particularidades de cada criança com TEA é essencial, visto que permite um olhar singular e um cuidado maior em identificar quais as necessidades e preferências de cada criança. De acordo com Silvaa *et al*. (2019, p. 2), a pessoa com TEA "tem o seu jeito de ver o mundo e suas sensações são intensas, sendo importante o estímulo e o auxílio para entender as diversas sensações; assim, o profissional precisa saber como é o mundo de uma criança autista e quais são as dificuldades".

Dito isso, é oportuno abordar alguns relatos que falam sobre a importância de o residente em pediatria conhecer sobre o TEA. Primeiramente, todos os residentes responderam que o conhecimento dos pediatras acerca do TEA é essencial. Dentre outras coisas, para que se possa identificar os sinais do TEA. Rosália, Rute e Romilda afirmam que o conhecimento sobre o TEA implica na identificação precoce, proporcionando a estimulação e a intervenção precoces. Rosália aponta que "quanto mais cedo ela for percebida, notada, acolhida e desenvolvida, melhor pra criança" e acrescenta que "quanto mais cedo melhor o reconhecimento e as estratégias pra melhorar esse desenvolvimento ao longo do tempo". A identificação precoce permite a realização de um acompanhamento e estimulações adequados, favorecendo o desenvolvimento da criança e sua qualidade de vida. Em vista disso, Roque afirma que o pediatra "tem que saber pelo menos identificar os sinais de alarme". O conhecimento sobre o desenvolvimento típico permite a identificação de possíveis alterações. Romilda falou sobre a importância de "saber o normal pra identificar o alterado". Sabe-se que a intervenção precoce contribui para a melhora do quadro clínico de TEA, a redução dos agravos e das dificuldades próprias ao transtorno, além da promoção de ganhos significativos

e duradouros no desenvolvimento cognitivo, social e emocional (SBP, 2019; REZENDE *et al*., 2020; IVANOV *et al*., 2021).

Além disso, a importância do conhecimento sobre TEA está relacionada com a prática e as condutas médicas, em saber lidar e o que fazer. Raimunda diz que os pediatras não sabem como lidar com esses pacientes. Considerando que o pediatra é o primeiro profissional da saúde a prestar assistência a essa população, ele deve conhecer o desenvolvimento infantil e suas alterações. O conhecimento está ligado, também, as características e as particularidades desses pacientes que devem ser consideradas nos atendimentos. Raimunda acrescenta que: "a gente precisa sim tentar saber o limite até onde a gente pode ir com ela". Além disso, Reginaldo pontua que os pediatras generalistas precisam saber sobre o transtorno: "a gente tem que saber pelo menos trabalhar inicialmente com uma criança autista, como pediatra geral". Estudos apontam um deficit na formação prática, nas condutas e em como lidar com tais pacientes (MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al*., 2017; CHAVES, 2020).

Na sequência, são abordados aos relatos das aprendizagens teóricas e práticas sobre o TEA na residência, para entender melhor como funciona a organização das disciplinas e a relação entre as aprendizagens e a apropriação do conhecimento.

Primeiramente, a partir dos relados, compreendeu-se que todos os residentes têm aula, juntos, uma vez na semana, no horário do almoço. Os temas abordados são escolhidos pelo preceptor da turma. Eles pontuaram que, nessas aulas, nunca foi abordado sobre o TEA.

A residência médica pode ser considerada uma atividade de estudo. Essa atividade é compreendida como mediadora entre o sujeito e o conhecimento. Nesse sentido, pode-se notar que essa organização do ensino, ou seja, a ausência de aula teórica sobre o TEA, impacta no conhecimento dos residentes. Na Psicologia Histórico-Cultural, entende-se a importância da linguagem, ou seja, das palavras, conceitos e suas explicações para o desenvolvimento do pensamento e, considerando que os residentes não tiveram nenhuma aula na residência, isso implica no desenvolvimento do pensamento desses sujeitos e, consequentemente, em seus conhecimentos (MARTINS, 2016).

Aqueles que mencionaram aprendizagens teóricas, estas ocorreram através de discussões nos estágios curriculares. Cabe pontuar que todos os residentes têm a mesma formação curricular, passando em todos os estágios práticos alternadamente. Cada estágio tem a duração de quatro semanas e diferentes grupos de residentes passam em cada estágio em momentos diferentes, mas ao final de cada ano todos cumpriram a mesma programação básica. Rute disse que no estágio de pediatria social foram realizadas discussões sobre a temática, com a equipe da psicologia, em que foram abordados o diagnóstico, o seguimento por uma equipe

multiprofissional e aspectos sobre a inclusão. No entanto, nem todos os residentes relatam terem tido discussões: “pra ser bem sincera, sabe, porque nos próprios ambulatórios da neuro que a gente roda quase, não tem parte de discussão teórica. É, é triste”.

Sabe-se que a neuropediatria é a subespecialidade responsável pelo cuidado e acompanhamento de crianças com TEA. Além disso, na universidade estudada, a Neurologia não se insere no departamento de pediatria, pois pertence ao Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Cabe mencionar que os residentes relatam que existe um distanciamento com essa subespecialidade. Raimunda diz “que o pessoal da neuropediatria é muito fechado pra oferecer aula. Eles nunca deram aula pra gente, então, é a parte triste”. Outro participante fala que essa subespecialidade não se mostra aberta, acolhedora para com os residentes em pediatria. Reginaldo pontuou que não teve discussões quando passou no estágio da neuropediatria: “mas falar que eu sentei pra discutir, isso eu não tive não”.

Desse modo, notou-se um desânimo e uma falta de motivação por parte dos residentes em pediatria em ir aos estágios da neuropediatria. Um dos participantes diz “por mais que você tá disposto a querer aprender alguma coisa, você meio que desanima”. Ainda, ao abordar esse assunto, se percebeu uma crítica ao programa da residência, uma vez que “a pediatria geral não discuti isso com a gente, eles deixam isso tudo a par da neuro, então também acho que isso é uma falha, se a gente como generalista precisa de saber disso, a gente devia discutir isso também” (Reginaldo). Assim, essa realidade e esse funcionamento dificultam as aprendizagens dos residentes.

Nesse sentido, é relevante discutir sobre a compartimentação da medicina, que pode ter repercussões negativas desde a formação até a assistência aos pacientes, visto que pela lógica da compartimentação se divide o cuidado em suas especialidades e subespecialidades e cada um tende a ficar isolado dos outros. Por exemplo, no caso do TEA e de crianças com atrasos do neurodesenvolvimento, por conta dessa separação entre as especialidades o pediatra tende a deixar para o neurologista e psiquiatra infantil as avaliações. Essa compartimentação pode estar relacionada com duas realidades: primeiramente, a formação generalista dos profissionais de saúde e, em segundo lugar, um modelo baseado nas especializações, conduzindo à valorização da superespecialização (NETO *et al.*, 2014). Desse modo, a prática da pediatria geral e da puericultura podem não ser tão atrativa para o pediatra. Ronzani (2007) ressalta que os profissionais da saúde se identificam mais com as práticas especializadas. Além disso, essa compartimentação desfavorece os espaços de troca e de partilha sobre as necessidades do paciente e as intervenções. Enfim, entende-se que essa compartimentação vai contra uma

característica importante da assistência oferecida pelo SUS, que são as equipes multiprofissionais.

Em alguns dos relatos, as discussões sobre a temática do TEA ocorreram nas disciplinas de psiquiatria e de pediatria social. Somente um dos residentes mencionou ter tido discussões na neuropediatria, porém ele pontuou ter acompanhado "residentes que tavam empenhados em me ensinar". Além disso, Rosália explica que "tem um ambulatório da neuro que é só do espectro autista, mas nem todos nós, homogeneamente, passamos nesse ambulatório, alguns passaram mais na epilepsia".

De outro lado, três dos residentes afirmaram não ter tido nem mesmo discussões sobre o TEA: "ninguém nunca sentou para explicar nada". Nesse sentido, percebe-se que o ensino sobre está temática não é sistematizado nem padronizado. É oportuno salientar que, em razão da pandemia da COVID-19, o estágio, que compõe o programa da residência, na neuropediatria em uma universidade pública do estado de São Paulo foi cancelado, sendo este estágio importante para agregar aos conhecimentos dos residentes referentes ao TEA.

Uma crítica a formação foi feita a pediatria social, disciplina responsável por abordar a puericultura. Foi destacado que os residentes são formados com conhecimentos especializados, porém terminam a residência de pediatria sem saber "as coisas básicas", como a puericultura. Costa e Guarany (2021) enfatizam a necessidade de uma melhor formação referente a puericultura, para que os pediatras conheçam sobre o neurodesenvolvimento típico das crianças. Romilda apontou que a aprendizagem sobre o desenvolvimento infantil é deficitária. Ele acrescenta que: "a parte de aprender o desenvolvimento normal da criança também é muito deficitário pra gente, então, isso também é outra coisa que a gente acaba pecando, porque a gente não tem". Nesse sentido, foi enfatizado a necessidade da adequação e de melhoria da formação em pediatria referente a puericultura, a investigação e o rastreamento do desenvolvimento infantil. Essa formação é fundamental, visto que são nas consultas de puericultura que os pediatras devem realizar a vigilância e a triagem do desenvolvimento (SBP, 2014).

Por fim, os residentes falam da importância e da necessidade de aulas teóricas sobre o TEA no programa da residência, com vistas a uma melhor formação. No que diz respeito ao processo de ensino e aprendizagem, uma residente pontuou que não aprendeu nada sobre o TEA. Para outros, esse processo foi limitado, para Reginaldo o que foi visto sobre esse transtorno foi "numa coisa muito, muito limitada que a gente viu o autismo. Mas assim, muito limitada". Romilda pontuou que seu conhecimento sobre o TEA é superficial.

Assim sendo, Rosália destacou “eu acho que é uma aula que deveria entrar como currículo, assim, tipo, dentro do nosso cronograma”. Raimunda, preocupada com a formação sobre o TEA, afirmou ser necessária uma melhor estruturação do processo de ensino, considerando que este impacta na assistência diferenciada aos pacientes com TEA. Barba (2007) afirma que o conhecimento orienta as ações e a atuação destes profissionais relacionada à vigilância do desenvolvimento. Relembramos que uma das funções do pediatra é monitorar o desenvolvimento infantil em seus atendimentos. Nesse sentido, o conhecimento é visto como uma condição para que os pediatras possam oferecer atendimentos de qualidade aos pacientes nos serviços de puericultura e realizar avaliações adequadas do desenvolvimento infantil (COSTA; GUARANY, 2021). Pontua-se que os equipamentos da atenção básica do SUS, como as UBS e o ESF são fundamentais para a identificação de casos de TEA (PAULA; BELISÁSIO-FILHO; TEIXEIRA 2014).

Identificou-se nas falas dos residentes a relação entre o conhecimento teórico e a prática clínica dos pediatras. Romilda disse não se sentir preparada para o atendimento a esses pacientes, pois não aprendeu em como abordá-los. Ela destaca: “porque a gente não tem a parte teórica e aí a gente vai no ambulatório, sem o conhecimento teórico, a gente fica super perdido”. Rúbia traz, de modo específico, preocupações sobre o aspecto sensorial: “saber lidar com esses pacientes também na questão sensorial que eu digo assim, de saber se encosta ou não”.

Dessa maneira, entende-se que a falta de conhecimento afeta não somente a identificação dos sinais de alerta do TEA, mas, também, os atendimentos e as condutas médicas. A partir da Psicologia Histórico-Cultural, compreende que o processo de ensino e aprendizagem deve impulsionar ações e desenvolve novas condutas. Em outras palavras, o processo de apropriação do conhecimento é considerado um instrumento para compreender, interpretar, interagir e agir na realidade.

Nos relatos surgiram falas sobre as aprendizagens práticas sobre o TEA. Esse conteúdo é relevante, uma vez que nos programas de residência médica predominam as aprendizagens práticas, em que o conteúdo programático-prático compõe de 80 a 90% da carga horária. Romilda pontuou que “na pediatria a gente aprende muito atendendo paciente, porque a gente atende e a gente vai discutir com o chefe sobre, sobre o paciente que a gente atendeu e aí a gente acaba aprendendo”. Relembra-se que a residência médica é um programa de treinamento e aperfeiçoamento em serviço, por meio do atendimento supervisionado ao paciente, através de atividades teóricas e experiências práticas (FERNANDES *et al.*, 2015; COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021).

A partir dos relatos, foi possível compreender que a aprendizagem prática sobre o TEA se deu, majoritariamente de forma indireta, por meio do acompanhamento e da observação dos residentes das subespecialidades, particularmente da neuropediatria. Roque afirmou que "no estágio da neuro, passa meio entre aspas". Foi possível identificar isso em diversos relatos: "A gente só acompanhava o atendimento [...] ninguém nunca sentou para explicar nada, sabe"; "Os ambulatórios de neuro que a gente passa, a gente não atende, só acompanha os residentes da neuro e... a gente não atende mesmo, é um acompanhamento só observacional assim, nada prático"; "Na neuropediatria a gente não atende, a gente só acompanha as consultas, isso acho que é uma dificuldade também, atrapalha nosso aprendizado"; "Olha, a gente não atende né [na neuropediatria], a gente só acompanha; "A gente fica parado na sala, só acompanha, estátua".

Neste sentido, nota-se que, os poucos conteúdos aprendidos se deram por meio da observação. Romilda explicou que ela "via eles aplicando esse [residentes da neuropediatria] questionário [CARS] e foi aí que eu absorvi esses conhecimentos aí, mas, nada muito aprofundado, foi vendo eles aplicarem esse questionário". Ela frisou que essa realidade é negativa para a formação do pediatra, pois atrapalha a aprendizagem prática sobre o TEA, dizendo que "na neuropediatria a gente não atende, a gente só acompanha as consultas, isso acho que é uma dificuldade também, atrapalha nosso aprendizado". Em suma, os residentes apontaram que tanto nos estágios na neuropediatra como nos estágios na psicologia, eles não conduziam os atendimentos, somente observavam, como destacado na fala de Rúbia: "não tinha uma explicação, era mais acompanhar o atendimento delas". Estudos corroboram com esses dados, ao revelarem 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). Entretanto, é oportuno mencionar que a formação em uma residência médica deve proporcionar e agregar experiências práticas, visando uma maior autonomia do profissional (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021).

Por fim, outra dificuldade apontada é o pouco conhecimento sobre os instrumentos que devem ser utilizados, o que implica em não saber aplicá-los nos atendimentos e nas consultas pediátricas. Como expresso na fala de Rosália "eu não consigo me ver aplicando questionário e falando pros país, ó é autismo". Logo, surge, novamente, a queixa referente às aprendizagens práticas, uma vez que no ambulatório, eles somente observavam a aplicação do CARS. Romilda ressaltou que o conhecimento que tinha era absorvido por observação e Rosália indicou que "eu assisti eles aplicando o questionário". Ademais, é oportuno ressaltar que o M-CHAT não apareceu no relato de nenhum residente. Em algumas vezes, quando a pesquisadora

perguntou sobre os instrumentos e se um deste era o M-CHAT, eles disseram que não e indicavam o CARS. Entretanto, sabe-se que o M-CHAT é, atualmente, o instrumento de triagem mais adequado para uso clínico, além de ser recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria durante as consultas de rotina, mesmo quando não há suspeita do transtorno (BRASIL, 2017; SBP, 2017).

Nesse sentido, percebe-se que não oferecido aos residentes muitas oportunidades de aproximação com essa temática, nem contato com pacientes com TEA. Os residentes evidenciam a necessidade de um aperfeiçoamento no ensino sobre o TEA, de aprendizagens práticas e o contato direto com esses pacientes. Rosália disse que teve no máximo três contatos com pacientes com TEA durante os três anos de residência. Os participantes sugeriram que, na residência, os pediatras em formação tivessem a oportunidade de participar de forma ativa nos ambulatórios do TEA, proporcionando, assim, aprendizagens práticas. Roque propõe o acompanhamento de casos práticos e o atendimento aos pacientes com esse transtorno. Rute destacou a importância da prática para a conduta médica, ela disse que "talvez na hora que a gente atenda, que a gente lide seja um pouco diferente". Ela complementa dizendo que "o fato de atender, não tem como substituir, a prática não é substituível, a teoria sempre é, então eu penso isso, acho que poderia ter mais oportunidades". Estudos corroboram com esses resultados, ao pontuarem que existe um deficit na formação dos pediatras, de modo específico no conhecimento relacionado à prática, às condutas e em como lidar com tais pacientes (MARTÍNEZ-CAYUELAS *et al*., 2017; CHAVES, 2020).

2.2.2 Núcleo 2: Implicações da formação na residência médica: constituição da prática clínica pediátrica

Nesse núcleo foi possível estabelecer relações com os resultados da etapa 1 e tecer uma discussão dialogada entre as duas etapas e partir do surgimento de importantes relatos dos sujeitos referente a formação e a prática clínica. A partir dos conteúdos desse núcleo foi possível analisar os significados em torno dos desafios e das inquietações reportadas. O núcleo foi estabelecido com base em quatro indicadores: a preparação para o atendimento, as dificuldades e receios na prática clínica pediátrica, a assistência a crianças e adolescentes com TEA: conduta e cuidados, e os fatores que interferem na assistência. A análise dos indicadores foi realizada de forma conjunta, visto que estes estavam interligados.

Referente à preparação para o atendimento, percebe-se através da leitura dos relatos o quanto a formação está relacionada com a prática clínica e com o atendimento. Os residentes

fazem a relação entre o conhecimento com a preparação para o atendimento essas crianças e a necessidade da adaptação no cuidado. Reginaldo pontua que “a gente tem que ter um olhar diferenciado”. Igualmente, é relatado que a falta de conhecimento afeta a prática: “acredito que justamente por eu não ter um conhecimento aprofundado sobre o autismo, é, eu saber lidar com a criança no consultório seria uma dificuldade grande” (Romilda). Cinco dos residentes ressaltaram que um dos fatores que interferem com o atendimento, com a prática clínica é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, incluindo os médicos pediatras e as falhas na formação em neurologia pediátrica durante a residência em pediatria. Rosália destaca que o primeiro fator a interferir na assistência à criança com TEA é a falta de conhecimento e isso faz com que não se perceba, não se reconheça ou faça a suspeição do transtorno. Enfatiza que “a primeira coisa que a gente tem que fazer antes de fazer o diagnóstico, é cogitar sobre ele né, se a gente não pensa sobre este diagnóstico, a gente nunca vai fazer ele”.

Outros fatores que interferem na assistência às crianças com TEA foram destacados pelos participantes, como um ambiente, calmo e acolhedor, o acompanhamento por uma equipe multiprofissional e a presença e envolvimento dos pais ou cuidadores no processo e durante as consultas. Assim, percebe-se que os residentes têm conhecimentos sobre as características do TEA, visto que entendem que o ambiente é um fator a se considerar e eles compreendem a importância de se considerar diversos fatores e agentes. Referente a equipe multidisciplinar, os residentes pontuam que ela faz a diferença para a assistência às crianças com TEA. A Rosalia pontua que “a equipe multidisciplinar, acho que é uma coisa que faz toda a diferença na assistência desses pacientes pra ter com um olhar mais completo em relação a eles. A importância da equipe multidisciplinar para a identificação e o diagnóstico, além do acompanhamento e das intervenções com as crianças com TEA (PAULA; BELISÁSIO FILHO; TEIXEIRA, 2016). Esses dados são bastante positivos visto que na área da saúde o cuidado é centralizado no médico e o pediatra é não somente porta de entrada na assistência, mas é ponte para o acompanhamento com outros profissionais. Os pediatras tendo a visão e compreensão da importância da equipe multidisciplinar favorecem um cuidado integral aos pacientes.

Em algumas das falas se verifica o sentimento de não estar preparado para o atendimento. Uma das residentes destaca: “não me sinto preparada e não aprendi como abordar.” Segundo Raimunda, ela e os outros residentes de sua turma não receberam a base teórica e, consequentemente, eles não sabem lidar com pacientes com TEA.

Estudos apontam que além da falta de preparação relatada por estes profissionais, eles ressaltam que a falta de conhecimento faz com que eles não se sintam seguros em identificar sinais de alerta para o TEA e em saber quais condutas ter com estes pacientes (VISANI,

RABELLO, 2012; FLORES; SMEHA, 2013; FERREIRA; SMEHA, 2018). Raimunda acrescenta que, na prática, "a gente só sabe encaminhar". Na etapa anterior, a maioria residentes (88%) apontaram ter como prática, o encaminhamento para profissionais especializados, ao identificarem algum atraso no desenvolvimento, o que corresponde a uma das funções do pediatra (LOHR; TANGUAY, 2012; SBP 2017).

Em um primeiro momento, o pediatra deve avaliar e identificar as necessidades do paciente para na sequência fazer o encaminhamento. De acordo com Bianchi (2021), os pediatras encaminham as crianças aos neurologistas quando suspeitam de que a criança possa ter o TEA. Três dos participantes ressaltam que, sendo o pediatra um dos primeiros profissionais a ter contato com a criança, este deve saber pelo menos identificar os sinais de alarme e saber encaminhar para um profissional especializado. De acordo com Posar *et al*. (2020), é o pediatra que primeiro deve suspeitar e identificar sinais de alerta do TEA. Rita pontua que "[...] a gente faz atendimento desde o começo né, então é muito importante que a gente saiba reconhecer e saber encaminhar". Outro participante relata que o encaminhamento é feito para que o especialista faça o diagnóstico. A fala de Rosália vai nesse sentido, ao dizer que não se considera preparada para o atendimento de pacientes com TEA, ela menciona que ela realiza encaminhamentos para especialista.

Todavia, em duas falas, é pontuado a necessidade de se saber fazer o encaminhamento para o profissional correto. Diante do exposto, os residentes têm conhecimento sobre o papel do pediatra na vigilância e na identificação de sinais de alerta e na avaliação do TEA. Para que o pediatra possa exercer sua função, ele precisa receber uma formação sólida sobre o desenvolvimento infantil, para poder identificar desvios (AUSTRIACO *et al*., 2019).

Ao analisar os trechos relacionados ao "encaminhar", alguns dos participantes apontaram um aspecto bastante pertinente da realidade do sistema de saúde. Foi feito o importante apontamento sobre o funcionamento do SUS e a falta de especialistas nas cidades de origem dos pacientes. A Rute relata que "a gente faz o encaminhamento, mas aí não consegue na cidade de origem, não consegue" e ela acrescenta "assim, o que eu mais vejo que a gente tem dificuldade aqui na [instituição] é isso mesmo, de conseguir, de encaminhar as crianças e elas conseguirem o atendimento, acho que essa é uma das partes mais difíceis, às vezes fala aí passa com a psicóloga e às vezes no serviço de origem não consegue ou a gente quer que passa com a TO e não consegue e faz muita diferença né, você percebe que quando eles entram, eles conseguem as consultas, eles dão uma evoluída mas é uma coisa que é difícil". Rúbia apoia essa fala dizendo que "muitas vezes a própria dificuldade de encaminhar né, não tem neuropediatra em qualquer lugar". Entretanto, no documento do MEC, é indicado na seção de

conhecimento e competências específicas do terceiro ano de residência, que o pediatra em formação deve reconhecer crianças com doenças complexas e encaminhá-las corretamente através do sistema de referência disponível na região (BRASIL, 2016). Nesse sentido, o encaminhamento deve ser feito para um serviço disponível o mais próximo da cidade de origem do paciente. Diante disso, se levanta um questionamento sobre a rede de assistência à saúde a essa população, será que ela dá conta de oferecer a assistência necessária, principalmente referente aos serviços especializados?

Vale pontuar que o Hospital das Clínicas e a universidade em questão são referência para mais de 60 municípios da região. Como em outros hospitais de referência, grande parte dos pacientes e seus familiares residem em municípios vizinhos. Nas cidades de origem nem sempre os pacientes encontram serviços especializados (SANTOS, MELO; NUNES, 2021). É oportuno destacar a relação entre a distância, deslocamento e o nível de complexidade dos serviços, a saber, quanto menos especializados, mais próximos estão da população (ALBUQUERQUE *et al*., 2014). De acordo com Agripino-Ramos e Salomão (2014), um dos desafios relacionados à assistência aos pacientes com TEA é a dificuldade de acesso a serviços especializados em órgão públicos, como a neurologia pediátrica. Além disso, sabe-se que existe uma falta de profissionais e serviços especializados no Brasil (MENEZES; MELO, 2010; RIOS; CAMARGO, 2019; SOUZA; SOUZA, 2021). Neste sentido, se faz necessário pontuar a falta de acessibilidade aos serviços de saúde, particularmente aqueles que são especializados. O estudo de Paula *et al*. (2020), realizado em seis países da América Latina, aponta que uma das barreiras relacionadas ao cuidado em saúde é a falta de serviços especializados.

Além disso, verificou-se, em alguns dos relatos, que ao responderem que não se consideram preparados para o atendimento, eles enfatizam que essa não preparação está relacionada a não saber o que fazer, qual conduta ter no atendimento a essa população. Portanto, a dificuldade não está tanto no atendimento, no cuidado, mas sim, em quais condutas tomar durante os atendimentos aos pacientes com TEA, que pode ser explicada por eles não terem sido treinados no atendimento. Na Caderneta da Criança, na seção "Acompanhando o desenvolvimento" é indicado que o pediatra deve realizar o monitoramento do desenvolvimento e verificar a presença dos marcos do desenvolvimento. Após isso, ele deve conhecer e aplicar os instrumentos de triagem e a partir dos dados ele deve realizar certas condutas. Nesse documento é fornecida uma tabela que indica as condutas a serem relacionadas em relação aos resultados das avaliações (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, compreende-se a importância da formação, para a apropriação de conhecimentos sobre o TEA para que os pediatras saibam o que fazer diante de um paciente

com TEA. Pode-se dizer que sem conhecimento não é possível se ter uma conduta adequada. Podemos ver isso expresso na fala da Rita “o que que vai fazer com a conduta mesmo sabe, eu vou ser bem sincera que eu não sei”. A elaboração do conhecimento se dá a partir do processo de apropriação, ou seja, de assimilação e internalização dos conteúdos, sendo um processo mediado pela relação social e pela linguagem. Assim, pode-se dizer que, diante da análise dessas falas, houve uma falha na mediação entre o conhecimento e os residentes, implicando na maneira de pensar e agir desses sujeitos (DUARTE, 2004; LIBÂNEO, 2004).

Rúbia trouxe uma fala bastante pertinente sobre a conduta dos pediatras e até mesmo dos profissionais de saúde, ela disse que o que ajudaria nos atendimentos aos pacientes com TEA seria um protocolo, um *checklist* de acompanhamento desse paciente, como existe para os pacientes com síndrome de Down. Sem contar com a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), não existem protocolos de atendimento para avaliar o desenvolvimento infantil e nem os sinais de alerta do TEA (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; COSTA; GUARANY, 2021). Entretanto, foi elaborado, pela Secretaria da Saúde e a Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência do governo do Estado de São Paulo, um protocolo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que segundo a equipe e coordenação este Protocolo deveria ser distribuído em todas as Unidades de Saúde da Rede Básica (SÃO PAULO, 2013). Além desse documento, o Ministério da Saúde desenvolveu dois documentos oficiais sobre o cuidado às pessoas com TEA: “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” e “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Acrescenta-se a esses documentos o Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA) que foi idealizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento – NIEPED/UFRGS. Por fim, também existem dois documentos do Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP): o Documento Científico sobre a Triagem Precoce para o Autismo/ Transtorno do Espectro Autista e o Manual de Orientação sobre o Transtorno do Espectro Autista. Dito isso, é possível pensar que os residentes de pediatria não tiveram acesso a esse material durante a formação, visto que estes não foram mencionados nas entrevistas (SBP, 2017; SBP, 2019).

Referente aos atendimentos, ao prestarem assistência a esses pacientes, eles pontuaram que se consideram preparados. Um aspecto presente em algumas falas retrata um olhar cuidadoso, humanizado, respeitando os limites de cada paciente, como presente nos relatos a

seguir: “tem que ir até o limite do paciente”; “eu sempre tento chegar mais mansinho, chegar mais tentando, respeitando os limites da criança”; “a gente precisa sim tentar saber o limite, até onde a gente pode ir com ela”. Ademais, alguns relatos trazem a importância de criar o vínculo com os pacientes com TEA. A palavra vínculo apareceu seis vezes nos relatos. Essas falas surgiram quando os residentes foram questionados se, segundo eles, existem mudanças no atendimento às crianças com TEA. Os residentes ressaltam que em um primeiro momento é necessário formar um vínculo com a criança e alguns acrescentam a importância de criar esse vínculo com o cuidador que está acompanhando, como vemos nos relatos a seguir: “Primeiro precisaria ganhar um vínculo, uma confiança antes desse atendimento”; “com o vínculo a gente consegue, mas acho que de primeira acho que teria um pouco de dificuldade, mas acho que depois que faz o vínculo tanto com a mãe quanto a criança, a gente consegue”. Uma das participantes destaca que um fator vantajoso na assistência aos pacientes com TEA é, se possível, que a equipe e os profissionais fossem sempre os mesmos, “pra que a criança fique um pouco mais a vontade ou crie algum vínculo de alguma forma”. Nota-se que a formação de vínculo é uma estratégia oportuna para o bom andamento do atendimento. Para a construção desse vínculo é necessário que o acompanhamento nas UBS seja realizado pelo mesmo pediatra, visto que permite o estabelecimento de referência do paciente com o profissional.

Assim, o vínculo surgiu como um fator que auxilia nas consultas e possibilita o paciente se sentir mais à vontade. Silvaa *et al*. (2019) ressaltam sobre a importância do estabelecimento de vínculo com os pais e principalmente com o paciente. Considerando possíveis dificuldades de socialização em pacientes com TEA, o vínculo com o paciente é fundamental favorecendo a interação e a realização dos cuidados. Desse modo, compreende-se que ao criar um vínculo de confiança com o paciente, o pediatra consegue realizar um melhor processo de assistência e cuidado.

Outrossim, a análise desse núcleo permitiu identificar inquietações nas falas dos residentes em pediatria. Roque afirma que “me sentiria apto a atender sim, mas sempre dá aquele receio né”. Em outro momento, ele acrescenta que o receio e medo podem fazer com que os profissionais não façam o melhor atendimento possível. Romilda descreveu uma experiência de atendimento a um paciente com TEA como difícil e relata se sentir insegura no atendimento por não saber como abordar ou como lidar com crianças com TEA. Vale ressaltar que o impacto da formação sobre o atendimento é uma preocupação não somente restrita a pediatria, mas aos profissionais da área da saúde na sua totalidade. A formação proporciona uma maior segurança e tranquilidade nos atendimentos e nas intervenções (BARBOSA; NUNES, 2017). Segundo Rocha *et al*. (2018), a formação é imprescindível para capacitar o

profissional de saúde e guiar o planejamento de práticas e condutas que atendam às necessidades desta população. Contudo, é oportuno destacar que no final da formação é natural que eles tenham um sentimento de insegurança e receio visto que estão terminando a residência médica em pediatria. O sentimento de medo, de insegurança e até de despreparo aparece em recém-formados de diversas áreas como a pedagogia e a saúde, mostrando que é, de certa forma, esperado, é comum que esses profissionais recém-formados tenham esses sentimentos (ARAÚJO *et al*., 2022; MATTOSINHO *et al*., 2010; TEXEIRA; GOMES, 2004).

Foi abordado nesse estudo sobre o reconhecimento e o valor da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) para a vigilância do desenvolvimento nas consultas de puericultura. A CSC é um instrumento para auxiliar os pediatras na orientação dos familiares, para que esses possam acompanhar os marcos do desenvolvimento (SBP, 2019). Desse modo, entende-se que o conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil é imprescindível para que os pediatras possam orientar os cuidadores sobre as particularidades das diferentes fases do desenvolvimento afetivo, social e cognitivo (SBP, 2004). Entretanto, é oportuno destacar uma realidade social em que as famílias não fazem o seguimento nas consultas de puericultura, fazendo com que se perca o vínculo. Dentre as razões relacionadas a baixa adesão estão a falta de conhecimento da importância desse acompanhamento pelos familiares e fatores socioeconômicos (FERNADES, 2021; JORNOOKI *et al*., 2021). No que diz respeito a renda familiar, quanto menor for a renda, menor é a adesão ao seguimento nas puericulturas (CORDEIRO *et al*., 2019; JORNOOKI *et al*., 2021).

Além disso, alguns pontuam que a dificuldade em lidar com esses pacientes está associada a falta de contato nos estágios e a falta de aprendizagem prática durante a formação. Rúbia pontua que “é mais difícil de lidar (com pacientes com TEA) até porque a gente não tem essa experiência de como lidar, é, a gente tem pouco contato”. A falta de aprendizagens práticas, através do atendimento nos ambulatórios e estágios, é apontada como um fator que dificulta e atrapalha a formação dos pediatras. Relembra-se que a finalidade da residência médica é o treinamento em serviço, agregando aprendizagens e experiências práticas às aprendizagens teóricas, permitindo com que o pediatra se sinta seguro e tenha mais autonomia (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021). Referente a esse último ponto, no documento da SBP (2015) sobre os requisitos mínimos para o programa de residência médica em pediatria, é apontado que ao final do último ano de residência médica, o residente tem de desenvolver a capacidade de manter-se atualizado, buscando material adequado para reciclagem constante, revelando assim o papel ativo e a responsabilidade do residente em sua formação.

Segundo Feuerwerker (1998), a aprendizagem prática na formação do médico permite a construção da experiência clínica e o contado com os pacientes, complementando a formação teórica e científica. Para a Psicologia Histórico-Cultural, a prática é entendida como base para o pensamento, a atividade de estudo é compreendida como essencial para o desenvolvimento dos sujeitos, visto que pela sua prática, suas ações, eles transformam o mundo externo, mas ele, também, transforma a si mesmo (LEONTIEV, 2021).

Dentre as dificuldades apontadas nos atendimentos às crianças com TEA, foi identificado a comunicação e a interação social, visto que pessoas com TEA podem apresentar deficits nesses aspectos. No estudo de Agripino-Ramos e Salomão (2014), os autores encontraram que uma das principais dificuldades referidas pelos profissionais de saúde diz respeito ao aspecto interacional. As dificuldades de comunicação tornam mais complexo o entendimento sobre a queixa do paciente. Essa dificuldade foi apontada nos atendimentos em postos de saúde. Segundo Roque, "a dificuldade da comunicação é o principal" e acrescenta "a dificuldade que eles têm na interação social, dificulta um pouco de fazer o atendimento, porque não tem como saber as queixas que eles têm, é mais uma coisa referida pela mãe". Dentre as dificuldades relacionadas a interação com a criança com TEA, o aspecto comunicacional é apontado como desafiador (MONTAGNER; SANTIAGO; SOUZA, 2007).

Referente às habilidades que o residente do segundo ano de pediatria deve desenvolver, estão a atenção e a atitude responsiva aos sinais não verbais que o paciente apresenta (BRASIL, 2016). Nesse sentido, sabendo que uma das características do transtorno são deficits na comunicação social, se faz necessário que o profissional de saúde se adapte e utilize de meios e atitudes que favoreçam a comunicação com o paciente (ARAÚJO *et al*., 2021). A formação e os conhecimentos sobre formas alternativas de se comunicar com crianças com TEA são fundamentais para um atendimento adequado, visto que a comunicação é entendida como uma habilidade clínica essencial para o profissional de saúde (BRASIL, 2016).

Diante disso, compreende-se a importância e a relação entre as aprendizagens teóricas e as aprendizagens práticas, visto que ambas instrumentalizam os pediatras para lidar com os pacientes e para que eles dominem as condutas adequadas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo 2 buscaram 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. Para atingir esses objetivos, o estudo foi elaborado em duas etapas.

Referente a etapa 1, verificou-se que os residentes de pediatra apresentam um nível muito bom de conhecimentos teóricos sobre os marcos do desenvolvimento infantil e sinais de alerta para o TEA. De modo geral, se observou que os itens relacionados ao brincar e a exploração de brinquedos tiveram um maior número de residentes que acertaram comparado com itens sobre aspectos de comunicação e linguagem.

Além disso, identificou-se que os residentes de pediatria apresentam atitudes e práticas que são esperadas que um pediatra tenha em relação a assistência à criança com sinais de alerta para TEA. Os dados revelaram que, de modo geral, os participantes se sentem seguros em realizar investigações do desenvolvimento infantil de forma completa, além de apontarem se sentir seguros em mostrar, abordar e explicar aos familiares sobre as fases do desenvolvimento ou ainda acerca dos sinais de alerta para o TEA. Esses dados são bastante positivos e corroboram com a primeira parte do questionário que demonstra um bom nível de conhecimento dos residentes. Por fim, esses resultados revelam que a instituição de ensino está oferecendo uma boa formação para os residentes em pediatria sobre essa temática.

Na etapa 2, foi possível elaborar análises, relações com a etapa 1 e conclusões gerais. Primeiramente, os dados das entrevistas corroboraram com os resultados da etapa 1, em que foi identificado que os residentes possuem conhecimentos teóricos sobre o TEA. Identificou-se que, de fato, os residentes não tiveram aulas específicas sobre TEA, o que corrobora com os dados encontrados no primeiro estudo. O conhecimento que residentes apresentam foi adquirido essencialmente nas discussões em estágios e atividades ambulatoriais e a partir da observação em situações clínicas.

Em suma, conclui-se que os residentes em pediatria têm conhecimentos teóricos sobre os marcos do desenvolvimento infantil e o TEA, demonstrando que a instituição oferece uma formação teórica de qualidade. Referente à prática, a assistência, os residentes se consideram preparados para o atendimento desses pacientes. Nos relatos se identificou que esses residentes têm um olhar cuidadoso e uma prática humanizada, se adaptando as necessidades dos pacientes, respeitando seus limites, favorecendo a elaboração do vínculo. Entretanto, o que surgiu como deficitário na formação foram algumas aprendizagens práticas e o treinamento em serviço,

principalmente referente a utilização de instrumentos de vigilância de atrasos no desenvolvimento infantil e de triagem do TEA.

Cabe mencionar que na percepção dos residentes a formação sobre o TEA e a puericultura foram falhas, porém, de um lado, eles foram bem na etapa 1 e, por outro lado, nenhum dos participantes pontuaram em nenhum momento das entrevistas que ao perceberem essa falha, eles foram questionar, sugerir para os responsáveis do programa, ou exigir que tivessem aulas sobre essas temáticas. Também não foi mencionado pelos residentes uma busca por aprofundar tais conhecimentos.

Por meio das falas, foi possível identificar que os residentes em pediatria sabem da importância de conhecer sobre a temática, da função e do papel que devem exercer enquanto pediatras, visto que o pediatra é responsável por realizar o monitoramento do desenvolvimento infantil e identificar os sinais de alerta de atrasos no desenvolvimento. No entanto, eles não se sentem instrumentalizados para uso dos instrumentos de triagem e avaliação.

Na percepção dos residentes, foi identificado que eles se formam com conhecimentos especializados, porém terminam a residência de pediatria sem os conhecimentos básicos da pediatria geral, apontado, assim, um deficit na formação relacionado a puericultura. Além disso, os pediatras em formação têm pouco ou nenhum contato com pacientes com TEA na formação e eles ressaltam a necessidade de melhoraria na formação pediátrica sobre o desenvolvimento infantil e o TEA. Dessa forma, foi acentuado a falha nas aprendizagens práticas na residência médica em pediatria e a necessidade de os residentes em formação de terem oportunidades que promovam a articulação entre a teoria e a prática.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou contribuir com desafios existentes na prática pediátrica relacionados o TEA, buscando enfrentar o atraso na estimulação de crianças que apresentam sinais de atraso no desenvolvimento, isso antes de qualquer fechamento de diagnóstico; a falta de esclarecimento e apoio educativo aos familiares; o diagnóstico tardio do TEA; os inúmeros encaminhamentos que podem levar ao não acesso a serviços especializados na rede pública de saúde e a falta de informações e orientações para as famílias.

Diante dessas constatações, considera-se, importante as aprendizagens teóricas, mas principalmente as orientações e vivências práticas no processo de formação do pediatra, visto que o conhecimento apropriado sustenta a prática clínica desses profissionais. Nesse sentido, é fundamental que os programas de residência médica avaliem e adéquem os conteúdos curriculares, proporcionando uma formação sistematizada, de modo a favorecer e contribuir para a formação adequada em puericultura e nos transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA.

REFERÊNCIAS ESTUDO 2

AGRIPINO-RAMOS, C. S.; SALOMÃO, N. M. R. Autismo e Síndrome de Down: concepções de profissionais de diferentes áreas. **Psicologia em Estudo**, v. 19, p. 103-114, 2014.

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.

AGUIAR, W. M. J. de; SOARES, J. R.; MACHADO, V. C. Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. **Cadernos de pesquisa**, v. 45, p. 56-75, 2015.

ALBUQUERQUE, M. do S. V. de *et al*. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.

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

ARAÚJO, L. A. P. de *et al*. Cuidados paliativos: a insegurança dos estudantes de medicina frente à pacientes em estágios terminais de vida. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, p. e10269-e10269, 2022.

ARAÚJO, F. S. *et al*. Pacientes com Transtorno do Espectro Autista e desafio para atendimento odontológico–revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e496101422317-e496101422317, 2021.

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

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, P. A. da S.; NUNES, C. dos R. A relação entre o enfermeiro e a criança com transtorno do espectro do autismo. **Múltiplos Acessos**, v.2, n. 2 p.100-196, 2017.

BERNERT, D. **A importância do brincar no desenvolvimento da criança com o T**EA. *In*: OMAIRI, C. *et al*. Autismo: perspectivas no dia a dia. Curitiba: Ithala, p. 165-172, 2013.

BRASIL. **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.

_____. **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.

_____. 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://bvsms.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. Passaporte da Cidadania. **Caderneta da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdfhttps://bvsms.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. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf>. 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.

CIPRIANO, M. A.; ALMEIDA, M. T. P. de. O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo. **Extensão em Ação**, v. 2, n. 11, p. 78-91, 2016.

CORDEIRO, E. L. *et al*. conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 644-660, 2019.

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.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA. **Programa de Residência Médica - 3 anos de Pediatria**, 2018.

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.

DULMEN, A. M. V.; HOLL, R. A. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. **European Journal of Pediatrics**, v. 159, n. 7, p. 489-495, 2000.

EYKEN, E. B. *et al*. Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **HU rev.**, p. 23-31, 2015.

FERNANDES, C. R. *et al*. Implantação de residência em anestesiologia no interior do Nordeste do Brasil: impacto nos processos de trabalho e na motivação profissional. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 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.

FERREIRA, J. P. V. Avaliação do conhecimento de uma amostra de pediatras brasileiros sobre desenvolvimento e comportamento infantil. **Canoas (RS): Universidade Luterana do Brasil**, 2006.

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.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

FIGUEIRAS, A. C. de M. *et al*. Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1691-1699, 2003.

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.

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

GONZALEZ-REY, F. L. **Subjetividade e sujeito: Uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

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.

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.
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, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. de; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem,** v. 20, n. especial (1999), p. 130-142, 1999.

LIMA, M. da S. *et al*. Conhecimentos de uma equipe multidisciplinar de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil sobre o Transtorno Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 50, p. e3053-e3053, 2020.

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.

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.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Em Aberto**, v. 5, n. 31, 1986.

MANETTI, I. A. W.; FERREIRA-FILHO, R. C. M. Guia Prático: recursos e procedimentos para inclusão do aluno com Transtorno do Espectro do autismo. **Instituto Federal Sul-Rio-Grandense**, p.1-30, 2018.

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.

MATTOSINHO, M. M. S. *et al*. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 466-471, 2010.

MAXIMINO, L. P. *et al*. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras quanto ao desenvolvimento da comunicação oral. **Revista CEFAC**, v. 11, n. 2, p. 267-273, 2009.

MEDEIROS, A. N. C. de. **Fonoaudiologia e pediatria: conhecimento de pediatras sobre o desenvolvimento da linguagem**. 2016. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Universidade de São Paulo, Programa de Fonoaudiologia, Bauru-SP, 2016.

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.

MERGL, M.; AZONI, C. A. S. Tipo de ecolalia em crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Cefac**, v. 17, p. 2072-2080, 2015.
MINAYO, M. C. de S. *et al*. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Virtual. Petrópolis: Vozes, 1994.

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.

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.

MONTAGNER, J.; SANTIAGO, E.; SOUZA, M. G. G. Dificuldades de interação dos profissionais com as crianças autistas de uma instituição educacional de autismo. **Arq. ciênc. saúde**, v. 14, n. 3, p. 169-174, 2007.

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

MONTES, A. L. B.; LACERDA, C. B. F. de. Déficit ou diferença? Um estudo sobre o autismo em pesquisas educacionais. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 1-22, 2019.

MORAIS, A. S. de *et al*. Efeitos de Formação Pediátrica para Detecção de Sinais de Problemas de Desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 359-373, 2015.

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.

NETO, J. A. C. *et al*. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, v. 40, n. 1 e 2, 2014.

NOER, C.; HALPERN, R. O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. **Residencia Pediátrica**, v. 8, n. 3, p. 156-162, 2018.

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

PAULA, C. S.; BELISÁSIO-FILHO, J. F.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo?. **Psicologia: teoria e prática**, v. 18, n. 1, p. 206-221, 2016.

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.

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/turkpediatriars.2020.59862.

PRATES, L. P. C. S.; MARTINS, V. de O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, supl. 1, p. S54-S60, 2011.

RANALLI, N. M. G. **Impacto de um modelo de capacitação sobre sinais precoces de autismo para profissionais da atenção básica de saúde**. 2017. 94f. Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, Programa de Pós-Graduação dm Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, 2017.

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.

RIOS, C.; CAMARGO, K. R. Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1111-1120, 2019.

ROCHA, A. N. D. C. *et al*. Intervenção junto a indivíduos com transtorno do espectro do autismo: a percepção do profissional. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 61, p. 417-430, 2018.

RODRIGUES, J. H. **Expressão facial em personagens animados: auxiliando crianças com Transtorno do Espectro Autista**. 2018. 40f. Dissertação (Mestrado em Informática) - Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Exatas, Programa de Pós-Graduação em Informática, Curitiba-PR, 2018.

RONZANI, T. M. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças?. **Revista Brasileira de educação médica**, v. 31, p. 38-43, 2007.

SANTOS, A. A. L. dos; MELO, M. E. F. A. de; NUNES, D. B. Rede de assistência à saúde da criança autista sob a ótica das mães. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 7, p. 1396-1406, 2021.

SÃO PAULO. **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.

SCHARF, R. J.; SCHARF, G. J.; STROUSTRUP, A. Developmental milestones. **Pediatrics in review**, v. 37, n. 1, p. 25-38, 2016.

SICES, L. Use of developmental milestones in pediatric residency training and practice: time to rethink the meaning of the mean. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 28, n. 1, p. 47, 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.

SIQUEIRA, B. N. L.; PRAZERES, A. C. de L. F.; MAIA, A. M. L. R. Os desafios do Transtorno do Espectro Autista: da suspeita ao diagnóstico. **Residência Pediátrica, Rio Grande do Norte**, v. 0, n. 339, 2020.

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.

_____. **Requisitos mínimos para o programa de Residência em Pediatria**. 2015. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.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.

SOUZA, R. F. A. de; SOUZA, J. C. P. de. Os desafios vivenciados por famílias de crianças diagnosticadas com Transtorno de Espectro Autista. **Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade**, v. 8, n. 16, p. 164-182, 2021.

SOUZA, N. E. *et al*. O papel do pediatra no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do transtorno do espectro autista: revisão de literatura. **Residência Pediátrica**, v.11, n. 3, p. 01-06, 2021. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n3-234.

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.

TASSONE, M. C. *et al*. Gaps in Developmental Pediatrics training: A Canadian resident physician perspective. **MedEdPublish**, v. 7, n. 136, p. 136, 2018.

TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Estou me formando... e agora?: Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 5, n. 1, p. 47-62, 2004.

VIGOTSKI, L.S. **Pensamento e linguagem.** 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

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.

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, p. 25-33, 2014.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdfhttps://bvsms.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://bvsms.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://bvsms.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://bvsms.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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_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 Cedes**, 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 anestesiologia no interior do Nordeste do Brasil: impacto nos processos de trabalho e na motivação profissional. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 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 prá**tica, 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 Pediatria**, 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/turkpediatriars.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.; GRETHER, 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 dicotoamia 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.

TAMANAHA, 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: SEDPcD, 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.

ANEXOS

ANEXO A – Documento de autorização do Departamento de Pediatria

O documento autoriza o desenvolvimento e a execução da pesquisa pela supervisora geral do programa de residência médica em pediatria da instituição em que foi conduzida a pesquisa. O documento original foi retirado para garantir o sigilo da instituição.

ANEXO B – Documento de Anuência Institucional

O Documento de Anuência Institucional libera a realização da pesquisa *pela* diretora da instituição em que foi conduzida a pesquisa, sob o protocolo 346/2020. O documento original foi retirado para garantir o sigilo da instituição.

ANEXO C – Questionário dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre indicadores de desenvolvimento infantil e sinais de alerta de TEA (RANALLI, 2017)

DADOS GERAIS

Idade

Gênero

Em qual instituição se formou?

Ano de conclusão da graduação

Ano de ingresso na residência

Na formação de residência em pediatria, você teve alguma disciplina sobre o TEA?

SIM ( ) NÃO ( )

Se sim, qual o nome da disciplina?

A disciplina era obrigatória ou optativa?

O questionário foi dividido em duas partes:

Parte I - Conhecimento / Parte II – Atitudes e práticas

O questionário será pontuado da seguinte forma: Discordo totalmente = 1 / Discordo = 2 / Nem concordo nem discordo = 3/ Concordo = 4 / Concordo totalmente = 5

Parte I – Conhecimento

Instrução: Responda às seguintes afirmações sobre indicadores de desenvolvimento infantil e sinais de alerta para Autismo, assinalando se está de acordo ou em desacordo com cada afirmação.

1. Por volta dos 6 meses de idade crianças prestam mais atenção nos objetos do que nas pessoas.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2. Os primeiros indicadores de interação social na criança aparecem a partir dos 6 meses, por exemplo, fazer contato visual, pedir colo e imitar gestos de beijo.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

3. Entre os 12 e 18 meses a criança desenvolve mais a fala, apresentando maior repertório de palavras e construindo frases mais elaboradas.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

4. Entre os 24 e os 36 meses, as interações sociais são comprometidas, pois a criança não inicia espontaneamente comportamentos de apontar e mostrar objetos.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

5. Entre 18 e 24 meses a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém quando isso for para satisfazer alguma necessidade imediata dela, como por exemplo, mostrar uma caixa para que o adulto a abra e pegue algum brinquedo de dentro dela.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

6. Por volta de 10 meses as crianças costumam explorar as diferentes propriedades dos brinquedos através das características destes, por exemplo, textura, cheiro, sons etc.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

7. Ao nascer, não é possível identificar a causa do choro, mas aos 3 meses já se pode perceber se o choro é por birra, forme ou outros motivos.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

8. Crianças entre 6 e aproximadamente 12 meses não conseguem brincar sozinhas, necessitam da participação e de muita insistência dos adultos.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. As crianças entre 24 e 36 meses não gostam de brincar com outras crianças, ignoram ou até mesmo se afastam. Podem limitar-se a observarem à distância outras crianças brincando.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Entre 12 e 18 meses, as brincadeiras não são exploratórias, as crianças focam apenas em algumas partes do objeto e não exploram suas funções e características, como por exemplo, usar um carrinho para rodar.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Entre os 24 e os 36 meses, os brinquedos são usados com frequência para imitar as ações dos adultos como, por exemplo, dar mamadeira para a boneca imitando a mãe, falar ao telefone igual ao pai etc.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Crianças entre 24 e 36 meses, apesar de não ser fluente na língua materna, conseguem produzir a maioria dos sons por meio da repetição, como por exemplo cantar e recitar poesias.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Nos primeiros 6 meses as crianças brincam com os objetos, geralmente, mordendo-os, batendo, atirando, sacudindo.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. As brincadeiras de faz-de-conta iniciam por volta dos 24 meses, mostrando-se de maneira mais clara por volta dos 36-48 meses. Por exemplo, brincadeiras de casinha, de trânsito, de escolinha e de outras atividades cotidianas.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

15. Expressões faciais que refletem o estado emocional da criança, por exemplo, arregalar os olhos, ficar com vergonha, expressar surpresa, entre outros comportamentos semelhantes observam-se a partir dos 36 meses.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

16. A criança entre 18 e 24 meses não apresenta fala própria, apenas repetição de falas de outras pessoas.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

17. Entre 3 e 6 meses a criança tende a ficar em silêncio ou emitir gritos aleatórios.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

18. Aos 36 meses as crianças gostam de propor brincadeiras com outras crianças da mesma faixa etária.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

19. Crianças entre 6 e 12 meses apresentam comportamentos que dão a impressão que elas estão se comunicando, como por exemplo, prestar atenção ao cuidador, gritar e balbuciar.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

20. Somente a partir dos 36 meses de idade crianças apresentam comportamentos de apontar para mostrar coisas que despertam sua curiosidade e interesse.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

21. A linguagem no período entre 24 e 36 meses se apresenta apenas como repetição, a criança não consegue ter uma conversa por simples que seja.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Parte II – Atitudes e práticas

Instrução: Para cada uma das seguintes afirmações selecione a melhor opção que representa seu conhecimento, atitude ou prática no seu dia a dia de trabalho. Marque com ‘x’ a opção correspondente.

22. Quando atendo uma família com um bebê de até 36 meses tenho segurança em explicar sobre as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

23. Sinto-me seguro (a) quando atendo um bebê e sei mostrar para aquela família que está tudo dentro das etapas do desenvolvimento.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

24. Sinto-me seguro (a) ao explicar para uma família que, quando o filho ainda não fala aos 28 meses, pode estar apresentando algum indicador de atraso de linguagem.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

25. Quando percebo que um bebê não faz troca com adultos, não consegue corresponder a brincadeiras como “Cadê você? Achou!”, eu me sinto seguro em dizer para a família que ele tem provavelmente um indicador de alteração no seu desenvolvimento.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

26. Encaminho para um profissional mais especializado uma criança de 36 meses quando percebo que existe atraso ou alteração de linguagem.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

27. Peço ajuda de outros profissionais quando um bebê de 24 meses não brinca com outras crianças.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

28. Quando uma mãe me relata que seu bebê parece estranho e que não parece olhar muito para ela, eu faço uma investigação mais cuidadosa sobre outras características do desenvolvimento.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

29. Imagine que uma mãe lhe diz que o bebê dela de 36 meses não está falando nada e não responde a brincadeiras que ela faz. No atendimento, você tenta brincar com ele e, caso também não observe essa resposta, encaminha para algum profissional especializado para avaliação.

Nunca ou raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)
Resolução 466/12 e 510/16

Convidamos para participar da pesquisa intitulada "O Transtorno do Espectro Autista na residência em pediatria", sob a responsabilidade da pesquisadora Drielle Sauer Paparella, com orientação da Prof.ª Dra. Lúcia Pereira Leite (Programa de Pós-Graduação em Psicologia de Desenvolvimento e da Aprendizagem - Faculdade de Ciências – UNESP-Bauru).

A importância desse estudo está amparada no fato de que as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) têm características e necessidades singulares e próprias da sua condição, sendo necessária a adoção de medidas teórico-operacionais para o atendimento das demandas específicas. Ademais, o estudo tem enfoque nos processos de ensino e aprendizagem, entendendo que o conhecimento é imprescindível para a instrumentalização dos pediatras em formação.

O objetivo geral do estudo é

Traçar um panorama sobre a formação dos residentes de pediatria sobre o TEA. Os objetivos específicos são: a) Identificar os 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 e c) Averiguar a percepção dos residentes de pediatria sobre o quão se sentem preparados para atenderem este grupo.

Para tanto, sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas a um questionário que se refere aos marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA e a participação em uma entrevista semiestruturada referente à formação dos residentes em pediatria sobre o TEA e à percepção quanto se sentem preparados para o atendimento a essa população, que dura em torno de 40 minutos, dependendo da disponibilidade e particularidade de cada participante.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, de acordo com a resolução 510/16 do CONEP, e referem-se à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Neste caso, o risco acerca das categorias psíquica, intelectual e cultural é uma possível situação desagradável, caso você não se sinta confortável em responder os instrumentos de pesquisa. Se isso ocorrer, deverá informar o pesquisador, interrompendo suas ações imediatamente.

Os benefícios esperados de sua participação são a contribuição para o campo científico no que diz respeito a temática das pessoas com TEA, além de contribuir para o processo de ensino e aprendizagem dos futuros residentes de pediatra da instituição, com vistas a um atendimento às crianças com TEA mais específico.

Se depois de consentir sua participação quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. É oportuno dizer que não terá nenhuma despesa, como também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo garantida a manutenção do sigilo e da sua privacidade.

Sendo o método de coleta de dados virtual, o aceite em participar se dará pelo clique no botão e o seguimento para o instrumento. Uma cópia do TCLE será enviada aos participantes, tão logo responderem ao instrumento.

Para qualquer outra informação, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo endereço Rua Plácido Rodrigues Venegas, 1152, Jardim Paraíso II, CEP:18.610.180 - Botucatu-SP, pelo e-mail drielle.paparella@unesp.br e pelo telefone (14) 99686-7898; e com a orientadora pelo endereço Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 Bairro: Vargem Limpa, CEP: 17033-360 - Bauru, SP, pelo e-mail lucia.leite@unesp.br e pelo telefone (14) 3103-6087. Poderá, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UNESP-FC, localizado na Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 Bairro: Vargem Limpa, CEP: 17033-360 - Bauru, SP, telefone (14) 3103-6075 e o Comitê de Ética em Pesquisa [redacted].

Consentimento Pós-Informação

Fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, de forma voluntária, sabendo que não vou ganhar nada, ciente que todos os meus dados estarão resguardos através do sigilo e que posso sair, ou desistir, quando quiser.

APÊNDICE B – Roteiro norteador da entrevista semiestruturada

1. O que você entende por uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA)?
2. Em sua opinião, você considera importante o residente em pediatria conhecer sobre o TEA?
3. Você considera que existem mudanças no atendimento às crianças com TEA?
4. Quais os conceitos você utilizaria para descrever uma criança com TEA?
5. Você saberia dizer quais os sinais que identificam uma criança com TEA?
6. O que pode causar o TEA?
7. Antes da formação acadêmica, você tinha conhecimento sobre o TEA?
   Se sim, eles mudaram após a formação ou residência?
8. Durante a residência em pediatria, o que aprendeu sobre o TEA?
9. Com a formação da residência, você se considera preparado(a) para o atendimento de paciente com TEA? Durante a formação, aprendeu como abordá-los?
10. Você já fez atendimento a uma ou mais crianças com TEA?
    Se sim, gostaria que você falasse da sua experiência.
    Quais foram seus encaminhamentos diante desta situação?
11. Como é para você fazer atendimento às crianças com TEA?
12. Segundo você, quais fatores interferem na assistência à criança com TEA?
13. Em relação a sua experiência e pensando em um contexto geral, quais são as dificuldades encontradas no cuidado às crianças com TEA?
14. O que acredita ser importante para auxiliar o atendimento e cuidado às crianças com TEA?
15. Você teria sugestões de melhoria para a formação referente ao TEA?
16. Gostaria de acrescentar algum comentário?

APÊNDICE C – Indicadores e pré-indicadores

	Indicadores	**Pré-indicadores**
1	Características do TEA/	“maior dificuldade de interação social, de entendimento, de comunicação muitas vezes, é uma dificuldade de estar inseridas, né, nos sistemas sociais nossos assim” “relação ao olhar, sobre a contactuar com o olhar, sobre alguns estereótipos que essas crianças podem apresentar né, tanto de movimentos quanto de atenção quanto dificuldade de mudanças de rotina”; “dificuldade que a gente pode encontrar de entendimento do sim e do não nessa essa interação é, dependendo da faixa etária, do momento que eu tiver com essa criança, alguma questão de desenvolvimento neuropsicomotor mesmo, de algum atraso, de alguma outras coisa semelhante”; “linguagem”; “mais seletivos com a comida”; “encontro com o social não é uma coisa muito fácil”
2	Aprendizagens teóricas sobre o TEA	“nenhuma” (aula); “discussão pós consulta”; “a gente tem um ambulatório da neuro que é só do espectro autista, mas nem todos nós, homogeneamente, passamos nesse ambulatório”; “eu só peguei essa tentativa de diagnóstico, não discuti a respeito dele depois do diagnóstico nem de nenhum manejo da criança. E aula nós não tivemos, nem sobre isso”
3	Aprendizagens práticas sobre o TEA	“ao longo de três anos de residência eu devo ter visto quatro, três autistas no máximo, então também, é uma proxi, existe um pouco mais de contato, mas minha proximidade não foi grande”; “eu assisti eles aplicando o questionário para tentar pontuar se era ou não era autismo” “a gente só assiste, mas a gente não atende essas crianças”
4	Função do pediatra	“o pediatra por ser uma porta de saúde desde o início”; “reconhecimento e as estratégias pra melhorar esse desenvolvimento”; “o pediatra precisa saber reconhecer esses sinais o quanto antes” “a gente tem que fazer um diagnóstico, a primeira coisa que a gente tem que fazer antes de fazer o diagnóstico, é cogitar sobre ele né, se a gente não pensa sobre este diagnóstico, a gente nunca vai fazer ele”; “reconhecimento ou não”(do TEA)
5	Preparação para o atendimento	“Não” se considera preparada para o atendimento de pacientes com TEA; “Eu sinto que eu que me sinto razoa, tipo assim, talvez eu não comesse tanta bola, talvez, não dá pra dizer”; “Porque eu sozinha conseguir fechar diagnóstico, eu não consigo me ver não encaminhando uma criança suspeita pra um especialista, também não consigo me ver fechando um diagnóstico, assim aplicando questionário e falando pros país, ó é autismo, eu dar esse diagnóstico, eu encaminharia”; “dificuldade de não saber qual questionário aplicar”;

		“acho que a suspeição talvez eu, uma dificuldade seria, precisaria ampliar aí os sintomas, os sinais”; “precisaria de ajuda de um especialista ou de alguém mais experiente”; “dificuldades na assistência ...e talvez, é, um controle mais fino das orientações que eu fosse dar assim, acho que eu, pra algumas orientações eu precisaria de ajuda de especialistas ou de algumas pessoas mais experientes. O atendimento em si talvez não, mais as condutas”
6	Condutas do pediatra	“observado na criança”; “eu descreveria essas coisas se eu notasse pros pais como um alerta, pra estar investigando isso” “encaminharia para um especialista sem dúvida”
7	Dificuldades e receios no atendimento	“A dificuldade da comunicação é o principal” “dificuldade de não saber qual questionário aplicar” “aplicar o diagnóstico eu sinto que, por mais que eu, independente da pontuação, eu teria dificuldade em fechá-lo” “eu não saberia como fazer esse tipo de orientação pros pais”
8	Fatores que interferem na assistência	“a presença do pai e da mãe”; “a falta de percepção, de diagnóstico, a gente primeiro”; “primeiro a suspeição, o reconhecimento”; toda a equipe deve saber assim sobre a existência e um pouco das características pelo menos pra estar entendendo”; “equipe ser sempre a mesma”; “equipe multidisciplinar [...]olhar mais completo”; “casos leves que não são reconhecíveis né e as vezes são levados a diante como, sei lá, até como uma dislexia”; “o ambiente mais reservado ou de mais fácil reconhecimento pra eles, sem tantas mudanças bruscas, sem tantas, não tirar eles de perto dos pais nem em momento de exame físico nem”