

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO DA
ÁREA DE SAÚDE

ANNE KARENINA BITTENCOURT DE SOUZA CHAVES

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

RECIFE - PE

2019

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE
PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO DA
ÁREA DE SAÚDE**

**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**

Dissertação apresentada à Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Educação para o Ensino da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.

Co-Orientadora: Prof. Dra. Juliana Monteiro Costa.

RECIFE - PE

2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

C512a Chaves, Anne Karenina Bittencourt de Souza

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 / Orientadora: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. – Recife: Do Autor, 2019.

70 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Transtorno autístico. 2. Diagnóstico. 3. Conhecimento. 4. Médicos residentes. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes. Orientadora. II. Título.

CDU 159.922.7

Nome: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Função: Orientador

Local de trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Telefones: (81) 99245-1890

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Nome: Juliana Monteiro Costa

Função: Co-Orientadora

Local de trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefones: (81) 98826-4456

E-mail: jullymc@hotmail.com

Nome: Anne Karenina Bittencourt de S. Chaves

Função: Pesquisadora

Local de trabalho: Centro Especializado em Apoio Multidisciplinar (CEAM); Núcleo de Apoio e Assistência à Família (NAAF); Rede Brasil de Comunicação.

Telefones: (81) 98836-6764

E-mail: fonoannekarenina1@hotmail.com

Local de pesquisa:

Instituto de Medicina

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que eu sirvo, sem Ele nada sou, nada tenho e nada consigo realizar. A Ele a honra, a glória e o poder!

A minha família querida, vocês são meu porto seguro, o lugar que ancoo meu barco. Ao meu filho e marido que sempre aguardavam meus retornos com um sorriso nos lábios. Tudo faz sentido quando olho para vocês.

Ao meu pai que sempre me incentivou a olhar além do que eu podia enxergar e a minha mãe por interceder sempre! Amo vocês!

Agradeço ao meu orientador que me impulsionou para o término deste trabalho, principalmente ao romper da manhã.

Agradeço a minha coorientadora pela paciência e calma que sempre transmite, pelo sorriso nos lábios e disponibilidade.

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes com menos de dois anos de idade e suas respectivas famílias. Esse público despertou a pergunta que foi a base deste trabalho. Com vocês eu percebi a importância do diagnóstico precoce.

“Escreva algo que valha a pena ler ou faça algo que valha a pena escrever.”

(Benjamin Franklin).

LISTA DE ABREVIACOES

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação tica
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MEC	Ministério da Educação
R1	Aluno do primeiro ano de residência
R2	Aluno do segundo ano de residência
R3	Aluno do terceiro ano de residência
SUS	Sistema nico de Saúde
TEA	O transtorno do espectro autista

RESUMO

CENÁRIO: O transtorno do espectro autista - TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento. Pelo diagnóstico ser, fundamentalmente, clínico, é importante considerar a formação dos residentes em pediatria e psiquiatria sobre o diagnóstico. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento de residentes em pediatria e psiquiatria de um programa de residência acerca do diagnóstico do TEA, caracterizar perfil sociodemográficos dos residentes, identificar o conhecimento prévio sobre o diagnóstico. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, de tipo corte transversal. Participaram 42 residentes, sendo 33 residentes de pediatria e 12 residentes de psiquiatria de programas vinculados ao SUS, que responderam a um questionário contendo informações sobre o perfil sociodemográfico e o conhecimento do diagnóstico do TEA composto por cinco dimensões: Auto percepção em relação a formação acerca do diagnóstico do TEA, características gerais e surgimento, prejuízo na comunicação social recíproca e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e comorbidades. **ASPECTOS ÉTICOS:** O período da coleta de dados ocorreu após a aprovação do comitê de ética e pesquisa do IMIP. O procedimento para a análise dos dados foi a revisão dos questionários, para garantir a elegibilidade das respostas. Em seguida ocorreu a transposição dos dados para a planilha do Excel, e, posteriormente, para o programa de estatística GraphPad Prism Software 5.02. **RESULTADOS:** Os resultados desta dissertação no formato de dois produtos. Um artigo que será submetido a Revista Brasileira de Educação Médica e um produto técnico educacional em formato de um manual a fim de esclarecer questões fundamentais acerca do diagnóstico do TEA facilitando a tomada de decisão clara e eficaz. Com relação às respostas dos residentes 95% responderam que não considera suficiente seu conhecimento acerca do TEA, 66% não acha que o conteúdo de TEA visto na sua formação deixa o profissional habilitado para o diagnóstico precoce e 66% responderam não considerar que o conteúdo é suficiente e, 90% acreditam que deveria haver mais educação sobre o TEA durante a residência e graduação. **CONCLUSÃO:** O conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria do IMIP a respeito do diagnóstico do TEA não seja adequado para o diagnóstico precoce. Sendo assim, possivelmente esta pesquisa apontará para a necessidade de atualização das propostas curriculares das residências de pediatria e psiquiatria com o objetivo de preparar adequadamente os futuros profissionais no que diz respeito ao diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista.

Palavras-chave: **Transtorno autístico. Diagnóstico. Conhecimento. Médicos residentes.**

ABSTRACT

, OBJECTIVES, METHODS e ETHICAL ISSUES.

BACKGROUND: Autism spectrum disorder - ASD is a neurodevelopmental disorder. Because the diagnosis is fundamentally clinical, it is important to consider the training of residents in pediatricians and psychiatrists about the diagnosis. **OBJECTIVES:** To evaluate the knowledge of residents in pediatrics and psychiatry of a residency program about the diagnosis of ASD, to characterize the sociodemographic profile of residents, to identify previous knowledge about the diagnosis. **METHOD:** This is a descriptive, cross-sectional study. 42 residents participated, being 33 pediatric residents and 12 psychiatric residents from programs linked to SUS, who answered a questionnaire containing information about the sociodemographic profile and knowledge of the diagnosis of ASD composed of five dimensions: Self perception in relation to training about diagnosis of ASD, general characteristics and appearance, impairment of reciprocal social communication and social interaction, restricted and repetitive patterns of behavior, interests or activities and comorbidities. **ETHICAL ASPECTS:** The data collection period elapsed after the approval of the IMIP ethics and research committee. The procedure for analyzing the data was to review the questionnaires to ensure the eligibility of responses. Then the data was transferred to the Excel spreadsheet, and later to the statistical program GraphPad Prism Software 5.02. **RESULTS:** The results of this dissertation in the form of two products. An article that will be submitted to Revista Brasileira de Educação Médica and a technical educational product in the form of a manual in order to clarify fundamental questions about the diagnosis of ASD facilitating clear and effective decision making. Regarding the responses of residents, 95% answered that they do not consider their knowledge about ASD sufficient, 66% do not think that the ASD content seen in their training leaves the professional qualified for early diagnosis and 66% answered that they do not consider that the content is enough, and 90% believe there should be more education about TEA during residency and graduation. **CONCLUSION:** It is believed that the knowledge of residents in pediatrics and psychiatry at IMIP regarding the diagnosis of ASD is not adequate for early diagnosis. Thus, possibly this research will point to the need to update the curricular proposals of the pediatric and psychiatric residences in order to adequately prepare future professionals with regard to the early diagnosis of Autistic Spectrum Disorder.

Keywords: **Autistic disorder. Diagnosis. Medical Staff, Hospital**

Sumário

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	HIPÓTESE.....	8
III.	OBJETIVOS	9
	OBJETIVO GERAL	9
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
IV.	MÉTODO	10
	4.1. Desenho do Estudo	10
	4.2. Local do Estudo	10
	4.3. Período de Estudo	14
	4.4. População do Estudo.....	14
	4.5. Amostra	14
	4.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes	15
	4.7. Critérios de inclusão.....	15
	4.8. Critérios de exclusão.....	15
	4.9. Procedimento para captação e acompanhamento dos participantes	15
	4.10. Definição e Operacionalização dos Termos, Critérios e Variáveis	16
	4.11. Coleta de Dados	16
	4.12. Processamento e Análise dos Dados.....	17
	4.13. aspectos Éticos	17
	4.14. Conflito de interesse.....	17
	4.15. Riscos e Benefícios da pesquisa.....	17
V.	RESULTADOS.....	19
	REFERÊNCIAS.....	47
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE.....	54
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	55

APÊNDICE B - LISTA DE CHECAGEM.....	63
APÊNDICE C - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
APÊNDICE D – PRODUTO EDUCACIONAL: O QUE É TEA?.....	68
ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.....	70

I. INTRODUÇÃO

No ano de 1943, Leo Kanner, um psiquiatra austríaco, publicou suas primeiras descobertas acerca do autismo nos Estados Unidos, e realizou um trabalho na década de 1940 chamado “Autistic Disturbances of Affective Contact”. Kanner descreveu um estudo realizado com onze crianças, sendo oito meninos e três meninas, as quais se distinguiam por terem algumas características atípicas em relação a maior parte das crianças, os sinais observados foram: isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice.¹

Após um ano das descobertas de Kanner, Hans Asperger, também médico e austríaco, descreveu os sintomas de autismo em seu país de maneira muito semelhante à de Leo Kanner, mesmo sem ter havido nenhum contato entre eles.² O médico observou que o padrão de comportamento e habilidades que havia descrito, ocorria com maior frequência em meninos, outros aspectos ressaltados foram as deficiências sociais graves, que se manifestavam por falta de empatia, baixa capacidade de fazer amizades, conversação unilateral, restrição em um assunto de interesse especial e movimentos descoordenados e habilidade em discorrer sobre um tema de forma detalhada. Ainda hoje, o que foi relatado nas pesquisas de Kanner e Hans Asperger, continua sendo observado em casos de indivíduos com autismo.¹

No entanto, longo do tempo, o conceito de autismo sofreu alterações, sendo mais recentemente denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA).³ A associação Americana de Pediatria exemplifica na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) que o termo espectro define o transtorno por conta da variabilidade das

manifestações, que ocorrem dependendo da gravidade, do nível de desenvolvimento e da idade.⁴

Esse déficit é caracterizado por um transtorno do neurodesenvolvimento.^{5,6} As capacidades de comunicação, socialização e comportamento podem estar afetadas de formas distintas.^{7,8} O Transtorno do espectro autista é considerado crônico e não existe a possibilidade de cura.⁶

Quanto à sintomatologia, o DSM-5 uniu a antiga tríade sintomática descrita no DSM-IV que se caracterizava por déficits na comunicação, socialização e comportamento, em duas dimensões essenciais que são: o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.⁹ Tais sinais estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam a vida do indivíduo.⁴

Estes sinais e sintomas do TEA causam um prejuízo funcional que tem sua variação e surgimento de acordo com a peculiaridade do indivíduo e seu ambiente. As particularidades diagnósticas são evidenciadas no período do desenvolvimento, mas, as intervenções, compensações e apoio atual podem disfarçar as dificuldades, pelo menos em algumas situações.⁴

De acordo com o DSM-5 o transtorno do espectro autista, atualmente, engloba transtornos antes denominados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.⁴

Em relação à incidência, esse transtorno acomete, frequentemente, o sexo masculino.¹⁰ Atualmente não pode ser mais considerado como um transtorno raro, uma vez que a estimativa assinala que a incidência no Brasil chegará a mais de um milhão de casos¹¹. Sua manifestação ocorre antes dos três anos de idade.^{12,13}

Além da variabilidade das características clínicas, o TEA também pode vir acompanhado de algumas comorbidades, como epilepsia, deficiência intelectual e desordens cognitivas. Sabe-se que quanto maior o número de comorbidades associadas ao quadro do TEA, mais comprometido estará o prognóstico.¹⁰

DIAGNÓSTICO

A respeito do diagnóstico do TEA, atualmente a idade que ele é fechado oscila entre 3 a 6 anos de idade, mas existe evidências crescentes de que o médico pode concluir o diagnóstico até no segundo ano de vida. Se esta conclusão diagnóstica ocorrer precocemente, as intervenções serão realizadas de forma mais dirigidas, baseando-se no comportamento, que está associado a outras áreas centrais como o funcionamento social e a linguagem.¹⁴

No entanto, o diagnóstico do TEA é um dos principais obstáculos vividos pelos médicos. O pediatra é o primeiro profissional a ter contato com a criança, essa classe médica surgiu com a preocupação em relação as questões da infância. Nesse sentido, a prevenção e intervenção aos problemas graves das crianças possibilitaram, inclusive, uma maior expectativa de vida. Porém as questões psíquicas infantis ainda geram questionamentos.¹⁵

Estas demandas infantis, com as quais lidam os pediatras, são diversas. Dentre elas se destaca o transtorno do espectro autista, considerando a expansão de sua incidência e a sua complexidade diagnóstica e terapêutica. Inicialmente as crianças autistas eram tratadas por psiquiatras de adultos. Em 1960 esses casos foram assumidos pelos pediatras, e, posteriormente, em 1980, pelos neuropediatras e psiquiatras infantis.¹⁶

Nesse sentido, ainda que a equipe médica solicite alguns exames, como ressonância e eletroencefalograma, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é fundamentalmente clínico e realizado a partir de observações da criança.^{3,17}

Vale ressaltar a importância desse olhar clínico, uma vez que ele contribui para detecção precoce. Esta é extremamente importante nesses casos, pois a assertividade por parte dos profissionais em dar um diagnóstico e realizar os encaminhamentos das crianças para intervenção gera uma possibilidade de melhor prognóstico desses indivíduos.^{11,12,18}

A detecção tardia, por sua vez, decorre do fato dos profissionais apresentarem insegurança no diagnóstico deste quadro.⁶ Provavelmente por fragilidades na formação como residentes quanto ao transtorno do espectro autista, durante o período de residência.¹⁷

Na residência médica os alunos de Medicina se familiarizarão com suas respectivas áreas de escolha para o seu aperfeiçoamento enquanto profissional da área médica. Por isso, se faz necessário entender a estrutura de formação destes alunos.

RESIDÊNCIA MÉDICA

O decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 regulamenta a Residência Médica, constituindo a residência em medicina como uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, com o formato de curso de especialização. Caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, a residência médica funciona em Instituições de saúde, sendo estas universitárias ou não, com a orientação de profissionais médicos com qualificação elevada qualificação e ética profissional. Os programas da residência médica foram desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; Medicina Preventiva e Social.¹⁹

A integração das atividades e a experiência da equipe direcionam-se para uma capacitação dos residentes de psiquiatria em ações de saúde mental que estão em consonância com as discussões e tendências atuais observadas mundialmente, considerando as demandas regionais para uma melhor articulação com a Rede de saúde mental, com foco na saúde integral do indivíduo e pautado em ações de assistência, ensino e pesquisa.²³

Existe uma escassez de estudos acerca da formação médica em relação as questões relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista. Estudos neste sentido tornam-se relevantes, uma vez que atualmente é notado um déficit importante na formação acadêmica sobre os cuidados psíquicos da infância, em especial do TEA.²¹

Percebe-se uma fragilidade na formação dos médicos no tocante ao diagnóstico do TEA, estes profissionais apresentam dificuldades para a detecção dos sinais de risco, o que inviabiliza o diagnóstico, e conseqüentemente, a intervenção precoce¹⁴. Por esta razão, e devido ao crescente aumento dos casos de TEA, é fundamental entender o conhecimento básico dos residentes sobre esta temática para que iniciativas educativas apropriadas sejam formadas.¹⁸

Por isso, e considerando as lacunas da literatura, o presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP acerca do Transtorno do Espectro Autista.

II. HIPÓTESE

Acredita-se que o conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria a respeito do Transtorno do Espectro Autista não é suficiente para o diagnóstico e precoce.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento dos Residentes em Pediatria e Psiquiatria acerca do diagnóstico Transtorno do Espectro Autista e elaborar um manual de orientação para identificação precoce.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar dados sociodemográficos dos residentes em pediatria e psiquiatria em relação a: Idade, sexo, estado civil, tempo de formação acadêmica;
- Identificar o conhecimento prévio dos residentes em pediatria e psiquiatria do IMIP acerca do diagnóstico do TEA;
- Conhecer a auto percepção dos residentes em pediatria e psiquiatria acerca da formação acadêmica em relação ao diagnóstico do TEA;
- Avaliar via critérios do DSM-5 o conhecimento dos residentes acerca do diagnóstico do TEA;
- Comparar o conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria sobre o TEA nos três anos da formação;
- Desenvolver um produto educacional em formato de manual informático para Médicos Residentes sobre os sinais e sintomas para o diagnóstico precoce do TEA.

IV. MÉTODO

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza por ser descritivo, tipo corte transversal, com estudo quantitativo.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na residência de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife, Pernambuco, Brasil.

O IMIP foi fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, é uma entidade filantrópica, com atuação nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Atende a população carente de Pernambuco, sendo reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País.

RESIDÊNCIA EM PEDIATRIA

A residência em Pediatria é uma das mais antigas dentre os inúmeros Programas de Residência oficiais. Por essa razão e por se tratar a Pediatria como uma das especialidades básicas da Medicina, esta residência é uma das que mais qualificou médicos no Brasil, desde a criação da nova modalidade de treinamento profissional. Inicialmente foi considerada como Clínica Médica da criança e do adolescente, esta especialidade sofreu modificações ao longo dos anos e atualmente a pediatria é considerada como a especialidade médica que cuida do ser humano em fase de crescimento e de desenvolvimento.²⁰

Desta forma, a evidência científica declarada pelos resultados dos estudos que evidenciam os fenômenos do crescimento e do desenvolvimento humano demonstrou que a criança não é somente uma miniatura do adulto, conceito que persistiu durante longos anos entre os profissionais médicos. Nesta perspectiva, o amplo, específico e complexo domínio de

conhecimento da Pediatria se originou, e o Programa de Residência Médica em Pediatria assimilou as bases conceituais da especialidade e convergiu para sua afirmação no século passado.²⁰

Em 1967 foi criado o programa de residência de pediatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Em 1982 foi reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). O programa dessa residência tem buscado excelência na formação dos pediatras, visto que a pediatria é essencial para o cuidado das crianças, apontando para o desenvolvimento de adultos saudáveis.²¹

A residência de pediatria do IMIP tem como objetivo capacitar o residente para desempenhar ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento dos principais problemas que acometem crianças e adolescentes, baseado no conhecimento médico orientado por evidência científica e em princípios éticos, para que o profissional esteja apto para trabalhar em equipe, se comunicar de forma efetiva, demonstrando respeito e responsabilidade pelos demais profissionais, pacientes, famílias e pela sociedade, bem como utilizando e gerenciando de maneira eficaz os recursos disponibilizados em sua região.²¹

Em relação ao domínio cognitivo, o currículo da residência de pediatria do IMIP propõe-se, ao final do programa, capacitar o estudante para reconhecer as necessidades nutricionais, educacionais e ambientais da criança e do adolescente; analisar os fenômenos ecológicos, sociais, culturais e econômicos que influenciam a saúde da criança e de seus familiares; Identificar os recursos disponíveis na comunidade e os programas de assistência materno-infantil e a forma de integrar-se a eles.²¹

Assim como conhecer a etiologia, fisiopatologia, o diagnóstico e o manejo terapêutico das doenças que acometem o paciente pediátrico; Sistematizar a utilização dos dados recolhidos através da anamnese, exame físico e exames complementares; Compreender as estratégias para

solução de problemas da prática diária em pediatria; Conhecer os aspectos teóricos e técnicos dos principais exames complementares em pediatria, e saber selecionar métodos diagnósticos mais apropriados, considerando custo e efetividade; Promover a busca pelo conhecimento científico e aplicá-lo na sua prática clínica.²¹

Em relação ao tempo, a residência de pediatria do IMIP é concluída em três anos. Sendo dividida em residência 1 ou R1 para primeiro ano, residência 2 ou R2 para o segundo ano e residência 3 ou R3 para o terceiro e último ano da residência de pediatria. A neurologia pediátrica é vista no último ano da especialização ou R3, pelo período de um mês, é neste módulo que os estudantes devem se apropriar dos seguintes conteúdos: Alterações do nível de consciência, convulsões, cefaleia, ataxia, movimentos involuntários e paroxísticos, fraqueza muscular e hipotonia, microcefalia, paralisias e paresias, meningites, encefalites, mielite, encefalopatias crônicas, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, neuropatias periféricas e doenças neuro-musculares.²¹

RESIDÊNCIA EM PSIQUIATRIA

Em 1966 foi fundada a Associação Brasileira de Psiquiatria, ampliando-se o debate nacional sobre a formação dos psiquiatras. Na primeira metade do século XX não existia cursos que conduzissem uma formação adequada a quem desejasse desempenhar a profissão de psiquiatra. Os médicos interessados estagiavam nos grandes hospitais onde recebiam orientação de psiquiatras autodidatas e com o a prática gradativa no fazer clínico terminavam por se tornar psiquiatras. Muitos se tornaram excelentes profissionais e formaram outros psiquiatras.²²

O Serviço Nacional de Doenças Mentais instigou a construção de hospitais no Brasil e organizou os primeiros cursos de especialização. Médicos de várias partes do país se deslocavam para o Rio de Janeiro, onde era ofertado o curso e após três meses eram certificados

como psiquiatras. O primeiro concurso para psiquiatria foi realizado no Rio Grande do Sul em 1938, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. A Residência Médica em Psiquiatria teve início no Hospital do Ipase em 1948. Depois em 1951 no Hospital de Clínicas da USP e o terceiro em 1960 na Clínica Pinel de Porto Alegre.²²

Atualmente o médico que deseja ser especialista em psiquiatria, passa por uma formação com duração de três anos. No primeiro ano de residência o estudante é exposto aos seguintes conteúdos: Programação didática, ciências básicas, avaliação diagnóstica, terapêuticas: biológicas psicossociais, ética em psiquiatria, conhecimentos gerais, políticas públicas em saúde mental e psicopatologia geral.²²

No segundo ano, os residentes se apropriam dos seguintes assuntos: Programação Didática, ciências básicas, psicopatologia especial, psicoterapia, psiquiatria da infância e adolescência, abuso e dependência de drogas. E no terceiro e último ano de residência, são explorados os conteúdos de programação didática ciências básicas, psiquiatria geriátrica, psiquiatria forense, epidemiologia psiquiátrica, psiquiatria comunitária, conhecimentos gerais e metodologia Científica.²³

O programa de residência de psiquiatria do IMIP iniciou suas atividades em março de 2014 com o propósito de capacitar profissionais e fortalecer a Rede de atenção à saúde mental de Pernambuco. Pautado na filosofia do Prof. Fernando Figueira, busca capacitar profissionais para dar suporte integral a uma população do Sistema Único de Saúde que necessita de cuidados, principalmente considerando a dificuldade de acesso a saúde mental diante de um cenário mundial de crescente demanda.²³

São 4 vagas com regime de 60 horas semanais, por um período de 3 anos nos quais os residentes irão vivenciar atividades diversas atividades teóricas e práticas tais como: seminários teóricos, supervisão clínica da psiquiatria e psicoterapia, atendimentos individuais,

orientações a familiares e cuidadores Inter consulta nas enfermarias, rodízios externos, entre outras que demandam suporte em todos os ciclos vitais (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Além disso integra-se a uma Rede de cuidados da própria instituição através da interface com as outras especialidades e ainda se articula com a Rede de Saúde Mental de Pernambuco com Hospitais de Referência em Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial. No ano de 2019 foi iniciada a Residência de Psiquiatria da Infância e Adolescência com mais 2 vagas para um ano de atividades.²³

4.3.PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado entre os anos de agosto 2018 e novembro de 2018. O período da coleta de dados aconteceu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

4.4.POPULAÇÃO DO ESTUDO

Residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da residência de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

4.5.AMOSTRA

Os participantes, residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da residência de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Sendo 42 alunos residentes, 12 residentes de psiquiatria e 30 residentes de pediatria. Selecionados por conveniência com os participantes que aceitaram responder questionário proposto. Foram convidados todos os residentes.

4.6. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foi realizada uma abordagem dos residentes de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP para solicitar a participação destes estudantes, a fim de que os mesmos respondessem um questionário sobre sinais e sintomas em relação ao diagnóstico do TEA.

4.7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os residentes de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; indivíduos de ambos os sexos, sem limite de idade, procedentes de outras cidades e independente do tempo de formação.

4.8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os residentes de pediatria e psiquiatria do Instituto do IMIP que estiveram de licença médica, afastamento por doença.

4.9. PROCEDIMENTO PARA CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES

Os residentes foram contatados para que recebam esclarecimentos sobre em que consiste o estudo e, sobre a informação do dia e horário no qual será realizada a aplicação do questionário.

Foi utilizada uma lista de checagem (**APÊNDICE B**) para verificar os critérios de elegibilidade. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE. (**APÊNDICE C**).

Em seguida, em uma data, horário e local pré-estabelecidos entre pesquisadores e residentes, realização dos procedimentos detalhados abaixo.

Os pesquisadores realizaram a aplicação do questionário da seguinte forma: Primeiro houve a apresentação do pesquisador, a explicação da pesquisa e garantia que os resultados serão divulgados para os participantes.

4.10. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS TERMOS, CRITÉRIOS E VARIÁVEIS

No presente estudo foi abordada a temática do TEA. Nesse sentido, entende-se por TEA o Transtorno do espectro autista, um déficit que é caracterizado por um transtorno do neurodesenvolvimento^{5,6}. Podendo prejudicar as capacidades de comunicação, socialização e comportamento⁷.

As variáveis do estudo foram obtidas por meio do questionário e o tipo de variáveis são: composta, pois além dos dados sociodemográficos, objetivou-se analisar o conhecimento adquirido na residência sobre TEA. A variável foi ordinal, para os dados sociodemográficos, por haver ordenação entre as categorias e, dicotômica para a resposta do questionário, pois corresponde a variáveis que só há dois tipos de respostas possíveis, neste estudo as opções serão do tipo sim e não.

4.11. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de um questionário (**APÊNDICE A**) elaborado pelo grupo de pesquisadores, contendo 36 perguntas fechadas com respostas de sim e não. O questionário foi composto por cinco dimensões:

- A) Características gerais e surgimento;
- B) Prejuízo na comunicação social recíproca e na interação social;
- C) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades;
- D) Comorbidade.

No entanto, o residente só pôde participar dessas etapas após os pesquisadores submetê-lo à lista de checagem (**APÊNDICE B**) a qual foi utilizada para verificar os critérios de elegibilidade.

A coleta foi iniciada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (**APÊNDICE C**).

4.12. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento para a análise dos dados foi feito através da revisão dos questionários. Em seguida ocorreu a transposição dos dados para a planilha do Excel, e, posteriormente, para o programa de estatística *GraphPad Prism Software 5.02*.

Foi realizada uma tripla digitação pelo grupo de pesquisadores, os quais realizaram a transposição dos dados em épocas diferentes e fizeram o trabalho de revisão dos dados para corrigir possíveis erros e eventuais inconsistências.

4.13. Aspectos Éticos

O período da coleta de dados aconteceu após a aprovação do comitê de ética e pesquisa do IMIP, segundo a resolução 510/2016 vide CAAE: 84776017.7.0000.5201 e parecer de aprovação 2.718.159.

4.14. Conflito de interesse

A presente pesquisa não apresenta conflito de interesses.

4.15. Riscos e Benefícios da pesquisa

O risco que este estudo apresentou foi o de constrangimento com o preenchimento do questionário, uma vez que este instrumento avalia o conhecimento dos residentes sobre o conhecimento do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. Esta pesquisa terá como

benefício a elaboração de um manual informativo voltado para os residentes médicos sobre sinais e sintomas do diagnóstico do autismo que podem ser identificados precocemente.

V. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados no formato de dois produtos. O primeiro é um artigo a ser submetido na **Revista Brasileira de educação Médica** é a publicação oficial da Associação Brasileira de Educação Médica- ABEM. A missão desta revista é publicar debates, análises e resultados de investigações sobre questões consideradas relevantes para a educação médica. A revista aceita artigos em português, inglês ou espanhol. As normas de instrução aos autores encontram-se **ANEXO 1**.

O segundo produto, será apresentado um produto técnico educacional no formato de um guia de orientação para identificação de sinais e sintomas de autismo. Este produto será disponibilizado no repositório da Faculdade Pernambucana de Saúde e também encaminhado para o Serviço no qual a pesquisa foi realizada **APÊNDICE D**.

**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**

Anne Karenina Bittencourt de Souza Chaves¹

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa²

Juliana Monteiro Costa³

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

² Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

³ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Resumo

Introdução: O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por prejuízos em duas áreas essenciais: comunicação social recíproca e interação social, e em padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Pelo diagnóstico ser, fundamentalmente, clínico, é importante considerar a formação dos residentes em pediatria e psiquiatria sobre o diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de residentes em pediatria e psiquiatria de um programa de residência acerca do diagnóstico e tratamento do TEA. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado com residentes de dois programas de residência, pediatria e psiquiatria, vinculados ao SUS. Foi utilizado um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico e o nível de conhecimento sobre o diagnóstico e tratamento do TEA elaborado pelos autores com base na literatura atual que envolveu as dimensões: Auto percepção em relação a formação acerca do diagnóstico do TEA, características gerais e surgimento, prejuízo na comunicação social recíproca e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e comorbidades. A coleta ocorreu entre julho a agosto de 2018 e o estudo foi aprovado pelo parecer do comitê de ética e pesquisa vide CAAE 84776017.7.0000.5201. Os dados foram digitados em um banco de dados do softwer Excel e após análise no GraphPad Prism Software 5.02 foram descritas suas frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Participaram 42 residentes, sendo 33 residentes de pediatria e 12 residentes de psiquiatria, 17 homens e 25 mulheres. Para 95% dos residentes o conhecimento do TEA não é percebido como suficiente 66% não reconhece que o conteúdo de TEA visto na sua formação habilita o profissional para o diagnóstico precoce, 66% não reconhecem o conteúdo como suficiente e a maioria (90%) referiu a necessidade de mais informação sobre o TEA durante a residência e graduação, pois

o currículo não contempla o conteúdo **Conclusão:** há fragilidade no conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria a respeito do diagnóstico precoce e o tratamento do TEA. Essas informações apontam a necessidade de atualização das propostas curriculares das residências e ações objetivando preencher lacunas acerca desses conteúdos e contribuir para uma formação mais qualificada dos profissionais.

Palavras-chave: **Transtorno autístico. Diagnóstico. Conhecimento. Médicos residentes.**

INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM-5 o transtorno do espectro autista, atualmente, engloba transtornos antes denominados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.¹⁻⁴

Em relação à incidência, esse transtorno acomete, frequentemente, o sexo masculino⁶⁻¹⁰. Atualmente não pode ser mais considerado como um transtorno raro, uma vez que a estimativa assinala que a incidência no Brasil chegará a mais de um milhão de casos¹¹. Sua manifestação ocorre antes dos três anos de idade.^{12,13}

Além da variabilidade das características clínicas, o TEA também pode vir acompanhado de algumas comorbidades, como epilepsia, deficiência intelectual e desordens cognitivas. Sabe-se que quanto maior o número de comorbidades associadas ao quadro do TEA, mais comprometido estará o prognóstico.¹⁰

A respeito do diagnóstico do TEA, atualmente a idade que ele é fechado oscila entre 3 a 6 anos, mas existem evidências crescentes de que o médico pode concluir o diagnóstico até no segundo ano de vida. Se esta conclusão diagnóstica ocorrer precocemente, as intervenções serão realizadas de forma mais dirigidas, baseando-se no comportamento, que está associado a outras áreas centrais como o funcionamento social e a linguagem.¹⁴

Em 1966 foi fundada a Associação Brasileira de Psiquiatria, ampliando-se o debate nacional sobre a formação dos psiquiatras. Na primeira metade do século XX não existiam cursos que conduzissem uma formação adequada a quem desejasse desempenhar a profissão de psiquiatra. Os médicos interessados estagiavam nos grandes hospitais recebendo orientação de psiquiatras autodidatas e com a prática gradativa no fazer clínico terminavam por se tornar psiquiatras. Muitos se tornaram excelentes profissionais e formaram outros psiquiatras.¹⁵⁻¹⁷

Ainda hoje são escassos estudos acerca da formação médica em relação as questões relacionadas ao TEA. Estudos nesta área tornam-se relevantes, uma vez que atualmente é notado um déficit importante na formação acadêmica sobre os cuidados psíquicos da infância, em especial do TEA.¹⁸⁻²¹

Percebe-se uma fragilidade na formação dos médicos no tocante ao diagnóstico do TEA e estes profissionais apresentam dificuldades para a detecção dos sinais de risco, inviabilizando o diagnóstico, e conseqüentemente, a intervenção precoce¹⁴. Por esta razão, e devido ao crescente aumento dos casos de TEA, é fundamental entender o conhecimento básico dos residentes sobre esta temática para que iniciativas educativas apropriadas sejam formadas.²²⁻²³

O presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos residentes em pediatria e psiquiatria de dois programas de residência vinculados ao SUS acerca do Transtorno do Espectro Autista.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado na residência em pediatria e psiquiatria de dois programas de residência, pediatria e psiquiatria, vinculados ao SUS em Pernambuco, Brasil.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2018 e esta foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP vide número do CAAE: 84776017.7.0000.5201.

Todos os residentes de pediatria e psiquiatria da instituição foram convidados para participar da pesquisa e abordados nos seus dias de atividade regular. A coleta de dados foi realizada através de um questionário elaborado pelo grupo de pesquisadores, contendo 36 questões assertivas com respostas de sim e não, composto por cinco dimensões: 1) Auto percepção em relação a formação acerca do diagnóstico do TEA; 2) Características gerais e surgimento; 3) Prejuízo na comunicação social recíproca e na interação social; 4) Padrões restritos e repetitivos de comportamento; 5) Interesses ou atividades e comorbidades. Não foram incluídos na pesquisa os residentes que estavam de licença médica ou de férias.

O procedimento para a análise dos dados envolveu a revisão dos questionários bem como a transposição dos dados para a planilha do Excel, e, posteriormente, para o programa de estatística *GraphPad Prism Software 5.02*. Foi realizada uma dupla digitação pelo grupo de pesquisadores, os quais realizaram a transposição dos dados em épocas diferentes e fizeram o trabalho de revisão dos dados para corrigir possíveis erros e eventuais inconsistências. Portanto, somente após a comparação dos bancos de dados e realizados os testes de consistência é que o banco de dados definitivo foi utilizado para a análise estatística.

RESULTADOS

Foram entrevistados 42 residentes sendo 33 (78,57%) residentes de pediatria e 12 (21,43%) residentes de psiquiatria, com idade média de 27,9 anos. Entre as instituições de formação da graduação dos residentes, 28 (66,67%) foram públicas (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio demográficas e de formação dos Residentes.

Variáveis	N (42)	%
Idade média (anos)	27,9	-
Sexo		
Masculino	9	21,23
Feminino	33	78,57
Instituição de Ensino Superior		
Pública	28	66,67
Privada	14	33,33
Média do tempo de formado (em meses)	23,78	
Residência		
Psiquiatria	9	21,43
Pediatria	33	78,57
Ano da Residência		
1 ano	17	40,48
2 ano	10	23,81
3 ano	15	35,71

Tabela 2: Autopercepção em relação a formação durante a residência acerca do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Variáveis	N (42)	
	Sim (%)	Não (%)
1. Você considera suficiente seu conhecimento sobre o TEA	2 (4,76)	40 (95,24)
2. Você considera que o conteúdo sobre TEA visto na sua formação habilita o profissional para o diagnóstico precoce	12 (30)	28 (70)
3. Você avalia ter conhecimentos e habilidades para o diagnóstico do TEA	3 (8,33)	33 (91,67)
4. Você considera que deveria haver mais informações sobre TEA durante a residência	38 (95)	2 (5)
5. Existe algum protocolo específico para auxiliar na avaliação e no diagnóstico do TEA onde você faz residência	5 (13,51)	32 (86,49)
6. O currículo da sua residência oferece algum módulo ou disciplina sobre TEA	23 (57,50)	17 (42,50)

De modo geral, 95,24% dos residentes responderam que não considera suficiente seu conhecimento acerca do TEA, 70% não considera que o conteúdo durante a formação foi suficiente para habilitá-los para o diagnóstico precoce, 91,67% não reconhece ter conhecimentos e habilidades para o diagnóstico do TEA. Embora 23(57,50%) reconheçam que a residência oferece algum módulo ou disciplina, apenas 5(13,51%) identificou algum protocolo específico para auxiliar na avaliação e no diagnóstico no local da residência e para 95% dos residentes, deveria haver mais informações sobre o transtorno durante a residência.

DIMENSÃO 1: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SURGIMENTO DO AUTISMO

Observou-se que 88% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de modo equivocado quando questionados sobre as características essenciais do TEA, reconhecidas através do prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Em contrapartida a relação aos sintomas do transtorno aparecem após o final da primeira infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário foi reconhecida por 79% (90% psiquiatria e 10% pediatria).

Observou-se que 93% dos residentes (80% psiquiatria e 20% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados sobre as características sobre o estágio em que o prejuízo funcional fica evidente o qual irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Além disso, 76% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) também responderam de forma equivocada quando questionados sobre as como as características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento e as intervenções, compensações e apoio atual não mascaram as dificuldades.

Observou-se que 68% dos residentes (80% psiquiatria e 20% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados sobre a forma como o termo espectro é empregado por conta da discreta variabilidade de manifestações encontradas na condição autista. Além disso, 97% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) também responderam de forma equivocada quando questionados se os mesmos tinham o conhecimento sobre se o transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo

infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Tabela 3: Conhecimento dos residentes sobre características gerais e surgimento do TEA

Variáveis	N (42)	
	Sim (%)	Não (%)
1. As características essenciais do TEA são: prejuízo persistente na comunicação social recíproca, interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades	37 (88,10)	5 (11,9)
2.Os sintomas do TEA aparecem após o final da 1ª infância e limitam e prejudicam o funcionamento diário da criança	9 (21,43)	33 (78,57)
3.O estágio no qual o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e do seu ambiente	39 (92,86)	3 (7,14)
4.Características diagnósticas nucleares estão evidentes nos períodos do desenvolvimento. As intervenções, compensações e apoio não mascaram as dificuldades.	10 (23,81)	32 (76,19)
5.O termo espectro é empregado por causa da discreta variabilidade de manifestações encontradas na condição autista	13 (31,71)	28 (68,29)
6.O TEA engloba transtornos antes chamados de: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger	41 (97,62)	1 (2,38)

DIMENSÃO 2: PREJUÍZO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL RECÍPROCA E NA INTERAÇÃO SOCIAL

Observou-se que 62% dos residentes (90% psiquiatria e 10% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados sobre as características sobre se os prejuízos na comunicação e na interação social especificados são invasivos e sustentados. Em contrapartida, no questionamento sobre se os déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações semelhantes, e dependem da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual foi reconhecida por 88% dos residentes (80% psiquiatria e 20% pediatria).

Observou-se que 90% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se os muitos indivíduos têm déficits de linguagem, as quais variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, linguagem explicitamente literal ou afetada. Além disso, 95 % dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se as habilidades linguísticas formais (p. ex., vocabulário, gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca não está prejudicado no transtorno do espectro autista. Em contrapartida, a identificação da pouca ou nenhuma capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos estão claramente evidentes em crianças pequenas com o transtorno foi reconhecida por 74% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria). No entanto, observou-se que 55% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se a capacidade de imitar está preservada no TEA.

Observou-se que 93% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se havendo linguagem, a mesma costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar. Ainda, 50% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se nos adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer como dificuldade de entrar em uma conversa ou dificuldade no que não se deve dizer (honestidade extrema). Além disso, 95% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se os déficits em comportamentos de comunicação não verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala.

Observou-se que 88% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se um aspecto tardio do transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, que é manifestada por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas. Ainda, Observou-se que 93% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas. Além disso, também foi observado que 93% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se indivíduos com TEA brincam de fingir de forma adequada para a idade.

Tabela 4: Conhecimento dos residentes sobre prejuízos na comunicação social recíproca e na interação social do TEA

Variáveis	N (42)	
	Sim (%)	Não (%)
1.Os prejuízos na comunicação e na interação social são invasivos e sustentados	26 (61,90)	16 (38,10)
2.Déficits verbais e não verbais na comunicação social tem manifestações semelhantes e dependem de idade, nível intelectual, capacidade linguística, história do tratamento, apoio atual, entre outros	37 (88,10)	5 (11,9)
3.Muitos indivíduos têm déficits na linguagem que variam da ausência total da fala, atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada.	38 (90,48)	4 (9,52)
4.Quando habilidades linguísticas formais (ex. gramática, vocabulário) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca não está prejudicado no TEA	2 (4,76)	40 (95,24)
5. Pouca ou nenhuma capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos estão claramente evidentes em crianças pequenas com o TEA	11 (26,19)	31 (73,81)
6.A capacidade de imitar está preservada no TEA	19 (45,24)	23 (54,76)
7.No TEA, havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar	39 (92,86)	3 (7,14)
8.Nos adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer como dificuldade de iniciar ou participar de uma conversa ou dificuldade no que não se deve dizer (honestidade extrema)	42 (100)	-
9.Déficits em comportamentos de comunicação verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala	40 (95,24)	2 (4,76)
10.Um aspecto tardio do TEA é atenção compartilhada prejudicada, caracterizada por ausência de gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou olhar o indicador de outra pessoa	37 (88,10)	5 (11,9)
11.Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico manifestado por refeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas	39 (92,86)	3 (7,14)
12.Indivíduos com TEA brincam de fingir de forma adequada para a idade	3 (7,14)	39 (92,86)

DIMENSÃO 3: PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES OU ATIVIDADES

Observou-se que 50% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples. Em contrapartida, foi reconhecida que no TEA o uso repetitivo de objetos pode ser exemplificado por girar moedas e enfileirar objetos, assim como a fala repetitiva, que difere da ecolalia, caracterizada por repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas 93% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria). Observou-se ainda que 50% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se a adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal. No entanto, a relação de que alguns encantamentos e rotinas não se relacionam a uma aparente hiper ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais, manifestada por meio de respostas excessivas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, aparente indiferença a dor, calor ou frio foi percebida por 60 % (79% psiquiatria e 21% pediatria).

Observou-se que 69% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são incomuns e raras, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista. Como também, observou-se que 69% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam

de forma assertiva quando questionados se poucos adultos com transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público. Os residentes também foram assertivos em compreender se os critérios diagnósticos podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que os sintomas não estejam mais presentes em 62% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria).

Tabela 5: Conhecimento dos residentes sobre padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades no TEA

Variáveis	N (42)	
	Sim (%)	Não (%)
1.Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipadas motoras simples (ex. abanar as mãos, estalar os dedos)	42 (100)	-
2.No TEA, o uso repetitivo de objetos pode ser exemplificado por girar moedas, enfileirar objetos, assim como fala repetitiva que difere da ecolalia, caracterizada por repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas	39 (92,86)	3 (7,14)
3.Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal	42 (100)	-
4.Alguns encantamentos e rotinas não se relacionam a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, manifestada por meio de respostas excessivas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes aparente indiferença a dor, calor ou frio	25 (59,52)	17 (40,48)
5.Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são incomuns e raras, podendo constituir a forma de apresentação do TEA	13 (30,95)	29 (69,05)
6.Poucos adultos com TEA sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público	13 (30,95)	29 (69,05)
6.Os critérios de diagnóstico podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que sintomas não estejam mais presentes	16 (38,10)	26 (61,90)

DIMENSÃO 4: COMORBIDADE

Observou-se que 88% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se o transtorno do espectro autista é frequentemente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem. Em contrapartida, foi percebido por 62% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria), que um pequeno número de indivíduos com transtornos do espectro autista apresenta sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios diagnósticos para o transtorno. E ainda, metade dos entrevistados reconheceram que quando critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do espectro autista são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Observou-se que 86% dos residentes (79% psiquiatria e 21% pediatria) responderam de forma equivocada quando questionados se uma avaliação para ansiedade ou depressão é dispensável se os indivíduos não tiverem fala ou possuírem déficits de linguagem, sinais observáveis, como mudanças no sono ou na alimentação e aumento no comportamento desafiante. Em contrapartida, foi percebido que as condições médicas normalmente associadas ao TEA incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação, transtorno alimentar restritivo/evitativo e preferências alimentares extremas e reduzidas podem persistir 93% dos residentes (84% psiquiatria e 16% pediatria).

Tabela 6: Conhecimento dos residentes sobre comorbidades do TEA

Variáveis	N (42)	
	Sim (%)	Não (%)
1.O TEA é frequentemente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem	37 (88,10)	5 (11,9)
2.Um pequeno número de indivíduos com TEA apresentam sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios diagnósticos para o transtorno	26 (61,90)	16 (38,10)
3.Quando critérios tanto para TDAH quando TEA são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser dados	21 (50,00)	21 (50,00)
4.Uma avaliação para ansiedade e depressão é dispensável se os indivíduos não tiverem fala ou possuírem déficits de linguagem, sinais observáveis tais como mudanças do sono ou na alimentação e aumento desafiante	6 (14,29)	36 (85,71)
5.as condições médicas normalmente associadas ao TEA incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação, transtorno alimentar restritivo/evitativo e preferencias alimentares extremas e reduzidas podem persistir	39 (92,86)	3 (7,14)

DISCUSSÃO

A Associação Americana de Psiquiatria exemplifica na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) que o termo espectro define o transtorno por conta da variabilidade das manifestações, que ocorrem dependendo da gravidade, do nível de desenvolvimento e da idade.⁴ Trata-se de um déficit caracterizado por um transtorno do neurodesenvolvimento.^{5,6} nos quais a capacidade de comunicação, socialização e comportamento podem estar afetadas de formas distintas.^{7,8} O TEA é considerado crônico e não existe a possibilidade de cura.⁶

Quanto à sintomatologia, o DSM-5 uniu a antiga tríade sintomática descrita no DSM-IV que se caracterizava por déficits na comunicação, socialização e comportamento, em duas dimensões essenciais que são: o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades⁹. Tais sinais estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam a vida do indivíduo.⁴

Estes sinais e sintomas do TEA causam um prejuízo funcional que tem sua variação e surgimento de acordo com a peculiaridade do indivíduo e seu ambiente. As particularidades diagnósticas são evidenciadas no período do desenvolvimento, mas, as intervenções, compensações e apoio atual podem disfarçar as dificuldades, pelo menos em algumas situações.⁴

No entanto, o diagnóstico do TEA é um dos principais obstáculos vividos pelos médicos. O pediatra é o primeiro profissional a ter contato com a criança e nesse sentido, a prevenção e intervenção aos problemas graves das crianças possibilitam, inclusive, uma maior expectativa de vida. Porém as questões psíquicas infantis ainda geram muitos questionamentos.¹⁵

As demandas infantis, com as quais lidam os pediatras, são diversas. Dentre elas se destaca o TEA, considerando a expansão de sua incidência e a sua complexidade diagnóstica e terapêutica. Inicialmente as crianças autistas eram tratadas por psiquiatras de adultos. Em 1960 esses casos foram assumidos pelos pediatras, e, posteriormente, em 1980, pelos neuropediatras e psiquiatras infantis¹⁶. Contudo, ainda que a equipe médica solicite alguns exames, como ressonância e eletroencefalograma, o diagnóstico do TEA é fundamentalmente clínico e realizado a partir de observações da criança.^{3,17}

A observação clínica é extremamente importante nesses casos, pois a assertividade por parte dos profissionais em dar um diagnóstico e realizar os encaminhamentos das crianças para intervenção gera uma possibilidade de melhor prognóstico desses indivíduos^{11,12,18}. A detecção tardia, por sua vez, decorre do fato dos profissionais apresentarem insegurança no diagnóstico deste quadro⁶. Provavelmente por fragilidades na formação quanto ao transtorno do espectro autista, durante o período de residência.¹⁷

O decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 regulamenta a Residência Médica, constituindo a residência em medicina como uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, com o formato de curso de especialização. Caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, a residência médica funciona em Instituições de saúde, sendo estas universitárias ou não, com a orientação de profissionais médicos com qualificação elevada qualificação e ética profissional. Os programas da residência médica foram desenvolvidos, prioritariamente nas áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; Medicina Preventiva e Social.¹⁹

A Residência em Pediatria é uma das mais antigas dentre os inúmeros Programas de Residência oficiais. Por essa razão e por se tratar a Pediatria como uma das especialidades básicas da Medicina, esta residência foi uma das que mais qualificou médicos no Brasil, desde

a criação da nova modalidade de treinamento profissional. Inicialmente foi considerada como Clínica Médica da criança e do adolescente, esta especialidade sofreu modificações ao longo dos anos e atualmente a pediatria é considerada como a especialidade médica que cuida do ser humano em fase de crescimento e de desenvolvimento.²⁰

Atualmente o médico que deseja ser especialista em psiquiatria, passa por uma formação com duração de três anos. No primeiro ano de residência o estudante é exposto aos seguintes conteúdos: Programação didática, ciências básicas, avaliação diagnóstica, terapêuticas: biológicas psicossociais, ética em psiquiatria, conhecimentos gerais, políticas públicas em saúde mental e psicopatologia geral²². No segundo ano se apropriam de psicopatologia especial, psicoterapia, psiquiatria da infância e adolescência, abuso e dependência de drogas. E no terceiro e último ano de residência, são explorados os conteúdos de psiquiatria geriátrica, psiquiatria forense, epidemiologia psiquiátrica, psiquiatria comunitária, conhecimentos gerais e metodologia Científica.²³

O Serviço Nacional de Doenças Mentais instigou a construção de hospitais no Brasil e organizou os primeiros cursos de especialização. Médicos de várias partes do país se deslocavam para o Rio de Janeiro, onde era ofertado o curso e após três meses eram certificados como psiquiatras. O primeiro concurso para psiquiatria foi realizado no Rio Grande do Sul em 1938, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. A Residência Médica em Psiquiatria teve início no Hospital do Ipase em 1948. Depois em 1951 no Hospital de Clínicas da USP e o terceiro em 1960 na Clínica Pinel de Porto Alegre.²²

Desta forma, a evidência científica declarada pelos resultados dos estudos que evidenciam os fenômenos do crescimento e do desenvolvimento humano demonstrou que a criança não é somente uma miniatura do adulto, conceito que persistiu durante longos anos entre os profissionais médicos. Nesta perspectiva, o amplo, específico e complexo domínio de

conhecimento da Pediatria foi originado e o Programa de Residência Médica em Pediatria assimilou as bases conceituais da especialidade e convergiu para sua afirmação no século passado.^{20,21}

Identificar os sinais de problemas iniciais permite a intervenção imediata uma vez que o quanto antes o início do tratamento, mais eficaz ele será. A plasticidade das estruturas anatômicas e fisiológicas do cérebro é maior nos primeiros anos de vida. Por isso, esse é o momento mais sensível e mais eficaz para intervenções com TEA.²⁻³

Nesse sentido, entende-se que os sintomas devem estar presentes até os 03 anos de idades, para fins diagnósticos, logo, a identificação dos sinais iniciais do TEA pela equipe de profissionais nas ações da assistência materno-infantil na Atenção Básica são de extrema importância.^{3,5}

No entanto, quanto mais nova a criança, mais sutis podem ser os sintomas o que significa que será mais difícil o fechamento desse diagnóstico.²

Comportamentos incomuns não são bons preditores de TEA, porque várias crianças com TEA não os apresentam e, quando os têm, costumam demonstrá-los mais tardiamente. Em alguns casos, são observados comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados severos, o que indica a necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica de TEA³, como descrito a seguir.

O tempo do corpo docente deve ser adequadamente apoiado para ensino durante a residência e em outros contextos, como clínicas de continuidade de residentes.¹⁷⁻²² Abordagens inovadoras para a exigência educacional desse conhecimento, tais como estruturação, deve ser explorado.²¹ Finalmente, deve-se notar que os esforços para melhorar o autismo a educação não deve se limitar ao treinamento em residência pediátrica.²³

Para garantir alta qualidade cuidar de pessoas com TEA ao longo da vida, devemos também considerar a educação continuada para a prática de médicos pediátricos, educação sobre autismo durante a faculdade de medicina e treinamento para residentes de medicina interna e clínicos de cuidados primários de adultos.¹⁷⁻²³

É de comum acordo que existe muita dificuldade no fechamento do diagnóstico do TEA por médicos formados e, consecutivamente por residentes.¹⁷⁻²¹ As diferenças entre os grupos foram mostradas por respostas discrepantes sobre a relevância de características particulares usadas no diagnóstico do autismo. A discrepância de conhecimento encontrada entre os profissionais de saúde não foi totalmente inesperada devido à novidade do tema e a sua decorrente falta de conhecimento sobre o assunto.

Semelhante à forma de diagnóstico no mundo, no Brasil, médicos de família com pessoas portadoras do TEA e pediatras são geralmente os primeiros profissionais médicos a quem os pais expressam suas preocupações com relação ao desenvolvimento da criança.

Por isso, a necessidade de que esses médicos estejam equipados com mais conhecimento sobre o autismo deve ser enfatizada demais para ajudar no diagnóstico e intervenções precoces.

CONCLUSÃO

Os participantes, residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da residência de pediatria e psiquiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Sendo 42 alunos residentes, 12 residentes de psiquiatria e 30 residentes de pediatria.

Os residentes relataram uma competência autoconsiderada globalmente menor, uma maior necessidade de melhoria na atenção primária e um maior desejo por educação para crianças com autismo em comparação com crianças com outras condições de desenvolvimento neurológico e aquelas com condições médicas crônicas / complexas. Segundo o DSM-5 o conhecimento dos residentes acerca do diagnóstico do TEA é insatisfatório. Em comparação, o conhecimento dos residentes em pediatria foi melhor embasado em comparação aos residentes da psiquiatria sobre o TEA nos três anos da formação.

Os cuidados clínicos pediátricos e psiquiátricos primários deixaram claro que há uma necessidade de educação melhorada com recursos e treinamento de residência sobre TEA e outros transtornos de desenvolvimento e comportamentais.

No entanto, esses recursos só serão eficazes se o tempo adequado for dedicado a ensinar os residentes sobre transtornos de desenvolvimento e comportamentais durante o treinamento.

Melhorar a educação sobre o autismo em face do tempo limitado e das prioridades concorrentes na formação requer um forte compromisso por parte da liderança da educação médica de pós-graduação, tanto a nível nacional como local. O tempo do corpo docente deve ser adequadamente apoiado para o ensino durante os estágios e em outros contextos, como clínicas de continuidade de residentes.

Abordagens inovadoras do requisito educacional do PAD, como a estruturação longitudinal, devem ser exploradas. Finalmente, deve-se notar que os esforços para melhorar a educação sobre o autismo não devem se limitar ao treinamento em residência pediátrica/psiquiátrica.

Para garantir cuidados de alta qualidade para pessoas com TEA ao longo da vida, também devemos considerar a educação continuada para a prática de médicos pediatras/psiquiátricos, a educação para o autismo durante a faculdade de medicina e o treinamento para residentes de medicina interna e clínicos gerais.

REFERÊNCIAS

1. Luís J, Abrão F. Anahi Canguçu Marfinati Jorge Luís Ferreira Abrão. 2014;244–62.
2. Mello, A. M. S. R; Andrade, M. A; Ho, Helena; Souza ID, De I. Retratos do Autismo no Brasil. 2013;
3. Campos MF, Mendes VLF. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) [Internet]. Vol. 1, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Diretrizes. 2014. 1-88 p. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014482706004265>
4. APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. 2014. 423-453 p.
5. Randall M, Albein-Urios N, Brignell A, Gulenc A, Hennel S, Coates C, et al. Diagnosing Autism: Australian Paediatric Research Network Surveys. *J Paediatr Child Health*. 2016;52(1):11–7.
6. Dias S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2015;18(2):307–13. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84936771081&partnerID=tZOtx3y1>
7. Volkmar FR, McPartland JC. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2014;10(November 2013):193–212. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329180>

8. Major NE. Autism education in residency training programs. *AMA J ethics* [Internet]. 2015;17(4):318–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25901699>
9. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2015;11(1):53–70. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112745>
10. Mpaka, D. M; Okitundu DLE, Ndjukendi AO, N'situ AM, Kinsala SY, Mukau JE, Ngoma VM, et al. Prevalence and Comorbidities of Autism Among Children Referred to the Outpatient Clinics for Neurodevelopmental Disorders. *Pan Afr Med J*. 2016;
11. Limon A. Síndrome Del Espectro Autista.Importancia Del Diagnóstico Temprano. 2007;143(1):73–8.
12. JENDREIECK CO. Dificuldades Encontradas Pelos Profissionais da Saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. *Psicol Argumento* [Internet]. 2014;32(483):153. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=14629&dd99=view>
13. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nat Clin Pract Neurol* [Internet]. 2008;4(3):138–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18253102>
14. M. R LNF, Smeha. BeBês com Risco de Autismo: O Não-Olhar do Médico *. *Ágora*. 2013;141–57.
15. Wong VC-N, Fung C-W, Lee S-L, Wong PTY. Review of evolution of clinical, training and educational services and research program for autism spectrum disorders in Hong Kong. *Sci China Life Sci* [Internet]. 2015;58(10):991–1009. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11427-012-4294-y>
16. Bölte S, Bartl-Pokorny KD, Jonsson U, Berggren S, Zhang D, Kostrzewa E, et al. How

- can clinicians detect and treat autism early? Methodological trends of technology use in research. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2016;105(2):137–44.
17. Visani P, Rabello S. Considerações Sobre o Diagnóstico Precoce na Clínica do Autismo e das Psicoses Infantis. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2012;15(2):293–308.
 18. Broder-Fingert S, Ferrone CF, Giaque A, Connors SL. Residents' knowledge and comfort with caring for children with autism spectrum disorder. *Clin Pediatr* [Internet]. 2014;53(14):1390–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24647693> <http://cpj.sagepub.com/content/53/14/1390.full.pdf>
 19. BRASIL. DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977 - Dados da Norma - Portal Câmara dos Deputados. 1977;1977. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-pe.html>
 20. PEDIATRIA SB DE. Residência Médica em Pediatria com duração de três anos áreas de atuação Pediátrica com duração de dois anos proposta. Site do MEC. 2010. p. 1–8.
 21. IMIP. CURRÍCULO DA RESIDENCIA DE PEDIATRIA. 2016 p. 1–69.
 22. Piccini WJ. Notas sobre o Ensino da Psiquiatria no Brasil [Internet]. *Psychiatry on line Brasil*. 2016 [cited 2017 Sep 9]. Available from: <http://www.polbr.med.br/ano16/wal0716.php>
 23. BRASIL - Ministério da Educação. Proposição de Conteúdo dos Programas de Residência Médica - Psiquiatria [Internet]. 2006. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6534-psiquiatria-sesu-rm&Itemid=30192

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos da atenção primária podem melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças com autismo, fornecendo cuidados primários de alta qualidade e abrangentes.

Os residentes relataram uma competência autoconsiderada globalmente significativamente menor, uma maior necessidade de melhoria na atenção primária e um maior desejo por educação para crianças com autismo em comparação com crianças com outras condições de desenvolvimento neurológico e aquelas com condições médicas crônicas / complexas.

Os médicos residentes neste estudo apoiam a necessidade de melhorar os cuidados primários para crianças com autismo. Embora os médicos expressem menos competência no cuidado para crianças com autismo, elas também expressam um desejo de obter educação adicional para o autismo. Modelos únicos de cuidados com o autismo devem abordar uma coordenação eficaz.

Parâmetros práticos e grupos médicos organizados devem continuar a abordar as questões desafiadoras tanto do ceticismo do TEA. Os médicos devem continuar a colaborar com as famílias para aumentar a confiança e a satisfação da família. Tais esforços podem resultar em melhor satisfação dos pais e atendimento domiciliar médico e, em última análise, melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças com autismo. Estudos futuros devem avaliar o impacto de intervenções educacionais e clínicas no conhecimento médico e práticas relacionadas à atenção primária ao autismo.

REFERÊNCIAS

1. Luís J, Abrão F. Anahi Canguçu Marfinati Jorge Luís Ferreira Abrão. 2014;244–62.
2. Mello, A. M. S. R; Andrade, M. A; Ho, Helena; Souza ID, De I. Retratos do Autismo no Brasil. 2013;
3. Campos MF, Mendes VLF. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) [Internet]. Vol. 1, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Diretrizes. 2014. 1-88 p. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014482706004265>
4. APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. 2014. 423-453 p.
5. Randall M, Albein-Urios N, Brignell A, Gulenc A, Hennel S, Coates C, et al. Diagnosing Autism: Australian Paediatric Research Network Surveys. *J Paediatr Child Health*. 2016;52(1):11–7.
6. Dias S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2015;18(2):307–13. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84936771081&partnerID=tZOtx3y1>
7. Volkmar FR, McPartland JC. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2014;10(November 2013):193–212. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329180>
8. Major NE. Autism education in residency training programs. *AMA J ethics* [Internet]. 2015;17(4):318–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25901699>
9. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5

- Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2015;11(1):53–70. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112745>
10. Mpaka, D. M; Okitundu DLE, Ndjukendi AO, N'situ AM, Kinsala SY, Mukau JE, Ngoma VM, et al. Prevalence and Comorbidities of Autism Among Children Referred to the Outpatient Clinics for Neurodevelopmental Disorders. *Pan Afr Med J*. 2016;
 11. Limon A. Síndrome Del Espectro Autista.Importancia Del Diagnóstico Temprano. 2007;143(1):73–8.
 12. JENDREIECK CO. Dificuldades Encontradas Pelos Profissionais da Saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. *Psicol Argumento* [Internet]. 2014;32(483):153. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=14629&dd99=view>
 13. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nat Clin Pract Neurol* [Internet]. 2008;4(3):138–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18253102>
 14. M. R LNF, Smeha. BeBês com Risco de Autismo: O Não-Olhar do Médico *. *Ágora*. 2013;141–57.
 15. Wong VC-N, Fung C-W, Lee S-L, Wong PTY. Review of evolution of clinical, training and educational services and research program for autism spectrum disorders in Hong Kong. *Sci China Life Sci* [Internet]. 2015;58(10):991–1009. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11427-012-4294-y>
 16. Bölte S, Bartl-Pokorny KD, Jonsson U, Berggren S, Zhang D, Kostrzewa E, et al. How can clinicians detect and treat autism early? Methodological trends of technology use in research. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2016;105(2):137–44.
 17. Visani P, Rabello S. Considerações Sobre o Diagnóstico Precoce na Clínica do Autismo

- e das Psicoses Infantis. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2012;15(2):293–308.
18. Broder-Fingert S, Ferrone CF, Giaque A, Connors SL. Residents' knowledge and comfort with caring for children with autism spectrum disorder. *Clin Pediatr* [Internet]. 2014;53(14):1390–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24647693> <http://cpj.sagepub.com/content/53/14/1390.full.pdf>
 19. BRASIL. DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977 - Dados da Norma - Portal Câmara dos Deputados. 1977;1977. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-pe.html>
 20. PEDIATRIA SB DE. Residência Médica em Pediatria com duração de três anos áreas de atuação Pediátrica com duração de dois anos proposta. Site do MEC. 2010. p. 1–8.
 21. IMIP. CURRÍCULO DA RESIDENCIA DE PEDIATRIA. 2016 p. 1–69.
 22. Piccini WJ. Notas sobre o Ensino da Psiquiatria no Brasil [Internet]. *Psychiatry on line Brasil.* 2016 [cited 2017 Sep 9]. Available from: <http://www.polbr.med.br/ano16/wal0716.php>
 23. BRASIL - Ministério da Educação. Proposição de Conteúdo dos Programas de Residência Médica - Psiquiatria [Internet]. 2006. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6534-psiQUIATRIA-sesu-rm&Itemid=30192

APÊNDICE

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Este questionário foi elaborado pelo grupo de pesquisadores desta pesquisa, tendo como objetivos conhecer os dados sociodemográficos, auto percepção sobre a formação e conhecimento acerca do diagnóstico do TEA dos residentes de pediatria e psiquiatria do IMIP.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: _____

Instituição que se formou: _____

Tempo de formado: _____

Tem mais alguma outra residência? Qual? _____

Qual ano de residência que encontra-se atualmente? _____

Tem outra graduação ou formação? _____

DIMENSÃO: AUTO PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO ACERCA DO DIAGNÓSTICO DO TEA

1- Você considera suficiente seu conhecimento acerca do TEA?

() **SIM** () **NÃO**

2- Você acha que o conteúdo de TEA visto na sua formação deixa o profissional habilitado para o diagnóstico precoce?

() **SIM** () **NÃO**

3- Como você avaliaria seus conhecimentos e habilidades em relação ao Transtorno do espectro autista?

SIM **NÃO**

4- Deveria haver mais educação sobre o TEA durante a residência e graduação?

SIM **NÃO**

5- Existe um protocolo específico para auxiliar na avaliação e, conseqüentemente, no diagnóstico do TEA onde você trabalha?

SIM **NÃO**

6- O currículo da residência oferece algum módulo ou disciplina sobre o TEA?

SIM **NÃO**

DIMENSÃO: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SURGIMENTO

7-As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades

SIM **NÃO**

8- Os sintomas do transtorno do espectro autista aparecem após o final da primeira infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário.

SIM **NÃO**

9-O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente.

SIM **NÃO**

10-Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento. As intervenções, compensações e apoio atual não mascaram as dificuldades.

SIM **NÃO**

11-O termo espectro é empregado por conta da discreta variabilidade de manifestações encontradas na condição autista.

SIM **NÃO**

12- O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

SIM **NÃO**

**DIMENSÃO: PREJUÍZO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL RECÍPROCA E NA
INTERAÇÃO SOCIAL**

13-Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados são invasivos e sustentados?

SIM **NÃO**

14-Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações semelhantes, e dependem da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual?

SIM **NÃO**

15-Muitos indivíduos têm déficits de linguagem, as quais variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada?

SIM **NÃO**

16-Quando habilidades linguísticas formais (p. ex., vocabulário, gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca não está prejudicado no transtorno do espectro autista?

SIM **NÃO**

17-A pouca ou nenhuma capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos estão claramente evidentes em crianças pequenas com o transtorno.

SIM **NÃO**

18-A capacidade de imitar está preservada no TEA?

SIM **NÃO**

19- Havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar?

SIM **NÃO**

20- Nos adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer como dificuldade de entrar em uma conversa ou dificuldade no que não se deve dizer (honestidade extrema)?

SIM **NÃO**

21- Déficits em comportamentos de comunicação não verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala?

SIM **NÃO**

22- Um aspecto tardio do transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, que é manifestada por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas?

SIM **NÃO**

23- Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas?

SIM **NÃO**

24- Indivíduos com TEA brincam de fingir de forma adequada para a idade?

SIM **NÃO**

**DIMENSÃO: PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO,
INTERESSES OU ATIVIDADES**

25- Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples? (p. ex., abanar as mãos, estalar os dedos).

SIM **NÃO**

26- No TEA o uso repetitivo de objetos pode ser exemplificado por girar moedas e enfileirar objetos, assim como a fala repetitiva, que difere da ecolalia, caracterizada por repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas?

SIM **NÃO**

27- Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal?

SIM **NÃO**

28- Alguns encantamentos e rotinas não se relacionam a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, manifestada por meio de respostas excessivas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, aparente indiferença a dor, calor ou frio?

SIM **NÃO**

29- Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são incomuns e raras, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista?

SIM **NÃO**

30- Poucos adultos com transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público?

SIM **NÃO**

31- Os critérios diagnósticos podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que os sintomas não estejam mais presentes?

SIM **NÃO**

DIMENSÃO: COMORBIDADE

32-O transtorno do espectro autista é frequentemente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem?

SIM **NÃO**

33- Um pequeno número de indivíduos com transtornos do espectro autista apresentam sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios diagnósticos para o transtorno?

SIM **NÃO**

34- Quando critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do espectro autista são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser dados?

SIM **NÃO**

35- Uma avaliação para ansiedade ou depressão é dispensável se os indivíduos não tiverem fala ou possuírem déficits de linguagem, sinais observáveis, como mudanças no sono ou na alimentação e aumento no comportamento desafiante?

SIM **NÃO**

36- As condições médicas normalmente associadas ao TEA incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação, transtorno alimentar restritivo/evitativo e preferências alimentares extremas e reduzidas podem persistir?

SIM **NÃO**

APÊNDICE B - LISTA DE CHECAGEM

Quanto aos participantes, o estudante de iniciação científica precisará:

- a) Verificar documento de identificação dos participantes
- b) Conferir documento de registro da profissão
- c) Checar se o nome confere na lista fornecida pelo IMIP com o nome dos residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da residência em pediatria e psiquiatria.

Quanto a instituição onde será realizada a coleta de dados:

- a) O responsável do setor da residência de pediatria e psiquiatria deverá receber documento contendo a liberação do Comitê de ética e pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde e do IMIP.

APÊNDICE C - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS RESIDENTES ACERCA DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é residente(a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável, Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

A pesquisa tem o objetivo de avaliar o conhecimento dos residentes médicos acerca do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista.

PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Será utilizado um questionário com 36 perguntas e que tem respostas do tipo sim e não. A coleta dos dados será realizada em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a

disponibilidade dos participantes. Todas as respostas serão utilizadas apenas para os propósitos descritos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

BENEFÍCIOS

Possivelmente esta pesquisa apontará para a necessidade de atualização das propostas curriculares das residências de pediatria e psiquiatria com o objetivo de preparar adequadamente os futuros profissionais no que diz respeito ao diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. Após a análise dos resultados será elaborado um Manual informativo sobre o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista.

RISCOS:

Constrangimento para os residentes, caso não consigam responder as perguntas de maneira satisfatória.

CUSTOS

Todo custo da pesquisa é de responsabilidade do grupo de pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar

seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE EXAMES

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa no telefone (081) 99245-1890. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde) Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu concordo em participar desta pesquisa.

Eu não concordo em participar desta pesquisa.

APÊNDICE D – PRODUTO EDUCACIONAL: O QUE É TEA?

Faculdade Pernambucana de Saúde
Mestrado Profissional em Educação para o ensino da Área de Saúde

Manual de orientação para identificação de sinais e sintomas precoces de autismo

Anne Karenina Bittencourt de Souza Chaves

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Juliana Monteiro Costa

Recife, PE

2020

ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. A missão desta revista trimestral é publicar debates, análises e resultados de investigações sobre questões consideradas relevantes para a educação médica. A revista aceita artigos em português, inglês ou espanhol.

Formatos:

1. Artigos originais: (o texto não deve exceder 6.000 palavras, incluindo referências; tabelas, gráficos, capa, resumo e palavras-chave não estão incluídos na contagem de palavras).

- Título do trabalho na língua original e em inglês (30 palavras) e título da execução a ser impresso no topo de cada página (15 palavras no máximo).

- Número e Nomes dos autores - os nomes dos autores serão publicados seguindo a ordem em que aparecem no arquivo submetido e não devem ter mais de 6 (seis) autores. Se houver necessidade de exceder esse limite, isso deve ser justificado no início do trabalho. **Artigos com mais de um autor devem conter uma explicação sobre a contribuição específica de cada autor no trabalho.**

- Endereço completo dos autores, título acadêmico, local de trabalho e endereço de e-mail. Apenas os dados do primeiro autor serão publicados.

- Resumo com um mínimo de 300 palavras e máximo de 500 palavras em português e inglês. Textos escritos em espanhol devem incluir um resumo em inglês.

- Palavras-chave: mínimo 3 e máximo 8 de acordo com o vocabulário do **DECS** em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e com o vocabulário **MESH** (Medical Subject Headings) para resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

- Os autores devem informar quais órgãos financiadores apoiaram a investigação e informar o número de registro do projeto.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, devem ser corretas, completas e limitadas às citações no texto; eles devem ser organizados numericamente seguindo a ordem em que aparecem no texto e seguir as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, disponíveis em <http://www.icmje.org>.