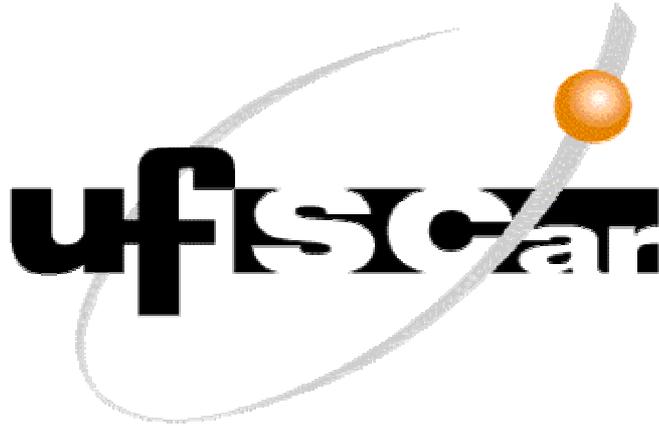


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**



**AVALIAÇÃO DA GRADE CURRICULAR E CONHECIMENTOS DE
RESIDENTES EM PEDIATRIA SOBRE VIGILÂNCIA DO
DESENVOLVIMENTO**

PATRÍCIA CARLA DE SOUZA DELLA BARBA

**SÃO CARLOS
MAIO - 2007**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

AVALIAÇÃO DA GRADE CURRICULAR E CONHECIMENTOS DE
RESIDENTES EM PEDIATRIA SOBRE VIGILÂNCIA DO
DESENVOLVIMENTO

Patrícia Carla de Souza Della Barba

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação Especial. Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial.

São Carlos
Maio de 2007

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

D357ag

Della Barba, Patrícia Carla de Souza.

Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento / Patrícia Carla de Souza Della Barba. -- São Carlos : UFSCar, 2007.

210 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2007.

1. Vigilância do desenvolvimento infantil. 2. Médicos residentes. 3. Pediatria. 4. Detecção precoce. 5. Lactente. 6. Atraso no desenvolvimento. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Tese de **Patrícia Carla de Souza Della Barba**

Profa. Dra. **Lúcia Cavalcanti de Albuquerque** Ass. _____

Williams

(UFSCar)

Profa. Dra. **Silvia Regina Ricco Lucato Sigolo** Ass. _____

(F.C.L.-UNESP- Araraquara)

Profa. Dra. **Rosa Resegue Silva** Ass. _____

(UNIFESP)

Profa. Dra. **Cláudia Maria Simões Martinez** Ass. _____

(UFSCar)

Profa. Dra. **Ana Lúcia Rossito Aiello** - Ass. _____

Orientadora

(UFSCar)

Pequena folha

Tu eras também uma pequena folha
que tremia no meu peito.
O vento da vida pôs-te ali.
A princípio não te vi: não soube
que ias comigo,
até que as tuas raízes
atravessaram meu peito,
se uniram aos fios do meu sangue,
falaram pela minha boca,
floresceram comigo.

Pablo Neruda

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus.

À professora Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello, por sua orientação no caminho da pesquisa, pela liberdade para desenvolver este tema, pela dedicação e ajuda durante todo o processo desse trabalho.

À banca examinadora do exame de qualificação, Dra. Rosa Resegue Silva, Dra. Cláudia M. Simões Martinez e Dra. Lúcia C. A. Williams, pelo cuidado, atenção e ricas contribuições naquele momento tão importante.

Aos participantes da pesquisa, coordenadores e residentes dos programas de residência em pediatria do estado de São Paulo.

À Dra. Amira Figueiras, por ter disponibilizado sua dissertação e os questionários de sua pesquisa, e ter colaborado com este trabalho em nossos contatos à distância.

Ao Daniel, da Empresa Junior de Estatística da Universidade Federal de São Carlos.

À equipe do DEACED – Departamento de Apoio Computacional ao Ensino à Distância, da Universidade Federal de São Carlos.

Aos colegas do Programa de Pós Graduação em Educação Especial, e também ao Avelino e à Elza.

À Universidade Federal de São Carlos, pela qualidade do ensino e pesquisa, da qual tive orgulho em fazer parte.

Aos meus pais, que me ensinaram a não desistir diante das dificuldades.

Aos meus irmãos, pelo apoio incondicional.

Aos meus queridos: Etoe, meu marido, aos meus filhos Victor e Henrique, pela compreensão, carinho e paciência comigo diante das horas dedicadas à tese e da falta de tempo para nossa convivência, e por me ajudarem a ser o que sou hoje.

Às minhas grandes amigas Cláudia M. S. Martinez, Léa Kellermann, Madalena M. Sant'Anna, sempre dispostas a me ouvir e dar opiniões em tantos momentos da vida.

À minha querida equipe de trabalho na Unidade Básica de Saúde – Rita, Lenita, Ana Paula, Manoel, Mariane, Tânia e Ana Lúcia - pelo incentivo e companheirismo diante das dificuldades de se manter um serviço público de qualidade no atendimento à saúde da criança.

SUMÁRIO

Sumário	iv
Lista de tabelas	v
Lista de figuras	vii
Lista de anexos	viii
Resumo	ix
Abstract	x
Apresentação	01
INTRODUÇÃO	05
<i>1. Mudanças no papel da criança na família e na sociedade: uma visão histórica</i>	05
<i>2. A criança no contexto da puericultura</i>	09
<i>3. A criança e o atendimento pediátrico</i>	16
<i>4. Ser terapeuta de criança</i>	20
<i>5. A criança e seu desenvolvimento</i>	21
<i>6. Vigilância e triagem do desenvolvimento: uma diferenciação</i>	27
<i>6.1 O que os órgãos oficiais da área de pediatria têm a dizer sobre vigilância do desenvolvimento</i>	30
<i>7. A promoção de saúde e a atividade do pediatra</i>	33
<i>8. O pediatra, a vigilância do desenvolvimento e a detecção precoce de atrasos</i>	35
<i>8.1 A avaliação do desenvolvimento</i>	40
<i>8.2 Os instrumentos de triagem do desenvolvimento</i>	46
<i>8.3 A utilização de instrumentos de triagem do desenvolvimento por pediatras e a necessidade de capacitação</i>	51
<i>9. Contribuições para a área de Educação Especial e para a detecção precoce de deficiências</i>	55
<i>10. A interdisciplinaridade na pediatria</i>	59
OBJETIVOS DO TRABALHO	62
Primeira etapa - IDENTIFICAÇÃO DE ELEMENTOS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS NO ENSINO DE PEDIATRIA	65
Método	68
Resultados	74
Discussão	97
Segunda etapa - AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA SOBRE O TEMA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO	104
Método	104
Resultados	110
Discussão	139
PROPOSTA DE ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO CONTINUADA NA FORMA DE UM CURSO A DISTÂNCIA SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO PARA RESIDENTES EM PEDIATRIA	155
CONCLUSÕES	168
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
ANEXOS	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	69
<i>Caracterização e descrição do conteúdo do material coletado para análise documental.</i>	
Tabela 2.	77
<i>Relação número de vagas oferecidas para residência em pediatria em R1, R2, R3 no estado de São Paulo em 2002 e número de vagas preenchidas.</i>	
Tabela 3.	79
<i>Apresentação das instituições que oferecem o curso de residência médica em pediatria no estado de São Paulo – fonte SPSP.</i>	
Tabela 4.	81
<i>Carga horária (CH) total anual no primeiro ano (R1) e no segundo ano (R2) em função das diretrizes do MEC.</i>	
Tabela 5.	82
<i>Porcentagem da carga horária (CH) destinada às ações de vigilância do desenvolvimento no primeiro ano (R1) e no segundo ano (R2).</i>	
Tabela 6.	87
<i>Caracterização das disciplinas envolvendo vigilância do desenvolvimento.</i>	
Tabela 7.	91
<i>Conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria - frequência de aparecimento de ações de vigilância do desenvolvimento na grade curricular – segundo a Academia Americana de Pediatria.</i>	
Tabela 8.	94
<i>Conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria - frequência de aparecimento de ações de vigilância do desenvolvimento na grade curricular – segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria.</i>	
Tabela 9.	105
<i>Número e porcentagem de residentes em pediatria nos cursos de R1 e R2 por instituição – 2005.</i>	
Tabela 10.	105
<i>Número e porcentagem de residentes em pediatria quanto ao gênero por instituição – 2005.</i>	
Tabela 11.	110
<i>Resposta à pergunta: “Você costuma perguntar às mães sobre o que elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?” – segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 12.	111
<i>Justificativas apresentadas pelos residentes para perguntar ou não o que as mães acham do desenvolvimento de seus filhos.</i>	
Tabela 13.	112
<i>Resposta à pergunta: “Você faz avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atende em sua prática diária no serviço público?” - segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 14.	113
<i>Número de crianças avaliadas por dia quanto ao desenvolvimento pelos residentes em pediatria - segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 15.	114
<i>Justificativas apresentadas pelos residentes para não realizar avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças.</i>	
Tabela 16.	116
<i>Instrumentos que utilizam para avaliar o desenvolvimento da criança.</i>	
Tabela 17.	117
<i>Resposta à pergunta: “Você costuma dar às mães alguma orientação sobre estimular o desenvolvimento de seus filhos?” – segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 18.	117
<i>Justificativas apresentadas pelos residentes para dar orientações às mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.</i>	
Tabela 19.	118
<i>Tipos de orientações às mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.</i>	

LISTA DE TABELAS

Tabela 20.	119
<i>Justificativas apresentadas pelos residentes para não orientar as mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.</i>	
Tabela 21.	120
<i>Resposta à pergunta: “Quando você detecta uma criança menor de 2 anos com atraso de desenvolvimento qual sua conduta?” – segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 22.	122
<i>Justificativas dos residentes para receberem capacitação em desenvolvimento infantil.</i>	
Tabela 23.	123
<i>Número de questões do Teste sobre Desenvolvimento da Criança respondidas corretamente pelos residentes em pediatria - segundo instituição – 2005.</i>	
Tabela 24.	123
<i>Média de acertos do TDC por cada universidade – 2005.</i>	
Tabela 25.	124
<i>Comparação entre o desempenho médio mais alto dos residentes e o desempenho médio mais baixo (p-valor).</i>	
Tabela 26.	125
<i>Número de questões do Teste sobre Desenvolvimento da Criança respondidas corretamente pelos residentes em pediatria segundo nível R1 e R2 por instituição.</i>	
Tabela 27.	126
<i>Distribuição da porcentagem de acertos, por questão do Teste sobre Desenvolvimento da Criança segundo cada curso de residência em pediatria – 2005.</i>	
Tabela 28.	131
<i>Relação do número de participantes X número total de residentes cursando a especialização segundo cada curso de residência em pediatria – 2005.</i>	
Tabela 29.	135
<i>Quadro de medidas resumo sobre as habilidades dos residentes ao responder ao TDC.</i>	
Tabela 30.	138
<i>Quadro de medidas resumo sobre as habilidades dos residentes de cada escola em responder cada questão do TDC.</i>	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Média de acertos por grupos de questões que abordam áreas do desenvolvimento do TDC – 2005.</i>	129
Figura 2. <i>Aspectos do desenvolvimento onde ocorreu maior e menor índice de acertos do TDC – 2005.</i>	130

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.	182
<i>Estratégia e resultados da pesquisa nos bancos de dados.</i>	
Anexo 2.	185
<i>Relação das instituições que oferecem vagas para residência em pediatria – fonte FUNDAP, 2002.</i>	
Anexo 3.	188
<i>Carta enviada aos coordenadores dos cursos de residência em pediatria.</i>	
Anexo 4.	190
<i>Detalhamento do conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria.</i>	
Anexo 5.	195
<i>Exemplo de um plano de ensino – NEXOS – UFSCAR.</i>	
Anexo 6.	198
<i>Instrumento utilizado na segunda etapa do estudo: Questionário 1 “Questionário sobre as Práticas relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança” – QPVDC.</i>	
Anexo 7.	200
<i>Instrumento utilizado na segunda etapa do estudo: Questionário 2 “Teste sobre Desenvolvimento da Criança” – TDC</i>	
Anexo 8.	204
<i>Análise estatística – metodologia.</i>	
Anexo 9.	209
<i>Termo de consentimento livre e esclarecido.</i>	
Anexo 10.	210
<i>Cópia do parecer do Comitê de Ética.</i>	

Della Barba, P.C.S. (2007). Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento. *Tese de doutorado*. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos.

Estudos têm mostrado que a vigilância do desenvolvimento é uma importante tarefa do pediatra e tem a função de identificar precocemente crianças que podem necessitar de avaliação mais complexa; fornecer informações sobre o seu desenvolvimento e não somente sobre sua saúde física; possibilitar o diagnóstico definitivo e a elaboração de um plano de atendimento interdisciplinar para a criança visando a intervenção precoce de deficiências. Outros estudos indicam que o conhecimento dos pediatras sobre vigilância do desenvolvimento e uso de instrumentos para realizá-la é falho. Entretanto, dão importância ao tema e demonstram interesse em atualizar-se, mas poucos praticam a vigilância do desenvolvimento. Para desempenhar essa tarefa o pediatra deveria, segundo tais estudos, atualizar seus conhecimentos sobre os aspectos do desenvolvimento e fatores de risco, utilizar técnicas de triagem e encaminhar a criança que apresenta atraso de desenvolvimento a programas de estimulação precoce. O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar alguns conhecimentos relacionados à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês junto a residentes em pediatria do estado de São Paulo, considerando a descrição da grade curricular e o seu desempenho em questionários. Foi realizada análise documental das diretrizes curriculares do MEC para o ensino da residência médica em pediatria, da relação de vagas para a especialidade e das grades curriculares de sete cursos de residência em pediatria no estado de São Paulo, com o objetivo de identificar elementos sobre a vigilância do desenvolvimento no ensino da pediatria (primeira etapa). A segunda etapa do estudo levantou e correlacionou dados sobre as práticas em vigilância do desenvolvimento e o conhecimento sobre áreas do desenvolvimento infantil junto a 65 residentes de pediatria de primeiro e segundo ano de cinco cursos de especialização do estado de São Paulo, por meio da replicação de dois questionários. Os dados gerais da análise do ensino de pediatria mostraram que os referenciais curriculares do MEC quanto às disciplinas que deveriam abordar o tema vigilância do desenvolvimento na residência em pediatria são gerais e inespecíficos; as grades apresentam conteúdo superficial quanto à abordagem da vigilância do desenvolvimento e não estão claras suficientemente para permitir a visualização de ações relacionadas a esta temática e apenas um curso participante da pesquisa reúne os requisitos necessários que permitem identificar elementos relacionados ao tema. Os resultados da segunda etapa mostraram que a maioria dos residentes em pediatria apresenta atitudes diferenciadas dos médicos que atuam já há mais tempo em atenção à saúde da criança, mas também apresentam alguns problemas que podem comprometer a eficácia da vigilância do desenvolvimento realizada por pediatras. As correlações entre o ensino de pediatria e o conhecimento dos residentes sobre a vigilância do desenvolvimento mostraram que os cursos que apresentam o desempenho médio mais alto nos questionários têm também a melhor descrição do conteúdo de vigilância do desenvolvimento em suas grades curriculares; os residentes que justificaram porque perguntam ou não sobre desenvolvimento às mães e os que afirmaram utilizar escalas de avaliação em sua prática acertaram maior número de questões do questionário. A partir de tais resultados, apresenta-se como proposta para futuros estudos a elaboração de um programa de formação continuada para residentes em pediatria na forma de ensino à distância, utilizando as ferramentas do ambiente de aprendizagem *Moodle*, contendo tópicos como: conceito de promoção de saúde e vigilância do desenvolvimento, consequências da não identificação precoce de atrasos, protocolos sobre vigilância do desenvolvimento, rota de ações para o pediatra envolvendo o desenvolvimento normal do bebê, a identificação de atrasos do desenvolvimento, uso de instrumentos rápidos e fáceis de serem aplicados na prática clínica e inseridos na dinâmica institucional. Com base nos resultados encontrados, espera-se contribuir para a mobilização do pediatra quanto à importância da vigilância do desenvolvimento e da identificação precoce de crianças com atrasos de desenvolvimento.

Palavras-chave: vigilância do desenvolvimento infantil, residentes em pediatria, identificação precoce, atrasos, bebês.

Della Barba, P.C.S. (2007). The colleges' curricula analyses and the pediatric residents' knowledge evaluation regarding the developmental surveillance. *Doctorate thesis*. Post-graduation Program in Special Education. Universidade Federal de São Carlos.

Studies have shown that developmental surveillance is an important task to be performed by the pediatrician and its objective is to precociously identify children who may need more complex evaluation as well as provide information about their development and not only their physical health. It also makes possible a definite diagnosis and the elaboration of an interdisciplinary plan of care for children in order to undergo early intervention. Other studies indicate that the pediatricians' knowledge regarding developmental surveillance and their use of instruments to accomplish this practice is defective. Despite the fact that just a few perform developmental surveillance, they consider this issue important and demonstrate interest in updating themselves. According to these studies, the pediatricians should update their knowledge concerning development aspects and risk factors, use sorting techniques and lead the child presenting development delay to early stimulation programs. The general objective of this work is to analyze the knowledge related to health promotion, developmental surveillance and pediatric residents' perception of babies' delays in the state of São Paulo by analyzing the curriculum description and the performance in questionnaires. The curriculum guidelines from MEC (Brazilian Education Ministry) for pediatric residence teaching, the relation of vacancies for this specialty and the curriculum of seven medical pediatric residence courses in the state of São Paulo were analyzed, with the objective of identify elements concerning developmental surveillance in pediatric teaching (first stage). In the second stage of this study, the data regarding developmental surveillance practices and the knowledge about children's development were collected and correlated. It was carried out by the replication of two questionnaires, which were answered by 65 first and second-year pediatric residents of five specialization courses in the state of São Paulo. According to the analysis of MEC's curriculum guidelines in relation to the subjects to be studied about developmental surveillance, it is possible to assert that they are general and non-specific, and the curriculums are superficial and not clear enough to make the identification of the practices related to developmental surveillance possible. Only one course of this research has the necessary requirements that allow the identification of elements related to this topic. The results of the second stage has shown that the majority of pediatric residents has different attitudes compared to the ones performed by doctors who are dealing with children's health for longer time. These different attitudes may reduce the efficacy of the developmental surveillance carried out by pediatricians. The correlation between the pediatric teaching and the residents' knowledge about developmental surveillance has shown that the courses which have higher average in the questionnaires also have better developmental surveillance's contents described in their curriculums. The residents who justified why they ask or not the mothers about development and the ones who confirmed the use of evaluation scales had higher scores in the questionnaire. This study proposes further investigation related to the continuous professional development for pediatric residents, distance learning, the use of *Moodle* tools and topics such as: Promotion of health concept and developmental surveillance, non-identified precocious delays consequences, protocols about developmental surveillance, guidelines for normal infant development to the pediatricians, identification of development delays, and quick and easy measures to be used during practice and inserted in institutional dynamics. Using these results as a basis, a contribution to the pediatrician's mobilization regarding the importance of developmental surveillance and precocious identification of children with development delay is expected.

Key words: infant developmental surveillance, pediatric residents, early identification, delays, infants.

APRESENTAÇÃO

Gostaria de iniciar este trabalho apresentando alguns questionamentos que me motivaram a pesquisar a formação de pediatras para a percepção de atrasos de desenvolvimento em bebês.

Ao ingressar no mestrado, meu interesse era pesquisar a intervenção precoce e as possibilidades de evitar que a criança fosse encaminhada para os serviços de estimulação quando os déficits já estão estabelecidos, geralmente na idade escolar. Como terapeuta ocupacional trabalhando em escolas, clínica e instituições de atendimento à criança com deficiência, é a realidade que se encontra. Gostaria, na verdade, de contribuir para mudar esta situação. Por isso optei pela linha quatro de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, que estuda a atenção primária em Educação Especial e a prevenção de deficiências.

Ao conhecer a doutora Ana Lúcia, minha orientadora, fomos delineando o objetivo da pesquisa, que foi num primeiro momento verificar a aplicabilidade de um instrumento de triagem para sinais de risco de autismo em bebês, e depois investigar a conduta de pediatras que atuavam em Unidades Básicas de Saúde para identificar precocemente atraso de desenvolvimento relacionado a sinais de autismo. Os resultados mostraram que os pediatras utilizam principalmente o exame clínico em suas consultas, encaminham ao neuropediatra quando percebem alguma alteração no desenvolvimento e relatam que gostariam de uma rota de avaliação que incluísse instrumentos rápidos e fáceis de triagem do desenvolvimento, possíveis de serem utilizados em sua rotina. Foi possível comprovar a necessidade de capacitação destes profissionais em desenvolvimento infantil, a fim de melhorar a identificação e o encaminhamento precoce.

Atuando já há algum tempo como terapeuta ocupacional em saúde pública, ou melhor, em rede básica de saúde, tenho trabalhado com pediatras e outros profissionais. Dentre todos os que integram uma equipe de saúde atuante em Unidade

Básica de Saúde (UBS), o pediatra é um dos mais solicitados. O primeiro vínculo dos pais se dá com ele, que é presença marcante na história de vida da criança. Uma discussão que tem se apresentado é como o pediatra avalia o desenvolvimento em sua rotina na atenção básica, já que são agendadas muitas consultas para o mesmo profissional, ficando o tempo restrito para atender cada criança.

Mesmo que estudos mostrem que nas Unidades Básicas de Saúde as ações em promoção de saúde são possíveis de ser realizadas, a procura por atendimento emergencial é freqüente, bem como é percebido tal enfoque na atuação dos profissionais. E algumas questões surgiram: de quem é a tarefa de identificar riscos para atraso de desenvolvimento na atenção básica à saúde? Se o pediatra é o primeiro profissional a quem os pais procuram, desde o nascimento do bebê, é dele este papel? Como se dá a interdisciplinaridade na rede pública?

Como parte do corpo clínico da UBS, tenho recebido crianças para avaliação e tratamento em Terapia Ocupacional em três situações diferentes: o encaminhamento por pediatras e outros profissionais da saúde para avaliação do desenvolvimento de bebês e crianças quando há alguma suspeita de atraso; o encaminhamento tardio de crianças (geralmente por professores e coordenadores das escolas de educação infantil, sendo esses os encaminhamentos em maior número) que não foram identificadas precocemente e necessitam de reabilitação, inclusão escolar e outros atendimentos; e a identificação de bebês de risco para atraso de desenvolvimento e acompanhamento em conjunto com o pediatra, por ter elaborado e implementado o Programa de Puericultura Multidisciplinar¹.

Tradicionalmente, a Terapia Ocupacional tem sido definida como *“uma disciplina da saúde que diz respeito a pessoas com deficiência, déficit ou incapacidade física ou*

¹ Programa criado em 2002 nas UBSs de um município do interior de São Paulo, do qual faço parte como terapeuta ocupacional, tem o objetivo de atender o binômio mãe-bebê em relação ao aleitamento materno e o desenvolvimento do bebê; é formado por uma equipe de pediatras, fonoaudiólogas, enfermeiras, dentistas, nutricionista e terapeuta ocupacional; atende anualmente uma média de 400 bebês de zero a doze meses em grupos separados por faixa etária (recém-nascido, dois a quatro meses, cinco a sete meses e sete a doze meses); os casos identificados como de risco são acompanhados individualmente por mim, terapeuta ocupacional e são encaminhados para os serviços da comunidade.

mental, temporária ou permanente. O terapeuta ocupacional profissionalmente qualificado envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções, com o propósito de ajudá-los a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais pleno sentido” (WFOT - World Federation of Occupational Therapists, 1993).

A prática tem mostrado que a atuação da Terapia Ocupacional em promoção de saúde, embora um campo pouco explorado pela profissão, é ampla e pode colaborar para o desenvolvimento de vários grupos de pessoas. Ao trabalhar com programas direcionados a gestantes, bebês, escolares e adolescentes, tenho percebido a possibilidade de atuar no contexto da interdisciplinaridade. E mais, que esta é uma conquista diária, fruto de discussões, respeito às opiniões do outro e construção de um objetivo de trabalho comum a vários profissionais. Uma equipe integrada, coesa, atuando com o mesmo foco e linguagem, tem uma importância ímpar na atenção básica.

Quando se consegue manter uma estrutura que possibilite o uso de instrumentos como: grupos dinâmicos, onde os usuários (no caso os pais) podem expressar suas dúvidas, espaço para as orientações dos profissionais, retornos com objetivo de acompanhamento do desenvolvimento incluindo o uso de testes e encontros da equipe para a discussão do andamento do programa e de condutas, percebe-se a possibilidade do exercício da interdisciplinaridade e da educação em saúde.

Mas, infelizmente, encontra-se uma minoria de profissionais pediatras fazendo parte de tais equipes. Parece que a formação para “ser um educador em saúde” ainda está longe dos cursos de graduação dessa área. O impacto de uma atuação voltada para a “queixa-conduta” é percebido na falta de diagnóstico precoce e no encaminhamento tardio das crianças com atraso de desenvolvimento aos serviços de estimulação precoce; parece que de maneira geral, ainda o acompanhamento do

desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde limita-se aos dados de peso e altura (antropométricos) e às queixas de saúde trazidas pelas mães.

Diante deste quadro, tenho buscado incorporar os conteúdos vivenciados na pesquisa à minha prática profissional, pois entendo que somente desta forma a pesquisa faz sentido, e penso que esta pode ser uma contribuição no campo da Terapia Ocupacional, da Educação Especial e espero que da Pediatria também. A ênfase na formação continuada na rede de saúde e na integração pesquisa - atuação profissional tem sido meu foco de atenção. Assim, ocorreu o interesse em pesquisar sobre a formação do pediatra para realizar o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Ao compreender como se dá tal formação, espero contribuir com uma discussão sobre a importância da capacitação em vigilância do desenvolvimento voltada ao profissional que está diretamente atuando com bebês e também com uma proposta de conteúdos que possam enriquecer a formação nesta área.

INTRODUÇÃO

Mudanças no papel da criança na família e na sociedade: uma visão histórica

Ao estudar o desenvolvimento da criança, é importante considerar as transformações ocorridas do seu papel na sociedade. Ou seja, ao longo da história, a construção do conceito de infância está intimamente relacionada ao papel que a criança ocupa dentro da sociedade.

A preocupação com o estudo da criança é bastante recente em termos da história da humanidade. Até época bem próxima ao século XX as crianças eram tratadas como pequenos adultos (Rappaport, Fiori & Davis, 1981).

O historiador Philippe Ariès (1981) relata que até por volta do século XIII a criança era representada nas pinturas como adultos em miniatura. O autor ressalta que nas antigas sociedades do período medieval, o sentimento de infância não existia, ou melhor, não era entendido com a consciência da particularidade infantil; quando crescia um pouco, a criança ingressava no mundo dos adultos e não se distinguia mais destes. Rappaport et al. (1981) acrescentam que as crianças recebiam cuidados especiais apenas em idade precoce. A partir dos três ou quatro anos participavam das mesmas atividades que os adultos, trabalhavam em campos, vendiam seus produtos e eram alvo de atrocidades pelos adultos.

Logo após este período, as crianças eram representadas na pintura religiosa como anjos, crianças grandes, ou jovens adolescentes e tais obras faziam referência ao menino Jesus, figuras comuns no século XIV.

Durante todo o século XV a pintura ressaltou as imagens de Jesus e sua mãe, sublinhando aspectos ternos e graciosos da infância. Depois, foram registradas outras infâncias santas, como de São João e São Tiago, e o florescimento de histórias de crianças nas lendas e contos se manteve até o século XVII. Particularmente nesse século a criança é retratada com trajes diferenciados dos adultos, o que mostra uma mudança ocorrida na atitude em relação a ela a partir desse momento. A imagem da

criança foi ressaltada de várias formas, mostrando que ela era, neste século, o foco de atenção nas representações artísticas (por exemplo, no colo de suas mães, com seus companheiros, no meio do povo assistindo aos milagres, como aprendizes, etc.) Ariès (1981) aponta que essas cenas sugerem duas idéias: a primeira, de que a vida das crianças era misturada com a dos adultos, e segundo, de que os pintores gostavam de representar a criança por ser “pitoresco”, engraçado. Para o autor, a criança pequena era vista na sua ingenuidade, pureza e inocência como uma forma de distração e relaxamento para os adultos.

É sabido que o índice de mortalidade infantil era alto nessa época, e o sentimento de que se concebiam várias crianças para sobreviver apenas algumas permaneceu forte por muito tempo, pelo menos até o século XVIII (Ariès, 1981). O autor diz que não devemos nos surpreender com tal falta de sensibilidade, pois esta era absolutamente normal de acordo com as condições demográficas da época. Mas, continua Ariès, a partir do século XVIII, a idéia de “desperdício necessário” (concepções que terminavam em mortes) desapareceu, pois surgiu o uso de práticas contraceptivas.

Ainda no século XVIII as invenções e os avanços da ciência promoveram questionamentos quanto ao papel do homem na sociedade e no mundo. O homem começou a valorizar a ciência e sua possibilidade de dominar a natureza. A igreja afastou a criança de assuntos considerados inadequados para sua formação do caráter e da moral. A disciplina, a educação, a escolarização, a preocupação com o futuro da criança assumiram grande importância, e os educadores e religiosos começaram a influenciar a educação. Passa-se a construir escolas, onde além da preocupação básica com o ensino da religião, ensinam-se habilidades de leitura, escrita e aritmética. Surge a preocupação moral que inspirou toda a educação até o século XX: era preciso moralizar a criança, educá-la, discipliná-la, enfim, transformá-la em um adulto (Rappaport et al., 1981; Ariès, 1981).

Ariès (1981) conclui que estão presentes na história das crianças e das famílias dois sentimentos distintos: o primeiro, a “paparicação”, que se limitava às primeiras idades e correspondia à idéia de uma infância curta; o segundo, exprimia a tomada de consciência da fraqueza e da inocência, e por conseqüência, o dever do adulto em moralizar e educar. Segundo o autor, do século XVIII em diante surge um elemento novo nas famílias: a preocupação com a higiene e a saúde física. Assim, a criança assumiu um lugar central dentro da família, e neste movimento, ocorreu a preocupação com a vida privada, ou seja, a família moderna se retira da vida comum, surge o sentimento de intimidade e identidade entre seus membros. É percebida então, uma estreita relação entre saúde e sociedade, pois as práticas de saúde são determinadas socialmente, ou seja, diante de certa situação política, social e econômica de uma região, são organizados os serviços de saúde.

Cole e Cole (2004) apontam os estudos de Jean-Marc Itard, cujos objetivos eram transformar o menino selvagem de Aveyron em um francês civilizado no início dos anos 1800, como ponto de partida da ciência da psicologia do desenvolvimento: *“Itard estava entre os primeiros estudiosos a ir além da especulação e a conduzir experiências para testar suas idéias”* (p.25).

Com Itard, começou o interesse pelas crianças e seu desenvolvimento. No século XIX, a industrialização transformou o papel das crianças na sociedade: em vez de crescer em fazendas, onde contribuía como mão-de-obra e eram cuidadas por seus pais até atingirem a idade adulta, muitas crianças se tornaram operárias em fábricas substituindo seus pais (Clement, 1997).

Nesta época, as escolas públicas foram criadas para as crianças urbanas que não trabalhavam como forma de aumentar o controle social sobre elas, além de propiciar treinos acadêmicos.

Um maior interesse no estudo científico das crianças, segundo Cole e Cole (2004) surgiria a partir da publicação em 1859 de “A origem das espécies”, de Charles Darwin. A tese de Darwin de que os seres humanos evoluíram a partir de espécies

anteriores levou os estudiosos a encarar as crianças como cientificamente interessantes, pois seu comportamento possibilitava comparações com os de outras espécies.

Foi somente no final do século XIX que o estudo do desenvolvimento infantil tornou-se uma forma legítima de pesquisa e prática.

No século XX, o uso de escalas como uma forma de descrever e medir o comportamento infantil e compará-lo com o que se espera para cada faixa etária (como por exemplo, os trabalhos de Gesell e Binet) trouxe a possibilidade de explicar como a partir de um equipamento inicial (inato), o sujeito sofre uma série de transformações decorrentes de sua própria maturação que, em contato com as exigências e respostas do meio, levam à emergência desses comportamentos. A partir disso, a Psicologia do Desenvolvimento pode descrever e explicar os eventos ocorridos no decorrer do tempo que levam a comportamentos emergentes durante a infância, adolescência e idade adulta (Rappaport et al., 1981).

De acordo com Cole e Cole (2004), três questões fundamentais da psicologia do desenvolvimento tem sido colocadas durante todo o século XX: 1. se o processo do desenvolvimento é gradual e contínuo ou é pontuado por períodos de rápida mudança, por meio de etapas (continuidade), 2. quais são as contribuições da hereditariedade e do ambiente para o processo de desenvolvimento (fontes de desenvolvimento) e 3. como as pessoas desenvolvem características individuais que as diferenciam das outras (diferenças individuais)?

As questões sobre a continuidade ramificam-se em aspectos ainda mais específicos. Neste contexto, são destacados por Cole e Cole (2004) os pontos de vista dos psicólogos sobre a ontogenia (o desenvolvimento de um organismo durante o seu tempo de vida). Os psicólogos que defendem que a ontogenia é um processo de acumulação contínua e gradual de pequenas mudanças, ressaltam que a mudança quantitativa ocorre pelo aumento do vocabulário ou da capacidade de memória. Aqueles que acreditam que a ontogenia é um processo marcado por mudanças

abruptas enfatizam o surgimento de padrões qualitativamente novos em pontos específicos do desenvolvimento, chamados de estágios de desenvolvimento. Durante todo o século XX as teorias de estágios de desenvolvimento foram mais numerosas do que as teorias de continuidade. Outra questão sobre a continuidade do desenvolvimento humano é se há períodos críticos ou sensíveis (nos quais eventos ambientais ou biológicos específicos devem ocorrer para que o desenvolvimento ocorra normalmente), nos quais as crianças deveriam ser expostas aos estímulos para que determinadas habilidades fossem desenvolvidas.

Segundo Cole e Cole (2004), as questões sobre as fontes de desenvolvimento originaram pontos de vista concorrentes sobre as contribuições biológicas (da natureza) e ambientais (educação) para o processo de desenvolvimento. De um modo geral, os psicólogos enfatizam que não é possível descrever o desenvolvimento considerando isoladamente esses aspectos, pois o organismo e seu ambiente constituem um processo único de vida.

O problema das diferenças individuais concentra-se em duas questões: o que torna o indivíduo diferente do outro? Até que ponto as características individuais são estáveis no decorrer do tempo? De acordo com os estudos, se as características individuais de uma criança se mantêm inatas e estáveis, existe a possibilidade de vislumbrar o que ela será no futuro. Ainda uma tarefa importante para os psicólogos do desenvolvimento consiste em determinar qual a extensão em que o passado favorece um guia para o futuro do indivíduo (Cole e Cole, 2004).

Tais questionamentos têm sido levantados pela psicologia do desenvolvimento durante o século XX e permanecem até os dias de hoje.

A criança no contexto da puericultura

Até o século XVII, a criança era responsabilidade da família. A partir do século XVIII, com o mercantilismo, surgiu a preocupação com o aumento na produção e o fortalecimento dos exércitos, e o Estado passou a intervir para alcançar um aumento

populacional; a população se tornou um conjunto de indivíduos, um número, e a forma de ver a criança e a família se modificou. O interesse em “conservar” a criança se intensificou com o capitalismo, pela necessidade de mão-de-obra tanto para a produção, como para o consumo, e o Estado começou a se preocupar com as questões sanitárias e com a saúde da população (Zanolli & Merhy, 2001).

Assim, constituiu-se um modelo racional e depois científico, que fornecia as regras para o relacionamento dos adultos com as crianças. Regras essas instituídas pela medicina e pela pedagogia, que foram legitimadas pela sociedade. A educação infantil passou a usar as idéias de puericultura e de economia doméstica como forma de assegurar corretamente o futuro papel de cidadão; a educação passou a ser de responsabilidade da mãe, da família e da escola. Segundo Zanolli e Merhy (2001), a partir do século XIX os serviços de saúde passaram a ter o papel de garantir a reprodução da capacidade de trabalho. *A medicina passou a ser a mais importante aliada do Estado moderno para que essas modificações ocorressem: primeiro através da higiene, depois por meio da puericultura e, contemporaneamente, pela saúde materno-infantil* (p.979). Com os trabalhos de Pasteur as publicações deixaram de ser textos “amigáveis” para as mulheres cuidarem de seus filhos, adquirindo valores científicos, e a medicina apropriou-se do conhecimento de cuidar das crianças. Tais conhecimentos tornaram-se dogmas direcionados às mães das camadas populares, partindo do pressuposto de sua ignorância, culpando-as pelas más condições de saúde da época. De acordo com os autores, tal discurso baseado na puericultura influenciou programas de atenção materno-infantil da Organização Mundial da Saúde e também parte das ações básicas de saúde, e projetos de diminuição da mortalidade infantil, como os do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

A criança aparece como objeto do estudo médico no Brasil com o mesmo referencial tecnológico da puericultura européia. O início do processo de industrialização, a abolição dos escravos e a imigração de trabalhadores europeus fizeram com que ocorresse o aumento da população urbana, o crescimento das

camadas médias e conseqüentemente o aumento do número de trabalhadores, que faziam parte da classe operária ou eram escravos libertos, que desempenhavam papel marginal na sociedade. Assim, ocorreu um aumento das taxas de mortalidade infantil, bem como as epidemias, o que colaborou para o surgimento do discurso reformista da puericultura (Resegue Silva, 2004).

No início do século XX, quando se passou a considerar a saúde da mãe e da criança – materno-infantil, o discurso da puericultura transformou-se de autoritário para científico e educativo. Com a teoria desenvolvimentista, nas décadas de 50 e 60, passou-se a relacionar desenvolvimento econômico com saúde e qualidade de vida. A seguir, com os movimentos da medicina preventiva e depois medicina comunitária, surgiu uma proposta de atenção hierarquizante, por meio de serviços ambulatoriais completos e a centralização no hospital. Com os conceitos de multicausalidade e de enfoque de risco, foi reforçada a atenção materno-infantil e a puericultura perdeu espaço para o enfoque na doença; *as ações de saúde foram sistematizadas em normas de atendimentos para os atos médicos e para os procedimentos não médicos, priorizando determinadas populações ou patologias* (Zanolli & Merhy, 2001, p.980).

A seguir, as políticas do UNICEF e da Organização Mundial de Saúde reforçaram o combate à mortalidade infantil. Viu-se a necessidade de ampliar a atenção à saúde até a adolescência e houve o direcionamento para o combate às diarreias, a monitoração do crescimento e desenvolvimento, o estímulo ao aleitamento materno, o cuidado com a alimentação e vacinação (Freire, 1991).

No Brasil, especificamente no Estado de São Paulo, além de tais ações básicas em saúde, os programas incluíam a atenção a grupos etários, como recém-nascidos, lactentes e pré-escolares, escolares e adolescentes, além da saúde mental e suplementação alimentar. Com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), em 1987, a proposta era descentralizar os recursos da saúde, mas o resultado foi a dependência financeira e política dos municípios e a manutenção do atendimento segmentado, com programas rígidos, medicalização da população e

dificuldade de acesso à saúde. Mesmo com o SUS (Sistema Único de Saúde), nos anos 90, tais dificuldades se mantiveram, e a proposta de atenção à saúde da criança e do adolescente configurou-se como pronto-atendimento, não atendendo às necessidades de saúde da população (Tanaka & Rosenburg, 1990).

Entretanto, a atual organização do sistema de saúde depois da criação do SUS, atribui aos municípios a gerência, planejamento e execução das ações de saúde em sua área de abrangência e cria uma responsabilidade do poder municipal com a promoção de saúde, prevenção de doenças e atenção básica. Contudo, ainda a atenção integral à saúde é um desafio.

Resegue Silva (2004) aponta que mesmo que a municipalização da saúde não tenha atingido homoganeamente as diversas regiões do Brasil, ela possibilitou o reconhecimento das reais necessidades locais e o surgimento de estratégias de enfrentamento para a realidade, inclusive para o atendimento à criança, embora em muitos municípios ainda se mantenham ações fragmentadas e baseadas no modelo médico-assistencial, isto é, voltado ao atendimento emergencial e curativo.

Partindo-se dessa concepção histórica da forma de se olhar para a atenção à saúde da criança, é importante resgatar como a puericultura tem atuado em relação à sua clientela.

Bonilha e Rivoredo (2005) apresentam a definição de puericultura por meio da análise histórica, pois afirmam que a puericultura é constituída por normas concebidas em diferentes momentos históricos e por diversos interesses. Os autores comparam duas leituras do mesmo termo, uma baseada em fatos históricos, que valoriza as normas e a hierarquização dos fatos (a positivista) e outra que contextualiza os fatos históricos em meio aos acontecimentos nas várias esferas da sociedade e aponta a puericultura como prática ideológica (a da crítica social). Os autores afirmam que uma forma de reconhecer a puericultura não invalida a outra e acreditam na possibilidade

de complementaridade entre esses conhecimentos, o que pode até mesmo facilitar e melhorar a prática do pediatra.

Esta forma de olhar a história da puericultura possibilita compreender as limitações vivenciadas no cotidiano do pediatra, como por exemplo, os insucessos em consultas, ora atribuído às mães, por não seguirem as orientações e ora ao próprio pediatra, por não conseguir transmitir os conhecimentos de forma adequada. “*Assim, este entendimento pode até ajudar o pediatra a encontrar formas menos autoritárias e rígidas de transmitir suas condutas*” (Bonilha & Rivoredo, 2005, p. 13).

Bonilha e Rivoredo (2005) colocam que a forma de relatar a história da puericultura em alguns estudos se dá de maneira neutra e científica, reduzindo-se à organização hierárquica dos fatos, sem interpretá-los (o que chamam de história positivista), reduzindo a análise das causas ao aparecimento dos fatos históricos, uma simples sucessão de acontecimentos. Desta forma, o termo "puericultura" é definido em 1762 em um tratado sem repercussão do suíço Jacques Ballexserd. Em 1865, o médico francês Caron reafirma o termo com sua obra *La puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants*. Os autores referem que a puericultura se consolidou com a criação de ambulatórios para lactentes sadios por Budin, Variot e Doufours e por meio do incentivo ao aleitamento materno e à esterilização do leite de vaca para os filhos das mães operárias que não podiam amamentar, o que provocou impacto positivo sobre a mortalidade infantil local.

Por outro lado, nos estudos que procuram uma crítica ao modelo original de puericultura, são utilizados métodos de análise histórica que buscam compreender sua evolução diante de diferentes contextos políticos, econômicos e culturais. Neste modelo que utiliza a crítica social, a puericultura é considerada uma prática própria da sociedade ocidental moderna, e se aplica não a qualquer criança, mas a um modelo - o da criança moderna (Bonilha & Rivoredo, 2005).

Utilizando o referencial teórico das ciências sociais, os autores apresentam a puericultura como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e

econômicos, com motivos, objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança. Nessa concepção existiriam, encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil por meio da educação, outros projetos, como o do estabelecimento de um padrão de comportamento não só para as crianças, mas para as famílias como um todo, de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes. Assim, a puericultura representaria a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no século XVIII, que visava à conservação das crianças, essencial para os grandes Estados modernos, os quais mediam as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos.

Nas últimas décadas, a falência de um modelo assistencialista, associado aos movimentos de medicina preventiva, comunitária e social, contribuiu para desencadear propostas relacionadas a reformas nos serviços e na prática médica, assim como no seu ensino. Em relação à saúde da criança, esse processo constituiu a chamada pediatria social, que reconsiderou a puericultura, fazendo uso das ciências sociais. Mas, ainda não é possível dizer se a pediatria social foi ou não capaz de modificar seu núcleo ideológico e de garantir a reprodução da capacidade de trabalho na sociedade (Bonilha & Rivoredo, 2005).

Blank (2003) utiliza-se do dicionário Houaiss para definir a puericultura: *“uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade”* (p. 14). O autor ressalta que os procedimentos abordados na puericultura são indicados a todas as crianças essencialmente saudáveis, e que problemas específicos de saúde devem ser tratados paralelamente. A puericultura sofreu modificações significativas nos últimos anos, passando de um conjunto de noções informais sobre cuidados de bebês transmitidos de mãe para filha, para a transformação em uma ciência verdadeira, de domínio da pediatria. Infelizmente,

depois de um século dessa transformação, ainda não se tornou refinada, e efetivamente preventiva. Sendo esta evolução incompatível com a medicina moderna, a puericultura tem sido avaliada, especialmente nos últimos dez anos, de forma crítica, por meio de estudos científicos. Assim, a puericultura passa atualmente a ser compreendida como um processo multiprofissional e em parceria com famílias e comunidades. O modelo de pediatria restrito ao consultório e baseado em consultas rápidas não dá conta de todas as demandas de um trabalho voltado à promoção da saúde, porque tanto as novas morbidades (causadas, por exemplo, por problemas sociais, violência, obesidade, uso de drogas, etc), como as ações tradicionais (monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações, etc) excederam em muito a capacidade do atendimento de tal modelo. Além disso, com frequência é possível detectar uma formação ineficiente oferecida pelas escolas de pediatria no que diz respeito à área de promoção da saúde (Blank, 2003).

Em relação à formação do pediatra, o estudo de Castellanos (2003) aborda a construção do objeto de trabalho pediátrico a partir de depoimentos desses profissionais. Os resultados apontam que a formação pediátrica nos currículos de graduação e de residência tem como grande objeto de trabalho pedagógico o corpo doente. Mas, *“entre o corpo doente e o corpo em desenvolvimento, encontra-se uma prática profissional em conflito de identidade, de orientação e de organização interna”* (p. 54). O autor afirma que o saber clínico conduz a ação médica em direção a um objeto de trabalho fragmentado, que deve ser encontrado no plano da descoberta, e isso é um problema inerente à estrutura do ensino e da prática médica. Ele também discute sobre a necessidade de os residentes serem inseridos em uma prática que não se ocupe somente com a reprodução da assistência, mas que priorize a incorporação de uma prática clínica que gere autonomia profissional. No período da residência esta experiência parece ser limitada pela forte dependência entre alunos e professores.

A oposição entre a integralidade e a compartimentalização da visão de infância interfere na organização das disciplinas da especialidade nas reformulações do ensino e da atenção médica; estas divisões contribuem para a prática clínica voltada ao corpo doente, e *“tais divisões podem ser consideradas como um mero artifício metodológico para o ensino de pediatria nos programas de internato e residência existentes nas escolas médicas, bem como podem ser consideradas como um fator facilitador da sub-especialização pediátrica”* (Castellanos, 2003, p. 107).

Percebe-se nesses estudos a importância de ser considerado todo o processo histórico no modo de atuar da pediatria, e conseqüentemente, no modo de ver a criança, seu objeto de estudo e trabalho. Muitas são as variáveis que interferem nesse processo, que vão desde o modelo econômico vigente, à necessidade de corresponder às demandas do contexto histórico e às mudanças nas políticas de saúde. Estudiosos têm tentado compreender as influências desta história na puericultura, e têm percebido mudanças significativas na atuação do pediatra, embora considerem que a formação deste profissional é ainda permeada por um conflito de identidade, o que interfere no modo de organizar o ensino.

Compreende-se, portanto, que há necessidade de mais estudos abordando a questão da formação do pediatra, o que poderá colaborar com uma mudança de visão, pois parece que ainda o foco da atenção na saúde da criança é hospitalocêntrico, voltado para a doença.

A criança e o atendimento pediátrico

Alguns estudiosos da área de pediatria já em 1985 apontavam importantes alternativas para a maneira de se olhar para a criança, como pode ser percebido nos estudos destacados a seguir.

Alcântara (1985) afirma que:

“A Pediatria é o campo da Medicina que atende os problemas da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade. Ela o faz através de

duas formas por assim dizer isômeras de atividade: a Pediatria Preventiva, ou Puericultura, que cuida da manutenção das condições de normalidade, e a Clínica Pediátrica, ou Pediatria Curativa, que cuida de sua restauração quando alterada. São ambas, como que irmãs xifópagas, uma completando a outra e dela necessitando” (p.3).

Ao colocar desta forma o cuidado à criança, Alcântara (1985) nos leva a pensar sobre a complexidade da assistência à criança, devendo ser vistas pelo pediatra tanto as questões relacionadas aos fatores que causam as patologias (morbidade) como as previsões e medidas preventivas a serem tomadas durante o período da infância que tem a função de manter a normalidade. Segundo o autor, a assistência à criança deve ser global e abranger de um modo geral: os problemas orgânicos e psíquicos a serem vistos tanto de modo preventivo como curativo em sua totalidade; a assistência deve ser realizada respeitando-se as condições de constituição da criança e de seu desenvolvimento; visar à criação de uma pessoa física e psicologicamente sadia. Mas, algumas dificuldades podem interferir na assistência global à criança, como a atitude do médico, que nem sempre se desdobra em sua receptividade diante das possibilidades de saúde e morbidade apresentadas; e as condições econômicas, espirituais e de saúde desfavoráveis das famílias. Por ser a “medicina da pessoa”, a pediatria valoriza o espírito, a atitude e a conduta do médico em face da susceptibilidade da criança.

Alcântara (1985) ainda aponta que a pediatria difere das outras áreas da medicina por tratar de um período da vida, e não de problemas de órgãos e sistemas. E a vida, como a saúde, resulta da relação entre a resistência do organismo e os agravos que ele tem que enfrentar; a diversidade das novas condições de vida associada aos mecanismos de adaptação está relacionada à vulnerabilidade da criança.

Marcondes (1985) acrescenta que o pediatra deve esforçar-se para considerar a criança como pessoa, como um ser unitário onde organismo e psiquismo são aspectos, e não partes isoladas. Em seus trabalhos, o autor descreve a técnica de

atendimento de consulta em pediatria, apresentando elementos que permitem uma avaliação global da criança, tanto de aspectos do desenvolvimento neuro-psico-motor, como intelectual e emocional; enfatiza a relação médico-paciente, o ambiente do consultório e também aborda a questão do tempo de consulta para que seja garantida a qualidade do atendimento, seja em contexto particular seja no setor público de saúde.

Costa (1985) aborda em seu texto o que chama de “atendimento pediátrico de primeira linha”, em substituição ao termo “atendimento primário”, por considerar que na língua portuguesa tal termo tem uma conotação pejorativa, ao contrário do que ocorre em espanhol ou inglês. A autora afirma que essa conotação obscurece o correto significado do termo “primário”, sinônimo de início, simplicidade.

Assim sendo, a progressiva fragmentação do saber médico em especialidades e sub-especialidades pode ter deteriorado o relacionamento médico-paciente, contribuindo para a perda de laços afetivos e da confiança mútua. Nas últimas décadas tem surgido a preocupação com o retorno de uma medicina mais humanizada, principalmente nos países mais pobres. Na Declaração de Alma Ata, assinada em 1978 por 178 países, alguns conceitos sobre saúde são colocados em seus devidos lugares, e especialmente referindo-se aos cuidados médicos, a Declaração enfatiza a necessidade de criação e extensão de “serviços de atendimento de primeira linha” (Costa,1985).

No bojo de tal discussão, é incluída também a reforma de currículos médicos e uma mudança significativa das concepções e atitudes dos docentes, com a valorização de cuidados globais, preventivos, curativos e reabilitadores, e com a participação de outros profissionais da saúde além do médico. Portanto, é enfatizada uma formação voltada ao espírito de colaboração em equipe (Costa, 1985).

Costa (1985) ainda afirma que o atendimento pediátrico de primeira linha deve oferecer um mínimo de atenção essencial (no sentido de simplicidade) que possa ser cumprido com o máximo de eficácia, com a mobilização da comunidade e o emprego

de recursos; um atendimento simples, mas qualificado. E aponta alguns marcos conceituais para sua efetivação: o atendimento deve ser integral e global; deve ser programado (com revisões periódicas, evitando-se o atendimento isolado, em consultas de pronto-atendimento); o atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional, não centrado no médico e voltado para a educação em saúde; deve ser simples e adequado às necessidades e possibilidades locais, valorizando as ações de diagnóstico precoce.

A autora coloca que o atendimento pediátrico de primeira linha não deve ser confundido com um local exclusivo de puericultura e triagem, mas ao contrário, deve resolver os problemas e queixas da população infantil, e assim estará cumprindo seus pressupostos. Costa (1985) aponta a grande responsabilidade que exercem as instituições que formam pediatras no sentido de garantir que o profissional tenha um conhecimento extenso do diagnóstico diferencial, para que saiba encaminhar ao especialista; pois considera tal função uma das mais necessárias para um atendimento efetivo em pediatria. A autora conclui que os serviços universitários devem ser os pioneiros nessa renovação, pois conseguem unir estrutura e “matéria-prima intelectual” para o êxito do atendimento de primeira linha em pediatria. Se tal transformação for associada com mudanças na sociedade, como melhora da qualidade de vida e educação em saúde da população, serão atingidos os objetivos de melhora das condições de saúde, traçados desde a assinatura da Declaração de Alma Ata e renovados pelos outros documentos que a sucederam.

Como pode ser visto nos estudos aqui descritos, ocorreram mudanças no papel da criança no contexto da família e da sociedade, bem como têm surgido questionamentos sobre a forma de atuar da medicina que trata da criança. Esta evolução nos faz pensar que a ciência atualmente dá mais importância à necessidade de oferecer assistência à criança de maneira global, única, priorizando a qualidade e resgatando o conceito de cuidados médicos voltados para a pessoa. Portanto, neste momento, é importante refletir sobre o que significa trabalhar com a infância.

Ser terapeuta de criança

Guimarães (1997), em seu trabalho, convida o leitor a refletir sobre o quão complexo é o mundo da criança e por que ser terapeuta de crianças é tão especial. A autora afirma que a infância é a fase de maior autenticidade do ser humano, por ser simples e complexa ao mesmo tempo. Por isso, trabalhar com as crianças requer cuidado, e é preciso conhecer seus direitos. Para a criança, viver é poder pensar, brincar, falar e agir com liberdade. O desenvolvimento físico e emocional da criança é dinâmico e recebe influências da família e do ambiente. Para lidar com a criança, o terapeuta precisa ter empatia em relação aos seus sentimentos, para ter certeza de que poderá ajudá-la. Toda criança, enquanto pessoa possui um passado, que deve ser conhecido pelo terapeuta, pois é necessário compreender a situação e encarar o presente junto com a criança, dentro da relação terapêutica. Como a criança está inserida na família, e cada família lida de uma forma com a situação de doença ou incapacidade, o terapeuta deve também envolver-se com ela, seja em situação de internação, ambulatório ou consultório.

Todo profissional que trabalha com crianças deve se sentir um agente integrador da criança e da família, em qualquer ambiente onde ocorra o tratamento, devendo estar preparado para lidar com os sentimentos de culpa, fracasso e estar atento para sugerir os acompanhamentos necessários. Além disso, o terapeuta deve ter conhecimento sobre as fases do desenvolvimento, para compreender as reações e mesmo a evolução da criança diante do quadro que se apresenta (Guimarães, 1997).

O terapeuta de criança deve ter sensibilidade para perceber o que ocorre no íntimo desta, para poder escolher a atitude mais adequada para cada situação. Guimarães (1997) refere que deixa para o final do texto uma condição que considera essencial na relação terapeuta-criança: a cumplicidade e o envolvimento, que são elementos que fazem da relação uma situação única.

Concordamos com a autora, que tornar-se terapeuta de criança significa, além de acumular grande quantidade de conhecimento sobre os aspectos do desenvolvimento, etiologias, formas de manifestação de doenças e suas seqüelas, é crescer junto com ela, vibrar com seus progressos, procurar alternativas de tratamento, ou seja, envolver-se. Acreditamos que tais condições devem estender-se a todas as áreas que lidam com esta clientela, mas principalmente na atenção básica, onde a proposta de trabalho é o acompanhamento e a identificação de riscos para a saúde geral da criança. Todos os profissionais, desde o pediatra, que colhe a história da criança e a acompanha por anos, a enfermeira que ministra as vacinas, até o odontólogo que faz prevenção e trata da saúde bucal, todos devem tornar-se “terapeutas de crianças”.

A criança e seu desenvolvimento

O conceito de desenvolvimento varia conforme o referencial teórico adotado. Para o pediatra, tem-se a definição clássica de Marcondes, Machado, Setian e Carrazza, (1991), onde o termo é colocado como “*o aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas*” (p. 35).

Se considerarmos um conceito mais amplo, desenvolvimento infantil é explicado como:

“um processo que se inicia desde a vida intra-uterina e envolve vários aspectos, como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às de seu meio, considerando seu contexto de vida” ((Miranda, Resegue Silva, & Figueiras, 2003, p. 34).

O desenvolvimento também pode ser definido como o processo de construção da identidade humana que resulta da interação entre as influências biológicas (próprias da espécie e do indivíduo), a história de vida do indivíduo e o seu contexto cultural e social. Portanto, é preciso garantir que a criança se desenvolva de forma

plena, e para isso, são fundamentais ações intersetoriais com estratégias de intervenção que envolvam setores governamentais e setores organizados da população (Resegue Silva, 2004).

Inúmeros trabalhos (por exemplo, Gesell & Amatruda, 1987; Dworkin, 1993; Camargo, 1997; Guralnick, 1997; Committee on Children with Disabilities - American Academy of Pediatrics, 2001; Figueiras, 2002; Cole & Cole, 2004), em várias áreas da saúde e educação, têm abordado a importância dos primeiros anos de vida da criança como determinantes para a evolução da espécie humana. Constitui-se em um período onde se processam as modificações fundamentais para garantir um desenvolvimento saudável. Alguns fatores são marcantes na orientação do desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança, como: o processo de maturação do sistema nervoso central, a organização do sistema muscular e a motricidade, o sistema sensorial e a integração da genética com o meio ambiente.

A qualidade da relação entre esses fatores determinará o aprimoramento progressivo de comportamentos que levarão ao pleno desenvolvimento da criança. Os reflexos primitivos que o recém-nascido apresenta vão-se integrando, dando espaço para a movimentação voluntária; o sistema sensório-perceptivo também se organiza e evolui, bem como o sistema motor e cognitivo, que em harmonia fundem-se e vão dando origem a comportamentos cada vez mais elaborados; sem esquecer que todo este aparato necessita da estimulação ambiental, onde se incluem os fatores familiares e os laços afetivos.

Quando algum distúrbio ou evento negativo interfere nessa seqüência evolutiva – chamados de fatores de risco, como por exemplo, infecção, hipertensão ou diabetes maternos; dificuldades no parto; falta de oxigenação; ou mesmo acidentes genéticos e infecções pós-natais - pode fazer com que a criança tenha chance de apresentar atrasos em seu desenvolvimento.

Neste caso, ressalta-se que a percepção e o conhecimento sobre tais fatores de risco são fundamentais para minimizar os efeitos que podem ameaçar o pleno

desenvolvimento da criança. A intervenção terapêutica sobre os processos que orientam o desenvolvimento neuro-psico-motor da criança nos primeiros anos de vida tem se mostrado o melhor caminho para corrigir os distúrbios e diminuir seqüelas. A qualidade de tal intervenção se dá pela união entre o conhecimento sobre técnicas de estimulação do desenvolvimento, prevenção de deformidades e a orientação familiar. Além disso, a detecção precoce de anormalidades no desenvolvimento e sua correta interpretação são requisitos básicos para a intervenção.

As crianças que vivem em países em desenvolvimento estão expostas a vários riscos (como o de nascerem de gestações desfavoráveis, e viverem em condições sócio-econômicas adversas) e podem apresentar alta prevalência de doenças, tendo maior chance de apresentar atrasos em seu potencial de crescimento e desenvolvimento (Halpern, Giugliani, Barros & Horta, 2000). Portanto, segundo os autores, olhar somente para os fatores biológicos como determinantes de tais atrasos não é suficiente, principalmente em relação às crianças que apresentam atraso leve ou moderado. Faz-se necessário o enfoque sob outra ótica, na qual seja possível considerar outros fatores, como os familiares, do meio ambiente e da sociedade.

Todo pediatra deve estar atento ao desenvolvimento das crianças e aos fatores que podem influir sobre ele. O pediatra é responsável pela prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil, devendo coordenar ações multidisciplinares de intervenção e incluir esta clientela na assistência básica à saúde, para promover qualidade de vida às crianças que apresentarem risco para atraso e também deficiências (Miranda et al., 2003).

Ao abordar a questão da formação profissional para o diagnóstico do desenvolvimento, Gesell e Amatruda, em 1987 escreveram que *“todo profissional deve conhecer a história de sua disciplina e a estrutura, história, organização e dinâmica da sociedade em que ele atua. Sem estas informações, está fadado a ser um técnico que logo se tornará obsoleto”* (p.419). Os autores se referem nesse texto a todo profissional de saúde infantil, e acrescentam que para atender a criança o pediatra e

outros profissionais devem ter em seu currículo o enfoque ao crescimento e desenvolvimento, ou seja, o ciclo de vida da criança e as progressões normais como referência básica para seu atendimento. Afirmam que quando os aspectos do desenvolvimento são estudados de forma muito independente, o ensino tende a tornar-se descoordenado. Desde o início do ensino da pediatria deve ser transmitida uma visão integrada do desenvolvimento infantil, tanto em seus aspectos normais como patológicos, em estreita correlação, bem como deve ser valorizado o uso de instrumentos de triagem do desenvolvimento. Segundo os autores, os profissionais que atendem crianças devem ter uma visão holística dos problemas que lhes são apresentados, raciocinando em termos de estágios e padrões de maturidade, das capacidades e tendências do desenvolvimento. Desta maneira estarão preparados para formular diagnósticos e planos de tratamento.

Por ser a pediatria a medicina do ser humano em desenvolvimento e ter a tarefa de preservar a assistência global ao indivíduo, não pode deixar de contar com a assessoria de especialistas. Segundo Marcondes (1997), o pediatra é um profissional com ampla visão em relação à criança e ao adolescente, e por preocupar-se com *“problemas orgânicos e psíquicos, de modo preventivo e curativo, em sua totalidade e em suas mútuas dependências”*, poderá eventualmente não ter condições de atender a todas as crianças sob sua responsabilidade e a todos os agravos que incidem sobre elas. Destaca, então, a importância da presença tanto de pediatras especialistas como de outros profissionais da saúde, para uma efetiva atuação em equipe que possibilite oferecer plena assistência à criança nas ações referentes à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Dentre esses, ressalta a atuação da Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e da Terapia Ocupacional, áreas que podem contribuir em todos os níveis de atenção à criança. Acrescenta ainda que o pediatra deveria ampliar seus conhecimentos em relação à atuação dessas áreas, saber o que esperar das mesmas, saber encaminhar e principalmente trabalhar em equipe, o que pode trazer enormes benefícios à população infantil e enriquecer sua atividade profissional.

Figueiras (2002) complementa que, para que a criança atinja todo o seu potencial de desenvolvimento é necessário que familiares e profissionais de saúde trabalhem em conjunto e estejam atentos à sua evolução normal e aos fatores que possam intervir neste processo. Desta maneira é possível identificar alterações do desenvolvimento e implementar ações para superá-las.

Halpern et al. (2000) encontraram em seu estudo que mesmo em países desenvolvidos não existem dados consistentes a respeito da prevalência de atrasos de desenvolvimento em crianças com menos de três anos de idade. Os autores colocam que mesmo não havendo uniformidade quanto à metodologia e critérios de avaliação entre os estudos sobre fatores de risco no desenvolvimento infantil, há uma convergência de resultados apontando que os fatores de risco estão relacionados à morbidade futura, o que já justifica a necessidade de identificação e acompanhamento precoce e adequado das crianças expostas a tais riscos. Os autores acrescentam que a identificação precoce de atrasos de desenvolvimento é uma tarefa bem difícil para os profissionais que atuam em atenção primária à saúde devido à grande maleabilidade do desenvolvimento neuro-psico-motor da criança. Por isso, é preciso que a avaliação seja repetida, principalmente nos primeiros anos de vida, quando o impacto do atraso é mais grave. Halpern et al. ainda apontam algumas alternativas para a promoção de programas de baixo custo envolvendo crianças com risco de atraso, como: visitas domiciliares, onde a mãe pode ser orientada a estimular seu filho; treinamento de cuidadores de crianças em creches e envolvimento da mídia.

Autores como Sapienza e Pedromônico (2005) e Formiga e Pedrazzani (2004) colocam a necessidade de abordar outros termos que também interferem no curso do desenvolvimento, além dos fatores de risco.

Sapienza e Pedromônico (2005) apresentam uma revisão sobre a terminologia relacionada aos fatores de risco, mecanismos de proteção e resiliência. Os fatores de risco são colocados como elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado efeito indesejado. Quando

associados, os fatores de risco podem aumentar a probabilidade de um desfecho desenvolvimental negativo para o indivíduo. Segundo as autoras, torna-se importante prever os fatores de risco a fim de se obter a capacidade de intervir quando for necessário. Acrescentam que mais do que o risco isolado, a combinação de adversidades pode produzir conseqüências negativas em diferentes áreas do desenvolvimento.

Citando Eisenstein e Souza (1993), Sapienza e Pedromônico (2005) definem os fatores de proteção como recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco, ou seja, indivíduos expostos a adversidades podem desenvolver-se adequadamente devido a algum fator protetor individual ou ambiental. Segundo Sapienza e Pedromônico, duas variáveis – suporte social e auto-conceito positivo – podem estar relacionadas aos mecanismos protetores. A identificação de como e em que fase do desenvolvimento os mecanismos protetores atuam é fundamental para a organização de intervenções efetivas.

A resiliência, ainda segundo Sapienza e Pedromônico (2005), refere-se ao manejo, pelo indivíduo, de recursos pessoais e contextuais, para superar as dificuldades. As autoras, citando Grünspun (2003), apontam que a possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo resiliente.

Formiga e Pedrazzani (2004), citando Yunes e Symanski (2001), colocam que além dos fatores de risco que interferem no curso do desenvolvimento, também estão em jogo os mecanismos de proteção ao desenvolvimento da criança, que estão presentes quando ocorre um evento estressor. Formiga e Pedrazzani citam também o estudo de Martins (2001), destacando que os fatores de proteção têm o objetivo de transformar a resposta do indivíduo frente a uma dificuldade, e um mesmo evento pode ser tanto um mecanismo de risco como de proteção, pois depende do contexto, da forma como o sujeito atua sobre o evento. Portanto, é importante pesquisar qual é a reação do indivíduo diante de situações de risco.

Muitos autores concordam que a intervenção terapêutica nos primeiros anos de vida da criança que apresenta riscos para atrasos de desenvolvimento é fundamental para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida desta e de sua família. Segundo Camargo (1997), na presença de qualquer distúrbio orgânico, de uma privação ambiental e/ou nutricional, a figura de um elemento terapêutico que se interponha entre a criança e o ambiente para normalizar tal relação, pode ser o procedimento mais efetivo para minimizar efeitos que possam comprometer o desenvolvimento posterior da criança em seu ambiente.

Principalmente diante de condições adversas, como as encontradas em países em desenvolvimento como o Brasil, o papel da intervenção precoce torna-se essencial. Se forem considerados os fatores sócio-econômico-culturais da população que procura o atendimento em rede pública de saúde, associados a fatores biológicos como prematuridade, infecções maternas, gravidez na adolescência, uso de tabaco, álcool e drogas e outros, o número de casos de crianças menores de um ano consideradas de risco é crescente. Portanto, entende-se que devem ampliar-se as ações de prevenção de deficiências e de intervenção o mais cedo possível diante de tais riscos.

Vigilância e triagem do desenvolvimento: uma diferenciação

É importante neste momento esclarecer que os termos triagem e vigilância do desenvolvimento são conceitos diferentes; a avaliação ou vigilância é um processo maior, que pode englobar ou não a aplicação de testes de triagem.

Para Dworkin (1989), a vigilância do desenvolvimento é um conceito amplo que abarca todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento e à detecção de problemas durante os cuidados primários à saúde da criança. A ênfase da vigilância é na observação habilidosa da criança e na identificação de preocupações paternas, em vez da aplicação de testes, pois é um processo contínuo e

pode envolver vários profissionais da saúde, além dos pais. A triagem do desenvolvimento, por sua vez, refere-se ao processo de aplicação de testes em uma ampla população de crianças, de variadas faixas etárias, para detectar aquelas que podem apresentar riscos para desviar-se do desenvolvimento normal. O *screening* é frequentemente relacionado com a identificação de déficits sutis no desenvolvimento, que podem “escapar” da identificação precoce, mas que tem grande importância por sua repercussão na morbidade e no impacto no funcionamento familiar e escolar.

Assim como Dworkin (1989), Hutchison e Nicoll (1988) afirmam que a triagem do desenvolvimento geralmente é limitada à aplicação de testes a grupos de crianças de determinadas idades em relação a aspectos específicos do desenvolvimento, como sensorial ou motor. A maioria das atividades de *screening* dentro da atenção primária à saúde não cabem na definição de testes de triagem. Em vez disso, são parte do processo de vigilância do desenvolvimento, que é uma atividade mais ampla e contínua. A vigilância do desenvolvimento, portanto, é um dos elementos do acompanhamento da saúde da criança na atenção básica, como a imunização. É mais gratificante do que a triagem, pois pode ter sua eficiência maximizada. Os autores apresentam como exemplo a habilidade de andar, onde cada criança desenvolverá em seu ritmo, estilo e estratégia, todos aceitáveis: se o médico tiver uma compreensão desta habilidade dentro da vigilância do desenvolvimento e souber avaliá-la, raramente será necessário aplicar teste de *screening*, a não ser que outros fatores de risco estejam presentes, ou alguma anomalia.

O estudo de Dworkin (1989) comparou as recomendações de organizações pediátricas americanas e britânicas quanto ao papel da vigilância do desenvolvimento na atenção primária à criança e concluiu que: a monitoração do desenvolvimento deve ser realizada no processo de vigilância, no qual devem ser colhidas as informações e preocupações dos pais, além de uma história completa do desenvolvimento, e devem ser enfatizadas as observações sobre o desempenho das crianças na aquisição de habilidades de forma longitudinal. O autor acrescenta que o sucesso da vigilância do

desenvolvimento depende da forma como ela é implementada, o que pode ser melhorado com a prática clínica, o treino de profissionais e a pesquisa.

Dworkin (1989) coloca que o objetivo da monitoração do desenvolvimento é identificar, tão precoce quanto possível, déficits no desenvolvimento e sinais de incapacidades futuras em crianças de risco, para auxiliar na provisão de serviços e suportes apropriados. Mas, segundo o autor, a prática profissional reflete uma variedade de opiniões sobre a forma de monitorar o desenvolvimento, e mesmo os documentos escritos pelos órgãos de pediatria americanos e britânicos trazem recomendações divergentes, o que contribui para uma prática confusa em relação a esta questão. Por outro lado, há um consenso entre eles de que a vigilância do desenvolvimento deve ser o foco na atenção primária à criança, deve haver a postura de acompanhamento do desenvolvimento durante todas as consultas pediátricas, em cada oportunidade, a fim de perceber déficits a tempo de realizar as ações necessárias. Além disso, os órgãos encorajam o uso de testes de triagem dentro do processo de vigilância, desde que o profissional tenha conhecimento e auto-confiança, pois os testes podem contribuir para ajudar a “lembrar” sobre os aspectos do desenvolvimento.

Como ciência em desenvolvimento a vigilância merece ser ainda melhor pesquisada (Hutchison & Nicoll, 1988). Os autores apontam alguns aspectos em que futuros estudos deveriam aprofundar-se: a parceria com os pais; a cooperação entre profissionais; o desenvolvimento de programas locais de vigilância voltados para cada realidade e associados com programas de ampla abrangência e com outros profissionais bem treinados para realizar a vigilância, além do médico.

O que os órgãos oficiais da área de pediatria têm a dizer sobre vigilância do desenvolvimento

A vigilância do desenvolvimento envolve as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento durante a atenção primária à saúde.

O documento da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP - (2004) intitulado “Resgate do Pediatra Geral” foi elaborado com a finalidade de alertar sobre a importância de resgatar o papel do pediatra geral na promoção da saúde da criança e do adolescente no contexto de sua família e comunidade. Para isso, ressalta que a Sociedade Brasileira de Pediatria deve atuar em três frentes: em relação ao público em geral (estimulando-o a fazer as consultas periódicas de puericultura com ênfase na educação em saúde e alertando-o dos riscos da atual cultura do pronto-socorro²), ao pediatra geral (conscientizando-o de sua importância na promoção de saúde e estimulando-o a não atuar como “socorrista”) e junto aos órgãos responsáveis por políticas de saúde (proporcionando condições adequadas para a prática da pediatria ambulatorial, incluindo estruturas de apoio, proporcionando remuneração adequada para esta prática).

A SBP (2004) acrescenta que cabe ao pediatra acompanhar, vigiar e proteger o crescimento e o desenvolvimento, tratando o indivíduo como um todo e tendo como meta a saúde; também cabe a ele atuar na prevenção, agindo para evitar ou controlar os fatores de risco. O documento apresenta um protocolo de atuação em puericultura que envolve: anamnese, orientação à família e exame físico, além de uma rotina de consultas de seguimento.

O protocolo de anamnese inclui: condições econômicas e sociais da família, condições de moradia ou da creche, alimentação, funcionamento intestinal,

² Relaciona-se com o ato de levar a criança ao atendimento com o pediatra somente em momentos nos quais existe uma queixa ou sintoma (por exemplo, dor, febre, diarreia), sendo que o recomendado são as consultas periódicas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

habilidades de desenvolvimento, temperamento, comportamento, disciplina, linguagem, sono, brincadeiras, escolaridade, vacinação e antecedentes pessoais.

As orientações à família consistem em: estabelecer boa comunicação a fim de garantir que o paciente seja agente ativo no tratamento; encaminhar, se for o caso, para assistência social ou psicologia familiar; promover, dentro das possibilidades, correção ou melhoria das condições de moradia ou da creche; instituir alimentação adequada à etapa de crescimento da criança e condições da família, com ênfase no aleitamento materno; corrigir, por meio da dieta, o funcionamento intestinal; conscientizar sobre a importância da vacinação; advertir quanto à prevenção de acidentes; orientar quanto às peculiaridades das diferentes fases do desenvolvimento afetivo, social e cognitivo; orientar quanto à disciplina e estabelecimento de limites; agendar consultas periódicas de puericultura e orientar a família quanto aos meios disponíveis para esclarecer dúvidas.

O exame físico, segundo a SBP (2004), deve ser realizado com paciência, delicadeza, firmeza e determinação. As crianças que apresentarem risco físico e social deverão ser encaminhadas para especialistas, serviços de assistência social, psicologia, dependendo das circunstâncias, o que implica que o médico deve conhecer os serviços existentes na comunidade.

A SBP (2004) aponta também que a cada consulta de seguimento da puericultura, devem ser incluídos dados de desenvolvimento, possíveis queixas, e o exame físico deve comprovar e registrar os progressos de desenvolvimento. Em seguida, a SBP coloca alguns itens que denomina de “lembretes” para serem observados em idades-chaves, que se constituem em perguntas para rápida avaliação, e em sinais de alerta para problemas de desenvolvimento.

O *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria - AAP (2001) recomenda a realização de testes de triagem como parte das ações de atenção ao desenvolvimento; afirma que quando os pediatras utilizam somente impressões clínicas em vez de triagens formais do desenvolvimento podem obter uma

análise pouco fidedigna do estado de tal desenvolvimento, e recomenda que todas as crianças deveriam passar por tal triagem. Mas, esclarece que o teste quando utilizado isoladamente não pode captar o processo de desenvolvimento em sua complexidade.

O Comitê ressalta as várias funções da triagem do desenvolvimento: 1. ela é destinada a identificar crianças que podem necessitar de avaliação mais complexa; 2. informa ao pediatra sobre o desenvolvimento da criança e não somente sobre sua saúde física; 3. pode conduzir ao diagnóstico definitivo e à elaboração de um plano de atendimento interdisciplinar para a criança. O Comitê acrescenta que os instrumentos de triagem do desenvolvimento são uma forma de o pediatra recordar-se das observações sobre desenvolvimento, o que pode facilitar a identificação das crianças que apresentam atrasos. Para desempenhar a tarefa de triagem do desenvolvimento, o pediatra deveria, segundo esse Comitê: 1). atualizar seus conhecimentos sobre os aspectos do desenvolvimento, fatores de risco, técnicas de triagem e recursos da comunidade; 2). saber interpretar instrumentos de triagem validados para a população que atende; 3). desenvolver estratégias para realizar triagens periódicas incluindo o reconhecimento de fatores de risco genéticos, ambientais, familiares e sociais; 4). ouvir cuidadosamente as observações dos pais sobre o desenvolvimento e considerá-las; 5). apresentar os resultados da triagem aos pais utilizando abordagem centrada na família; 6). encaminhar a criança que apresenta atraso de desenvolvimento a programas de estimulação precoce, com o consentimento da família; 7). determinar as causas dos atrasos ou encaminhar para especialistas e 8). manter contato com programas da comunidade.

Tais documentos têm enfatizado a atuação do pediatra no sentido da vigilância do desenvolvimento, colocando-o como principal responsável tanto no acompanhamento da criança em seu crescimento e desenvolvimento como na educação dos pais. Os órgãos oficiais de pediatria também traçam diretrizes para o desempenho de tal função. Coloca-se então as questões: a formação dos pediatras tem possibilitado olhar para esse enfoque, o de vigilância do desenvolvimento? Como

tem sido a aplicação desses itens na prática do pediatra? Quais as condições de implementação dessas ações em sua rotina?

A promoção de saúde e a atividade do pediatra

Segundo Buss (2003), o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado ao longo das últimas duas décadas por diferentes atores técnicos e sociais em diversas conjunturas e formações sociais. A evolução desse conceito transitou de um “nível de prevenção” da medicina preventiva, para um enfoque “político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos. A definição tem contado com a contribuição de importantes documentos elaborados a partir de conferências internacionais sobre o tema, como por exemplo, a Carta de Ottawa, de 1986, a Declaração de Adelaide, de 1988, a Declaração de Sundsväl, de 1991 e a Declaração de Jakarta, de 1997 (Brasil, 2002). Segundo Buss, o enfoque da promoção da saúde é amplo e abrangente, e procura identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Adicionalmente, coloca que:

“a Promoção da Saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para tomadas de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se no conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar” (Buss, 2003, p. 33).

A Carta de Ottawa, um dos documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre o contexto da promoção da saúde, diz que:

“a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. Os serviços de saúde devem adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais... A reorientação dos serviços de saúde requer mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde, o que deve levar a uma mudança de atitude e organização dos serviços para que focalizem as necessidades globais do indivíduo” (Brasil, 2002, pp. 21-22).

Em outro artigo, Buss (2000) promove um debate sobre a promoção de saúde e a qualidade de vida, e salienta que as políticas públicas saudáveis, a intersectorialidade e a aplicação de estratégias governamentais são ações fundamentais para implementar a promoção de saúde em níveis locais. De acordo com o autor, a nova concepção de saúde traz uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde passa a ser compreendida como um estado dinâmico e socialmente produzido. Portanto, a intervenção em saúde não visa mais diminuir o risco de doenças, mas sim assegurar meios para ampliar as chances de autonomia, bem-estar e deve ser intersectorial acima de tudo, sendo esta a essência das políticas públicas saudáveis. Buss conclui que os profissionais da saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, bem como as autoridades políticas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida. Mesmo sem receitas prontas, a capacitação para o exercício da cidadania e controle social é a grande contribuição que a prática da promoção de saúde pode trazer ao movimento social por intermédio de profissionais da saúde.

Em consonância com o que diz Buss (2000 e 2003), a intervenção da pediatria no cuidado de sua população alvo deveria então colocar como prioridade a modificação das condições de vida para favorecer o bem-estar, e não somente a intervenção para diminuir doenças na infância.

Com relação a esta questão, Blank (2003) afirma que a identificação do pediatra com serviços preventivos é grande, estimando que tal enfoque englobe em torno de 40% de sua atividade clínica diária nos serviços. Mas, acrescenta que por quase um século a prática pediátrica não se apoderou de conhecimentos científicos, e que tal situação tem mudado nos últimos dez anos, pois têm surgido estudos sistemáticos visando a identificação de evidências científicas mais consistentes que

fundamentam a recomendação das intervenções preventivas, bem como a atuação da pediatria como um processo multiprofissional e em parceria com famílias e comunidades. Segundo o autor, esta nova concepção é saudável e faz um contraponto com a forma controladora de atuar que a pediatria trazia de sua influência francesa e alemã do século passado.

Segundo o autor, a formação na área preventiva se tornou prioridade na educação dos pediatras, bem como a intenção de integrar sua atuação com outros profissionais da saúde e em atividades que utilizem recursos da comunidade. Mas de acordo com a pesquisa de Figueiras (2002), os enfermeiros de serviços públicos voltados à criança tiveram melhor desempenho em questionários sobre suas práticas em promoção de saúde e vigilância do desenvolvimento do que clínicos e pediatras, o que demonstra a necessidade de outros estudos para o aprofundamento desta questão, assim como a reflexão por parte dos cursos de especialização em pediatria sobre como tem sido sua formação, se ainda focada na doença ou se voltada para a saúde e o bem-estar do sujeito.

O pediatra, a vigilância do desenvolvimento e a detecção precoce de atrasos

A promoção da saúde tem sido definida como um conceito amplo, que visa identificar os determinantes do processo de saúde-doença. Desta maneira, o papel do pediatra consiste em perceber este processo e direcionar suas ações para a saúde integral da criança. Para desempenhar esta função, o pediatra deveria receber informações sobre este conceito, o que poderia orientar sua atuação em relação à vigilância do desenvolvimento, esclarecer onde esta prática está inserida, e reforçar a importância do seu papel preventivo e atuante dentro de um processo multiprofissional. Recordando a afirmação de Marcondes (1985), faz parte da rotina do pediatra avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Entende-se que o conceito de vigilância do desenvolvimento (*developmental surveillance*) proposto pelo *Committee on Children With Disabilities* – (Academia Americana de Pediatria, 2001):

“um processo contínuo e flexível no qual os profissionais habilitados realizam observações das crianças durante todo o processo de atenção à saúde, onde os componentes incluem: atender às preocupações dos pais, obter uma história relevante de desenvolvimento, fazer observações precisas das crianças e trocar informações com outros profissionais. Para tanto, os profissionais deveriam usar roteiros de desenvolvimento apropriados à idade das crianças e registrar dados durante as consultas” (p. 192).

está em consonância a proposta de promoção de saúde, que segundo Buss (2003), é a modificação das condições de vida por meio de ações coletivas que favorecem a saúde e o bem-estar.

Frankenburg (1994) também define a vigilância do desenvolvimento como uma abordagem mais extensa do que a detecção de problemas, como um amplo e contínuo enfoque à atenção primária à saúde, que inclui a identificação de observações dos pais, a observação da criança, triagens, imunizações e guia antecipatório. O autor ressalta que a prática da vigilância do desenvolvimento é contrária a esperar que a criança apresente algum distúrbio, mas se constitui em uma abordagem inserida na prevenção primária, assegura que cada criança seja acompanhada em seu desenvolvimento para que atinja seu máximo potencial.

A identificação e a intervenção precoces são fundamentais para o prognóstico das crianças com distúrbios de desenvolvimento, o que faz da avaliação deste processo parte indispensável de toda consulta pediátrica. A avaliação do desenvolvimento inicia-se quando a família chega ao consultório com a criança, e deve prolongar-se durante a anamnese, a avaliação física, podendo se estender em outras consultas e contar com a participação de especialistas; deve-se colher dados sobre os fatores de risco envolvidos e também a opinião dos pais sobre a evolução do desenvolvimento da criança. O exame físico geral e neurológico, a avaliação sensorial

e as aquisições da criança compõem o tripé da avaliação do desenvolvimento da mesma (Miranda et al., 2003).

Portanto, a vigilância do desenvolvimento compreende as atividades relacionadas ao acompanhamento do desenvolvimento normal e à identificação de problemas neste processo, devendo ser realizada principalmente na atenção primária à saúde da criança. Desta maneira, Figueiras (2002) reafirma a importância de serem considerados os antecedentes familiares da criança, sua história pré, peri e pós-natal, o exame físico e neurológico, a trajetória de seu desenvolvimento, a opinião dos pais, a qualidade de interação pais-criança, o ambiente domiciliar e as experiências extra-domiciliares. Mas, segundo a mesma autora,

“a vigilância do desenvolvimento da criança ainda não tem acontecido efetivamente nos serviços de atenção primária à saúde. Tal fato decorre da complexidade que a ação envolve, não só na capacitação dos recursos humanos, como também na necessidade de serviços especializados para referência dos casos detectados que necessitem de tratamento” (p. 14).

Com relação à capacitação de recursos humanos, deve-se destacar a necessidade de se rever a formação dos pediatras, pois como detectou Castellanos (2003), a oposição entre a integralidade e a compartimentalização da visão de infância, ainda presente na organização do ensino da pediatria, pode enfatizar uma prática clínica voltada ao “corpo doente”.

Adicionalmente, durante o acompanhamento da criança na atenção básica, não é tarefa fácil identificar anormalidades no desenvolvimento infantil, pois existem grandes variações no processo de aquisição de novas habilidades. Em relação a este ponto, reforça-se a necessidade de se conhecer as características do desenvolvimento normal e também compreender o contexto em que ele ocorre. Portanto, o profissional que está em contato direto com essa prática deve capacitar-se para tal ação.

Mesmo tendo claro que seu papel seria realizar a vigilância do desenvolvimento da criança, os pediatras apresentam justificativas para não fazê-lo, como: o tempo da consulta insuficiente, a grande demanda de pacientes, o exame da

criança direcionado às queixas que a mãe traz e não à monitoração do desenvolvimento, falta de organização dos serviços de saúde para tal realização, e até mesmo a falta de valorização dos aspectos do desenvolvimento infantil (Lopreiato, Fouds & Littlefield, 2000; *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria – 2001; Della Barba, 2002; Blank, 2003 e Figueiras, Puccini, Silva & Pedromônico, 2003).

Outros estudos também comprovaram que alguns profissionais da atenção primária à saúde (entre eles, médicos e enfermeiros) apresentam déficits em seus conhecimentos sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, e que se esta ação não for realizada de forma satisfatória, pode trazer comprometimentos à promoção da qualidade de vida das crianças, na medida em que podem passar despercebidos atrasos no desenvolvimento (Lacerda & Aiello, 1998; Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003). Os relatos dos profissionais entrevistados no estudo de Figueiras et al., (2003), por exemplo, demonstram que esses associam a necessidade de capacitação à deficiência da abordagem deste tema na graduação. Uma dessas falas ilustra a constatação: *“gostaria de participar deste treinamento por achar importante esta parte da pediatria, tão esquecida pelas universidades, pois nos cursos de graduação foi muito pouco abordado este assunto”* (p. 1698).

Em sua dissertação de mestrado, Figueiras (2002) teve como objetivo identificar as causas do encaminhamento tardio de crianças que apresentavam problemas de desenvolvimento ao tratamento especializado em Belém – Pará. Para tanto, avaliou os conhecimentos e práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento junto a médicos e enfermeiros que atuavam na atenção básica à saúde. Os resultados demonstraram que: os profissionais da saúde apresentaram falhas no conhecimento sobre desenvolvimento infantil; tais profissionais referiram que consideram importante a vigilância do desenvolvimento por meio de avaliações de rotina; as mães atendidas pelos profissionais, em sua maioria, informaram não ter recebido orientações sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos e a

vigilância do desenvolvimento não era realizada de maneira satisfatória no município de Belém. A autora conclui, portanto, que os profissionais de saúde da atenção primária necessitam de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento.

Dando seguimento a essa pesquisa, Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005) elaboraram um manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância), que foi utilizado por profissionais da saúde infantil de Belém (Pará) visando suprir a necessidade de capacitação desses profissionais. Tal fato proporcionou o encaminhamento de crianças com alterações de desenvolvimento para tratamento especializado. Em seguida, com uma versão em espanhol, a experiência e o manual foram apresentados a profissionais de vários países, que, segundo os autores, se beneficiaram de tal iniciativa, incorporando a experiência na atenção à saúde da criança.

Outro estudo (Zardo & Bozzetti, 2003) teve como objetivo avaliar atitudes sobre puericultura e cuidados primários em pediatria junto a residentes desta especialidade de seis serviços de residência em Porto Alegre. Os resultados obtidos demonstraram que os residentes apresentaram atitudes adequadas, conforme o padrão estabelecido, porém, as escolhas profissionais dos futuros pediatras foram preocupantes para a educação médica, pois a maioria pretende especializar-se em áreas que envolvem tecnologia avançada, como neonatologia, cuidados intensivos em pediatria e pneumologia infantil e poucos residentes afirmaram que pretendem atuar em atenção primária à saúde e pediatria geral. Os autores atribuem tal escolha à influência dos preceptores dos cursos de residência, e apontam para a necessidade desta questão ser repensada pelos cursos que oferecem a especialidade médica.

Considera-se necessário, portanto, a mobilização e a capacitação dos pediatras para a vigilância do desenvolvimento, pois de acordo com os estudos, tal tarefa deve fazer parte da rotina desse profissional, mas não tem sido realizada efetivamente.

A avaliação do desenvolvimento

O desenvolvimento da criança decorre da interação entre características biológicas e ambientais. Os problemas nesse processo podem apresentar-se de diversas formas, como alterações no desenvolvimento motor, no cognitivo, na linguagem e outros. Portanto, tais problemas podem variar em intensidade e tipo de atraso, sendo importante a promoção e supervisão do desenvolvimento, e não somente a identificação de déficits. No acompanhamento da criança, a avaliação do desenvolvimento é indispensável e compõe a vigilância do desenvolvimento. Os instrumentos de avaliação do desenvolvimento podem ser utilizados como roteiro na vigilância do desenvolvimento (Resegue Silva, 2004).

Retomando o que dizem Dworkin (1989) e Hutchison & Nicoll (1988), a vigilância do desenvolvimento é um conceito amplo que engloba várias atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento e à detecção de problemas durante os cuidados primários à saúde da criança. A avaliação do desenvolvimento faz parte deste amplo processo, pois deve ser contínua e envolver a história da família e da criança, a observação do comportamento da criança em cada faixa etária e a orientação aos pais sobre o acompanhamento do desenvolvimento, sendo o pediatra um elemento ativo neste processo devendo compartilhá-lo com a família. Entende-se a triagem do desenvolvimento como um procedimento que faz parte da avaliação, consiste na aplicação de testes e promove uma sistematização da avaliação.

Frankenburg – autor do teste Denver, (que segundo Filipek et al., 1999, é um dos instrumentos mais utilizados por pediatras), em 1994 escreveu que um teste ideal deveria cobrir todas as áreas de desenvolvimento, ser igualmente aplicável em todas as faixas etárias e ter critérios de avaliação com alta sensibilidade e especificidade. O autor complementa que a maioria das habilidades da criança são determinadas por múltiplos fatores e que, portanto, os testes isoladamente não têm itens suficientes para identificar uma variedade de problemas com igual precisão e geralmente testes destinados a medir os mesmos itens discordam entre si. Os testes de triagem servem

como um auxílio para a vigilância do desenvolvimento, ou uma forma secundária de prevenção, pois esse processo, em vez de esperar que a criança seja desviante em algum aspecto, constitui-se em uma abordagem dentro da prevenção primária, que assegura a cada criança receber acompanhamento em seu desenvolvimento.

O *Committee on Children With Disabilities* – (Academia Americana de Pediatria, 2001) também reafirma que um teste isolado não consegue captar o processo de desenvolvimento em toda sua complexidade, e que sua fidedignidade será maior se conseguir abranger as diferenças culturais, lingüísticas e econômicas da população estudada.

Ao abordar a questão da avaliação do desenvolvimento, é importante ressaltar que na atenção à criança a opinião dos pais como medida de avaliação também é um ponto frequentemente discutido por autores como Ireton e Glascoe (1995), Glascoe (1997) e Figueiras (2002).

O estudo de Ireton e Glascoe (1995) apontou que respostas fidedignas dos pais quanto ao desenvolvimento de seus filhos podem ser obtidas quando utilizados testes sistematizados, como o MCDI (*Minnesota Child Developmental Inventory*) e o CDI (*Child Developmental Inventory*). Referem que tais testes utilizam as respostas dos pais e servem como auxiliares na avaliação clínica de alguns pais e crianças. Tais testes podem contribuir para a avaliação de crianças com atraso de desenvolvimento e ajudar os pediatras a identificar as dificuldades e determinar a necessidade de encaminhar para outras intervenções. Os autores afirmam que a possibilidade de os pais completarem o teste CDI em casa independentemente faz com que sintam-se valorizados e participantes na avaliação de seus filhos, e conseqüentemente, mais colaborativos.

O estudo de Glascoe (1997) teve como objetivo avaliar se as observações manifestadas pelos pais poderiam ser utilizadas como medidas de *screening* e ajudar pediatras a focarem famílias que necessitavam de orientações. O autor concluiu que o relato dos pais pode ser tranquilamente recomendado para uso como instrumento de

triagem, mas ressalta que a alta fidedignidade dos resultados ocorreu somente com questões específicas. O autor recomenda associar as observações dos pais com outras informações sobre desenvolvimento e com julgamento clínico, ao decidir se a criança necessita de acompanhamento. Nos casos nos quais os pais apresentam problemas de comunicação o autor recomenda uma segunda avaliação.

Figueiras (2002) constatou em entrevistas com mães que freqüentavam Unidades Básicas de Saúde, que apesar de 70,6% dos médicos afirmarem que realizavam rotineiramente a avaliação do desenvolvimento das crianças em suas consultas, apenas 24,1% das mães confirmaram que o profissional observou ou lhes perguntou sobre o desenvolvimento de seus filhos. A autora comenta que parte dos profissionais que referiram não perguntar às mães sobre o desenvolvimento da criança mencionaram como motivos a falta de tempo e a insegurança sobre o tema.

Gesell e Amatruda (1987) consideram a avaliação do desenvolvimento um dispositivo para determinar a maturidade e a integridade do sistema nervoso da criança, com o auxílio dos estágios comportamentais e de informações sobre a história passada e presente, podendo ser incorporada nos exames periódicos de saúde. Os autores acrescentam que a tarefa do médico é identificar a presença de déficits e fatores de risco, a fim de proteger o crescimento saudável da criança. Além disso, descrevem detalhadamente as cinco etapas para sua realização: a anamnese e entrevista preliminar, o exame comportamental formal, o registro dos dados, a revisão diagnóstica da avaliação, a discussão dos dados encontrados e recomendações aos pais e o laudo por escrito para o prontuário da criança ou para quem encaminhou. Além disso, os autores defendem a utilização de inventários simplificados para uso do pediatra e criticam a forma superficial como ocorre a avaliação do desenvolvimento, atribuindo tal fato à ausência de experiência prática em avaliação do desenvolvimento na formação pediátrica, que dirige a atenção somente a poucos marcos do comportamento motor.

Dworkin (1989) afirma que o treino inadequado de médicos na área de desenvolvimento infantil é bastante discutido e documentado nos Estados Unidos. O autor aponta que o uso de testes de *screening* poderia ser útil como estratégia educacional no ensino de pediatria, pois tais testes abordam o desenvolvimento normal e poderiam ajudar a melhorar o conhecimento sobre os estágios do desenvolvimento e colaborar para a prática do pediatra.

Compreender sobre os contextos de desenvolvimento torna-se importante para a prática da avaliação, pois algumas alterações de desenvolvimento podem ser transitórias e neutralizar-se, seja espontaneamente ou por meio de intervenção. Daí a importância de se ter conhecimento dos estágios do desenvolvimento normal, dos fatores que podem trazer alguma alteração, para poder julgar a necessidade de determinado tipo de intervenção.

De acordo com Resegue Silva (2004),

Tanto a identificação como a intervenção precoce são essenciais para o prognóstico das crianças com distúrbios do desenvolvimento, e a avaliação desse processo é parte fundamental de toda consulta pediátrica. O conceito de atenção ao desenvolvimento tem substituído o de avaliação, por englobar, além da prevenção e da detecção de possíveis alterações, a promoção do desenvolvimento da criança. Além disso, este é um processo ativo que não deve se ater à investigação da idade do início de algumas aquisições, mas procurar compartilhar os conhecimentos atuais sobre o desenvolvimento infantil, antecipar questões relacionadas a esse processo e promover atitudes que possam favorecê-lo. Portanto, a avaliação do desenvolvimento pressupõe também a participação ativa do examinador que deve observar os comportamentos e atividades que a criança consegue realizar sozinha e aqueles que aparecem após a intervenção e a ajuda, seja de quem examina, seja de seus familiares... A avaliação inicia-se no momento em que a família entra no consultório e prolonga-se durante toda a anamnese e o exame físico, sendo muitas vezes necessários outros encontros para que se estabeleça o diagnóstico definitivo. Dados relacionados ao contexto familiar e social, além de informações sobre possíveis fatores de risco para atrasos de desenvolvimento devem ser obtidos... O exame físico geral e o neurológico, a avaliação sensorial e das aquisições da criança compõem o tripé da avaliação objetiva do seu desenvolvimento... A avaliação do desenvolvimento deve ser concebida como um processo dinâmico, contextualizado e compartilhado com a criança e sua família (pp.76,77).

Embora as deficiências graves possam ser identificadas na infância, algumas alterações no desenvolvimento, como atraso de linguagem, transtornos na interação social, problemas emocionais, transtornos globais do desenvolvimento e hiperatividade não são comumente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade. Além disso, muitos desses distúrbios raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola (Robins, Fein, Barton & Green, 2001; Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003).

Outro fator agravante é o de que os poucos instrumentos de triagem do desenvolvimento disponibilizados aos profissionais de saúde - por exemplo, a Escala Denver (DDST-II – *Denver Developmental Screening Test Revised*, Frankenburg et al., 1992) não são rápidos e fáceis de serem aplicados, além de serem questionados quanto à sua eficácia. O estudo de Filipek et al., (1999) aponta que o Teste de Denver II é um instrumento de triagem do desenvolvimento amplamente utilizado por pediatras e avalia as áreas de linguagem receptiva e expressiva, articulação, motor fino adaptativo, pessoal-social e habilidades motoras globais de crianças de zero a seis anos. O estudo que discute a acurácia do Denver-II (Glascoe et al., 1992) aponta que o instrumento apresentou baixa sensibilidade (isto é, perda de um número significativo de casos de crianças com atrasos) e baixa especificidade (um número significativo de crianças normais foi classificado como tendo atraso de desenvolvimento). Os autores sugerem que este deveria ter seus escores revisados em relação às áreas e faixas etárias abordadas. Em outro estudo, o autor coloca que, devido à grande importância que é dada ao teste Denver-II no campo da pediatria, seus autores deveriam preocupar-se em melhorar a padronização e validação do instrumento (Glascoe, 2002).

Outros recursos, tais como o preenchimento de avaliações na sala de espera por mães também não é utilizado (Robins et al., 2001), embora autores apontem que os pais são fontes seguras de informação clínica, e podem ser questionados para a obtenção de informações, como estimativas, preocupações e relatos mais extensos

acerca das habilidades da criança e permitir formas flexíveis de aplicação – entrevistas, telefone, questionários levados para casa (Glascoe & Dworkin, 1995).

Trabalhos descritos na literatura têm demonstrado que um melhor rendimento das crianças que apresentam déficits em seu desenvolvimento pode ser obtido quando elas recebem algum tipo de intervenção precoce de acordo com suas deficiências (Guralnick, 1997; Ramey & Ramey, 1998; Figueiras et al., 2003; Miranda et al., 2003). Entretanto, os estudos ressaltam que para receber precocemente a intervenção, é preciso identificar essas crianças e encaminhá-las o mais breve possível a serviços especializados (*Committee on Children With Disabilities - Academia Americana de Pediatria*, 2001).

Dworkin (1993) acrescenta que entre as estratégias para melhorar a detecção precoce de problemas de desenvolvimento, estão incluídos: o uso de questionários para pais, anotações dos pais sobre o comportamento dos filhos e instrumentos de triagem como um auxílio para a vigilância do desenvolvimento.

A vigilância do desenvolvimento durante as consultas de rotina de todas as crianças, assim como a identificação e o encaminhamento daquelas que apresentam necessidades especiais são ressaltados como tarefa dos profissionais de saúde primária por vários autores (Filipek et al., 1999; Steiner, Guerreiro & de Faria, 1999; *Committee on Children With Disabilities - Academia Americana de Pediatria*, 2001 e Della Barba, 2002). Entretanto, menos de 30% desses profissionais realizam testes de triagem padronizados e mantêm atualizados os registros sobre desenvolvimento das crianças (Filipek et al., 1999). No Brasil não há estudos específicos sobre tal questão, mas observações informais apontam que, devido à forma de funcionamento dos postos de saúde, raramente os profissionais mantêm registros do desenvolvimento da criança, pois permanece ainda a visão do atendimento emergencial. Além disso, o tempo destinado às consultas é restrito, nem sempre é o mesmo pediatra que atende a criança nas consultas de puericultura, e há variedade no sistema de registros nos prontuários, dependendo das características das Unidades e dos próprios pediatras.

Somado a isso se observa na realidade de tal serviço, que apenas o pediatra mantém contato com a criança e sua família, ou seja, é raro encontrar outros profissionais de uma equipe multidisciplinar (psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) atuando em Unidades Básicas de Saúde e que poderiam avaliar o desenvolvimento de crianças, cabendo ao pediatra este papel.

Apesar de a proposta de vigilância do desenvolvimento existir no papel, questões importantes precisam ser respondidas, tais como: há adesão dos pediatras a essas orientações em sua prática? Se sim, como eles realizam tais orientações, que instrumentos e que metodologia utilizam? Aplicam escalas ou testes tanto em consultório particular como em atendimento nos serviços públicos? Há benefícios? Para quem e quais são eles? Sem dúvida, tais perguntas abrem um leque de possibilidades de pesquisa e intervenções. Por outro lado, a não aplicação dessas recomendações na prática diária também leva a outras questões e pesquisas, por exemplo: quais condições são necessárias e suficientes para implementar tais sugestões? Quando tais recomendações devem ocorrer: na graduação ou quando o profissional estiver atuando? Qual a melhor capacitação para tal?

Os instrumentos de triagem do desenvolvimento

Filipek et al., (1999) recomendam a utilização de outros instrumentos de triagem de desenvolvimento (que não o Denver II) para serem utilizados em qualquer serviço de atendimento à criança. Entre eles, apontam: 1). o PEDS – *The Parents Evaluation of Developmental Status* (Glascoe, 1998) é um questionário para pais que consiste em 10 questões e sua aplicação se dá em torno de dois minutos, e segundo o autor, indica quando encaminhar a criança, quando utilizar um segundo instrumento de avaliação, quando aconselhar os pais e quando simplesmente monitorar o desenvolvimento. Segundo o autor, o PEDS foi validado e padronizado junto a 971 crianças em quatro estudos separados de validação, encontrando índices de sensibilidade para problemas de desenvolvimento e especificidade para

desenvolvimento normal de 70 a 80%, sendo considerado um instrumento eficaz de vigilância do desenvolvimento e triagem. 2). o ASQ – *The Ages and Stages Questionnaire 2^a*. ed. (Bricker & Squire, 1999) também é um questionário para pais de crianças de zero a três anos, e apresenta formatos separados de 10 a 15 itens para cada idade. Segundo os autores o ASQ apresenta boa sensibilidade e excelente especificidade, permite a avaliação por escores de acerto e erro e devido à sua rapidez de aplicação, é indicado como instrumento de pré-triagem. 3). o CDIs – *The Child Development Inventories* (Ireton & Glascoe, 1995) é outro questionário para pais, que pode ser respondido em casa. Inclui três inventários com 60 questões cada – o *Infant Development Inventory*, do nascimento aos 21 meses, o *Early Child Development Inventory*, de 15 a 36 meses e o *Preschool Development Inventory*, de 36 a 72 meses de idade, sua aplicação é concluída entre cinco a 10 minutos avaliando os aspectos: linguagem, motor, cognitivo, pré-acadêmico (conhecimento sobre letras e números), social, independência, presença de sintomas de problemas de comportamento e problemas de saúde. Seus estudos de validação mostraram excelente sensibilidade e boa especificidade; os resultados fornecem ao pediatra um perfil sobre o desenvolvimento da criança, problemas e habilidades. 4). o BRIGANCE – *The Brigance Screens* (Brigance, 1986) é baseado na observação de comportamentos e é formado por sete questionários separados, um para cada 12 meses, dos 21 aos 90 meses. Avalia habilidades acadêmicas, linguagem, motor global e fino, desenvolvimento grafo-motor, conhecimentos gerais, leitura e matemática para as idades mais avançadas. Sua aplicação é realizada em torno de dez minutos, possui boa validação e padronização, e apresenta boa sensibilidade e especificidade. Ressalta-se que tais instrumentos ainda não foram traduzidos e nem validados para a realidade brasileira.

O desafio de selecionar escalas reduzidas de avaliação do desenvolvimento é premente. São poucos os instrumentos de triagem do desenvolvimento adaptados e padronizados para as crianças brasileiras e que reúnam as características: rapidez e

facilidade de aplicação, possibilidade de aplicação por diversificados profissionais da saúde, abordagem de todas as áreas de desenvolvimento e que se direcionem à faixa etária de zero a doze meses.

Nesse sentido, Silva, Cursino e Dias (1993) compararam duas escalas de avaliação resumidas – “*Escala de Desenvolvimento Heloisa Marinho - HM*” (Marinho, 1978) e “*Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor Infantil 0 a 24 meses - EEDP*” (Rodrigues, Arancibia & Undurraga, 1987) com uma terceira escala complexa “*Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil I e II*” (Bayley, 1969; Bayley, Rhodes & You, 1984; Bayley, 1993). Segundo as autoras, o desenvolvimento na primeira infância tem que ser apreendido de maneira mais abrangente, devendo ser associadas às medidas antropométricas a avaliação e o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Para tanto, é necessário que sejam padronizados procedimentos para esse acompanhamento, e as escalas de avaliação são os instrumentos mais utilizados. Entretanto, encontrar escalas que sejam aplicadas em tempo reduzido e ao mesmo tempo cumpram os objetivos de percepção de problemas no desenvolvimento infantil ainda é um desafio. O objetivo do estudo de Silva et al. consiste em comparar os resultados obtidos na aplicação das duas escalas simplificadas (Heloisa Marinho e EEDP) com os obtidos pelas escalas Bayley. A escala de referência para comparação – Bayley, Escala Mental e Escala Motora – apresenta descrição operacional dos comportamentos a serem observados, padronização de materiais e procedimentos, os resultados obtidos são expressos em um escore padrão, o que facilita o treinamento dos examinadores. A escala Mental é composta por 163 itens e a escala Motora de 81 itens, e o tempo médio de aplicação é de 60 minutos. A escala Heloisa Marinho foi selecionada pelas autoras por ter sido elaborada e padronizada para crianças brasileiras de zero a nove anos, subdivide-se em áreas física, mental e social, e são 84 itens referentes à faixa etária de 0 a 24 meses. A escala não apresenta descrição adequada de seus itens, nem a operacionalização dos comportamentos a serem observados. Já a aplicação da escala EEDP é facilitada pela padronização de

materiais e situações a serem observadas, bem como a operacionalização dos comportamentos; é composta por 75 itens subdivididos em áreas motora, linguagem, comportamento social e coordenação e permite a visualização de perfis de desenvolvimento global e por áreas. O tempo médio de aplicação de cada um destes instrumentos resumidos foi de 20 minutos. As autoras concluíram que a escala EEDP apresentou somente 2,7% de itens sem similares às Escalas Bayley, enquanto que a escala Heloisa Marinho apresentou 25% de itens sem similares à escala complexa. Portanto, as autoras destacam a superioridade da escala EEDP, embora ambos os instrumentos resumidos possam ser utilizados. Silva et al., (1993) ressaltam a possibilidade do uso de instrumentos breves de acompanhamento do desenvolvimento na primeira infância em Unidades Básicas de Saúde, podendo vir a suprir a deficiência dessa avaliação em serviços públicos voltados à infância.

Um estudo realizado em 1997 apresentou a “*Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança: o primeiro ano de vida*”, (Pinto, Vilanova & Vieira, 1997). Os autores propuseram essa escala depois de analisarem vários instrumentos de avaliação da criança no primeiro ano de vida disponibilizados na literatura. Foi selecionado como ponto de partida para esse estudo o *Portage Guide to Early Education* (Bluma, Shearer, Frohman & Hilliard, 1976³), que segundo Pinto e colaboradores, apresenta uma relação detalhada dos comportamentos para a idade de zero a seis anos e propõe tanto a observação da criança como a orientação da estimulação de cada comportamento observado. Foram analisados 64 itens referentes a comportamentos do primeiro ano de vida e selecionados os compatíveis com a realidade brasileira, diferenciados para o sexo masculino e o feminino. Participaram do estudo 389 crianças residentes na cidade de São Paulo, selecionadas dentre as que freqüentavam centros de puericultura quando trazidas para consulta pediátrica de

³ Vale ressaltar que uma operacionalização do Guia Portage foi publicada em 2001 por Williams e Aiello. O guia abrange a estimulação essencial (no primeiro ano de vida) e pode ser utilizado como instrumento de avaliação do desenvolvimento em várias situações, mas em situação clínica pode não ser viável, por ser a aplicação demorada e avaliar variados comportamentos.

rotina (as de um a três meses) ou centros de convivência infantil – CCIs (as de quatro a 12 meses incompletos). Segundo os autores, os CCIs foram escolhidos por atenderem, em geral, uma população de nível sócio-econômico-cultural médio ou baixo, constituída por funcionários públicos, e por oferecerem boas condições de estrutura física cuidados básicos para as crianças que lá permaneciam. Partindo dos princípios de aparecimento, normalização e estabilização dos comportamentos por trimestre, foi realizado um estudo transversal, com o objetivo de investigar o processo de desenvolvimento da criança de zero a 12 meses incompletos e propor uma escala para avaliação nesta faixa etária. A proposta dos autores é que essa escala seja utilizada em programas de diagnóstico e intervenção nos distúrbios de desenvolvimento, bem como na prevenção e detecção destes. Os autores a consideram confiável e aplicável, pois foi padronizada junto a crianças brasileiras. Além disso, a aplicação simples e a avaliação imediata dos resultados permitem segundo os autores, que a escala seja utilizada por profissionais de diferentes formações, desde que tenham prática no trato com crianças no primeiro ano de vida. Pinto et al., (1997) acrescentam que os resultados do estudo encontraram correspondências na literatura, portanto, a “*Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança: o primeiro ano de vida*” pode ser considerada confiável na avaliação de crianças de zero a 12 meses incompletos.

Diante da apresentação de tais estudos, colocam-se algumas questões: são citados pela literatura internacional vários instrumentos eficazes na triagem do desenvolvimento de bebês, mas até que ponto são conhecidos por profissionais da saúde no Brasil? Fora da situação de pesquisa, como são divulgados tais instrumentos? Dos poucos estudos brasileiros encontrados, quais são conhecidos e aplicados na prática clínica do pediatra? Há alguma escala mais eficaz? Há estudos utilizando essas escalas que possibilitem uma análise ampliada de sua aplicação?

Concluimos que os instrumentos de avaliação do desenvolvimento de bebês ainda são pouco conhecidos; além de não reunirem características importantes como

já citado (rapidez e facilidade de aplicação, possibilidade de aplicação por diversificados profissionais da saúde, abordagem de todas as áreas de desenvolvimento e direcionamento à faixa etária de zero a doze meses), poucos são adaptados e padronizados para as crianças brasileiras. Considera-se, portanto, a necessidade de mais estudos nesta área.

A utilização de instrumentos de triagem do desenvolvimento por pediatras e a necessidade de capacitação

O acompanhamento do desenvolvimento infantil tem ficado restrito à avaliação das medidas antropométricas, quando deveria ser mais abrangente e estar associado ao acompanhamento do desenvolvimento neuro-psico-motor (Silva et al., 1993; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004). Esta questão deveria receber maior atenção, principalmente quando se enfoca o atendimento nos serviços públicos de saúde, destinados às camadas mais empobrecidas da população, justamente por fatores de risco para atraso de desenvolvimento estarem associados com fatores ambientais e sociais, como a pobreza, condições precárias de saneamento, dificuldade de acesso aos serviços médicos e outros.

No Brasil são encontrados poucos estudos sobre a utilização de instrumentos de triagem do desenvolvimento, portanto, é difícil saber se profissionais da saúde primária usam tais instrumentos durante suas consultas, e se usam, quais (padronizados ou não), para que fins e a periodicidade da avaliação.

Della Barba e Aiello (2001) constataram que pediatras apresentavam pouco conhecimento sobre sinais de autismo em bebês e consideravam necessário um roteiro de triagem que fosse rápido e eficaz. Lacerda e Aiello (1998) mostraram que os pediatras utilizavam basicamente o exame clínico em sua rotina de atendimento, enfocando o aspecto neuromotor, e diziam encaminhar os casos quando havia suspeita de algum problema, na maioria das vezes, ao neuropediatra.

Em um estudo sobre a identificação precoce de sinais de autismo junto a pediatras que atuavam em rede básica de saúde, Della Barba (2002) procurou verificar junto a tais profissionais, sua conduta para avaliar atraso de desenvolvimento relacionado a sinais de autismo em crianças de 20 a 47 meses, e ainda, identificar sua disposição em receber informações sobre este tema. Participaram seis pediatras e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que mostraram, semelhante aos resultados de Lacerda e Aiello (1998), que os profissionais baseavam-se no exame clínico, e quando a mãe apresentava queixas em relação ao atraso de desenvolvimento da criança, realizavam anamnese e observação clínica mais detalhadas e encaminhavam ao neuropediatra.

Os resultados encontrados no estudo de Della Barba (2002) demonstram que esses profissionais apresentam interesse tanto em receber informações sobre autismo e outros problemas de desenvolvimento como em utilizar instrumentos, desde que fossem rápidos e passíveis de serem inseridos em sua rotina de atendimento. Os pediatras parecem manter um bom nível de participação individual nas reuniões de capacitação, desde que tal encontro seja realizado durante o período das consultas. Já as sessões de treinamento em grupo se mostraram ineficazes devido ao horário de revezamento característico da Unidade Básica de Saúde e tempo restrito oferecido pelos pediatras. O material didático usado – folder, cartilha e vídeo - necessita de reformulações que permitam a identificação de diferenças de desenvolvimento relacionadas ao autismo e ao desenvolvimento normal na faixa etária de 18 a 24 meses (por exemplo, vídeo apresentando as características do autismo de forma clara). Soma-se a esses itens a não utilização de instrumentos de acompanhamento do desenvolvimento, devido à estrutura do Serviço Público de Saúde - muitas consultas, raramente é o mesmo pediatra que atende a criança, não há organização das informações sobre uma criança específica de consulta para consulta e esta é baseada principalmente na queixa da mãe, desconsiderando a monitoração do desenvolvimento.

Della Barba (2002) levanta a necessidade de alteração na forma de agendamento das consultas com o pediatra, possibilitando além da atenção à queixa da mãe, a realização da vigilância do desenvolvimento; e também propõe a capacitação e a mobilização deste profissional no sentido da monitoração do desenvolvimento infantil. Adicionalmente a estas propostas de organização do serviço e capacitação profissional, poderia também ser melhor utilizado o tempo de espera da mãe nas Unidades Básicas de Saúde, como, por exemplo, a aplicação de instrumentos simples de acompanhamento do desenvolvimento por enfermeiras ou auxiliares.

Glascoc e Dworkin (1993) afirmam que os pediatras geralmente confiam em suas impressões clínicas ao invés de usarem testes para distinguir crianças com e sem dificuldades e citam pesquisas mostrando que somente metade das crianças com alguma necessidade especial são identificadas desta forma. Os autores apontam as possíveis causas que podem servir como obstáculo para uma vigilância efetiva do desenvolvimento da criança na prática clínica dos profissionais de saúde, entre elas: o profissional pensar nos problemas de desenvolvimento sempre como casos clássicos descritos em livros, deixando passar despercebidos os moderados e leves; o cansaço do profissional; distração; sobrecarga de informações e o tempo destinado às consultas de crianças.

Soma-se a isso, o fato de que raramente os pediatras se capacitam em desenvolvimento infantil, por exemplo, participando de congressos ou cursos (Lacerda & Aiello, 1998).

Em um estudo realizado na Universidade do Texas enfatizando a implantação de um novo currículo para residentes em pediatria baseado em “manutenção à saúde”, Lopreiato et al. (2000) colocam a necessidade de capacitar graduandos dos cursos de medicina e residentes em pediatria para as consultas de manutenção à saúde infantil (entendido aqui como “puericultura”), priorizando no currículo tópicos como: exame físico, discussão sobre nutrição, desenvolvimento, problemas de comportamento,

história da família, imunizações e orientação antecipatória, definida por Blank (2003) como “toda ação dirigida à promoção da saúde”. Além disso, Lopreiato e seus colaboradores ressaltam que a Academia Americana de Pediatria requer como parte de qualquer programa de residência instruções sobre promoção de saúde e prevenção de doenças.

No Brasil, iniciou-se em 2004 uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil da área de saúde que visa aproximar os estudantes universitários do setor de saúde da implantação do Sistema Único de Saúde, denominado VER-SUS. Esta iniciativa deve propiciar tanto um compromisso dos gestores do SUS com a aprendizagem dos estudantes universitários da área de saúde, como a oportunidade destes vivenciarem os desafios e as práticas da organização de serviços de saúde em diferentes regiões do país. Se estas metas forem cumpridas, poderá ocorrer, num futuro próximo, a possibilidade da formação de profissionais da saúde capazes de refletir sobre seu papel como agentes transformadores da realidade e implementar mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde.

Lacerda e Aiello (1998) e Della Barba (2002) e mais recentemente Figueiras et al. (2003) indicam que o conhecimento dos profissionais da saúde sobre vigilância do desenvolvimento e uso de instrumentos para realizá-la é falho. Entretanto, os pediatras dão importância ao tema e demonstram interesse em atualizar-se, mas poucos praticam a vigilância do desenvolvimento. Figueiras et al. (2003), por exemplo, relatam que esta constatação deu-se em função de entrevistas realizadas com mães, onde apenas 19,4% responderam que foram indagadas sobre o desenvolvimento de seus filhos nas consultas; e apesar de 70,6% dos profissionais referirem que realizavam avaliação do desenvolvimento rotineiramente, apenas 24,1% das mães confirmaram que o profissional observou ou lhes perguntou sobre o desenvolvimento dos seus filhos, e relataram que não foram orientadas sobre como estimulá-los em casa. Os autores apontam que pelo fato de os profissionais não envolverem as mães

neste processo, talvez elas não tenham percebido atitudes em relação à avaliação do desenvolvimento.

Concordamos com as soluções propostas por Figueiras et al. (2003) para essa questão: oferecer capacitação para esses profissionais por meio de cursos sobre o desenvolvimento da criança; propiciar uma reflexão sobre as conseqüências de um diagnóstico e um tratamento tardio para a qualidade de vida das crianças, a fim de sensibilizar os profissionais para a implementação da vigilância do desenvolvimento na atenção básica em saúde; discutir a normatização de condutas relacionadas à vigilância do desenvolvimento pelos serviços de saúde principalmente direcionada à faixa etária de zero a dois anos e estabelecer um fluxo de referência e contra-referência para a retroalimentação dos conhecimentos dos profissionais. Complementando tais recomendações, colocamos a necessidade de refletir como têm sido dados os conteúdos sobre vigilância do desenvolvimento na infância junto a residentes de pediatria, e colocamos a importância de que tais conteúdos sejam trabalhados ainda nesta fase de especialização, onde se pressupõe que o profissional esteja disposto a receber capacitação.

Contribuições para a área de Educação Especial e para a detecção precoce de deficiências

De acordo com a descrição da proposta do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, a Educação Especial caracteriza-se por qualquer tipo e nível de trabalho, de natureza educativa, que explore condições de ensino para assegurar que a população alvo adquira repertórios considerados relevantes e que não estão sendo ou não podem ser desenvolvidos sob condições usuais de ensino. Desta forma, torna-se elegível para atendimento por ensino especial, entre outros, qualquer indivíduo (e especialmente crianças na faixa de zero a seis anos) que apresente riscos quanto às possibilidades futuras de desenvolvimento e aprendizagem (prevenção).

A pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial é articulada em função de cinco linhas de pesquisa, que orientam e organizam a atividade científica.

A linha 4, onde o presente trabalho se inclui, trata da atenção primária e secundária em Educação Especial, a prevenção de deficiências, que focaliza a investigação de fatores de risco biológico e ambiental associados à prevenção das deficiências e também o desenvolvimento de programas de intervenção ou de aplicações a serviços nas áreas de educação e saúde. A linha também dá ênfase ao estudo do processo de desenvolvimento humano e ao diagnóstico de condições especiais (seja de risco ou de proteção) em qualquer etapa do ciclo vital e também ao aprimoramento de técnicas que minimizem os efeitos estressores destas condições especiais. É priorizada a maximização dos recursos existentes na comunidade ou na rede pública como forças mediadoras ao crescimento do indivíduo.

Isto posto, é oportuno colocar que a proposta do presente trabalho – analisar como se dá a formação de residentes em pediatria para a vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês – é condizente com os objetivos da linha de pesquisa que abrange a detecção precoce de deficiências, as condições do desenvolvimento e a potencialização dos recursos da comunidade. Entende-se que na medida em que o pediatra estiver atento a fatores de risco para atraso de desenvolvimento no processo de atenção básica, que inclui a vigilância do desenvolvimento, haverá maior possibilidade de identificar precocemente casos de deficiências ou mesmo crianças que necessitam de observação mais detalhada em seu desenvolvimento, podendo também realizar os encaminhamentos adequados para cada caso.

Há necessidade de se fazer a “trama” entre alguns termos abordados no decorrer deste trabalho e avançar no campo da detecção precoce: se o pediatra souber identificar fatores de risco para atraso de desenvolvimento estará contribuindo para a detecção precoce de deficiências; se ocorrer a efetiva interdisciplinaridade

entre a equipe de profissionais que atua na atenção à infância a intervenção será mais eficiente junto às famílias e às crianças. Conseqüentemente, como a criança está inserida em um contexto familiar que não pode ser desconsiderado, as famílias estarão mais amparadas quanto ao conhecimento sobre as dificuldades e potencialidades de seus filhos, o que abre espaço para uma expectativa diferente em relação às crianças que apresentam déficits e possibilita aos pais terem melhores condições de assumir os cuidados com a criança diante de um contexto maior, a sociedade.

Guralnick (1997) aborda amplamente a importância de se reconhecer os fatores estressores que interferem no desenvolvimento da criança. O autor afirma que, associado às características individuais da criança, existe um padrão de interação família-criança que pode maximizar o seu desenvolvimento: o fato de ser uma família encorajadora, carinhosa, estruturada, pode influenciar positivamente sua evolução. Acrescentamos que no processo de vigilância do desenvolvimento, na realização da anamnese, durante o diálogo com a família e a avaliação da criança, pode ser possível perceber as características familiares, níveis de interação, enfim, dados da história que podem levar aos fatores de risco e às condições ambientais, culturais e emocionais para estimulação da criança.

A análise feita por Della Barba, Martinez e Carrasco (2003) sobre os aspectos envolvidos na melhoria da qualidade de vida de crianças e suas famílias mostra que muitos dos fatores tidos como de risco para desenvolvimento – a escolaridade da mãe, a renda média per capita, os partos de mães adolescentes, a qualidade dos serviços de acompanhamento pré-natal, a grande quantidade de partos por cesariana, a prematuridade e o baixo peso ao nascer – devem servir tanto como alerta para profissionais de atenção básica à saúde que cuidam da infância como para alcançar a intersectorialidade. No estudo, as autoras citam o relatório do UNICEF de 2001 que aponta algumas alternativas bem sucedidas que asseguram a promoção do desenvolvimento infantil e a prevenção de déficits: “*garantir a formação adequada de*

agentes de desenvolvimento infantil – profissionais de saúde, de educação e de serviço social". E recomenda que *"as famílias e comunidades precisam ter acesso a informações sobre o desenvolvimento infantil"* (p.145). A nosso ver, na medida em que ocorre o acesso às informações sobre o desenvolvimento, tanto familiares como profissionais podem se beneficiar no sentido de garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis para toda a infância.

Williams e Aiello (2004) fazem uma revisão de trabalhos sobre o empoderamento de famílias diante de eventos estressores, e apontam que é o momento de direcionar o foco da intervenção precoce para a família, aprimorando estratégias de enfrentamento, assim como se faz necessário ampliar a rede de apoio à família. As autoras acrescentam que somente desta maneira a família pode passar de receptora de serviços (passiva) para agente de transformação social.

Muitos têm sido os estudos na área de prevenção e identificação precoce de deficiências. Como exemplo, no livro organizado pelo Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (Mendes, Almeida & Williams, 2004) encontram-se capítulos relacionados a essa área abordando temas diversos: o significado do brincar no desenvolvimento infantil; o empoderamento de famílias; a perspectiva desenvolvimentista sócio-pragmática para o entendimento do autismo e suas implicações para a intervenção precoce; estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de risco e instrumentos de triagem e a vigilância do desenvolvimento da criança de zero a seis anos. Entretanto, percebe-se a necessidade de levar tal conhecimento a profissionais de saúde e de educação que não têm contato com o ambiente de pesquisa. Neste contexto, é pertinente colocar a importância da capacitação e desenvolvimento de programas de intervenção para esses profissionais para que possam ser aplicados nos serviços da área de saúde e educação, com embasamento advindo de conhecimentos produzidos pela pesquisa nas universidades na área de atenção primária, promoção de saúde e prevenção de

deficiências, podendo dessa forma contribuir para sua prática tanto em vigilância do desenvolvimento como em identificação precoce de deficiências.

Obter conhecimentos sobre o acompanhamento do desenvolvimento normal, reconhecer quais fatores podem contribuir para que ocorram problemas neste percurso e apontar alternativas para estimulação ou encaminhamentos são pontos a se considerar para a capacitação de profissionais da atenção básica.

Considera-se necessário também que o profissional que atua na saúde da infância saiba que o diagnóstico precoce dará mais chances às crianças que apresentam atraso, pois possibilita o acesso à atenção adequada e conseqüentemente proporciona melhor qualidade de vida para as crianças e suas famílias.

A interdisciplinaridade na pediatria

A vigilância do desenvolvimento tem sido apontada como função do pediatra por muitos autores, devendo ser o foco na atenção primária à criança (Marcondes, 1985; Costa, 1985; *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria, 2001; Miranda et al., 2003; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004; Resegue Silva, 2004). Tem sido colocada como um processo contínuo e com a participação de vários atores (famílias, profissionais da saúde, comunidade). Mas, para ser implementada de forma eficaz, traz a necessidade do trabalho interdisciplinar, ou seja, a participação de outros profissionais da saúde além do pediatra, o envolvimento de setores governamentais e das famílias e o foco voltado para a promoção, prevenção e educação em saúde. Para isso, são fundamentais: o trabalho em conjunto, a atenção à evolução do desenvolvimento e aos fatores de risco que podem interferir neste processo e finalmente a realização de ações para superar possíveis alterações (Dworkin, 1989; Marcondes, 1997; Figueiras, 2002; Blank, 2003; Resegue Silva, 2004).

Embora a vigilância do desenvolvimento seja apresentada como tarefa de rotina na atenção primária à saúde da criança, observações informais mostram que na realidade dos postos de saúde o tempo para esta atividade é restrito e a ênfase do atendimento é frequentemente emergencial, fazendo com que o pediatra não consiga desempenhá-la de forma adequada e nem mesmo há participação de outros profissionais de saúde com a visão do atendimento multidisciplinar. Nesse contexto, pode estar comprometida a possibilidade de identificação de déficits no desenvolvimento ainda em idade precoce.

Da mesma forma, a identificação e a intervenção precoce de deficiências prevêm a atuação em equipe interdisciplinar, o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e sobre os serviços especializados da comunidade para referência dos casos detectados, pois se constitui em uma tarefa difícil para os profissionais da saúde que atuam em atenção básica, requerendo treinamento (Gesell & Amatruda, 1987; Guralnick, 1997; Halpern et al., 2000; Figueiras, 2002; Miranda et al., 2003).

Marcondes (1997) reconhece a necessidade da presença de outros profissionais da saúde na assistência à criança, contribuindo com o desempenho de pediatras gerais. O autor cita várias áreas de saúde e afirma que somente por meio da participação conjunta de diferentes profissionais é possível atuar em ações de promoção do crescimento e desenvolvimento, prevenção de agravos possíveis de serem evitados, recuperação e reabilitação da criança doente para reintegrá-la mais rapidamente ao seu ritmo de desenvolvimento. Entretanto, destaca três áreas de saúde – Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – que podem contribuir enfaticamente para o pleno desenvolvimento da criança, seja em consultório, no posto de saúde ou no hospital. O autor refere que é preciso que o pediatra amplie seu conhecimento sobre tais áreas para saber o que esperar das mesmas, quando solicitar ajuda e como trabalhar de forma colaborativa. São apresentados no texto de Marcondes alguns exemplos de ações dessas três áreas consideradas por ele

prioritárias para contribuir com o processo de vigilância do desenvolvimento e com a intervenção junto aos déficits que porventura as crianças podem apresentar. O fisioterapeuta, ao trabalhar com o desenvolvimento motor de crianças, pode atuar junto aos problemas motores, respiratórios, reumatológicos. O fonoaudiólogo pode colaborar na identificação e estimulação de distúrbios da comunicação oral e escrita, com a avaliação audiológica de recém-nascidos, na detecção precoce de casos de risco para deficiência auditiva. O terapeuta ocupacional pode intervir junto a famílias de bebês que apresentam riscos em seu desenvolvimento, crianças com deficiências motoras, sensoriais e sociais por alterações neurológicas, com programas de intervenção ambiental e pessoal no sentido de promover o desenvolvimento da criança.

Na presença de sinais de atraso ou mesmo da deficiência estabelecida, o terapeuta que atua na infância é um elemento mediador da relação entre a criança e o ambiente, e pode minimizar os efeitos comprometedores do desenvolvimento (Camargo, 1997).

Neste sentido, torna-se importante que os profissionais que historicamente vêm trabalhando na reabilitação do indivíduo, tornem-se também atuantes no processo de identificação precoce de agravos à saúde, como “profissionais da linha de frente” de serviços de saúde, principalmente naqueles voltados à infância, devido aos já reconhecidos resultados da prevenção. Fazer parte de equipes interdisciplinares pode trazer grandes contribuições aos profissionais que atuam junto com o pediatra (psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional), podendo melhorar as condições de vida da população, estabelecer o mesmo olhar para lidar com a criança e sua família, promover o “cuidar” e principalmente, atuar em promoção de saúde, possibilitando “o fazer” para proporcionar qualidade de vida.

OBJETIVOS DO TRABALHO

Estudos tanto nacionais como estrangeiros, têm apontado: 1. As possibilidades de se realizar a “vigilância do desenvolvimento” na atenção básica à saúde da criança; 2. Os pediatras dão importância a esse tema e demonstram interesse em atualizar-se, mas poucos a utilizam em sua prática (Hutchison & Nicoll, 1988; Dworkin, 1989; Lacerda & Aiello, 1998; Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003). Para desempenhar essa tarefa o pediatra deveria atualizar seus conhecimentos sobre os aspectos do desenvolvimento e fatores de risco, utilizar técnicas de triagem e encaminhar a criança que apresenta atraso de desenvolvimento a programas de estimulação precoce (Resegue Silva, 2004; *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria, 2001; Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP – 2004). Portanto, parece importante analisar a formação proporcionada pelas escolas médicas para a realização da vigilância do desenvolvimento e a promoção da saúde. Além disso, por estarem em período de formação, supõe-se que os residentes em pediatria estejam mais dispostos a adotar novas práticas profissionais, possibilitando o uso da vigilância do desenvolvimento em sua prática futura.

Nesse sentido, coloca-se a seguinte questão: como ocorre a formação do residente em pediatria para a vigilância do desenvolvimento?

Para tanto, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar alguns conhecimentos relacionados à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês junto a residentes em pediatria do estado de São Paulo, considerando a descrição da grade curricular e o seu desempenho em questionários.

Sendo assim, este estudo é desenvolvido em duas etapas tendo como objetivos:

Objetivo 1: identificar os elementos sobre o ensino de pediatria presentes nas grades curriculares dos cursos de residência do estado de São Paulo quanto aos

conhecimentos relacionados à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento de bebês e a percepção de atraso de desenvolvimento (primeira etapa).

Para tal, serão analisadas as diretrizes curriculares para o ensino da residência médica em pediatria (MEC, Brasil, 2003); será descrita a relação de ofertas de vagas para residência médica em pediatria de instituições que oferecem a especialidade no estado de São Paulo (FUNDAP, 2002) e serão identificados tópicos relativos à vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares da residência médica em pediatria obtidas de instituições do estado de São Paulo.

Objetivo 2: avaliar os conhecimentos dos residentes em pediatria sobre o tema Vigilância do Desenvolvimento (segunda etapa).

Nesta etapa, serão levantados e correlacionados dados sobre as práticas em vigilância do desenvolvimento relatadas por residentes em pediatria, bem como seu conhecimento sobre o desenvolvimento da criança.

Serão correlacionadas também as variáveis da primeira etapa do estudo (o ensino de pediatria) com as variáveis da segunda etapa (desempenho dos residentes em dois questionários).

Objetivo 3: apresentar uma proposta de um programa de formação continuada para residentes em pediatria na forma de ensino à distância.

A partir dos resultados obtidos na primeira e segunda etapa do presente estudo, apresenta-se como proposta para futuros estudos a elaboração de um programa de capacitação em vigilância do desenvolvimento, utilizando as ferramentas do ambiente de aprendizagem *Moodle*. A proposta contém os tópicos: conceito de promoção de saúde e vigilância do desenvolvimento, desenvolvimento normal do bebê; consequências da não identificação precoce de atrasos, protocolos sobre vigilância do desenvolvimento, rota de ações para o pediatra envolvendo o desenvolvimento normal do bebê, identificação de atrasos do desenvolvimento; uso de instrumentos rápidos e fáceis de serem aplicados na prática clínica e inseridos na

dinâmica institucional; além de outros tópicos levantados no presente estudo que porventura mostrarem-se relevantes para a prática da vigilância do desenvolvimento.

Espera-se contribuir para a mobilização do pediatra quanto à importância da vigilância do desenvolvimento e a identificação precoce de crianças com atrasos de desenvolvimento, bem como obter subsídios para a generalização dessa prática.

IDENTIFICAÇÃO DE ELEMENTOS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS NO ENSINO DE PEDIATRIA

Embora estudos tenham demonstrado que a realização da Vigilância do Desenvolvimento seja uma importante tarefa do pediatra e tenha como função identificar crianças que podem necessitar de avaliação mais complexa ou mesmo de encaminhamento a serviços de intervenção precoce, o tema tem sido pouco abordado em estudos tanto na área de pediatria como de educação especial (Filipek et al., 1999; Steiner et al., 1999; *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria, 2001 e Della Barba, 2002). Uma ampla busca realizada em periódicos referentes aos temas ou palavras-chaves: promoção da saúde (*health promotion*), puericultura (*puericulture*), identificação e intervenção precoce (*early identification and early intervention*), triagem (*screening*), atrasos de desenvolvimento (*developmental delays*), e vigilância do desenvolvimento (*developmental surveillance*), obteve resultados reduzidos (Anexo 1). Dois estudos significativos foram selecionados por aproximarem-se da temática abordada no presente estudo, podendo trazer importantes contribuições para o mesmo.

O estudo de Figueiras et al. (2003) teve como objetivo avaliar os conhecimentos e práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança junto a médicos e enfermeiros no estado do Pará. Foram aplicados dois questionários com esses profissionais, um para avaliar seus conhecimentos e outro para verificar suas práticas em relação à vigilância do desenvolvimento da criança segundo a percepção das mães. Foram aplicadas também entrevistas com mães que levavam seus filhos à consulta com os médicos participantes do estudo, com o objetivo de verificar a atitude dos profissionais em relação à vigilância do desenvolvimento. Os autores concluíram que profissionais da atenção primária à saúde apresentavam deficiências nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não era realizada de forma satisfatória, sendo necessárias

sensibilização e capacitação dos profissionais para esta prática. Além disso, a maioria das mães participantes do estudo não recebeu orientações sobre como observar e estimular o desenvolvimento de seus filhos. Outros estudos colocam ainda a necessidade de capacitar graduandos dos cursos de medicina e residentes em pediatria para as consultas de puericultura, priorizando no currículo a vigilância do desenvolvimento, por acreditar que esse seria o melhor período para sensibilização do médico (Lopreiato et al., 2000 & Della Barba, 2002).

Em outro estudo, Gomes et al., (2001), por meio de análise documental, avalia o programa de residência médica em pediatria da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo. Os autores colocam que o objetivo do programa de residência médica é *“capacitar o aluno a realizar assistência integral à saúde da criança na primeira linha de atendimento”*. Foi avaliado um programa aplicado junto a residentes de primeiro ano – R1 – no Centro de Saúde Escola na FMUSP. Tal programa também foi comparado com o proposto pela Comissão Nacional de Residência Médica (resolução de 1979) e com o documento da FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo), que reúnem os requisitos mínimos para o funcionamento de um programa de residência médica em pediatria. O perfil dos atendimentos realizados pelos residentes também foi avaliado por meio de um levantamento de informações do banco de dados do Centro de Saúde Escola. Foram coletados dados do ano de 1999 sobre número e tipo de atendimento; número de atendimento por residente; sexo, idade, peso, altura e situação vacinal das crianças atendidas; diagnósticos e condutas realizadas. A análise da qualidade do atendimento pediátrico pelos residentes foi realizada através da observação do atendimento de uma criança e da redação sobre um tema extraído do programa geral do estágio no Centro de Saúde Escola.

Os resultados mostraram que: 1. dentre os programas de residência do estado de São Paulo, 36% incluem atividades de ambulatório e 56% possuem o assunto *“pediatria geral”* em seu conteúdo; 2. não há informações disponíveis sobre carga

horária de cada programa e nem se as atividades de Pediatria Geral são desempenhadas em serviços de atenção primária; 3. os documentos – MEC e FUNDAP - recomendam que sejam priorizadas atividades em equipe multiprofissional, mas o programa analisado não conta com outros profissionais, como enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, entre outros; 4. os residentes dispõem de tempo suficiente para atender cada criança, propiciando a prática da puericultura; 5. cerca de 50% dos atendimentos envolvem lactentes (menores de dois anos), o que reflete a necessidade dos cursos de residência em pediatria enfocarem conteúdos de puericultura nesta faixa etária; 6. há um exagerado número de consultas não-agendadas, o que prejudica o vínculo entre o residente e a criança, pois estes vêm com uma queixa emergencial; 7. a duração média das consultas foi de uma hora, o que é considerado pelos autores uma situação a ser resolvida, pois o serviço público com alta demanda necessita de maior rapidez sem perda da qualidade. Os autores concluem que o programa da FMUSP contribuiu eficazmente para a formação do pediatra, mas alguns pontos deveriam ser melhorados, como a dificuldade em estabelecer vínculos com os pacientes, o excesso de consultas não agendadas, a falta de contato com outros profissionais e a necessidade de rever a técnica da consulta para torná-la adequada à realidade dos serviços públicos de saúde.

Foi percebido no estudo de Gomes et al., (2001) que o tema “desenvolvimento” está incluído nas aulas teóricas, mas não é citado nas avaliações dos residentes, onde outros temas foram destacados, como: vacinação, diagnósticos de doenças (principalmente respiratórias) e avaliação do estado nutricional. No instrumento de observação da consulta realizada pelo residente, o tema “desenvolvimento” consta somente da anamnese; no exame físico geral o tema está anexado ao crescimento; e não consta no item de “diagnósticos”. Tal observação reafirma os achados de outros autores (Lopreiato et al., 2000; Della Barba, 2002 e Figueiras et al., 2003), de que

profissionais da atenção primária à saúde ainda apresentam déficits nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, pois parece que a vigilância do desenvolvimento é pouco trabalhada no conteúdo da formação do pediatra.

Assim sendo, o objetivo desta primeira etapa do presente estudo consiste em identificar elementos (estratégias e ações) relacionados à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento de bebês e percepção de atraso de desenvolvimento nas grades curriculares de cursos de residência em pediatria no estado de São Paulo. Para tanto, pretende-se: 1. Analisar o conteúdo dos documentos oriundos do MEC - Ministério da Educação e Cultura – (Brasil, 2003), ou seja, as diretrizes curriculares para o ensino da residência médica em pediatria; 2. Descrever a relação de ofertas de vagas para residência médica em pediatria de instituições que oferecem a especialidade no estado de São Paulo, fornecida pela FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo – (FUNDAP, 2002) e 3. Identificar tópicos relativos a vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares da residência médica em pediatria obtidas de instituições do estado de São Paulo.

MÉTODO

Caracterização e organização dos tipos de documentos utilizados

Foram utilizados como fontes de dados documentos de origem oficial (diretrizes do MEC e dados da FUNDAP) e de origem técnica (as grades curriculares), pois considerou-se que os dois primeiros poderiam servir como referência para a análise do conteúdo das grades curriculares, que é objetivo do presente estudo. O esquema de organização do material encontrado é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1.

Caracterização e descrição do conteúdo do material coletado para análise documental.

Origem dos documentos	Caracterização do material	Conteúdo do material
1. Oficial:	<p>1.1 Resolução do MEC-CNRM no.004 /2003, obtida por meio do site www.mec.gov.br/sesu/CNRM</p> <p>1.2 Relação das instituições que oferecem vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo referente a 2002 emitida pela FUNDAP.</p>	<p>Explicita as residências médicas e apresenta as diretrizes gerais e pré-requisitos para seu funcionamento</p> <p>Apresenta a quantidade de instituições que oferecem vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo, o número de vagas de cada instituição para cada nível de residência e o número de vagas ocupadas pelos residentes</p>
2. Técnica:	<p>2. Grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria do estado de São Paulo, obtidas por meio de contato individual com as instituições que mantêm os cursos.</p>	<p>Apresentam a descrição das disciplinas que compõem os cursos de residência médica em pediatria, em termos da carga horária e atividades realizadas em cada nível – R1 e R2. Para o presente estudo foram destacadas as disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento, usando como critério a descrição do MEC, ou seja, as disciplinas que compreendem atenção primária e são desenvolvidas em unidades básicas de saúde ou ambulatórios.</p>

1. Documentos de origem oficial:

1.1 O documento do MEC: resolução CNRM no.004 /2003

A resolução de 2003 sobre a Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 2003) apresenta as normas gerais para implantação de cursos de residência médica em pediatria e os requisitos básicos para a formação do médico pediatra. Neste documento, a Comissão Nacional de Residência Médica reconhece as 52 especialidades médicas (por exemplo, oftalmologia, neurocirurgia, psiquiatria, cardiologia, pediatria, entre outras) e suas áreas de atuação, e apresenta os requisitos mínimos para o credenciamento de programas de residência.

1.2. O documento da FUNDAP: a relação das instituições que oferecem vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo referente a 2002

A relação de ofertas de vagas para a especialização em pediatria de instituições que oferecem o curso no estado de São Paulo, enviada pela FUNDAP apresenta a quantidade de instituições que oferecem vagas, bem como o número de vagas de cada instituição e o número de vagas ocupadas.

De acordo com informações adicionais contidas no site da FUNDAP, o Programa de Bolsas de Residência Médica do estado de São Paulo contempla bolsistas de diferentes especialidades médicas distribuídos em instituições estaduais e privadas conveniadas com a Secretaria de Estado da Saúde. Compete à Comissão Nacional de Residência Médica, órgão vinculado ao Ministério da Educação, credenciar instituições e programas e estabelecer o número de vagas autorizadas para todo o país. O gerenciamento do Programa de Bolsas de Residência Médica é feito pela FUNDAP, que envolve controle de pagamento, de frequência, de licenças, etc. A admissão dos bolsistas é realizada em forma de concursos organizados em cada uma das instituições.

2. Documentos de origem técnica:

As grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria do estado de São Paulo apresentam a descrição das disciplinas que compõem os cursos de residência médica em pediatria, em termos da carga horária e atividades realizadas no primeiro ano – R1 – e no segundo ano - R2. Para o presente estudo foram destacadas as disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento, usando a descrição do MEC como critério, ou seja, as disciplinas que compreendem atenção primária e que são desenvolvidas em unidades básicas de saúde ou ambulatórios.

Procedimento

Selecionados os documentos, procedeu-se à análise de seu conteúdo (definida por Krippendorff, 1980 como “*uma técnica de pesquisa para fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto*”). O procedimento de organização do

material coletado e a análise dos dados foram realizados segundo o referencial de Bardin (1977); Ludke e André (1986).

A resolução CNRM no. 004/2003:

Para o presente estudo, foi realizada uma busca no site do MEC (Brasil, Ministério da Educação e Cultura, 2003), pelo documento que apresenta as normas de implantação da residência médica, a fim de compreender como a resolução nacional de residência médica aborda as recomendações sobre o desenvolvimento de programas de residência médica em pediatria. Foram levantados dados em relação a: carga horária determinada pelo MEC para o treinamento do pediatra destinada à vigilância do desenvolvimento, quais as exigências mínimas das disciplinas no primeiro e no segundo ano da especialização, o que deve ser estudado no período da residência e em que momento são ressaltadas as ações de vigilância do desenvolvimento.

O documento da FUNDAP: a relação das instituições que oferecem vagas para residentes em pediatria no estado de São Paulo:

Seguindo a recomendação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), foi realizado contato com a FUNDAP, via telefone, e foi levantada a relação de instituições que mantêm vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo referente a 2002. A relação foi enviada pela FUNDAP por email e é apresentada no Anexo 2.

O material foi analisado em termos da quantidade de instituições que oferecem vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo, do número de vagas de cada instituição para cada nível (R1, R2, R3, R4) e do número de residentes inscritos em cada uma, ou seja, o número de vagas ocupadas.

As grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria do estado de São Paulo:

Inicialmente foi realizado contato com a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) em março de 2004, onde foram obtidos tanto a relação das faculdades de Medicina do estado de São Paulo, como os nomes e endereços de seus respectivos coordenadores de residência em pediatria⁴.

De acordo com a SPSP, os programas de residência médica são aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica e as bolsas são distribuídas entre eles dependendo da verba destinada. Os programas provêm de instâncias diferentes (federal, estadual, municipal e particular) e os critérios variam também de acordo com as necessidades do estado.

A seguir foi realizado contato por telefone com cada local que oferecia o curso de residência médica em pediatria, a fim de se confirmar os dados (nome do coordenador da residência, endereço, forma preferível de contato: email ou correio).

A proposta do presente estudo foi apresentada em uma carta de solicitação da grade curricular do curso de residência em pediatria, com a explicitação dos objetivos da pesquisa e a descrição dos estudos a serem realizados e endereçada às coordenações das residências médicas em pediatria. No documento foram solicitados os planos curriculares, a ementa e a carga horária das disciplinas de tais cursos. (Anexo 3).

As grades curriculares foram solicitadas mediante o prévio contato telefônico, no qual foi questionada a forma preferível de envio a cada instituição. No total foram 16 cartas enviadas por correio, via carta registrada; e 12 via correio eletrônico (email).

Após 15 dias da data do envio das solicitações, foram enviadas mensagens por email às instituições que não haviam respondido.

⁴ os dados enviados pela SPSP não são apresentados no presente estudo, por identificar os responsáveis pelos cursos, o que poderia quebrar o compromisso ético do anonimato assumido junto aos participantes.

Após 30 dias da data do primeiro envio das solicitações, foi feito contato telefônico com as instituições que não haviam respondido.

As grades curriculares dos cursos de residência em pediatria foram enviadas pelos coordenadores de cada curso e apresentam as ementas das disciplinas.

Depois de analisados os dados advindos das grades, foi feito novo contato telefônico com as instituições que os enviaram, a fim de complementar as informações fornecidas.

Após a sequência de contatos telefônicos, foi observado que das 33 instituições relacionadas, 13 haviam mudado de telefone, dez haviam mudado de coordenação, uma havia mudado de endereço e com três delas não foi possível manter contato. Além disso, uma delas fechou e outra não ofereceu o curso de residência no ano de 2005 (foram consideradas então 31 escolas no período analisado). Foram efetivados contatos com 28 instituições (90,3%). Destas, sete emitiram resposta, obtendo-se, portanto, uma taxa de retorno de 22,6%.

RESULTADOS

São descritos os resultados referentes à análise do conteúdo de três tipos de documentos. Os documentos oficiais (as diretrizes do MEC para funcionamento de cursos de residência e a relação de locais que oferecem a residência em pediatria) foram obtidos no site do MEC e enviados pela FUNDAP, respectivamente. As grades curriculares de cursos de residência em pediatria (documentos considerados de origem técnica) foram enviadas por instituições de ensino que mantêm os cursos.

1. Análise do conteúdo das diretrizes curriculares para o ensino da residência médica em pediatria – MEC-CNRM 004/2003:

A resolução da Comissão Nacional de Residência Médica recomenda que os programas de residência médica deverão ser desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço, destinando 10 a 20% para atividades teórico-complementares que podem ser: sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e/ou seminários.

A residência médica em Pediatria, de interesse para esse estudo, é considerada de acesso direto, isto é, sem pré-requisito e deve ter dois anos de duração.

Quanto às exigências mínimas dos programas de residência médica em pediatria, é recomendado que no *primeiro ano* (R1) da Residência em Pediatria seja visto: a). Unidade de internação geral, com mínimo de 20% da carga horária anual, e o médico deve se responsabilizar por no mínimo cinco e no máximo dez pacientes; b). Ambulatório, com no mínimo 40% da carga horária anual, compreendendo: atenção primária à saúde, desenvolvido preferencialmente em unidade básica de saúde ou ambulatório de hospital pediátrico ou ambulatório de especialidades pediátricas; c). Urgência e emergência, com no mínimo de 10% da carga horária anual; d).

Neonatologia, com no mínimo 10% da carga horária anual, compreendendo sala de parto, alojamento conjunto e berçário.

É importante ressaltar que a somatória da carga horária mínima estabelecida pelo MEC resulta em 80%. Pode-se supor que os 20% restantes fiquem a critério de cada instituição, para serem acrescentadas disciplinas ou números de horas que se julgar necessárias.

Entende-se que no primeiro ano de residência, onde o médico deve ter um mínimo de 40% da carga horária anual voltada à atenção primária, devem ser enfocados os conteúdos de vigilância do desenvolvimento, promoção de saúde e a percepção de atraso de desenvolvimento, mas é difícil afirmar esse ponto porque as diretrizes propostas pelo MEC são gerais.

No *segundo ano* (R2) da Residência em Pediatria deve ser estudado: a). Unidade de internação geral, com mínimo de 20% da carga horária anual; b). Ambulatório, com mínimo de 25% da carga horária anual a ser desenvolvida em unidade básica de saúde ou ambulatório de especialidades pediátricas; c). Urgência e emergência, com mínimo de 15% da carga horária anual; d). Neonatologia, compreendendo além dos itens do primeiro, a atenção ao recém-nascido de risco, com mínimo de 10% da carga horária; e). Cuidados intensivos (UTI pediátrica), com mínimo de 10% da carga horária; f). Cursos obrigatórios em atenção perinatal, aleitamento materno, controle de infecção hospitalar, controle de doenças imunopreventivas, prevenção de acidentes na infância e na adolescência, crescimento, desenvolvimento e atenção à saúde do adolescente; g). Estágios opcionais: projetos comunitários de atenção à saúde, genética médica, dermatologia, otorrinolaringologia, cardiologia, reumatologia e outros; h). Instalações e equipamentos: unidade de terapia intensiva pediátrica, unidade de internação e outros.

Portanto, no segundo ano, é exigência do MEC que sejam realizadas pelo menos 25% das horas em ambulatório, mas o órgão não especifica quais atividades devem ser executadas. A resolução coloca ainda a obrigatoriedade da realização de

estágios opcionais, entre eles a participação em projetos comunitários de atenção à saúde. Como o documento é apresentado em normas gerais, torna-se difícil afirmar a quantidade de tempo de dedicação ao tema vigilância do desenvolvimento, a não ser no primeiro ano (40% da carga horária).

O estudo de Gomes et al., (2001), analisando a resolução de 1979 da Comissão Nacional de Residência Médica (portanto, a versão anterior à utilizada neste estudo) demonstrou que os dados sobre carga horária de cada programa dentro da residência não eram disponibilizados pelo MEC. A resolução mais recente utilizada no presente estudo, (de 2003) mostra que as informações sobre carga horária estão presentes, mas de forma vaga, ainda impossibilitando uma análise mais aprofundada das grades curriculares.

Conclui-se, portanto, que a resolução de MEC regulamenta a residência médica em pediatria de forma sucinta e geral, abrindo possibilidades para cada serviço estruturar-se com diversidade de condições e recursos. Supõe-se que os cursos possam fazer diversas interpretações e conseqüentemente, variadas aplicações práticas da mesma norma geral.

2. Análise do conteúdo do documento da FUNDAP: a relação das instituições que oferecem vagas para residentes em pediatria no estado de São Paulo:

Diante da análise do documento, foi possível perceber que em 2002, 36 instituições mantiveram vagas para residência em pediatria no estado de São Paulo, sendo: uma pertencente ao governo federal; 23 ao governo do estado de São Paulo, sendo que dentre essas, dez instituições – denominadas “outras” - oferecem vagas recebendo outras fontes de recursos para financiamento de bolsas; quatro pertencem à prefeitura de São Paulo; uma pertence à prefeitura de Campinas; uma pertence à prefeitura de São José dos Campos e seis pertencem a instituições particulares (Anexo 2).

De acordo com o MEC, o curso de residência médica em pediatria tem a duração de dois anos (R1 e R2). Entretanto, o documento enviado pela FUNDAP apresenta instituições que oferecem outros níveis opcionais (R3, R4, R5), nos quais são ofertadas as especialidades pediátricas. É importante ressaltar que as bolsas para manutenção dos cursos de residência são disponibilizadas apenas para os dois primeiros anos da especialização.

Conforme mostra a Tabela 2, todas as instituições do estado de São Paulo mantêm vagas para residência em pediatria para o primeiro ano (R1) e para o segundo ano (R2), ocorrendo um pequeno decréscimo da oferta do número de vagas (n=3) nas instituições denominadas “outras”. Como a oferta de vagas para R3 é opcional, essas são oferecidas em número menor. De acordo com o relato informal de alguns preceptores dos cursos de pediatria, a procura pela especialidade tem diminuído nos últimos anos. Segundo tais preceptores após se formar os médicos procuram por áreas que envolvem tecnologias, mais do que pela pediatria.

Tabela 2.

Relação número de vagas oferecidas para residência em pediatria em R1, R2, R3 no estado de São Paulo em 2002 e número de vagas preenchidas – fonte FUNDAP.

<i>Instituições que ofereceram vagas em 2002</i>	<i>Número de vagas oferecidas para R1</i>	<i>Número de vagas oferecidas para R2</i>	<i>Número de vagas oferecidas para R3 - opcional</i>	<i>Total de vagas oferecidas nos três níveis</i>	<i>Vagas preenchidas</i>	<i>Vagas preenchidas</i>
					<i>No.</i>	<i>%</i>
Federal	16	16	16	48	47	97,9
Estadual	255	255	129	639	529	82,5
Outras	27	24	7	58	51	87,9
Prefeitura de São Paulo	34	34	4	72	52	72,2
Prefeitura de Campinas	6	6	0	12	12	100
Prefeitura de São José dos Campos	3	3	0	6	4	66,6
Particulares	20	20	0	40	35	87,5
Total	361	358	156	875	730	83,4

A única instituição que disponibilizou vagas para R4 pertence ao governo estadual, em um total de cinco, e nenhuma instituição ofereceu vagas em residência para pediatria em nível de R5 e R6 (ver Anexo 2).

Foi possível perceber que a oferta de vagas para residência em pediatria se mantém elevada para os níveis R1 e R2 (por ser o período de duração obrigatório do curso e ser mantido pelas bolsas), mas cai progressivamente conforme avançam os anos de tal residência. Precisamente, a oferta de vagas para o Nível de R3 teve uma redução de 43,5%. Também o número de vagas preenchidas pelos residentes em pediatria - 83,4% - pode ser considerado alto de acordo com o documento analisado (dados referentes a 2002), parecendo que nesta área médica, no período analisado, ocorreu grande interesse pela especialização. É importante ressaltar que não se pode afirmar que esta tendência venha se mantendo nos anos subsequentes.

Ao ser analisada a relação de locais que mantêm cursos de residência em pediatria pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e a relação de seus respectivos coordenadores, foi percebido que a SPSP relaciona 33 instituições que oferecem vagas para a especialização no estado de São Paulo (e não 36, conforme os dados da FUNDAP). Comparando-se com os dados fornecidos pela FUNDAP referentes a 2002 (Anexo 2), três instituições não foram relacionadas pela SPSP (Hospital Municipal Campo Limpo, Hospital Municipal Dr. Alípio Correa Neto e Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, em São José dos Campos). Da relação oferecida pela SPSP, 19 são instituições de ensino e 14 são hospitais. Das instituições de ensino, uma recebe recursos financeiros do governo federal, 16 recebem recursos do governo estadual e duas são particulares. Dos hospitais, onze são públicos e três particulares, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3.

Apresentação das instituições que oferecem o curso de residência médica em pediatria no estado de São Paulo – fonte: SPSP.

<i>Instituições de ensino</i>			<i>Hospitais</i>	
Públicas	Particulares		Públicos	Particulares
UNIFESP EPM	UNOESTE	Pres. Prudente	Hosp.Servidor Público	Hosp. Ana Costa
USP SP	USF Paulista	Bragança	Hosp.Servidor Público Municipal	Hosp. Edmundo Vasconcelos
UNICAMP			Hosp. Mun. Dr. Fernando Mauro Pires	Hosp. Jundiaí
UNESP Botucatu			Hosp. Mun. Infantil Menino Jesus	
USP Rib. Preto			Hosp. Mun. Dr. Mário Gatti	
SANTA CASA SP			Fundação Centro Médico Campinas	
UNISA Sto. Amaro			Casa de Saúde Santa Marcelina	
UNITAU Taubaté			Complexo Mandaqui	Hosp.
FAMERPS.J.RioPreto			Hosp. Brigadeiro	
FAMECA Catanduva			Hosp. Infantil Cândido Fontoura	
Fac. Med. Jundiaí			Hosp. Inf. Darcy Vargas	
Fac. Med. Marília				
UMC Mogi das Cruzes				
Fac. Méd. Santos				
Fac. Méd. Sorocaba				
PUC Campinas				
Fac. Méd. ABC				
Total = 17	Total = 2		Total = 11	Total = 3

3. Análise do conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria do estado de São Paulo:

O objetivo da presente análise é identificar tópicos relativos à vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares da residência médica em pediatria de instituições do estado de São Paulo.

Participaram do estudo sete instituições do estado de São Paulo, sendo seis caracterizadas como de ensino público (sendo que uma provém do governo federal, uma do governo estadual e quatro pertencem ao governo estadual e recebem financiamento de outras fontes de recursos) e uma instituição é caracterizada como particular (um hospital privado).

A análise do conteúdo das grades curriculares foi realizada em relação às categorias: a). Carga horária total anual no primeiro ano (R1) e no segundo ano (R2) da residência, em função das diretrizes do MEC; b). Porcentagem da carga horária destinada às ações de vigilância do desenvolvimento também em relação às determinações do MEC; c). Caracterização das disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento descritas nas grades curriculares; d). Frequência de aparecimento das ações sobre vigilância do desenvolvimento apontadas pela Academia Americana de Pediatria (*Committee on Children With Disabilities - American Academy of Pediatrics*, 2001); e). Frequência de aparecimento das ações de vigilância do desenvolvimento apontadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2004). Os dados são analisados tanto por categoria como em seus aspectos gerais, e relacionados com a literatura que aborda os temas promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento de bebês e percepção de atrasos.

a). Carga horária total anual em função das diretrizes do MEC:

Tabela 4.

Carga horária (CH) total anual no primeiro ano (R1) e no segundo ano (R2) em função das diretrizes do MEC.

MEC a). carga horária (CH) total anual:	Curso 1	Curso 2	Curso 3	Curso 4	Curso 5	Curso 6	Curso 7
- no primeiro ano (R1)	2880	2843	não específica	2880 a 3600	2692	2880	2880
- no segundo ano (R2)	2880	2889	não específica	2880 a 3600	2880	2880	2880
CH Total	5760	5732	não específica	5760 a 7200	5572	5760	5760

No primeiro ano – R1: a carga horária total anual variou de 2692 a 3600 horas, sendo que o Curso 3 não especificou o número de horas realizadas e apenas uma faculdade – Curso 4 - colocou na grade a duração de até 3600 horas.

No segundo ano – R2: a carga horária total anual variou de 2880 a 3600 horas, e da mesma forma que em R1, o Curso 3 não especificou o número de horas e o Curso 4 colocou a duração de até 3600 horas.

A duração total da carga horária anual variou de 5572 a 7200 horas.

A resolução CNRM no. 04/2003 do MEC não estipula o número de horas que os programas de residência médica devem conter, apenas coloca que a residência em pediatria deve ser de acesso direto e ter a duração de dois anos. Por conta disso, não é possível analisar se a carga horária apresentada nas grades curriculares supre as recomendações do MEC ou não.

b). *Porcentagem da carga horária destinada às ações de vigilância do desenvolvimento:*

Tabela 5.

Porcentagem da carga horária (CH) destinada às ações de vigilância do desenvolvimento (VD) no primeiro ano (R1) e no segundo ano (R2).

MEC	Curso 1	Curso 2	Curso 3	Curso 4	Curso 5	Curso 6	Curso 7
	Disciplina: Pediatria Comunitária	Disciplina: Pediatria Social	Disciplina relacionada a VD	Disciplina: Puericultura	Disciplina relacionada a VD	Disciplina: Ambulatório	Disciplina: Pediatria Geral
- em R1 deve ter o mínimo de 40% da carga horária - CH	CH total: 2880h T = --- P = --- T + P = 912h 31,7%	CH total: 2843h T = 121h P = 329h T + P = 450h 15,9%	CH total: --- T = --- P = --- T + P = --- % ---	CH total: 2880 a 3600h T = 30h P = 30h T + P = 60h 2,08%	CH total: 2692h T = 290 h P = 1200 h T + P = 1490h 55,3%	CH total: 2880h T = --- P = --- T + P = 1152h 40%	CH total: 2880h T = --- P = --- T + P = 640h 22,2%
- em R2 deve ter o mínimo 25% da CH	CH total: 2880h T = --- P = --- T + P = 738h 25,5%	CH total: 2889h T = 35h P = 165h T + P = 200h 6,9%	CH total: --- T = --- P = --- T + P = --- % ---	CH total: 2880 a 3600h T = --- P = --- T + P = --- % ---	CH total: 2880h T = 352h P = 812h T + P = 1164h 40,4%* *não diferencia atendimento primário de secundário	CH total: 2880h T = --- P = --- T + P = 720h 25,0%	CH total: 2880h T = 216h P = --- T + P = 320h 11,1%
CH Total	5760 horas	5732 horas	não especifica	5760 a 7200 horas	5572 horas	5760 horas	5760 horas

Legenda: VD: vigilância do desenvolvimento T = teórica P = prática T + P = teórica + prática

Esta análise foi realizada mediante a apresentação, nas grades curriculares, do número de horas destinadas às atividades práticas e teóricas destinadas às ações de vigilância do desenvolvimento, que de acordo com a Resolução do MEC, são itens que compreendem atenção primária (preferencialmente em unidade básica de saúde ou ambulatório). Dados complementares à Tabela 5 encontram-se no Anexo 4.

A denominação recebida pelas disciplinas destinadas às ações de vigilância do desenvolvimento é variada, como: pediatria social, pediatria comunitária, puericultura,

pediatria geral e ambulatório. Dois cursos (3 e 5) não apresentaram o nome da disciplina relacionada à vigilância do desenvolvimento, mas como em sua descrição aparecem como local de atuação Unidades Básicas de Saúde, foram considerados. O MEC não determina regras em relação a esse ponto.

Em R1 (no qual o MEC propõe o mínimo de 40% da carga horária total compreendendo atuação em ambulatório geral de atenção primária à saúde), foi percebida uma variação de 2,08% a 55,3%, sendo que dois cursos atendem às recomendações do MEC (5 e 6), destacando-se que o Curso 6 não apresentou detalhes, apenas colocou as horas como “ambulatório”. O Curso 1 aproxima-se da carga horária determinada, com 31,7% e destaca-se ao descrever detalhadamente sua grade. Além disso, apresentou as atividades realizadas pelo Projeto “D” (colocado aqui desta forma para não identificar o curso), onde são realizadas atividades integradas nas áreas de: pediatria, fonoaudiologia, fisioterapia, psiquiatria e neuropediatria, visando ações de prevenção e promoção do desenvolvimento infantil, é promovido o entendimento dos principais fatores de risco para alterações do desenvolvimento e a discussão das propostas de intervenção adequadas às alterações apresentadas pela criança. Nele são atendidas crianças com alto risco para alterações de desenvolvimento e também crianças sem diagnóstico definido.

Três instituições apresentam carga horária reduzida em relação às diretrizes do MEC: Curso 2: 450 horas (15,9%), Curso 4: 60 horas (2,08%) e Curso 7: 640 horas (22,2%). Uma instituição – Curso 3 - não apresentou este dado em horas, colocou: *“dois meses em centro de saúde e dois meses em ambulatório durante um ano”*. A forma de apresentação dos dados não foi homogênea, o que dificultou a análise dos dados.

As atividades são realizadas em locais diversos: ambulatório, centros de saúde-escola, Unidades Básicas de Saúde, hospital, e no “campus da universidade”, que pode ser entendido como hospital-escola, seguindo as recomendações do MEC.

Os Cursos 4 e 7 relataram que realizam as atividades de puericultura também em creches.

Em R2, de acordo com o MEC, o mínimo de 25% da carga horária total deve compreender ambulatório geral de atenção à saúde, também a ser desenvolvido em unidade básica de saúde, ambulatório de hospital pediátrico e ambulatório de especialidades pediátricas.

Quando a resolução 04/2003 do MEC descreve “ambulatório de especialidades pediátricas” deve ser levantada uma questão: nesse local são realizadas as ações de vigilância do desenvolvimento? Pois de acordo com os resultados obtidos por meio da análise das grades curriculares, parece que em tais ambulatórios são enfatizadas as “especialidades pediátricas”, e não as ações de prevenção e promoção de saúde (atenção primária), como é previsto pela definição de vigilância do desenvolvimento. Esta suposição é fundamentada quando algumas ementas colocam como objetivo desses ambulatórios: *“fornecer subsídios para o atendimento a nível secundário e terciário de atenção a crianças e adolescentes”*. Sendo assim, são apresentados aqui os resultados de acordo com os dados enviados pelos cursos, mas consideramos que não são realizadas ações de vigilância do desenvolvimento no segundo ano da residência médica em pediatria - R2.

De acordo com os dados das grades, houve uma variação de 6,9% a 40,4% no cumprimento da carga horária destinada à vigilância do desenvolvimento em R2. Na grade apresentada pelo Curso 1 é relatado:

“no ambulatório de especialidades são vistas especialidades pediátricas com 738 horas, com discussão do diagnóstico diferencial, conduta terapêutica e atendimento nas especialidades de: reumatologia, cardiologia pediátrica, adolescência, genética, hematologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, gastroenterologia, suporte nutricional, infectologia, neonatologia”.

Portanto, com 25,5% da carga horária total. O Curso 5 relatou em sua grade que são vistas especialidades pediátricas em 1164 horas, ou 40,4% da carga horária de R2, mas como esse número envolve atendimento primário, secundário, ambulatório

geral e plantões, não é possível destacar a quantidade de horas destinadas à atenção primária à saúde. O Curso 6 colocou na grade a realização de 720 horas em ambulatório de especialidades, totalizando 25% da carga horária, mas não detalhou sua grade. Os Cursos 2 e 7 não atingem a carga horária estipulada pelo MEC; no Curso 2 também são vistas especialidades pediátricas, com 200 horas, correspondendo a 6,9% da carga horária total e o Curso 7 descreveu carga horária de 320 horas em ambulatório de especialidades, ou 11,1% da carga horária total. O Curso 3 não apresentou o número total da carga horária, apenas colocou: “*um mês durante um ano*”, não permitindo analisar a porcentagem das ações destinadas à vigilância do desenvolvimento. O Curso 4 também não especificou a carga horária realizada em R2, mas relatou que são abordadas especialidades pediátricas.

Também em R2, as escolas informaram os dados em formatos diferenciados (exemplos: *um mês de duração, ou um período por semana durante cinco semanas*), e não em porcentagem de carga horária, como faz o documento do MEC, o que tornou a análise prejudicada, na medida em que não se tem acesso ao mesmo tipo de dado para comparação.

Os resultados indicaram que as diretrizes do MEC são gerais, permitindo que os cursos de residência tenham duração e disciplinas diferentes, e façam variadas interpretações de suas normas. Os cursos 1, 5 e 6 parecem conter carga horária mais aproximada às recomendações do MEC. Pode-se supor, com base nesses resultados, que não são realizadas ações em vigilância do desenvolvimento em R2, pois são enfatizadas as especialidades pediátricas.

Para realizar a análise sobre a porcentagem de carga horária destinada às ações de vigilância do desenvolvimento, foi preciso buscar nas grades curriculares os dados referentes às disciplinas que abordavam o conteúdo sobre puericultura, vigilância do desenvolvimento de acordo com sua terminologia e/ou locais de atuação, fazer os cálculos das horas destinadas às atividades práticas e teóricas, considerar os

rodízios dos residentes em cada local de estágio, enfim, “aproveitar todos os dados”, pois esses são colocados de forma diversificada, não padronizada.

c). Caracterização das disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento descritas nas grades curriculares:

Para proceder a análise da caracterização das disciplinas que apresentam o conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento, procurou-se nas grades curriculares informações sobre o atendimento em unidades básicas de saúde e em programas de atenção básica à criança, pois de acordo com as diretrizes curriculares do MEC, “o curso deve manter atendimento em Ambulatório, compreendendo: atenção primária à saúde, desenvolvido preferencialmente em unidade básica de saúde ou ambulatório de hospital pediátrico ou ambulatório de especialidades pediátricas”. As grades trazem denominações diferentes para esta área, como puericultura, pediatria social e pediatria comunitária.

Na tentativa de facilitar a análise dos dados e não com o objetivo de avaliar os cursos, procurou-se um modelo de Plano de Ensino, disponibilizado no site da Universidade Federal de São Carlos – programa Nexos – e foi feita a caracterização das disciplinas inseridas nas grades curriculares, com os itens: objetivos gerais, ementa (tópicos), estratégias de ensino, atividades dos alunos, recursos a serem utilizados, procedimentos de avaliação do aprendizado, critérios de aprovação, bibliografia, observações (no presente trabalho neste item foram destacados os locais de atuação dos residentes - centros de saúde, ambulatórios, etc). Um modelo de plano por meio do sistema Nexos é apresentado no Anexo 5.

Ressalta-se que o objetivo principal do estudo não foi a discriminação dos tópicos que descrevem os cursos, mas sim a identificação de elementos que pudessem remeter ao atendimento em atenção básica, no qual deve ser realizada a vigilância do desenvolvimento. Entretanto, entende-se que a descrição dos itens aqui

apresentada pode contribuir para a compreensão de como as grades curriculares são apresentadas.

Os resultados são apresentados na Tabela 6, e o detalhamento destes está colocado no Anexo 4.

Tabela 6.
Caracterização das disciplinas envolvendo vigilância do desenvolvimento.

Caracterização das disciplinas	Curso 1	Curso 2	Curso 3	Curso 4	Curso 5	Curso 6	Curso 7	%
Objetivo	V	N	N	V	V	N	V	57,2
Ementa / tópicos	V	V	V	V	V	N	V	85,7
Estratégias de ensino	V	V	V	V	V	V	V	100,0
Atividades dos alunos	V	N	N	V	V	V	V	71,4
Recursos a serem utilizados	N	N	N	V	N	N	N	14,3
Procedimentos de avaliação do aprendizado	V	N	V	V	V	V	V	85,7
Critérios de aprovação	V	N	N	V	V	N	N	42,8
Bibliografia	N	N	V	N	N	N	N	14,3
Local de atuação	V	N	V	V	V	N	V	71,4
Freqüência	7/9	2/9	5/9	8/9	7/9	3/9	6/9	

Legenda: V = apresentou o conteúdo N= não apresentou o conteúdo

Foi percebido que o Curso 4 apresentou o conteúdo mais detalhado, priorizou quase todos os tópicos, apenas não apresentou a bibliografia utilizada para ensino. Considera-se, portanto, a grade curricular do Curso 4 mais completa, atingindo o objetivo de caracterização das disciplinas que envolvem vigilância do desenvolvimento.

Os cursos 1, 5 e 7 priorizaram nos planos de ensino a descrição de quase todos os tópicos que permitem a compreensão do funcionamento da especialização.

Foram bem detalhados os objetivos, a ementa, as estratégias de ensino (o Curso 1 apresentou mas detalhou pouco), as atividades dos alunos (Curso 5 não apresentou detalhes), os procedimentos de avaliação, os critérios de aprovação do aluno (o Curso 7 não apresentou) e os locais onde são desenvolvidas atividades de vigilância do desenvolvimento. Não foram descritos por estes cursos os recursos didáticos e a bibliografia a serem utilizados para ensino. Considera-se, portanto, que a descrição apresentada pelos cursos 1, 5 e 7 é satisfatória para explicar o conteúdo das grades curriculares.

Por outro lado, percebeu-se que os cursos 2, 3 e 6 apresentaram alguns tópicos para caracterização do curso, mas estes não têm detalhamento, os conteúdos são vagos, superficiais, e não permitem a explicação da grade curricular.

Diante dos resultados, é importante ressaltar que o pedido de envio das grades curriculares foi feito de modo idêntico para todas as instituições participantes, na forma de uma carta (Anexo 3). Algumas hipóteses podem ser levantadas sobre a priorização de conteúdos de tais grades: pode ter havido interpretações diferentes sobre o mesmo pedido, pois alguns cursos enviaram grades curriculares mais complexas (cursos 1, 4, 5 e 7), e outros apenas uma síntese (cursos 2, 3 e 6); os cursos podem ter dado níveis de importância diferentes para o pedido das grades curriculares que compõem o presente estudo e algumas grades podem ter sido elaboradas originalmente de forma mais complexa ou mais sintetizadas.

Foi observado que alguns itens foram descritos pela maioria das grades curriculares: ementa (85,7%), estratégias de ensino (100,0%) e procedimentos de avaliação do aprendizado (85,7%). Pode-se concluir que tais conteúdos são enfatizados pelos cursos de residência em pediatria quanto às disciplinas que remetem à vigilância do desenvolvimento, em detrimento de outros que foram pouco abordados (objetivos, recursos a serem utilizados, critérios de aprovação do aluno, bibliografia utilizada).

É importante ressaltar que as diretrizes do MEC não determinam como devem ser descritas as grades curriculares.

Além do referencial do Programa Nexos da UFSCar (Anexo 5), tentou-se buscar outros referenciais teóricos da área de didática (cujo objeto de estudo é o processo de ensino), relacionar os itens que apareceram com maior frequência entre si e perceber se são essenciais para se descrever uma grade curricular.

Primeiramente, constatou-se que as definições de grade curricular e currículo são diferentes, de acordo com Borges e Vasconcelos (1999):

“a grade curricular representa o conjunto de um curso com seus pré-requisitos, periodização, conteúdos e cargas horárias, e currículo é todo o conjunto de experiências de aprendizado que o estudante incorpora durante o processo participativo de desenvolver numa instituição educacional, um programa de estudos coerentemente agregado” (p. 43).

Foram encontradas algumas definições dos termos – Ementa⁵, Estratégia de ensino⁶ e Procedimento de avaliação⁷ - no referencial teórico trazido por Libâneo (1991). O autor coloca que o processo didático desenvolve-se mediante a reciprocidade dos componentes fundamentais do ensino (objetivos da educação, conteúdos, os métodos, a avaliação), e a construção de um currículo envolve a consideração de processos históricos, algo que professores e alunos constroem em seu fazer. Entretanto, os referenciais teóricos encontrados não oferecem embasamento para discutir quais itens são essenciais para descrever uma grade curricular, ou seja, o que é necessário para afirmar se o curso tem ou não um bom programa de ensino (e tampouco este é o objetivo do presente estudo).

Embora tenha se tentado nesta análise identificar os elementos que pudessem caracterizar as disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento, observou-se

⁵ É a síntese do conteúdo, do conjunto de conhecimentos e habilidades organizados pedagógica e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa pelos alunos (p.128).

⁶ Pode ser entendida como um dos componentes do processo didático, o conjunto de condições que rodeiam a situação de aprendizagem, em que o conteúdo é trabalhado (p. 56).

⁷ É um componente do processo de ensino que visa, através da verificação e qualificação dos resultados obtidos, determinar a correspondência destes com os objetivos propostos e orientar a tomada de decisões (p. 196).

que alguns conteúdos encontravam-se implícitos no corpo dos documentos, não necessariamente organizados e descritos de acordo com as terminologias que se buscava (objetivo, estratégias de ensino, etc). Foram realizadas várias leituras do material a fim de se identificar tais elementos. O conjunto desses dados encontra-se no Anexo 4.

Pode se dizer que, para um estudo que envolve análise documental, estas variáveis são importantes, pois a forma de apresentação das informações nos documentos é determinante para se compor uma idéia de como o conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento e a possibilidade de percepção de atraso tem sido abordada nos cursos de especialização em pediatria, mas não permite avaliar a qualidade dos cursos.

Para proceder a análise da frequência de aparecimento das ações sobre vigilância do desenvolvimento realizou-se a busca por disciplinas que apresentavam tal conteúdo nas grades curriculares. Como foi visto na Tabela 6 e Anexo 4, a forma de apresentar os conteúdos dificultou a comparação entre os cursos, e conseqüentemente, a compreensão do tipo de ações em vigilância do desenvolvimento que são realizadas.

Nas Tabelas 7 e 8 são apresentados tais conteúdos de acordo com os referenciais da Academia Americana de Pediatria - (*Committee on Children With Disabilities - American Academy of Pediatrics*, 2001) e Sociedade Brasileira de Pediatria (2004), respectivamente.

d). *Frequência de aparecimento das ações sobre vigilância do desenvolvimento apontadas pela Academia Americana de Pediatria (AAP):*

Tabela 7.

Conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria - frequência de aparecimento de ações de vigilância do desenvolvimento– segundo a Academia Americana de Pediatria.

<i>AAP</i>	<i>Curso 1</i>	<i>Curso 2</i>	<i>Curso 3</i>	<i>Curso 4</i>	<i>Curso 5</i>	<i>Curso 6</i>	<i>Curso 7</i>
1. Atender às preocupações dos pais	1.Comunicação com a família	N	N	X	X	N	1. Participação da orientação às mães
2. Obter história relevante do desenvolvimento	2.Conhecimento do desenvolvi/o normal	N	N	X	X	N	2. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
3.Fazer observações precisas das crianças	3. Entendimento dos principais fatores de risco para alterações do desenvolvi/o; detecção precoce de desvios de desenvolvimento; discussão das principais moléstias que afetam o desenvolvimento da criança	N	N	X	X	N	X
4.Trocar informações com profissionais	4.Discussão de propostas de intervenção adequadas às alterações apresentadas pela criança; discussão do papel do pediatra na inclusão da criança com alterações de desenvolvimento	N	N	4. integração interdisciplinar	X	N	X
5. Usar roteiros de desenvolvimento	X	N	N	X	X	N	X
6. Registrar dados nas consultas	6. Obtenção de história pregressa da moléstia atual, organização e apresentação dos casos	N	N	X	X	N	X

Legenda:

N: Os cursos não enviaram o documento detalhado (grade), portanto, não foi possível elencar os itens que poderiam significar ações de vigilância do desenvolvimento segundo a AAP.

X: Os cursos enviaram a grade detalhada, mas não foi possível identificar os itens propostos pela AAP em seus conteúdos.

A comparação das grades curriculares com as recomendações da Academia Americana de Pediatria nos pareceu importante por considerarmos suas questões pertinentes para um bom conhecimento sobre a vigilância do desenvolvimento.

Para esta análise, foram observados quais itens citados nas grades curriculares correspondiam às características de vigilância do desenvolvimento apresentadas pela AAP, ou seja: atender às preocupações dos pais, obter história relevante do desenvolvimento, fazer observações precisas das crianças, trocar informações com profissionais, usar roteiros de desenvolvimento e registrar dados nas consultas. As recomendações apontadas pela AAP são objetivas e colocadas em forma de ações (por exemplo: “*atender às preocupações dos pais*”), e no conteúdo das grades, aparecem de forma mais geral (por exemplo: “*comunicação com a família*”). Mesmo tentando fazer uma associação de tais conteúdos, corre-se o risco de torná-la subjetiva.

Os Cursos 1, 4 e 7 foram os únicos a apresentarem itens citados pela AAP (ver Tabela 7).

Como o Curso 1 enviou a grade curricular detalhada, foi possível observar que nela estão contidos a maioria dos itens previstos pela AAP como ações em vigilância do desenvolvimento (itens 1, 2, 3, 4 e 6), e ainda outros relacionados à percepção de atraso de desenvolvimento, como: detecção precoce de desvios de desenvolvimento; discussão do papel do pediatra na inclusão da criança com alterações de desenvolvimento e discussão das principais moléstias que afetam o desenvolvimento da criança. Como este curso mantém um programa com a finalidade de detecção de riscos e atendimento interdisciplinar – o Projeto “D”, foram evidenciadas as ações de vigilância do desenvolvimento em sua grade curricular.

O Curso 7 apresentou conteúdos parciais dos recomendados pela AAP – itens 1 e 2: “*participação da orientação às mães; avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor*”. É colocado no programa o atendimento em creches e em saúde

escolar, o que pode-se inferir que ações de vigilância do desenvolvimento são realizadas, mas como não são especificadas na grade enviada, não é possível afirmar sobre este ponto.

O Curso 4, embora tenha descrito o conteúdo mais completo (Tabela 6), não enviou dados complementares que permitissem perceber ações em vigilância do desenvolvimento, mas propõe em sua grade curricular a integração interdisciplinar médica e “paramédica” (psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, assistência social e nutrição dietética), podendo-se supor sua intenção em despertar para a interdisciplinaridade. Refere também incentivo aos residentes na participação em cursos de formação teórica complementar. Na grade existe a proposta de atuação em centro de saúde-escola, no qual seriam realizadas atividades complementares de puericultura, vacinação, medicina preventiva e outros programas de atenção primária, mas foi informado que em 2005 tais atividades não foram realizadas por motivos políticos – ver Anexo 4.

Os Cursos 2, 3 e 6 não apresentaram as grades detalhadas das disciplinas, portanto, não foi possível identificar elementos de vigilância do desenvolvimento em seu conteúdo.

O Curso 5 relatou as atividades realizadas de maneira geral:

“acompanhamento de puericultura em crianças e adolescentes, ... programas básicos de assistência à saúde da criança e adolescente.... com objetivo de proporcionar ao médico residente treinamento em nível de atenção primária”

Tal afirmação não permite identificar as ações de vigilância do desenvolvimento recomendadas pela Academia Americana de Pediatria.

É importante destacar que nenhuma grade curricular apresentou o item 5 “*usar roteiros de desenvolvimento*”, sendo que tanto a Academia Americana como a Sociedade Brasileira de Pediatria enfatizam este ponto. Tais resultados reforçam os achados da literatura, que apontam que pediatras dificilmente utilizam escalas de

avaliação do desenvolvimento em sua prática clínica, o que pode comprometer a identificação de atrasos de desenvolvimento.

e). *Frequência de aparecimento das ações de vigilância do desenvolvimento apontadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP):*

Tabela 8.
Conteúdo das grades curriculares dos cursos de residência médica em pediatria – frequência de aparecimento de ações de vigilância do desenvolvimento – segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria.

SBP	Curso 1	Curso 2	Curso 3	Curso 4	Curso 5	Curso 6	Curso 7
1. Anamnese: listar problemas em relação a: a. Condições econômicas e sociais b. Condições de moradia c. Alimentação d. Funciona/o intestinal e. Habilidades de desenvolvimento, comportamento, temperamento f. Linguagem g. Acuidade visual h. Sono i. Disciplina j. Atividades lúdicas, sociais k. Escolaridade l. Vacinação	X	N	N	1.Anamnese X	X	N	1.Anamnese X
	e. Desenvolv/o			e. Crescimento, antropometria e desenvolvimento			e. Avaliação do desenvolvimento, avaliação pondero-estatural
	f. Linguagem g. Av. visual						
			l.Vacinação	l. Vacinação			l. Checagem do cartão de vacina
2. Exame físico	2. Exame físico	N	N	2. Exame físico	X	N	X
3. Orientação aos pais	3.Comunicação com famílias	N	N	3. Orientação a pais	X	N	3. Participação da orientação às mães

Legenda:

N: Os cursos não enviaram o documento detalhado (grade), portanto, não foi possível elencar os itens que poderiam significar ações de vigilância do desenvolvimento segundo a SBP;
 X: Os cursos enviaram a grade detalhada, mas não foi possível identificar os itens propostos pela SBP em seus conteúdos.

Para esta análise, observou-se nas grades curriculares os pontos destacados pela SBP em seu documento “Resgate do Pediatra Geral”, de 2004, ou seja, a frequência de aparecimento das características sobre a vigilância do desenvolvimento:

anamnese (“técnica de comunicação que envolve a coleta de dados sobre condições econômicas e sociais da família, condições de moradia, alimentação, funcionamento intestinal, habilidades de desenvolvimento, comportamento, temperamento, linguagem, acuidade visual, sono, disciplina, atividades lúdicas e sociais, escolaridade, vacinação”), exame físico e orientação aos pais (p.6).

Como demonstrado na Tabela 8, a maioria das grades curriculares enviadas não continha estas informações (Cursos 2, 3, 5 e 6), seja por não terem enviado os documentos completos (N) ou por terem enviado as grades, mas estas não contemplavam tais conteúdos (X).

Dentro dos conteúdos do item “Anamnese”, os mais citados foram avaliação do desenvolvimento (cursos 1, 4 e 7), sendo que somente no Curso 1 este conteúdo não vem associado à avaliação pondero-estatural e antropométrica. Dentro ainda da “Anamnese” o conteúdo Vacinação foi citado pelos cursos 3, 4 e 7. O exame físico foi citado pelos cursos 1 e 4, e a orientação aos pais foi apontada nos conteúdos dos cursos 1, 4 e 7. Alguns conteúdos considerados importantes pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) e que deveriam compor a anamnese não foram abordados nas grades curriculares: condições econômicas e sociais, condições de moradia, alimentação, funcionamento intestinal, sono, disciplina, atividades lúdicas e sociais, escolaridade.

Deve-se destacar que o Curso 1 foi o único a apresentar preocupação em relação à maneira como o conteúdo de vigilância do desenvolvimento era transmitido aos pediatras, e relatou que no início da década de 90 ocorreu a percepção de que não havia na grade curricular do residente em pediatria uma discussão mais aprofundada sobre o desenvolvimento da criança, pois quando este aparecia, era acoplado ao “crescimento e às aquisições de habilidades, geralmente motoras, em relação às faixas de idades”. Além disso, coloca que havia uma discussão teórica

sobre a necessidade de interdisciplinaridade no atendimento à criança e na formação do médico, pois esses espaços estavam restritos aos estágios de enfermagem e com uma prática distante dos profissionais envolvidos. Uma alternativa a essa prática foi a criação do Projeto “D” em 1995, onde a grade curricular foi alterada visando o aumento de discussões voltadas ao processo de desenvolvimento, à ampliação das ações de assistência, prevenção e promoção do desenvolvimento infantil e ao envolvimento de vários profissionais, além do pediatra (fonoaudiologia, fisioterapia, psiquiatria e neuropsiquiatria). A coordenação comentou que uma das atividades que faz parte desse projeto é um ambulatório interdisciplinar para atendimento de crianças de alto risco para alterações de desenvolvimento e crianças sem diagnóstico definido. No período em que os residentes passam por este ambulatório, têm contato com temas relacionados ao desenvolvimento: conceito, fatores de risco, sinais de alerta, principais patologias, desenvolvimento emocional, de linguagem, cognitivo e visual.

DISCUSSÃO

O objetivo desta primeira etapa do presente estudo foi identificar elementos relacionados à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento e percepção de atrasos por meio da análise das grades curriculares de cursos de residência em pediatria no estado de São Paulo. Os resultados mostraram que o MEC regulamenta, por meio das diretrizes curriculares, os cursos de residência médica (em particular o de pediatria) de forma geral, permitindo que os cursos estruturem-se de formas diferenciadas. A oferta de vagas para residentes em R1 (primeiro ano) e R2 (segundo ano) se mantém nas instituições que oferecem o curso no estado de São Paulo, bem como o número de vagas preenchidas se mantém alto (84,3%), o que demonstra, na amostra e no período estudado, interesse pela especialidade.

Quanto à identificação de tópicos relacionados à vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares de tais cursos, foi possível concluir que: a). A carga horária anual dos cursos variou de 5572 a 7200 horas, embora o MEC não determine regras para este ponto; b). A porcentagem de carga horária destinada às ações de vigilância do desenvolvimento sofreu grande variação de um curso para outro (de 2,08% a 55,3% em R1 e de 6,9% a 40,4% em R2); percebeu-se também variação na terminologia das disciplinas relacionadas à vigilância do desenvolvimento; em R2 as ações parecem voltar-se às especialidades pediátricas e não à vigilância do desenvolvimento; c). Na caracterização de disciplinas envolvendo vigilância do desenvolvimento, o curso 4 apresentou o conteúdo mais completo, seguido pelos cursos 1, 5 e 7; os tópicos apresentados com maior frequência foram: estratégias de ensino, ementa e procedimentos de avaliação; d). Quanto ao conteúdo das grades compatível com as ações em vigilância do desenvolvimento determinadas pela Academia Americana de Pediatria, o curso 1 apresentou mais itens compatíveis, ou seja, descreveu mais ações relacionadas ao tema; e). Quanto ao conteúdo das grades

compatível com as ações em vigilância do desenvolvimento determinadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, os cursos 1 e 4 apresentaram-se mais completos.

Considera-se que as grades curriculares contêm informações heterogêneas. Entretanto, tentou-se contemplar os conteúdos implícitos relacionados à promoção de saúde, puericultura e vigilância do desenvolvimento.

Deve-se destacar que o curso 1 apresentou satisfatória carga horária destinada às ações de vigilância do desenvolvimento de acordo com as diretrizes do MEC, boa caracterização de disciplinas relacionadas ao tema, maior frequência de itens relacionados a ações de vigilância do desenvolvimento segundo a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria, além de manter um programa específico para atendimento a crianças com risco para atraso de desenvolvimento, o Projeto “D” (na qual os residentes realizam o estágio na área de atenção primária à saúde). Considera-se, portanto, que a grade curricular do curso 1 parece reunir todos os elementos que permitem a identificação de ações de vigilância do desenvolvimento no ensino de pediatria.

O curso 4 apresentou a caracterização mais completa de disciplinas envolvendo vigilância do desenvolvimento. Além disso, no documento enviado aparece o interesse na integração interdisciplinar.

Os cursos 4 e 7 parecem valorizar ações de vigilância do desenvolvimento, mas tais ações não são descritas com clareza em suas grades.

Como a análise dos dados do presente estudo baseou-se em um conjunto de documentos, deve-se ressaltar que esse constitui-se em um recorte da realidade, ou seja, os conteúdos sobre vigilância do desenvolvimento podem estar sendo administrados na prática, mas não estão demonstrados nos documentos oficiais de seus cursos. Coloca-se, portanto, uma questão: se a grade curricular não é especificada em seu conteúdo, como pode se ter acesso ao tipo de ações realizadas em vigilância do desenvolvimento na formação dos pediatras? Se, aparentemente, os

futuros pediatras não têm tais conteúdos em seus cursos de especialização, como os aplicarão em sua prática futura?

Conclui-se que a análise documental constituiu-se em uma metodologia importante, mas neste caso, parcial, pois por meio dos documentos analisados foi possível verificar que o conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento aparece de forma esparsa, com denominações variadas, não permitindo uma análise objetiva do que realmente ocorre. Em geral, parece que os cursos de residência em pediatria inserem tal conteúdo em suas grades, mas este se torna diluído em meio às outras informações, sem receber destaque. A ênfase maior parece ser nas especialidades, tanto em relação ao número de horas destinado a elas, como na especificidade de seu conteúdo. Percebe-se a dificuldade também em analisar como é a metodologia utilizada para trabalhar o conteúdo de vigilância do desenvolvimento, pois essa informação não aparece nas grades curriculares.

Além disso, como a apresentação dos conteúdos é dispersa, não há uma definição operacional das ações recomendadas pelos órgãos oficiais de pediatria (Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria), o que não permite verificar se a formação em pediatria segue ou não tais recomendações. A Academia Americana de Pediatria deixa claro que o pediatra deveria atualizar seus conhecimentos sobre desenvolvimento e fatores de risco, saber interpretar instrumentos de triagem, ouvir os pais, entre outros. A Sociedade Brasileira de Pediatria soma a isso a ênfase na educação em saúde, a realização de consultas periódicas de puericultura (baseadas nos pilares anamnese, exame físico e orientação aos pais), a observação de sinais de alerta para atraso de desenvolvimento, e aponta o pediatra como principal responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento da criança e pela educação dos pais.

A pesquisa de Gomes et al., (2001) utilizou como metodologia a análise documental e avaliou o programa de residência em pediatria da Faculdade de Medicina da USP-SP, comparando-o com o proposto pela Comissão Nacional de

Residência Médica (resolução de 1979) e com o documento da FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo). Os autores encontraram resultados semelhantes aos apontados no presente estudo: não há informações disponíveis sobre carga horária nos programas de residência e se as atividades de pediatria geral são desempenhadas ou não nos serviços de atenção primária; há falta de contato interdisciplinar; um grande número de consultas não são agendadas; não são descritas as técnicas da consulta pediátrica e o tema desenvolvimento está acoplado ao crescimento da criança, sendo que outros temas recebem mais destaque, como o diagnóstico de doenças. Um dos aspectos apontados pelos autores e que destacamos aqui é que em seu estudo, cerca de 50% dos atendimentos dos residentes envolveram lactentes (menores de dois anos). Esta constatação reflete a necessidade dos cursos de residência em pediatria enfocarem conteúdos de vigilância do desenvolvimento.

Em alguns trabalhos (Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003) foi constatado que profissionais da atenção primária à saúde apresentam déficits em seus conhecimentos sobre a vigilância do desenvolvimento. Os resultados do presente estudo sugerem que se a abordagem desse tema é realizada de forma superficial ou diluída, isto pode comprometer a promoção da identificação precoce de atrasos de desenvolvimento de crianças. Este estudo, portanto, reafirma a necessidade de capacitação dos pediatras para a realização da vigilância do desenvolvimento e a promoção de saúde, pois por meio da análise das grades curriculares, parece que este conteúdo é abordado de forma deficitária, ampla e pouco específica.

De acordo com Buss (2003), a promoção de saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas, aponta para a qualidade de vida, para ações coletivas que visam o bem-estar das pessoas; é atividade do pediatra, mas ainda pouco fundamentada cientificamente.

Entretanto, no estudo de Moyses, Moyses e Krempel (2004) tal afirmação é contestada, pois os autores apontam que as ações de Promoção da Saúde têm sido cada vez mais fundamentadas pelos documentos nacionais e internacionais (como

exemplo citam a Declaração do México de 2000, documentos da Organização Mundial de Saúde – OMS e principalmente da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS). A contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a sustentação das ações locais, nacionais e internacionais tem sido reafirmada, e concretizam-se em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. Segundo os autores, as cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais nos quais essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social. Mas os autores complementam que a abordagem médica tradicional, na avaliação de intervenções de saúde, lança mão ainda da perspectiva reducionista, visando medir quantitativamente o impacto sobre a saúde individual ou mudanças individuais de comportamentos, conhecimentos e atitudes, o que parece não ser capaz de refletir de forma adequada o que a Promoção de Saúde deseja alcançar.

Com exceção do Curso 4, que coloca entre os seus objetivos, *“valorizar ações de caráter preventivo, promover a integração do médico com a equipe multidisciplinar”* e do Curso 7 *“compreender o processo de saúde-doença e elaborar atividades preventivas em pediatria”*, a preocupação com a promoção de saúde não aparece de forma clara nos conteúdos das grades curriculares dos demais cursos.

A definição de puericultura de Blank, 2003:

“Uma ciência que reúne todas as noções - fisiologia, higiene, sociologia - suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade”
(p. 14)

foi identificada apenas na apresentação do Curso 7:

“Formar pediatras gerais capazes de exercerem de forma adequada o atendimento e acompanhamento à população pediátrica desde o período neonatal até o final da adolescência, detectar as patologias pediátricas mais prevalentes”.

A percepção de atrasos de desenvolvimento aparece especificamente na grade curricular do Curso 1, mas não é apresentada nos outros cursos:

“Conhecimento do processo de desenvolvimento normal, entendimento dos principais fatores de risco para alterações do desenvolvimento, detecção precoce de seus desvios, discussão da necessidade do diagnóstico sindrômico, funcional e etiológico (e não apenas o etiológico como a área médica sempre reforça) em toda criança com alterações do desenvolvimento, discussão das propostas de intervenção adequadas às alterações apresentadas pela criança, discussão do papel do pediatra na inclusão da criança com alterações do desenvolvimento, discussão das principais moléstias que afetam o desenvolvimento”.

De modo geral, considerando as dificuldades com o material obtido, parece possível dizer que as grades curriculares dos cursos de residência em pediatria não estão claras suficientemente para permitir a visualização de ações realizadas em vigilância do desenvolvimento. Dos sete cursos que tiveram suas grades analisadas, apenas o Curso 1 parece atender o maior número de requisitos que permitem a identificação de elementos relacionados ao tema.

Propõe-se, portanto, uma mudança na apresentação de tais conteúdos nas grades dos cursos de residência em pediatria, bem como o questionamento, por parte de tais cursos, de sua metodologia quanto a ênfase que têm dado ao tema vigilância do desenvolvimento, do mesmo modo como procedeu o Curso 1, que alterou a forma de atuação quanto à visão de “desenvolvimento” e “interdisciplinaridade”. Para isso, parece promissor que sejam utilizados modelos como o Projeto “D”, citado pelo Curso 1, no qual são discutidos com os residentes tópicos relacionados ao desenvolvimento infantil e aos fatores de risco para atraso com uma abordagem interdisciplinar, enfocando as ações de prevenção e promoção do desenvolvimento.

Sugere-se, em futuros estudos, que na formação do pediatra seja revista a capacitação para a vigilância do desenvolvimento e seja pesquisado como o pediatra lida com problemas de desenvolvimento quando estes aparecem.

Sugere-se também que sejam aprofundadas as recomendações da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria quanto às ações de

vigilância do desenvolvimento junto aos cursos de residência em pediatria, pois foi percebido que itens importantes destacados por esses órgãos não foram contemplados nas grades apresentadas pelos cursos (como o uso de roteiros para avaliação do desenvolvimento, o questionamento sobre condições econômicas e sociais, condições de moradia, alimentação, atividades lúdicas, escolaridade), podendo comprometer a identificação precoce de déficits no desenvolvimento.

Sugere-se que os conteúdos de vigilância do desenvolvimento sejam enfatizados no primeiro ano da residência – R1, momento em que o assunto já é abordado, mas aparentemente de forma superficial. Propõe-se que tal conteúdo seja incrementado com aulas práticas, cursos à distância, estudos de caso, entre outros, enfocando a importância do papel do pediatra na compreensão do processo de acompanhamento do desenvolvimento normal e a percepção de atrasos.

Sugere-se ainda que nos próprios documentos oficiais do MEC – as diretrizes curriculares para o ensino da residência médica em pediatria – seja especificada a vigilância do desenvolvimento como ação do pediatra na atenção básica à saúde da criança, possibilitando desta forma uma regulamentação, para que os cursos se comprometam com o tema.

As constatações do presente estudo foram feitas por meio de uma análise documental; portanto, propõe-se a realização da segunda etapa, onde serão verificados junto aos próprios residentes em pediatria seus conhecimentos referentes à vigilância do desenvolvimento.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA SOBRE O TEMA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Propõe-se para esta etapa do estudo analisar o conhecimento dos residentes em pediatria quanto ao tema vigilância do desenvolvimento mediante a aplicação de dois questionários. São também levantados e correlacionados dados sobre as práticas em relação ao tema relatadas por residentes em pediatria, bem como o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança.

MÉTODO

Participantes

Das sete instituições participantes da primeira etapa desse estudo, cinco concordaram em fazer parte desta segunda etapa, sendo uma de origem federal e quatro de origem estadual, mas que recebem recursos financeiros também de outras fontes. Participaram deste estudo 65 residentes em pediatria do primeiro e segundo anos (R1 e R2), sendo: 19 do Curso 1, 21 do Curso 3, oito do Curso 4, oito do Curso 5 e nove do Curso 7. Os alunos cursavam a residência em período integral e realizavam os estágios em locais determinados pela grade curricular do curso, em forma de rodízio.

Os residentes foram identificados numericamente pela pesquisadora e também quanto ao gênero. No momento do preenchimento dos questionários foi solicitado aos participantes que colocassem o nome da faculdade e o nível da residência que cursavam. Dos 65 residentes em pediatria, 33 (50,8%) eram de R1 e 32 (49,2%) de R2. Dos participantes, a grande maioria era do sexo feminino (84,6%). Este perfil é apresentado nas Tabelas 9 e 10.

Tabela 9.

Número e porcentagem de residentes em pediatria nos cursos de R1 e R2 por instituição – 2005.

<i>Local de residência</i>	<i>R1</i>		<i>R2</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Curso 1	12	63,1	07	36,9	19	29,2
Curso 3	11	52,4	10	47,6	21	32,3
Curso 4	03	37,5	05	62,5	08	12,3
Curso 5	03	37,5	05	62,5	08	12,3
Curso 7	04	44,5	05	55,5	09	13,9
TOTAL	33	50,8	32	49,2	65	100

Tabela 10.

Número e porcentagem de residentes em pediatria quanto ao gênero por instituição – 2005.

<i>Local de residência</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Curso 1	0	0	19	100,0	19	29,2
Curso 3	05	23,8	16	76,2	21	32,3
Curso 4	03	37,5	05	62,5	08	12,3
Curso 5	01	12,5	07	87,5	08	12,3
Curso 7	01	11,1	08	88,9	09	13,9
TOTAL	10	15,4	55	84,6	65	100

Local

O contato com as instituições de ensino teve início na época da realização da primeira etapa do estudo. Os residentes participaram da pesquisa em seu local de atuação. A pesquisadora se deslocou a cada faculdade onde funcionava a residência médica em pediatria, e aplicou os questionários pessoalmente junto aos residentes, com exceção do Curso 5, na qual os instrumentos foram entregues aos preceptores e estes os aplicaram junto aos alunos. A data e local, bem como o pedido de autorização para a realização da pesquisa foram previamente acertados com o preceptor de cada curso. A aplicação dos questionários ocorreu em datas em que os residentes tinham reunião ou aula teórica, pois geralmente eles atuam em locais diversos e reúnem-se poucas vezes durante o mês. Por conta disso, o período entre o

agendamento e a aplicação dos questionários foi de cinco meses – de outubro de 2005 a março de 2006.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesse estudo foram replicados do estudo de Figueiras (2002) em sua dissertação de mestrado, com autorização da autora; os dois questionários foram aplicados simultaneamente.

O questionário 1 (“*Questionário sobre as Práticas relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança - QPVDC*”) apresenta 11 questões dissertativas sobre a prática do pediatra no atendimento à criança e o tipo de avaliação e orientação dado às mães em relação ao desenvolvimento de seus filhos (tais como: atenção às preocupações dos pais, observação da criança, uso de escalas de triagem do desenvolvimento, necessidade de treinamento), componentes esses da Vigilância do Desenvolvimento (ver Anexo 6).

O questionário 2 denominado “*Teste sobre Desenvolvimento da Criança – TDC*” apresenta um teste de múltipla escolha composto por 19 questões objetivas onde o médico deve responder sobre áreas do desenvolvimento da criança. Inclui aspectos do desenvolvimento visual, auditivo, motor global e fino (habilidades), linguagem, pessoal-social e cognitivo, referente aos primeiros anos de vida da criança e aborda fatores de risco para atraso de desenvolvimento. Algumas questões são colocadas em forma de descrição de casos e situações clínicas (ver Anexo 7). Figueiras (2002) relata que o questionário foi originalmente elaborado por pediatras que atuavam com avaliação de desenvolvimento da criança e aplicado a 25 Residentes (R) de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, sendo 13 de R1 e 12 de R2. As questões que obtiveram um percentual de acerto abaixo de 80% foram revistas e reformuladas pela autora.

Análise estatística

Para realizar as análises propostas, foram utilizados diferentes testes (Tabela de Burt, Teste Qui-Quadrado, Modelo ANOVA One-Way e Teste de Mann-Whitney) para verificar as possíveis relações entre os dois instrumentos de coleta (QPVDC e TDC). Também foi utilizado a Teoria de Resposta ao Item para analisar cada questão do TDC e a habilidade de cada respondente. Uma descrição mais completa é apresentada no Anexo 8.

A Tabela de Burt é um procedimento alternativo, um recurso exploratório para avaliar um alto número de variáveis. Permite, a partir de uma única tabela, uma visualização univariada e multivariada de um grupo de variáveis de interesse. A partir da Tabela de Burt é possível testar se há independência entre as suas linhas e suas colunas, verificando assim uma possível relação entre as variáveis em questão. Assim, ela foi construída para efetuar o cruzamento entre as questões do QPVDC (em blocos de questões uma vez que avaliam aspectos diferentes, a saber, questões 1, 2, 3, 4 e 5 avalia o desenvolvimento; 6 e 7 avalia o uso de escalas; 8 e 9 avalia se residentes fornecem orientações e questão 10 avalia conduta ao detectar atraso) e o desempenho no TDC e, posteriormente, verificar a relação de dependência entre esses blocos de questões e o desempenho no TDC por meio do teste Qui-quadrado.

Mais especificamente, o Teste Qui-Quadrado foi utilizado para examinar o grau em que as frequências observadas no estudo diferem das frequências esperadas, se a hipótese nula é correta (ou seja, as respostas em cada bloco de questões do QPVDC são independentes das respostas no TDC).

O Modelo ANOVA One-Way de efeitos fixos é utilizado quando se tem apenas um fator (de efeitos fixos) de interesse e se quer relacioná-lo com uma variável resposta. Um fator de efeitos fixos é um fator que não provém de nenhum processo de aleatorização (sorteio). O modelo foi utilizado para verificar a influência da universidade no desempenho no TDC e também para verificar se as universidades podem ser consideradas diferentes em relação às habilidades de seus residentes.

O Teste de Mann-Whitney é considerado um teste não-paramétrico. Ele foi utilizado para verificar se há diferença média das respostas entre duas amostras provindas de duas diferentes populações. Foi utilizado para se verificar possíveis relações entre dois instrumentos de coleta (neste caso, para comparação do desempenho de residentes R1 e R2 no TDC).

A Teoria de Resposta ao Item é um modelo logístico com um, dois ou três parâmetros, que consideram, respectivamente: a dificuldade do item; a dificuldade e a discriminação; a dificuldade, a discriminação e a probabilidade de resposta correta dada por indivíduos de baixa habilidade (conhecida também como *acerto casual*). Nesta análise os respondentes foram divididos em dois grupos, o Grupo Inferior, que representa 27% dos indivíduos com desempenho mais baixo e o Grupo Superior, que representa 27% dos indivíduos com desempenho mais alto. Foi utilizado para analisar cada questão do instrumento *TDC* e a habilidade de cada respondente. A maioria dos parâmetros obtidos por meio deste modelo é interpretada por comparação, por não possuírem uma escala específica.

Procedimento

Aspectos éticos:

Os residentes foram informados sobre a pesquisa mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 9). O presente projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Federal de São Carlos sob o número 178/2005 (Anexo 10).

Os questionários foram aplicados junto aos 65 residentes e logo em seguida foram reunidos e analisados. Os resultados inicialmente são analisados separadamente em relação às categorias: 1. *Práticas em Vigilância do Desenvolvimento*: se realizam as ações, quais justificativas para não realizar, inclusão

rotineira de avaliação do desenvolvimento da criança, número de crianças avaliadas por dia quanto ao desenvolvimento, utilização de escalas, tipos de orientações dadas sobre estimulação do desenvolvimento, conduta ao detectar atrasos, necessidade de capacitação em Vigilância do Desenvolvimento; 2. *Conhecimento dos residentes sobre o desenvolvimento da criança*: número de questões respondidas corretamente, áreas de desenvolvimento infantil que mais dominam e as possíveis lacunas de conhecimento.

Logo em seguida, são realizadas as seguintes correlações entre os dados obtidos: a significância da amostra de escolas e de residentes; a relação entre o conteúdo das grades curriculares (primeira etapa – o ensino, as escolas) e o desempenho dos residentes nos questionários (segunda etapa – o conhecimento); a relação entre os conhecimentos dos residentes de primeiro ano (R1) e os do segundo ano (R2); a relação entre grupos de questões do QPVDC (avaliação rotineira do desenvolvimento) e o desempenho no TDC (o conhecimento sobre aspectos do desenvolvimento); a adequabilidade do TDC e a habilidade de cada residente em responder cada questão; análise dos grupos de questões do TDC que abordam aspectos do desenvolvimento (motor, linguagem e audição, infecções congênitas e distúrbios metabólicos); a habilidade dos residentes de cada escola para responder as questões e a influência das escolas no desempenho dos residentes.

RESULTADOS

1. *Práticas em relação à Vigilância do Desenvolvimento:*

Por meio da aplicação do “Questionário sobre as Práticas Relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança” – QPVDC – (ver Anexo 6) foi possível analisar o relato dos residentes em relação às ações de vigilância do desenvolvimento.

A primeira pergunta do questionário “*Você costuma perguntar às mães sobre o que elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?*” foi respondida por todos os participantes (n = 65), sendo que 83,1% responderam Sim. Destaca-se que quase todos os residentes do Curso 1 (94,7%) responderam Sim a esta questão, sendo esta a maior porcentagem de resposta Sim por curso, como mostra a Tabela 11.

Tabela 11.

Resposta à pergunta “Você costuma perguntar às mães sobre o que elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?” segundo instituição – 2005.

<i>Local de residência</i>	<i>SIM</i>		<i>NÃO</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Curso 1	18	94,7	01	5,3	19	29,2
Curso 3	16	76,1	05	23,9	21	32,3
Curso 4	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 5	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 7	06	66,7	03	33,3	09	13,9
TOTAL	54	83,1	11	16,9	65	100

Na questão 2, 60 residentes (92,3%) justificaram sua resposta em relação à questão 1 e cinco residentes não justificaram (7,7%). Na Tabela 12 as justificativas foram agrupadas e são apresentadas; entre parênteses encontra-se a frequência de aparecimento das respostas.

Tabela 12.

Justificativas apresentadas pelos residentes para perguntar ou não o que as mães acham do desenvolvimento de seus filhos.

Justificativa 1 - sim, porque consideram que a resposta da mãe pode contribuir para a avaliação da criança, para esclarecer dúvidas (11).

Justificativa 2 - sim, porque é importante saber se a mãe observa e estimula a criança (3).

Justificativa 3 – sim, porque as mães sentem-se ansiosas quanto ao desenvolvimento do filho, e quando o médico faz essa pergunta elas se sentem mais à vontade para expor suas dúvidas (2).

Justificativa 4 – sim, pois as mães são as primeiras a perceberem qualquer alteração do desenvolvimento das crianças (17).

Justificativa 5 – sim, para saber se o desenvolvimento da criança está adequado à idade ou quando é percebido que a criança não apresenta desenvolvimento compatível com a idade (18).

Justificativa 6 – não, perguntam somente se a criança está se desenvolvendo dentro do estágio esperado para sua idade (3).

Justificativa 7 – não, perguntam apenas quando a mãe manifesta alguma queixa específica sobre desenvolvimento (2).

Justificativa 8 – não, dependendo do estágio da residência, não têm tempo de perguntar (ex.:pronto socorro, enfermaria) (2).

Justificativa 9 – não, perguntam somente se observam alguma alteração no desenvolvimento (2).

Foi possível observar que a maioria dos residentes reconhece a mãe como boa fonte de informação sobre o desenvolvimento de seus filhos, podendo contribuir para a prática médica, tanto para confirmar suas hipóteses como para checar suas percepções com as das mães. Uma pequena porcentagem (n=2) dos residentes percebe que a mãe pode estar ansiosa em relação ao desenvolvimento dos filhos, e dá importância para tal preocupação. Os residentes que não perguntam rotineiramente sobre o desenvolvimento da criança, justificam que somente o fazem dentro do estágio em ambulatório, ou quando as mães apresentam queixas; ou perguntam somente se a criança está se desenvolvendo dentro do esperado para a idade.

No estudo de Figueiras (2002), 64,8% dos profissionais (médicos e enfermeiros) referiram que perguntavam rotineiramente às mães das crianças que atendiam o que estas acham do desenvolvimento de seus filhos. Portanto, os residentes do presente estudo (83,1%) parecem estar mais atentos a esta questão, talvez por estarem em período de especialização.

Na questão 3 foi perguntado se os residentes faziam avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atendem em sua prática. Dos 65 participantes, 56 (86,2%) relataram que fazem freqüentemente a avaliação do desenvolvimento das crianças em seus locais de atuação. Acima de 85% dos residentes de quatro dos cinco cursos (cursos 1, 3, 4 e 5) apresentaram resposta Sim a esta questão. Cabe destacar que a maior porcentagem de residentes que responderam Sim à questão 3 foi do Curso 1 (89,5%). Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13.

Resposta à pergunta "Você faz avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atende em sua prática diária no serviço público?" segundo instituição – 2005.

<i>Local de residência</i>	<i>SIM</i>		<i>NAO</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Curso 1	17	89,5	02	10,5	19	29,2
Curso 3	18	85,7	03	14,3	21	32,3
Curso 4	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 5	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 7	07	77,8	02	22,2	09	13,9
TOTAL	56	86,2	09	13,8	65	100

Em relação a esta questão, Figueiras (2002) encontrou percentual mais baixo entre os profissionais que já atuam em atenção primária à saúde – 70,6%, mas complementou os dados com entrevistas às mães que passaram por consulta com os médicos participantes do estudo, e dessas, apenas 24,1% confirmaram que os profissionais perguntaram sobre o desenvolvimento de seus filhos. A autora aponta a possibilidade de os profissionais realizarem a avaliação do desenvolvimento em número maior do que o referido pelas mães, mas por não envolvê-las neste processo, ela podem não perceber tal conduta. Estes achados são interessantes, e apontam a necessidade de mais estudos na área.

Diante da pergunta: "De cada 10 crianças que atende, quantas você avalia o desenvolvimento?", a maioria dos residentes (43,1%) respondeu que avalia todas as

crianças quanto ao desenvolvimento, outros 16,9% avalia de 7 a 9 crianças, 18,5% avalia de 4 a 6 crianças e 7,7% avalia de 1 a 3 crianças. Esta situação é apresentada na Tabela 14.

Tabela 14.

Número de crianças avaliadas por dia quanto ao desenvolvimento pelos residentes em pediatria segundo instituição – 2005.

No. crianças	Todas		1 a 3		4 a 6		7 a 9		Não faz avaliação desenvolv		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Curso 1	10	52,6	01	5,3	05	26,3	01	5,3	02	10,5	19	100
Curso 3	09	42,8	01	4,8	01	4,8	07	33,3	03	14,3	21	100
Curso 4	01	12,5	02	25,0	02	25,0	02	25,0	01	12,5	08	100
Curso 5	03	37,5	01	12,5	03	37,5	-	-	01	12,5	08	100
Curso 7	05	55,6	-	-	01	11,1	01	11,1	02	22,2	09	100
TOTAL	28	43,1	05	7,7	12	18,5	11	16,9	09	13,8	65	100

A maioria dos residentes dos Cursos 1, 3 e 7 relataram avaliar todas as crianças quanto ao desenvolvimento (52,6%, 42,8% e 55,6% respectivamente). Cabe destacar que na questão anterior apenas sete residentes do Curso 7 disseram avaliar rotineiramente o desenvolvimento infantil (a menor porcentagem – 77,8%) – ver Tabela 13. Mas, cinco deles avaliam todas as crianças – ver Tabela 14.

Dos nove residentes que afirmaram não realizar avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças (13,8%), todos apresentaram justificativas para não fazê-lo, que foram agrupadas e são apresentadas na Tabela 15 (entre parênteses encontra-se a frequência de aparecimento das respostas).

Tabela 15.

Justificativas apresentadas pelos residentes para não realizar avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças.

Justificativa 1 – o acompanhamento do desenvolvimento é realizado apenas em ambulatório de pediatria, se o estágio é realizado em pronto socorro não é feita esta avaliação; os ambulatórios que são especializados dificultam a avaliação neuropsicomotora, devido ao volume e objetivos dos mesmos; nos ambulatórios de neonatologia e puericultura tal avaliação é realizada (5).

Justificativa 2 - a avaliação do desenvolvimento é realizada em crianças maiores de 2 anos (1).

Justificativa 3 – *“por não adotarmos nenhuma escala ou método padronizado, a avaliação acaba por ser muito superficial, quando há evidência de algum atraso, acaba sendo encaminhado à neuropediatria”* (1).

Justificativa 4 – *“não é o objetivo rotineiro do meu trabalho por enquanto”* (1).

Justificativa 5 – falta de tempo, demanda muito grande (1).

Quanto à fala dos residentes de que o acompanhamento do desenvolvimento é realizado apenas no estágio em ambulatório, parece que em locais como o pronto-socorro ou enfermaria, onde vários participantes desse estudo realizavam estágio, o foco da consulta não é a vigilância do desenvolvimento, e sim, a emergência. Entretanto, o documento da Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) alerta quanto à “cultura de pronto-socorro”, que significa fazer do atendimento ambulatorial (onde cabe a vigilância do desenvolvimento) um serviço rápido, que desconsidera a avaliação integral da criança e olha somente para o sintoma ou queixa. Esta questão é preocupante e a nosso ver deve ser discutida ainda na residência em pediatria, pois pode gerar um conflito entre a formação do pediatra e sua atuação como profissional já formado. Considera-se necessário que os cursos de residência em pediatria revejam o papel do pediatra no atendimento em atenção básica à criança, bem como que ocorra uma mudança no sistema de saúde para possibilitar que as ações de vigilância do desenvolvimento sejam efetivadas.

A justificativa dos residentes de que realizam avaliação do desenvolvimento apenas a partir dos dois anos de idade é contrária aos achados da literatura, que ressaltam a percepção de atrasos de desenvolvimento precocemente, advertindo que quanto mais cedo as crianças forem identificadas e encaminhadas a serviços de estimulação precoce, melhor desempenho podem obter quanto ao desenvolvimento e

inclusão social (Guralnick, 1997; *Committee on Children With Disabilities* – Academia Americana de Pediatria, 2001; Miranda et al., 2003).

No estudo de Figueiras (2002) as justificativas que mais se destacaram para não se realizarem avaliação do desenvolvimento foram a falta de tempo, de experiência, de material e de programação sistematizada dos serviços de saúde. Destes, somente uma justificativa - a falta de tempo - foi semelhante às respostas do presente estudo. Supõe-se que os residentes em pediatria ainda não tiveram a experiência do trabalho em saúde pública, e suas justificativas se baseiam nos estágios que realizam.

A dificuldade dos pediatras em adotar testes de triagem do desenvolvimento é apontada em vários estudos (Lacerda & Aiello, 1998; Filipek et al., 1999; Lopreiato et al., 2000; Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003), que confirmam o relatado pelos residentes, que se o pediatra não sente seguro para avaliar o desenvolvimento de crianças, encaminha para o especialista.

As justificativas “falta de tempo e alta demanda” citadas pelos residentes como empecilho para avaliar rotineiramente o desenvolvimento aparecem também em outros estudos (Della Barba, 2002; Figueiras, 2002), onde os participantes são médicos que atuam já há algum tempo em rede pública de saúde, ou seja, são problemas percebidos desde a sua formação. Acreditamos que poderiam ser discutidas novas formas de lidar com esta situação ainda no curso de especialização – a residência – pois parece que tais justificativas são utilizadas no sentido de uma “acomodação” do profissional, que somado à forma de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, colabora para a manutenção de uma conduta “de atender emergências” em tais serviços.

Quanto ao uso de instrumentos para avaliar o desenvolvimento da criança, dos 56 residentes que o avaliavam rotineiramente, a maioria (n = 45 ou 78,9%) informou utilizar seus próprios conhecimentos (Ver Tabela 16).

Apenas onze participantes (21,1%) informaram que utilizavam algum tipo de escala. Destes, quatro citaram o teste “Denver”, quatro não especificaram qual escala

utilizam, um citou a Sociedade Brasileira de Pediatria, um citou a escala “*tipo adaptada do cartão da criança*” e um citou “*as cedidas pelo departamento de neuropediatria*” (ver Tabela 16).

Dos residentes que não utilizam escalas padronizadas, 25 (38,5%) colocaram como motivo não ter conhecimento aprofundado em escalas de avaliação e por isso não as utilizam, e outros 16 (24,6%) justificaram que as escalas são complexas e levam muito tempo para serem aplicadas. Dois participantes responderam que seus próprios conhecimentos sobre desenvolvimento são suficientes (3,1%). Outros dois relataram que nem sempre as tabelas estão disponíveis nos ambulatórios; dois responderam que no pronto-socorro não há tempo para uso de escalas e um participante relatou que não tem o hábito de utilizar escalas, totalizando 7,7% (ver Tabela 16).

Tabela 16.
Instrumentos que utilizam para avaliar o desenvolvimento da criança.

Meus conhecimentos próprios sobre desenvolvimento infantil (45) = 78,9%

Motivos:

- Não tenho conhecimento aprofundado sobre escalas de avaliação do desenvolvimento para utilizá-las em minha prática clínica (25)
- As escalas sobre avaliação do desenvolvimento infantil são muito complexas e tomam muito tempo para serem aplicadas (16)
- Meus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil são suficientes (2)
- A maioria dos serviços não tem essas tabelas disponíveis (2)
- No Pronto-Socorro não há tempo hábil para aplicação de escalas, são consultas de emergência (2)
- Falta de hábito, falta de praticidade (1)

Escalas padronizadas (11) = 21,1%

Quais?

- Sociedade Brasileira de Pediatria (1)
 - Denver (4)
 - Cedidas pelo departamento de neuropediatria (1)
 - Não citaram quais escalas utilizam (4)
 - Adaptada do cartão da criança (1)
-

Diante da pergunta 8 “Você costuma dar às mães alguma orientação sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos?” 81,5% responderam afirmativamente, como mostra a Tabela 17.

Tabela 17.

Resposta à pergunta “Você costuma dar às mães alguma orientação sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos?” segundo instituição – 2005.

Local de residência	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Curso 1	17	89,5	02	10,5	19	29,2
Curso 3	17	81,0	04	19,0	21	32,3
Curso 4	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 5	07	87,5	01	12,5	08	12,3
Curso 7	05	55,6	04	44,4	09	13,9
TOTAL	53	81,5	12	18,5	65	100

Dos 53 residentes que afirmaram dar orientações às mães sobre como estimular seu filho, 43 (81,1%) justificaram sua conduta. Em grande parte das respostas os residentes confirmam que orientam as mães e dão exemplos sobre o que sugerem a elas. Alguns participantes acreditam no importante papel dos pais como estimuladores da criança e outros referem que orientar as mães faz parte da puericultura. Essas justificativas são apresentadas na Tabela 18 (entre parênteses encontra-se a frequência de aparecimento das respostas).

Tabela 18.

Justificativas apresentadas pelos residentes para dar orientações às mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.

Justificativa 1 – sim, para orientar as mães a estimular o filho: conversar, mostrar cores, etc (22).

Justificativa 2 - sim, pois algumas mães acham que as crianças se desenvolvem sozinhas, sem estímulo. Outras confundem estimular com mimar. Algumas mães precisam mais de orientação (5).

Justificativa 3 – sim, porque a estimulação feita pelos pais tem papel fundamental no desenvolvimento da criança (5).

Justificativa 4 – sim, pois as mães são as mais indicadas a estimular o filho, pelo vínculo afetivo e tempo disponível (5).

Justificativa 5 – sim, pois faz parte da puericultura normal (3).

Justificativa 6 – sim, pois a maioria das crianças que tem retardo no desenvolvimento o tem por falta de estímulo (1)

Justificativa 7 – “sim, mas o que sei sobre desenvolvimento é muito pouco” (1)

Justificativa 8 – sim, orienta quando a criança é prematura ou tem algum atraso (1)

Entre os residentes que responderam Sim à questão sobre as orientações às mães, foi solicitado que citassem dois tipos de orientação que costumam dar. Essas estão relatadas na Tabela 19 (os números entre parênteses indicam quantas vezes os aspectos do desenvolvimento foram citados).

Tabela 19.

Tipos de orientações às mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.

Estimulação motora – estimular a criança em diferentes posições de acordo com o estágio de desenvolvimento; estimular a andar; andar sem o andador; oferecer brinquedos que estimulem a coordenação motora; colocar a criança no chão; explorar o ambiente; não ficar com a criança muito tempo no colo; colocar a criança sentada; colocar um objeto longe para a criança tentar alcançá-lo, estimular a pegar objetos; estimular a criança a permanecer de bruços quando acordado (posição prono) para firmar a cabeça; exercícios motores; estimular o rolar; oferecer brinquedos de montar tipo quebra-cabeça e jogos de encaixe; estimular a engatinhar; colocar brinquedos em volta da criança (35).

Estimulação da linguagem – fazer com que a criança peça as coisas falando; deixar a criança demonstrar suas necessidades; falar com a criança pausadamente e pedir para ela repetir; conversar com a criança, falar o nome dos objetos; corrigir quando fala errado (27).

Estimulação pessoal-social – brincar com a criança; apontar objetos e nomeá-los, passear com a criança e mostrar o ambiente, coisas novas; conversar com o bebê “olho no olho”; situações do dia-a-dia com crianças maiores; não deixar a criança sozinha em frente à TV; colocar a criança junto com outras crianças; ensinar jogos; dar bons exemplos, evitar brigas, manter o ambiente em harmonia (15)

Estimulação visual – mostrar objetos coloridos; oferecer objetos que chamem a atenção; brincar com móveis (10).

Estimulação auditiva – usar brinquedos que produzem sons; usar chocalhos (6)

Estimulação cognitiva – atividades de desenvolvimento intelectual, contar histórias, ensinar a contar com os dedos (3)

Prevenção de acidentes – não deixar a criança sozinha por muito tempo (2)

Orientações sobre nutrição – seguir dietas coerentes, evitar desnutrição (2)

Estimulação tátil – oferecer objetos de texturas diferentes (1).

Orientações sobre hábitos – deixar a chupeta e mamadeira (1)

Os aspectos mais citados em suas orientações foram a estimulação motora (n=35) e de linguagem (n=27). Outros aspectos importantes também foram apontados: estimulação pessoal-social, visual, auditiva, tátil, cognitiva, prevenção de acidentes, orientação sobre nutrição e modificação de hábitos nocivos à saúde da criança.

Figueiras (2002) também encontrou em seu estudo que 70,3% dos profissionais de saúde primária relatam orientar as mães sobre a estimulação do desenvolvimento. Entretanto, deve-se destacar que em seu estudo, poucas mães percebem esta conduta.

Dos 12 participantes que afirmaram não orientar as mães quanto à estimulação do desenvolvimento de seus filhos, seis (50,0%) apresentaram justificativas, descritas na Tabela 20.

Tabela 20.

Justificativas apresentadas pelos residentes para não orientar as mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.

Justificativa 1 – não, orienta raramente, apenas se achar que há um atraso ou que a criança não é estimulada (4)

Justificativa 2 – “não, falta orientação de como deve ser feito a orientação às mães” (1)

Justificativa 3 – não, grande quantidade de pacientes, não dando tempo para este tipo de orientação (1)

Na questão 10 os residentes responderam sobre sua conduta ao detectar uma criança com atraso de desenvolvimento. Alguns residentes citaram mais de uma conduta. As respostas são apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21.

Resposta à pergunta “Quando você detecta uma criança menor de 2 anos com atraso de desenvolvimento, qual sua conduta?” segundo instituição – 2005.

<i>Instituições</i>	<i>Curso 1</i>		<i>Curso 3</i>		<i>Curso 4</i>		<i>Curso 5</i>		<i>Curso 7</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>								
História e exame	4	19,0	2	8,0	1	9,1	-	-	2	18,2	9	11,6
Procura detectar as causas, avalia e depois encaminha	8	38,0	9	36,0	1	9,1	3	33,3	-	-	21	27,3
Enc. Ambulatório	1	4,8	-	-	-	-	-	-	1	9,1	2	2,6
Enc. Neuroped	1	4,8	7	28,0	4	36,4	1	11,1	5	45,4	18	23,4
Solicita av. audiológica e acompanha	1	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3
Conversa c/ mãe e orienta estimul.	4	19,0	1	4,0	2	18,2	1	11,1	2	18,2	10	13,0
Enc. Fisio	1	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3
Observa a evolução e depois encaminha	1	4,8	1	4,0	2	18,2	3	33,3	-	-	7	9,1
Avaliação e acompanhamento multidisciplinar	-	-	5	20,0	1	9,0	1	11,1	1	9,1	8	10,4
TOTAL	21	100	25	100	11	100	09	100	11	100	77	100

As condutas citadas pelos residentes ao detectar atraso de desenvolvimento foram variadas. As que apareceram em maior número foram: a investigação sobre as causas seguida do encaminhamento (27,3%), o encaminhamento ao neuropediatra (23,4%), a orientação à mãe e estimulação (13,0%) e a busca pela história e pedido de exames (11,6%). Os residentes que atuam nos Cursos 4 e 7 encaminham com mais freqüência ao neuropediatra; enquanto que os residentes dos Cursos 1, 3 e 5 procuram detectar as causas do atraso de desenvolvimento antes de encaminhar. O acompanhamento multidisciplinar foi referido com maior freqüência pelo Curso 3 (onde os residentes citaram fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo) e com menor freqüência nas outras instituições, mas não apareceu nos relatos do

Curso 1, onde é realizado um programa multidisciplinar – Projeto “D”, o que poderia parecer que o curso tem esta abordagem. É interessante observar que três instituições (Cursos 1, 4 e 7) ressaltam a conversa com a mãe e a orientação sobre estimulação, o que não aparece em outros estudos pesquisados na literatura. Diferentemente dos resultados encontrados por Lacerda e Aiello (1998), Della Barba (2002) e Figueiras (2002), onde os médicos participantes somente citam o encaminhamento a especialistas quando detectam algum problema com a criança, os residentes em pediatria do presente estudo também relatam que investigam as causas, pedem exames, orientam as mães e acompanham a evolução para depois encaminhar.

Se considerarmos que: perguntar às mães o que acham do desenvolvimento de seu filho (Tabela 11), fazer avaliação rotineira do desenvolvimento (Tabela 13) e com todas as crianças (Tabela 14), utilizar escalas ou testes para avaliar o desenvolvimento (Tabela 16) e dar orientações de como estimular a criança (Tabela 17) são ações importantes para um futuro pediatra, observamos que os residentes do Curso 1, quando comparados aos outros, parecem apresentar em maior número intenções para realizar tais ações.

Na última questão foi perguntado aos residentes se eles gostariam de receber algum treinamento sobre como avaliar, o que fazer após a avaliação e como orientar as mães sobre desenvolvimento. Todos os residentes responderam afirmativamente, demonstrando a necessidade de aprofundar seus conhecimentos sobre a vigilância do desenvolvimento. A síntese das respostas e a frequência de seu aparecimento apresentadas pelos participantes são colocadas na Tabela 22.

Tabela 22.

Justificativas dos residentes para receberem capacitação em desenvolvimento infantil.

Justificativa 1 – para reciclar, aprofundar o conhecimento (16).

Justificativa 2 – para melhorar a sensibilidade de detecção precoce de alteração do desenvolvimento e obter mais experiência; para reduzir seqüelas possíveis (11).

Justificativa 3 – porque a quantidade de recursos que podem ser utilizados é maior do que o aprendido em aulas gerais (7)

Justificativa 4 – o assunto é muito importante dentro da pediatria, há grande interesse, pois o conhecimento não é suficiente (6)

Justificativa 5 – para aplicação na prática clínica (4).

Justificativa 6 – “na prática clínica nos atentamos para as patologias, o que nos torna leigos no assunto desenvolvimento” (2)

Justificativa 7 – melhorar o conhecimento principalmente sobre escalas de desenvolvimento para serem usadas rotineiramente (1)

Justificativa 8 – para esclarecer dúvidas (se há falta de estímulo, se é algo orgânico) e como abordar (1)

Justificativa 9 – nem todos os serviços contam com equipe multidisciplinar, o pediatra tem que ter esses conhecimentos (1).

Justificativa 10 – “muitas vezes apenas encaminhamos a criança a especialistas sem saber a causa real do atraso de desenvolvimento” (1)

Justificativa 11 – “talvez haja uma falha em nosso treinamento no que diz respeito à avaliação e seguimento do desenvolvimento neuropsicomotor” (1)

Justificativa 12 – para saber orientar corretamente e não afligir a mãe (1)

2. Conhecimento dos residentes sobre o desenvolvimento da criança:

Por meio da aplicação do “*Teste sobre Desenvolvimento da Criança*” – TDC, que contém 19 questões (ver Anexo 7), foi observado que os residentes das faculdades que obtiveram mais de 70% de acertos (acima de 14 questões) foram: Curso 1 (9 residentes ou 47,4%), Curso 4 (6 residentes ou 75%) e Curso 5 (6 residentes ou 75%). Quatro residentes acertaram 18 questões ou 94,7% (um do Curso 3 e três do Curso 1). Nenhum residente obteve o máximo de acertos – 19

questões. A maioria dos residentes das instituições 3 e 7 acertou menos de 14 questões. Os resultados são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23.

Número de questões do TDC respondidas corretamente pelos residentes em pediatria segundo instituição – 2005.

Número de questões corretas	Curso 1		Curso 3		Curso 4		Curso 5		Curso 7	
	N	%								
0 – 6 (<36%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 – 9 (36,8 a 47,4%)	-	-	1	4,8	-	-	-	-	-	-
10–13 (52,6 a 68,4%)	7	36,8	11	52,3	2	25,0	2	25,0	8	88,9
14–17 (73,6 a 89,4%)	9	47,4	8	38,1	6	75,0	6	75,0	1	11,1
18 (94,7%)	3	15,8	1	4,8	-	-	-	-	-	-
19 (100%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	19	100	21	100	08	100	08	100	09	100

A análise estatística demonstra que, quando utilizado o modelo ANOVA One-Way (ver Anexo 8), no qual o fator de interesse é a universidade e a variável resposta é o desempenho no TDC, é possível verificar que a influência de cada universidade no desempenho do TDC é significativa. Prosseguindo na aplicação do modelo, chegou-se ao desempenho médio das universidades, como mostra a Tabela 24.

Tabela 24.

Média de acertos do TDC por cada universidade – 2005.

Universidade	Desempenho Médio
Curso 1	14.79
Curso 3	12.95
Curso 4	14.25
Curso 5	14.87
Curso 7	12.56

É possível observar que os residentes da universidade com desempenho médio mais alto foi o Curso 5, seguido pelos residentes do Curso 1 e Curso 4. Os residentes dos dois cursos que obtiveram o desempenho mais baixo foram do Curso 7 e do Curso 3, respectivamente.

Tabela 25.

Comparação entre o desempenho médio mais alto dos residentes e o desempenho médio mais baixo (p-valor).

P-valor para H0: Média(i)=Média(j)					
i/j	Curso 4	Curso 7	Curso 5	Curso 1	Curso 3
Curso 4		0.0817	0.5280	0.5182	0.1180
Curso 7	0.0817		0.0184	0.0068	0.6149
Curso 5	0.5280	0.0184		0.9183	0.0221
Curso 1	0.5182	0.0068	0.9183		0.0046
Curso 3	0.1180	0.6149	0.0221	0.0046	

As três Universidades que tiveram o melhor desempenho possuem médias estatisticamente iguais (p-valor maior que 0,05), bem como as duas que tiveram o desempenho mais baixo (p-valor maior que 0,05). A diferença está entre o Curso 5 e o Curso 7 (p=0,0184), entre o Curso 1 e o Curso 7 (p=0,0068), entre o Curso 5 e o Curso 3 (p=0,0221) e entre o Curso 1 e o Curso 3 (p=0,0046), ou seja, todas com p-valor menor que 0,05. O único curso que não se diferencia estatisticamente de nenhum outro é o Curso 4, porém se utilizarmos cerca de 12% de significância, ele pode ser considerado estatisticamente diferente do Curso 7 (p-valor = 0,0817) e do Curso 3 (p-valor = 0,1180).

Comparando-se com o estudo de Figueiras (2002), no qual a média de acertos entre os médicos foi de 11,5 questões e entre os enfermeiros foi de 8,1 questões, os residentes do presente estudo obtiveram médias superiores. Pode-se supor que, entre outras coisas, por cursarem a especialização, os conteúdos sobre desenvolvimento estão mais presentes.

A Tabela 26 mostra os índices de acertos dos residentes por nível – R1 e R2 - em cada instituição. É possível identificar que a maioria das respostas corretas esteve entre 10 e 17 questões. Foi percebido que os alunos de R2 acertaram mais questões na faixa de 14 a 17 (73,6 a 89,4%), na proporção de 18 para 12, enquanto que apenas os estudantes de R1 acertaram o maior número de questões (18 ou 94,7%), na proporção de quatro para zero, como mostra a Tabela 26.

Tabela 26.

Número de questões do TDC respondidas corretamente pelos residentes em pediatria segundo nível R1 e R2 por instituição – 2005.

Número de questões corretas	Curso 1		Curso 3		Curso 4		Curso 5		Curso 7		Total
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	
0 – 6 (<36%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 – 9 (36,8 a 47,4%)	-	-	-	1 = 10%	-	-	-	-	-	-	1 R2
10–13 (52,6 a 68,4%)	4 = 36,4%	3 = 37,5%	7 = 63,6%	4 = 40%	1 = 33,3%	1 = 20%	-	2 = 40%	4 = 100%	4 = 80%	30 16 R1 14 R2
14–17 (73,6 a 89,4%)	4 = 36,4%	5 = 62,5%	3 = 27,3%	5 = 50%	2 = 66,7%	4 = 80%	3 = 100%	3 = 60%	-	1 = 20%	30 12 R1 18 R2
18 (94,7%)	3 = 27,2%	-	1 = 9,1%	-	-	-	-	-	-	-	4 R1
19 (100%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub – total	11	8	11	10	3	5	3	5	4	5	
TOTAL	19		21		08		08		09		65

Entretanto, ao ser utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, constatou-se que estatisticamente não há diferença no desempenho dos residentes R1 e R2 no TDC (p-valor = 0,8235).

Na Tabela 27 é apresentada a distribuição da porcentagem de acertos por cada questão do *Teste sobre Desenvolvimento da Criança* (TDC), segundo cada curso de residência em pediatria, sendo destacado o percentual acima de 75%. Foram agrupadas questões que abordam aspectos do desenvolvimento semelhantes.

Tabela 27.

Distribuição da porcentagem de acertos, por questão do TDC, segundo cada curso de residência em pediatria – 2005.

Questão	Curso 1		Curso 3		Curso 4		Curso 5		Curso 7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01	15	79,0	14	66,6	04	50,0	06	75,0	08	88,9
02	15	79,0	18	85,7	07	87,5	08	100,0	08	88,9
05	15	79,0	15	71,4	07	87,5	07	87,5	04	44,4
06	15	79,0	19	90,5	08	100,0	08	100,0	06	66,7
11	14	73,7	06	28,6	03	37,5	02	25,0	01	11,1
03	13	68,4	15	71,4	05	62,5	06	75,0	06	66,7
04	11	57,9	14	66,6	05	62,5	05	62,5	06	66,7
08	17	89,5	18	85,7	08	100,0	06	75,0	08	88,9
07	17	89,5	21	100,0	08	100,0	08	100,0	08	88,9
09	16	84,2	16	76,1	04	50,0	07	87,5	06	66,7
10	18	94,7	13	61,9	08	100,0	05	62,5	05	55,5
13	15	79,0	13	61,9	06	75,0	07	87,5	05	55,5
14	09	47,4	10	47,6	06	75,0	05	62,5	04	44,4
12	15	79,0	10	47,6	04	50,0	06	75,0	08	88,9
15	06	31,6	09	42,8	00	00,0	05	62,5	02	22,2
16	17	89,5	10	47,6	08	100,0	05	62,5	06	66,7
17	17	89,5	20	95,2	08	100,0	08	100,0	08	88,9
18	18	94,7	19	90,5	08	100,0	08	100,0	09	100,0
19	17	89,5	11	52,3	07	87,5	07	87,5	05	55,5
TOTAL	19	100,0	21	100,0	08	100,0	08	100,0	09	100,0

Considerando o número de acertos por questão em cada instituição, temos que: o Curso 1 teve 75% ou mais de acertos em 14 questões; os alunos do Curso 5 acertaram 75% ou mais em 13 questões; os do Curso 4 em 12 questões, os Cursos 3 e 7 tiveram 75% ou mais de acertos em sete questões.

A questão 1 aborda o desenvolvimento visual e os residentes dos Cursos 1, 5 e 7 acertaram 75% ou mais.

As perguntas 2, 5, 6 e 11 estão relacionadas ao desenvolvimento motor, sendo que o maior número de acertos – mais de 75% - ocorreu com as questões sobre o comportamento de sentar, pegar objetos e andar (questões 2 e 6). Já a questão 5, relacionada aos comportamentos de andar, sustentar a cabeça, engatinhar e apanhar objetos foi marcada corretamente pela maioria dos residentes, com exceção dos alunos do Curso 3 e 7. A questão 11, relacionada às habilidades motoras finas e grosseiras e desenvolvimento cognitivo teve baixo percentual de acertos. Nesta questão, é perguntado sobre a ação dos grandes e pequenos músculos envolvidos nas habilidades motoras. Portanto, pode-se supor que este tema é pouco conhecido pelos residentes, ou que houve dificuldade de compreensão devido à terminologia utilizada.

As questões 3, 4 e 8 abordam aspectos do desenvolvimento auditivo e linguagem. Houve baixo percentual de acertos nas questões 3 e 4, relacionadas à idade de aquisição da capacidade de audição e da emissão de sons (somente o Curso 5 obteve 75% de acertos na questão 3 e nenhum grupo de residentes acertou mais de 66,7% na questão 4). Já na questão 8, que descreve uma situação clínica e as alternativas são hipóteses de atraso no desenvolvimento da linguagem e audição, houve 75% ou mais de acertos. Pode-se supor que a forma de apresentação desta questão (descrição de um caso) facilite o raciocínio do problema apresentado.

A questão 7 está relacionada aos fatores de risco associados ao atraso de desenvolvimento, e mais de 88% dos residentes respondeu corretamente. Deve-se destacar que a forma de apresentação das respostas é óbvia (anóxia neonatal, baixo peso ao nascer, raça e infecções congênitas), na qual a opção “raça” é claramente a resposta incorreta (ver Anexo 7).

A pergunta 9 aborda várias áreas do desenvolvimento (pessoal-social, motor global, independência e exame físico), e os participantes dos Cursos 4 e 7 acertaram menos de 75%.

A questão 10 trata da avaliação dos reflexos do lactente, e os residentes dos Cursos 3, 5 e 7 acertaram menos de 75%.

A questão 13 destaca também os reflexos do lactente, além do controle motor e tônus muscular, e não foi respondida corretamente pelos residentes dos Cursos 3 e 7.

A questão 14 aborda o exame físico, a anamnese e também os reflexos do recém-nascido, e todos os participantes tiveram menos de 75% de acertos, com exceção do Curso 4.

A questão 12 apresenta a forma de a criança relacionar-se com o meio. Estudantes das escolas 3 e 4 acertaram menos de 75%.

As perguntas 15 e 16 estão relacionadas às infecções congênitas que podem trazer seqüelas para o desenvolvimento do bebê. Nenhum grupo de residentes acertou mais de 62,5% da questão 15 (que aborda a investigação laboratorial das infecções), podendo-se supor que o tema é pouco conhecido pelos residentes. A questão 16 foi respondida corretamente por participantes dos Cursos 1 e 4 e descreve os sintomas da infecção por rubéola, assunto supostamente conhecido na área médica.

As questões 17, 18 e 19 estão relacionadas a distúrbio metabólico, síndrome genética e erros inatos do metabolismo, respectivamente. Essas são apresentadas em forma de “casos” e obtiveram alto índice de acertos.

Ao analisar a média de acertos por grupos de questões que abordam as áreas do desenvolvimento, observou-se que a questão que se refere aos fatores de risco para atraso de desenvolvimento (avaliado por uma única questão) teve o maior número de acertos (95,7%), seguido pelo grupo de questões (três questões) que aborda os distúrbios metabólicos (88,73%). Os outros grupos de questões que abordam o desenvolvimento visual, motor, auditivo e linguagem, reflexos e controle motor tiveram uma média de acertos de 73%. A questão que aborda a relação do indivíduo com o meio teve média de 68,1%. As questões que representam as

infecções congênicas, os reflexos, a anamnese e o exame físico obtiveram as menores médias (52,6% e 55,4%). A média de acertos por grupos de questões é apresentada na Figura 1.

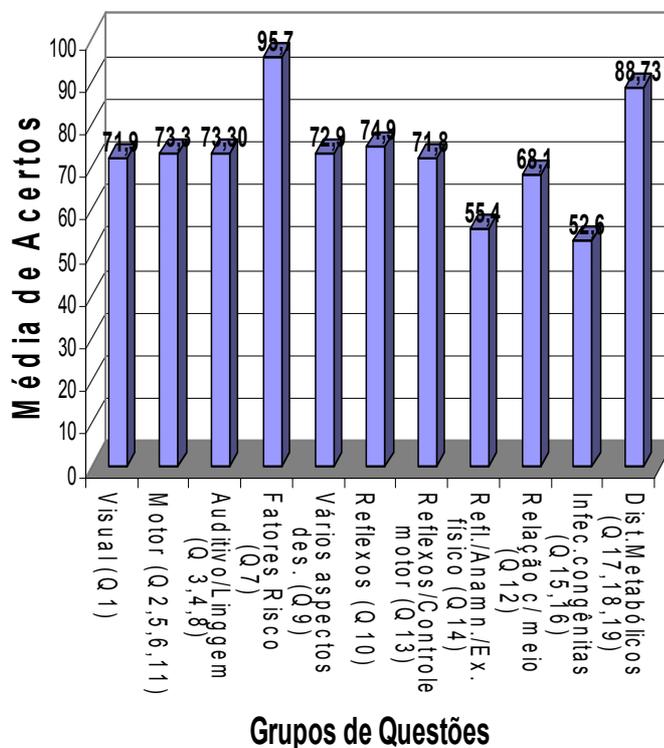
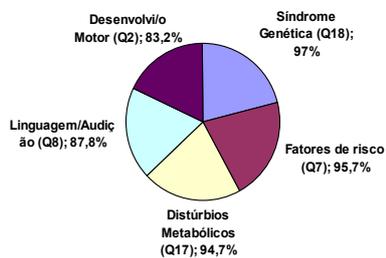


Figura 1. Média de acertos por grupos de questões que abordam áreas do desenvolvimento do TDC – 2005.

O maior índice de acertos em áreas do desenvolvimento ocorreu em relação às síndromes genéticas, os fatores de risco para atraso, os erros inatos do metabolismo, linguagem, audição e desenvolvimento motor. Por outro lado, os residentes apresentaram menor índice de acertos nas questões que envolvem investigação laboratorial de infecções congênicas, as habilidades motoras e desenvolvimento cognitivo, o exame físico, os reflexos do recém-nascido e a anamnese. A Figura 2 destaca tais índices.

Maior índice de acertos em áreas de desenvolvimento



Menor índice de acertos em áreas do desenvolvimento

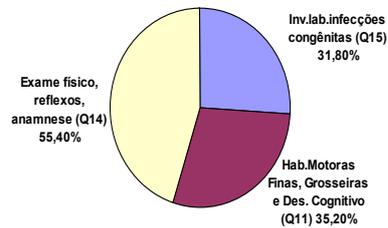


Figura 2. Aspectos do desenvolvimento onde ocorreu maior e menor índice de acertos do TDC – 2005.

A seguir são apresentadas possíveis correlações entre os resultados apresentados até o momento, a fim de identificar relações entre o ensino do conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento nos cursos de residência em pediatria e o desempenho dos residentes em questionários que avaliam o relato da prática e o conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

3. Possíveis correlações entre os resultados obtidos por meio da análise das grades curriculares e da aplicação dos questionários QPVDC (práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança) e TDC (avaliação do conhecimento sobre desenvolvimento infantil)

3.1. A significância da amostra de escolas e de residentes:

Foi constatado que 31 instituições ofereciam o curso de residência em pediatria no estado de São Paulo no período estudado. Destes, sete enviaram as grades de seus cursos e participaram da primeira etapa do presente estudo. Em termos estatísticos, para uma amostra obtida via correspondência (carta e *email*) ser representativa ela deve ser composta por pelo menos 60% de retorno (Cochran, 1977). Foi observado

que, na primeira etapa, obtivemos apenas 22,6% (sete em trinta e uma), não sendo tal amostra significativa, ou seja, os resultados não podem ser generalizados para todos os cursos de residência em pediatria do estado de São Paulo. O mesmo ocorre para a segunda etapa, na qual o número de faculdades que aceitaram participar foi 5 (16,12%).

Entretanto, na segunda etapa, 65 residentes de primeiro e segundo anos responderam aos questionários (QPVDC e TDC) entre os 122 que freqüentavam os cinco cursos de residência participantes no ano de 2005, conforme mostra a Tabela 28. Neste caso, o número de participantes é significativo. A análise estatística demonstra que para uma população de tamanho 122, com desvio padrão de 2,13 e 10% de erro, uma amostra significativa seria de 40 residentes. Neste estudo, a amostra foi de 65.

Tabela 28.

Relação do número de participantes X número total de residentes cursando a especialidade, segundo cada curso de residência em pediatria – 2005.

	Total R1 em 2005	Total R2 em 2005	Participantes R1	Participantes R2
Curso 1	16	16	12	7
Curso 3	12	12	11	10
Curso 4	3	5	3	5
Curso 5	22	24	3	5
Curso 7	6	6	4	5
TOTAL	59	63	33	32

3.2. *A relação entre o conteúdo das grades curriculares (primeira etapa – o ensino, as escolas) e o desempenho dos residentes nos questionários (segunda etapa – o conhecimento):*

Para verificar a influência das universidades no desempenho dos residentes ao responder os questionários, foi utilizado um modelo ANOVA One-Way (ver Anexo 8), onde há um único fator (universidade) e cinco níveis (as cinco universidades em questão), sendo a variável resposta o desempenho no TDC. Com um p-valor = 0,0085

é provado que o modelo utilizado é altamente significativo, ou seja, há dados suficientes para explicar a relação entre as universidades e o desempenho dos residentes. Portanto, é possível afirmar que a universidade influencia no desempenho. Dessa maneira, como mostrado nas Tabelas 24 e 25, os três cursos que obtiveram o desempenho médio mais alto (Cursos 1, 5 e 4, respectivamente) são estatisticamente iguais (p -valor=0,05), e os cursos que obtiveram o desempenho médio mais baixo (Cursos 3 e 7) também são estatisticamente iguais entre si (p -valor=0,05). Complementando, os residentes dos cursos 1, 4 e 5 obtiveram maior número de acertos de questões no TDC, acima de 70% (ver Tabelas 23 e 27). Além disso, os residentes que obtiveram melhor média também tiveram melhor descrição da grade curricular, ou seja, apresentaram conteúdos mais detalhados, priorizando tópicos que permitem fazer uma boa caracterização da grade (ver Tabela 6). Foi observado também que aparecem nos relatos dos alunos do Curso 1, em maior frequência, condutas importantes ao perceber atraso em crianças com menos de dois anos: colher a história da criança, procurar detectar as causas, avaliar e encaminhar, solicitar avaliação audiológica e acompanhar, conversar com a mãe sobre a estimulação e encaminhar à fisioterapia (ver Tabela 21). Conclui-se, portanto, que há consonância entre o ensino de pediatria e o conhecimento dos residentes sobre a vigilância do desenvolvimento.

3.3. *A relação entre os conhecimentos dos residentes de primeiro ano (R1) e os do segundo ano (R2):*

Ao comparar o desempenho dos residentes R1 e R2 no TDC constatou-se que eles possuem o mesmo desempenho, segundo o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, (p -valor=0,8235).

3.4. *A relação entre grupos de questões do QPVDC (avaliação rotineira do desenvolvimento) e o desempenho no TDC (o conhecimento sobre aspectos do desenvolvimento):*

Foram realizados os cruzamentos entre as questões mediante testes do tipo Qui-quadrado (ver Anexo 8) para verificar se há alguma relação (dependência) entre as questões do QPVDC e o desempenho no TDC.

3.4.1. *Questões 1, 2, 3, 4 e 5 do QPVDC (envolvem a avaliação rotineira do desenvolvimento) e o desempenho no TDC (relembrando, a hipótese nula considera que as respostas do QPVDC são independentes das respostas do TDC):*

Dentre as respostas a esse bloco de questões, apenas as respostas à questão 2 do QPVDC (a qual pede para o residente justificar se costuma ou não perguntar às mães sobre o desenvolvimento dos seus filhos) possuem uma forte relação com o desempenho no TDC (p -valor = 0,03), rejeitando a hipótese de independência para tal questão. As outras questões não apresentam relação significativa com o desempenho no TDC, ou seja, as respostas dadas não influenciam no desempenho. Os residentes que afirmaram perguntar sobre o desenvolvimento e realizar a avaliação rotineira do desenvolvimento em sua prática obtiveram as mesmas notas dos residentes que afirmaram não fazê-lo.

3.4.2. *Questões 6, (6.1, 6.2) e 7 do QPVDC (aborda o uso de instrumentos, escalas) e o desempenho no TDC:*

As respostas à questão 6.2 do QPVDC (onde pede que, se o residente utiliza escalas padronizadas, para especificá-las) possuem forte relação com o desempenho no TDC (p -valor = 0,01). A maioria dos residentes que não usa escalas acertou 13 questões; o residente que usa as escalas “cedidas pelo departamento de neuropediatria” acertou 16 questões; o residente que usa a escala “adaptada do cartão da criança” acertou 16 questões, e finalmente, dos residentes que relataram usar a

escala Denver, a maioria (67%) obteve a nota máxima 18 no TDC. Tais dados comprovam, portanto, a relação do uso de instrumentos de avaliação do desenvolvimento com o desempenho no TDC.

3.4.3. *Questões 8, (8.1) e 9 do QPVDC (envolve orientações à mãe sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos) e o desempenho no TDC:*

De acordo com o p-valor obtido de cada questão (0,49; 0,12 e 0,88, respectivamente) conclui-se que nenhuma das respostas às questões deste grupo apresentam relação com o desempenho no TDC.

3.4.4. *Questão 10 (pergunta sobre a conduta do residente ao detectar atraso no desenvolvimento) e o desempenho no TDC:*

Por meio do p-valor obtido para esta questão (0,68) também pode-se concluir que as respostas dos residentes são independentes do desempenho no TDC, ou seja, não há relação entre os mesmos.

3.5. *Adequabilidade do instrumento TDC e a habilidade de cada respondente⁸:*

Neste caso é utilizada a metodologia Teoria de Resposta ao Item (ver Anexo 8), onde alguns resultados são interpretados através de comparação, por não possuírem uma escala específica. Com este modelo é possível verificar a importância de cada questão para o instrumento de coleta. Nesta análise é utilizado o modelo logístico de três parâmetros, onde a “discriminação” indica a capacidade de selecionar os respondentes que tenham conhecimento do assunto, é considerada alta quando os valores obtidos são acima de dois. Os valores baixos indicam que respondentes com habilidades diferentes têm praticamente a mesma probabilidade de responder

⁸ É importante ressaltar que as correlações 3.5 e 3.6 medem a aplicabilidade do instrumento TDC.

corretamente ao item. O “acerto casual” é a probabilidade de resposta correta dada por indivíduos de baixa habilidade e a “dificuldade” é uma medida comparativa, é estipulado um índice e cada questão é comparada com tal indicador. Na Tabela 29 são apresentadas as medidas-resumo obtidas por meio do método Teoria de Resposta ao Item. Todas as questões do TDC foram comparadas com tais medidas.

Tabela 29.

Quadro de medidas resumo sobre as habilidades dos residentes ao responder ao TDC.

MEDIDAS RESUMO	Quantil 1	Quantil 2	Média	Quantil 3	Mínimo	Máximo
Proporção de Acertos	66%	72%	72%	85%	34%	95%
Índice de Discriminação	0.15	0.24	0.252105	0.35	0.05	0.70
Correlação Ponto Bisserial	0.15	0.26	0.275263	0.36	0.10	0.57
Dificuldade	-3.557	-2.309	-283.205	-0.573	-16.441	1.943

A análise mostrou que 75% das questões do TDC possuem proporção de acertos maior que 66%. O maior índice de discriminação foi de 0,70 (questão 11), o que indica que o TDC não é um instrumento muito discriminatório, já que o índice de discriminação é considerado alto quando atinge um valor maior ou igual a dois.

Em relação à correlação Ponto Bisserial, que indica a presença de similaridade entre a alternativa correta e as demais, o TDC mostra que em geral, tal correlação é baixa (entre 0,15 e 0,36), apontando que as alternativas das questões não são compostas de alternativas semelhantes, isto é, evitam que os respondentes se confundam ao assinalar a alternativa escolhida. Entretanto, algumas questões apresentaram nível médio desta correlação (questões 2, 10, 15, 16, 18 e 19).

Em relação à dificuldade, que é uma medida comparativa, foram encontrados 75% dos índices entre -3,557 e -0,573. Tais valores são levados em consideração ao serem comparadas cada questão com o resultado geral do TDC.

É possível agrupar as questões em que os respondentes apresentaram *baixa dificuldade* - questões 1, 2, 6, 7 (sendo a questão 7 a mais fácil do TDC), 12 e 17 (a

questão 17 a segunda mais fácil); as que apresentaram *grau médio de dificuldade* – questões 4, 5, 8, 9, 10, 13, 16, 18 e 19 e as que apresentaram *alto grau de dificuldade e boa capacidade discriminatória* – questões 3, 11, 14 (a questão 14 é a mais difícil) e a questão 15 é a que requer maior habilidade. Tais resultados são semelhantes aos demonstrados na Figura 2.

É importante ressaltar que algumas questões, embora tenham sido consideradas fáceis de serem respondidas, apresentam *boa capacidade discriminatória* (ou seja, permitiram diferenciar o grupo de respondentes de melhor habilidade dos respondentes com pior habilidade). São elas: questões 1, 5 e 8.

Por meio desta análise é possível concluir que o TDC, embora não sendo um instrumento muito discriminatório, tem a maioria de suas questões bem formuladas evitando que os respondentes se confundam, e proporciona razoável índice de acertos. Em futuros estudos, considera-se importante que as questões que foram consideradas fáceis e com baixo poder discriminatório sejam revistas e reformuladas: 1, 2, 6, 7, 12 e 17.

3.6. Análise dos grupos de questões do TDC que se referem aos aspectos do desenvolvimento (compostos por mais de uma questão): desenvolvimento motor, desenvolvimento auditivo e da linguagem, infecções congênitas e distúrbios metabólicos:

Utilizando a mesma metodologia da Teoria de Resposta ao Item, é possível verificar quais questões devem ser mantidas para avaliar cada área do desenvolvimento infantil.

No grupo referente ao Desenvolvimento Motor, (que envolve as questões 2, 5, 6 e 11), a questão 11 tem maior índice de discriminação (0,70), portanto, é a que mais diferencia os respondentes dentro do grupo. Já a questão 6 apresenta pior valor discriminativo (0,17), e sugere-se que seja revista sua inserção em futuras replicações do instrumento.

No grupo referente ao Desenvolvimento Auditivo e da Linguagem (representado pelas questões 3, 4 e 8), a questão 3 apresenta índice de discriminação médio (0,25), sendo que as outras apresentam os índices dentre os mais baixos do questionário (4 = 0,16 e 8 = 0,12). Portanto, as questões 4 e 8 devem ser discutidas quanto à sua inserção em futuras aplicações. Como a questão 3 é mais representativa para este grupo, pode ser mantida.

O grupo de questões sobre Infecções Congênitas, composto pelas questões 15 e 16, apresenta índices de discriminação dentro da média do questionário (0,23 e 0,33, respectivamente). A questão 15 apresentou alto índice de dificuldade (1,62). Considera-se que ambas podem ser mantidas em futuras aplicações.

No grupo de Distúrbios Metabólicos, composto pelas questões 17, 18 e 19, temos que a questão 19 apresenta o maior índice de discriminação do grupo (0,38), portanto, deve ser mantida para que os respondentes sejam discriminados significativamente dentro do grupo.

3.7. Análise das habilidades dentro das universidades: habilidades dos residentes de cada escola em responder cada questão do TDC:

Seguindo a mesma metodologia de análise estatística (Teoria de Resposta ao Item), foi gerado um quadro de medidas-resumo que permite avaliar as habilidades dos residentes por universidade.

De acordo com a análise estatística (ver Tabela 30), em média os alunos das cinco escolas estudadas tem habilidade suficiente para resolver o questionário TDC. Destaca-se o Curso 1 com alunos que obtiveram pontos muito acima da média (9,19, ou *outlier*) e alunos do Curso 3 que obtiveram o resultado menos satisfatório (-6,41), ou seja, apresentou muitos respondentes com habilidades mais baixas para responder cada uma das questões do TDC.

Tabela 30.

Quadro de medidas resumo sobre as habilidades dos residentes de cada escola em responder cada questão do TDC.

<i>Universidade</i>	<i>N</i>	<i>Quantil 1</i>	<i>Média</i>	<i>Quantil 3</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Curso 1	19	0,087	2,15	3,87	-0,70	9,19
Curso 3	21	-0,82	-0,14	0,61	-6,41	5,11
Curso 4	8	-0,20	0,35	0,60	-0,69	1,63
Curso 5	8	-0,2990	0,56	1,29	-0,91	1,90
Curso 7	9	-0,92	-0,40	-0,01	-1,93	1,31

3.8. A influência das escolas no desempenho dos residentes:

Nesta correlação é verificado se as universidades podem ser consideradas diferentes em relação às habilidades de seus residentes, a fim de expandir as conclusões dos participantes (n=65) para a população geral de residentes de cada universidade. Tal análise utiliza o Modelo ANOVA One-Way e de certa forma confirma a análise feita no item 3.2, no qual foi demonstrado que há relação entre o ensino e o desempenho dos alunos.

Com p-valor = 0,01 verifica-se que o modelo é altamente significativo, ou seja, há dados suficientes para afirmar que a universidade influencia na habilidade apresentadas pelos seus residentes.

É possível também afirmar que o Curso 1 apresentou os residentes com maior habilidade média em resolver o TDC, e foi o único estatisticamente diferente dos outros cursos. Os demais (3, 4, 5 e 7) tem em média a mesma habilidade.

DISCUSSÃO

O objetivo desta segunda etapa do estudo foi avaliar os conhecimentos de residentes em pediatria sobre o tema Vigilância do Desenvolvimento. Para tanto, foram replicados os instrumentos utilizados por Figueiras (2002) junto a 65 residentes em pediatria, de primeiro e segundo ano, de cinco instituições do estado de São Paulo.

A vigilância do desenvolvimento de todas as crianças durante as consultas de rotina é tarefa do pediatra e é ressaltada por vários autores (Filipek et al., 1999; Steiner et al., 1999; Della Barba, 2002; Miranda et al., 2003 e Resegue Silva, 2004).

Os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados na literatura, que afirmam que os pediatras desconhecem sobre vigilância do desenvolvimento infantil (Lacerda & Aiello, 1998; Della Barba, 2002 e Figueiras et al., 2003) e mesmo tendo claro que seu papel seria realizá-la, apresentam justificativas para não fazê-lo, como o tempo reduzido da consulta, a grande demanda de pacientes e o exame direcionado somente aos sintomas da criança (Lopreiato et al., 2000; *Committee on Children with Disabilities* – Academia Americana de Pediatria, 2001; Blank, 2003 e Figueiras et al., 2003).

O presente estudo expande tais achados da literatura na medida em que obtém os mesmos resultados junto aos residentes em pediatria. Os participantes da pesquisa também demonstraram falta de conhecimento sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, e por isso não se sentem seguros para orientar a família.

A maioria dos residentes que participou desse estudo (86,2%) referiu que faz avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atendem em suas consultas; destes, 43,1% relata que o faz junto a todas as crianças. Entretanto, os residentes que referiram não realizá-la apresentaram justificativas diversificadas, entre elas: o local do estágio dificulta o acompanhamento do desenvolvimento, tal avaliação é realizada

apenas em crianças maiores de dois anos de idade, a não adoção de instrumentos padronizados dificulta a triagem e acompanhamento do desenvolvimento, gerando o encaminhamento a especialistas (neuropediatra), além da falta de tempo e grande demanda de pacientes. Todos esses fatores parecem comprometer a qualidade da observação em relação à vigilância do desenvolvimento do bebê na rotina do residente em pediatria. Portanto, deveriam ser levados em consideração pelas coordenações dos cursos de residência médica em pediatria, pois quando o pediatra formado deparar-se com o sistema público de saúde, as dificuldades citadas poderão ser acentuadas, colaborando para a má qualidade do atendimento a essa população e a falta de uma abordagem à saúde integral da criança.

O estudo de Filipek et al. (1999) aponta que menos de 30% dos profissionais de saúde utilizam testes de triagem do desenvolvimento padronizados. O presente estudo confirma esse dado também junto aos residentes, pois apenas 21,1% dos participantes afirmaram utilizar escalas para avaliar desenvolvimento infantil, tanto por não possuírem conhecimento aprofundado sobre as escalas padronizadas (38,5%), como por as acharem complexas e demoradas para serem aplicadas (24,6%). Além disso, poucos participantes afirmaram que seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil são suficientes, alguns relataram que por fazerem estágio em pronto-socorro não aplicam escalas devido ao curto tempo das consultas e outros colocaram que nos serviços onde atuam não existem instrumentos disponíveis; outros ainda, não aplicam por falta de hábito e de praticidade.

Dos residentes que relataram utilizar instrumentos para avaliar o desenvolvimento infantil, quatro citaram o teste “Denver”. Tal escala é a mais conhecida por pediatras (Filipek et al., 1999; Della Barba, 2002; Figueiras et al., 2003), mas não tem validade comprovada. Por outro lado, os instrumentos recomendados na literatura como eficazes para a triagem de desenvolvimento (como o PEDS - Glascoe, 1998 e o CDIs – Ireton & Glascoe, 1995) não foram traduzidos e validados no Brasil e não são acessíveis fora do contexto de pesquisa, o que se sugere para futuros

estudos. Apenas um participante citou o “cartão da criança”, que apesar de conter apenas os marcos do desenvolvimento, é documento oficial nas Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento da criança, e por ser de rápida visualização e preenchimento, poderia ser melhor utilizado tanto como instrumento de triagem do desenvolvimento como para orientar as mães quanto às observações que podem fazer de seus filhos.

É importante destacar que os testes sistematizam a avaliação da criança e fazem parte da mesma, servindo como um auxílio no processo de vigilância do desenvolvimento (Hutchison & Nicoll, 1988; Dworkin, 1989; Frankenburg, 1994; *Committee on Children With Disabilities* – Academia Americana de Pediatria, 2001). Os autores afirmam que os testes não devem ser utilizados isoladamente, por não considerarem todo o contexto em que vive a criança e sua família. Entretanto, Dworkin (1989) aponta que os testes de *screening* podem ser úteis no ensino da pediatria por abordarem o desenvolvimento normal, podendo auxiliar o pediatra a reconhecer déficits quando estes estão presentes. Em relação a este ponto, foi comprovado no presente estudo que os residentes que relataram utilizar escalas para avaliar o desenvolvimento do bebê (as cedidas pelo departamento de neuropediatria, a adaptada do cartão da criança e o teste Denver) obtiveram o melhor desempenho ao responder o Teste sobre o Desenvolvimento da Criança (TDC), com 16 a 18 acertos entre 19 questões.

Figueiras (2002) coloca que o fato de utilizar ou não escalas de avaliação do desenvolvimento não mede a qualidade do atendimento em pediatria (p.65). Entretanto, outros estudos tanto no Brasil como no exterior ressaltam que é do pediatra a tarefa de realizar a vigilância do desenvolvimento de todos os bebês e encaminhá-los para serviços especializados quando forem identificados fatores de risco, déficits ou atrasos estabelecidos no desenvolvimento (*Committee on Children With Disabilities* – Academia Americana de Pediatria, 2001; Miranda et al., 2003; Resegue Silva, 2004; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004).

Caberia questionar, diante disso: se esses profissionais não utilizam instrumentos de triagem que poderiam auxiliá-los na vigilância do desenvolvimento e não atentam a possíveis relatos da mãe, poderia se supor que seu conhecimento sobre o desenvolvimento da criança é pouco preciso? E ainda, se não há uma rotina nas Unidades Básicas de Saúde para que ocorra a vigilância do desenvolvimento (por exemplo, tempo de consulta coerente com essa ação, informações passadas de uma consulta para outra, o mesmo pediatra que acompanha a criança durante as consultas de puericultura), é possível tal monitoramento? São necessários ainda estudos que descrevam a prática de observação dos aspectos do desenvolvimento na atenção primária à saúde e o trabalho interdisciplinar com esta finalidade.

No presente estudo, 81,5% dos residentes afirmou que costumam dar orientações às mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos. De acordo com as justificativas apresentadas por eles, pode-se concluir que os residentes têm consciência da importância de tais orientações, e de seu papel. Os aspectos do desenvolvimento motor, de linguagem e pessoal-social foram os mais lembrados nas orientações às mães.

Ao ser comparado com o estudo de Figueiras (2002), que trabalhou com médicos e enfermeiros atuantes no Programa da Família Saudável e Unidades Municipais de Saúde do município de Belém – Pará, foi percebido que embora os residentes em pediatria também desconheçam os aspectos da vigilância do desenvolvimento, apresentam atitudes diferenciadas dos pediatras formados. As condutas mais comuns relatadas pelos residentes ao detectar atraso de desenvolvimento em crianças menores de dois anos foram: a procura pelas causas do atraso (27,3%), o encaminhamento ao neuropediatra (23,4%), a orientação à mãe e estimulação (13,0%) e a busca pela história e pedido de exames (11,6%). O acompanhamento multidisciplinar também foi citado, mas em menor frequência.

Tais resultados são diferentes dos encontrados na literatura brasileira, onde os médicos citam o encaminhamento a especialistas com maior frequência (Lacerda & Aiello, 1998; Della Barba, 2002; Figueiras, 2002).

Vários estudos, tanto brasileiros como internacionais, têm colocado a importância de ouvir os pais quando é pesquisado o desenvolvimento de crianças em atendimentos realizados nos serviços de saúde (Dworkin, 1989 e 1993; Glascoe, 1998; *Committee on Children With Disabilities* – Academia Americana de Pediatria, 2001, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004). No presente estudo, 83,1% dos residentes relatou que rotineiramente pergunta às mães sobre o desenvolvimento de seus filhos, reconhecendo-as como boa fonte de informação e elemento facilitador na promoção do desenvolvimento de seus filhos.

Considera-se que o presente estudo trouxe uma contribuição à aplicação dos instrumentos sobre vigilância do desenvolvimento (elaborado e aplicado originalmente por Figueiras, 2002) na medida em que foram replicados junto a outra população (os residentes de pediatria), foi realizada uma análise mais refinada dos questionários e são propostas alterações para futuras aplicações.

No estudo de Figueiras (2002) não são avaliados os acertos em áreas do desenvolvimento e não são feitas correlações entre os dois instrumentos (“Práticas relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança” - QPVDC e o “Teste sobre o Desenvolvimento da Criança” - TDC). Os resultados são apresentados em termos da distribuição de acertos no TDC, da comparação entre os acertos de médicos e enfermeiros e da distribuição de acertos por questão do TDC.

No presente estudo, foi possível observar que os residentes em pediatria obtiveram o maior índice de acertos nas questões relacionadas às “patologias” ou “distúrbios”, como por exemplo: síndrome genética (97%) e distúrbios metabólicos (94,7%), levando-se a concluir que estes conteúdos são enfocados no currículo de pediatria, pois como constatado na primeira etapa do estudo, os cursos enfatizam as especialidades em suas grades curriculares. Além disso, na questão relacionada a

fatores de risco para atraso de desenvolvimento os residentes obtiveram 95,7% de acerto, mas constatou-se que as alternativas levam a uma resposta óbvia. Os residentes também tiveram alto índice de acertos nas questões que envolvem linguagem e audição (87,8%) e desenvolvimento motor (83,2%), e considera-se que estes aspectos são mais facilmente perceptíveis ao ser avaliado o desenvolvimento infantil.

Por outro lado, foi observada carência de conhecimentos em relação à investigação laboratorial de infecções congênitas (31,8% de acertos); às habilidades motoras finas e grosseiras e desenvolvimento cognitivo (35,2%) e ao exame físico, reflexos e anamnese (55,4%). Pode-se supor que esses resultados refletem a ausência de tais conteúdos relacionados à vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares dos residentes em pediatria. Além disso, as habilidades motoras finas e desenvolvimento cognitivo são menos perceptíveis ao se observar o comportamento infantil, necessitando de treino ou mesmo familiaridade com o desenvolvimento normal.

Diante dos cruzamentos entre as questões do QPVDC e o desempenho no TDC, em geral não foi comprovada relação entre os residentes que perguntam sobre o desenvolvimento à mãe e seu desempenho nas questões sobre desenvolvimento infantil, a não ser as respostas a duas questões que foram significativas e apresentaram tal relação: a questão 2 (onde o residente justifica se costuma ou não perguntar às mães sobre o desenvolvimento dos seus filhos) e a questão 6.2 (sobre o uso de escalas). Os residentes que apresentaram justificativas para perguntar ou não sobre o desenvolvimento às mães e os que afirmaram utilizar escalas de avaliação do desenvolvimento em sua prática acertaram maior número de questões no TDC.

Ao ser verificada cada questão do TDC separadamente, destaca-se que o maior Índice de Discriminação foi de 0,70, demonstrando que o instrumento é pouco discriminatório (pois tal índice é considerado alto quando atinge valor maior ou igual a 2,0). Este resultado mostra que o TDC identifica pouco a habilidade do residente em

responder perguntas sobre aspectos do desenvolvimento infantil. Entretanto, algumas questões apresentaram alto grau de dificuldade e boa capacidade discriminatória (as questões 3, 11, 14 e 15) e algumas foram consideradas fáceis, mas também com boa capacidade de discriminar a habilidade (questões 1, 5 e 8). Tais resultados devem ser levados em consideração ao serem propostas novas aplicações do instrumento TDC.

Ao serem avaliados os grupos de questões referentes às áreas de desenvolvimento, algumas delas mostraram-se mais discriminatórias dentro do grupo, como: a questão 11 sobre o desenvolvimento motor, a questão 3 sobre desenvolvimento auditivo e linguagem, a questão 16 sobre infecções congênitas e a questão 19 sobre distúrbios metabólicos. A questão mais discriminatória do TDC foi a 11 (0,70) e a menos discriminatória foi a 7 (0,05). A questão mais difícil do TDC foi a 14 e a mais fácil foi novamente a questão 7. Da mesma forma, estes resultados podem contribuir ao ser replicado o questionário.

Propõe-se, portanto, algumas modificações no instrumento TDC em futuras replicações. Sugere-se que seja modificada a questão sobre “fatores de risco para atraso de desenvolvimento”, pois ela não reflete a complexidade do tema. Sugere-se que sejam acrescentadas outras sobre este mesmo tema, pois considera-se um assunto importante dentro do processo de vigilância do desenvolvimento.

Sugere-se também que sejam modificadas as outras questões do TDC que apresentaram baixo grau de dificuldade: 1 (desenvolvimento visual), 2 e 6 (desenvolvimento motor), 12 (relação do indivíduo com o meio) e 17 (distúrbios metabólicos).

Da mesma maneira, sugere-se que sejam acrescentadas questões que abordem os reflexos do recém-nascido, dados de anamnese e exame físico, pois estes são componentes essenciais da vigilância do desenvolvimento e observou-se que nestes aspectos os residentes obtiveram as piores médias. Considera-se também importante que em futuros estudos sejam acrescentadas outras questões sobre tópicos relacionados à vigilância do desenvolvimento, os quais são ressaltados pelos

órgãos oficiais de pediatria (Sociedade Brasileira de Pediatria e Academia Americana de Pediatria), como: atenção às preocupações dos pais, troca de informações com outros profissionais, uso de roteiros de desenvolvimento, principais fatores que podem alterar o desenvolvimento infantil, condições econômicas e sociais da família, habilidades de desenvolvimento, atividades lúdicas, entre outras.

Os resultados do presente estudo mostraram, num primeiro momento, que existe uma falha na formação do pediatra (mediante a análise das grades curriculares na amostra estudada) quanto à abordagem do tema vigilância do desenvolvimento. E em seguida, foi constatado que tal abordagem superficial pode trazer como consequência ao pediatra a dificuldade em aplicar tal conteúdo em sua prática clínica, pois os residentes que tiveram melhor descrição dos itens envolvendo a vigilância do desenvolvimento em seus cursos apresentaram melhor desempenho nos questionários.

Consideramos, portanto, que o conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento deveria ser priorizado no ensino de pediatria, e não apenas as especialidades, como foi observado. Sugere-se que, ao trabalhar a vigilância do desenvolvimento nos cursos de residência, sejam enfatizados os conteúdos apontados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) e pelo *Committee on Children With Disabilities* - Academia Americana de Pediatria (2001). Assim, parece necessário alertar os futuros pediatras quanto ao seu papel diante da possibilidade de identificação precoce de atrasos de desenvolvimento e de educação em saúde para as famílias que os procuram.

Deve-se destacar que a maneira superficial de trabalhar o conteúdo de vigilância do desenvolvimento junto aos residentes de pediatria pode comprometer a promoção da identificação precoce de casos de deficiência ou mesmo de risco para atrasos de desenvolvimento. Por outro lado, foi percebido que os residentes relataram atitudes importantes e diferenciadas de outros estudos quanto à sua conduta ao detectar atrasos de desenvolvimento. Tais resultados podem ser reflexos de sua formação e deveriam ser enfatizados pelos preceptores durante o ensino de pediatria.

Se considerarmos que as respostas apresentadas pelos residentes em relação às práticas em vigilância do desenvolvimento estão relacionadas com a abordagem inespecífica do tema no ensino de pediatria, há o risco de gerar uma visão segmentada da criança e do serviço onde ela é atendida. Enfocar mais as especialidades do que a pediatria geral pode determinar a forma como o pediatra atuará futuramente, ou seja, supervalorizar os sintomas e direcionar a consulta para a doença.

Nesse sentido, Castellanos (2003) aponta que a formação pediátrica tem como foco de trabalho pedagógico o “corpo doente”, o que gera uma prática profissional em conflito de identidade, uma oposição entre a integralidade e a compartimentalização da visão de infância, podendo comprometer a atuação clínica do futuro pediatra.

Figueiras (2002) complementa que a vigilância do desenvolvimento ainda não tem ocorrido efetivamente, porque envolve uma complexidade de ações, que vão desde a adequação de serviços de referência para o encaminhamento dos casos detectados à capacitação de recursos humanos.

Parece haver uma carência de estudos no Brasil sobre os recursos disponíveis aos profissionais da saúde para realizar a avaliação do desenvolvimento, identificar precocemente atrasos de desenvolvimento em bebês na atenção básica à saúde e efetuar encaminhamentos ao serem percebidos déficits. Neste sentido, os estudos de Silva et al., (1993) e Pinto et al., (1997) avaliam e propõem escalas de avaliação do desenvolvimento que podem ser utilizadas por vários profissionais que atuam nesta área. Portanto, sugere-se que novos estudos abordem as formas de se colocar em prática a vigilância do desenvolvimento junto a esta população.

A vigilância do desenvolvimento deve ser vista como uma ação interdisciplinar, que olhe a criança em sua integralidade com a participação de outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado à criança, além do pediatra. Este deveria ampliar seus conhecimentos em relação à atuação de outras áreas (como a fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), saber o que esperar das mesmas, saber

encaminhar e principalmente trabalhar em equipe, o que pode trazer enormes benefícios à saúde da população infantil e enriquecer sua atividade profissional. Para tanto, esta ação envolve a reforma do currículo médico e a mudança de concepções e atitudes dos docentes, com a valorização de cuidados globais, preventivos e atendimento integral. A vigilância do desenvolvimento deve se voltar para a educação em saúde, ser simples e aproveitar os recursos da comunidade, valorizando as ações de diagnóstico precoce (Costa, 1985; Dworkin, 1989; Marcondes, 1997).

Neste sentido, é importante resgatar a interdisciplinaridade também com relação à ampliação das pesquisas envolvendo as áreas que atuam na atenção à infância, como a pediatria, a terapia ocupacional e outras. Desta forma, pode-se pensar na ampliação das possibilidades de um trabalho com o mesmo objetivo, que é o de acompanhar o desenvolvimento da criança, perceber os fatores de risco envolvidos neste processo e as possibilidades de intervenção dentro da intersectorialidade. Assim, aumentam-se também as possibilidades de incrementar a pesquisa em Educação Especial, particularmente na área de intervenção precoce, com relação à identificação precoce de atrasos de desenvolvimento.

Dados da prática clínica também mostram que muitos fatores interferem na identificação e no encaminhamento precoce de crianças que apresentam risco para atraso, entre eles: a rotina dos serviços de saúde, a burocracia que envolve os encaminhamentos entre os setores, a alta demanda, a falta de conhecimento sobre serviços da comunidade, a procura por atendimento emergencial em rede básica de saúde e a não disponibilidade de escalas de avaliação do desenvolvimento nos serviços. Resegue Silva (2004) acrescenta que boa parte das crianças com alterações de desenvolvimento não apresenta fatores de risco para se suspeite dessas alterações. Portanto, para que a eficácia das ações em vigilância do desenvolvimento ocorra, há a necessidade de estendê-las para todas as crianças dentro da atenção básica à saúde, e não somente para as que apresentam riscos. Além disso, é preciso que ocorra o envolvimento de recursos das áreas de saúde, educação e comunidade,

ou seja, a intersectorialidade deve permear todo o processo de atenção à criança. Consideramos que as coordenações dos cursos de residência em pediatria deveriam atentar-se para estes fatores e rever a forma como os conteúdos sobre a vigilância do desenvolvimento estão sendo transmitidos aos futuros pediatras, e como repercutirão em sua prática clínica.

Foi possível perceber a influência de cada curso de residência no desempenho dos alunos no TDC, ou seja, a relação entre o ensino de pediatria e o conhecimento que os residentes apresentam sobre desenvolvimento infantil. Apesar de nenhum residente ter acertado todas as 19 questões do TDC, os participantes dos Cursos 5, 1 e 4, respectivamente, se destacaram e apresentaram desempenho médio mais alto, com média de acertos entre 14,87 e 14,25 questões. Os residentes de tais cursos obtiveram mais de 70% de acertos nas questões e suas grades curriculares tiveram a melhor descrição do conteúdo de vigilância do desenvolvimento. Frente a isso parece que os currículos desses cursos, em relação ao tema vigilância do desenvolvimento, são mais completos.

Além disso, os alunos do Curso 1 se destacaram em número de acertos, apresentaram maiores habilidades em responder ao TDC e também ao relatar condutas consideradas importantes ao detectar atraso de desenvolvimento no bebê (colher a história da criança, procurar detectar as causas do atraso, avaliar e encaminhar, conversar com a mãe e orientar a estimulação, entre outras). O fato de manter um projeto de atenção ao desenvolvimento voltado à comunidade pode propiciar um maior envolvimento dos residentes do Curso 1 com as ações que envolvem a vigilância do desenvolvimento.

Alguns problemas que não estavam previstos ocorreram no procedimento do presente estudo.

Foi percebida baixa taxa de retorno (22,6%) do envio das grades curriculares pelos cursos de residência em pediatria, apesar dos esforços em fazer contato com as escolas do estado de São Paulo que mantinham a especialização (contato telefônico,

envio de carta solicitando o envio das grades dos cursos, novo contato com as instituições que não haviam respondido). Em relação a este problema, sugere-se que futuros estudos façam maior investimento no contato pessoal com as coordenações dos cursos.

Foi identificada também a demora entre o contato com as coordenações dos cursos e a aplicação dos questionários junto aos residentes, pois o esquema de organização dos estágios faz com que estes atuem em forma de rodízio em vários locais, encontrando-se em grupos maiores em poucos momentos, geralmente em aulas teóricas ou avaliações. Nestes momentos foram aplicados os questionários. Sugere-se em futuros estudos que os encontros com os residentes sejam agendados para o início do ano letivo ou com grande antecedência, para as datas que sejam convenientes a eles.

Foi constatado também que a amostra de cursos de residência em pediatria participante da primeira etapa do presente estudo (sete cursos em 31 no estado de São Paulo) não é considerada significativa. Futuros estudos deveriam utilizar amostras mais representativas. Sugere-se, neste aspecto, que sejam coletados os dados sobre as grades curriculares pessoalmente, em visitas às instituições de ensino.

Entretanto, o número de residentes participantes da segunda etapa é bem significativa (65 em 122 residentes de primeiro e segundo ano de cinco cursos no estado de São Paulo), podendo estes resultados serem refletidos para a população total de residentes do estado.

Algumas questões importantes foram levantadas pelo presente estudo. Foi constatado que o conteúdo sobre vigilância do desenvolvimento é diluído entre outros na grade curricular dos cursos de residência em pediatria, levantando a dúvida sobre como tem sido a formação dos pediatras com relação a este tema. Adicionalmente, os dados sobre as práticas em vigilância do desenvolvimento e conhecimento em aspectos do desenvolvimento infantil foram coletados por meio de questionários, o que leva a supor-se que, se além da aplicação dos instrumentos fossem feitas

observações quanto ao desempenho dos residentes nos próprios estágios em que atuam, os resultados poderiam ser mais fidedignos com relação à sua prática e conhecimento sobre o desenvolvimento.

Os resultados do presente estudo parecem implicar na modificação do ensino de residentes em pediatria em termos da ampliação do conteúdo e prática sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, principalmente destacando os fatores de risco para atraso de desenvolvimento e o relato dos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos.

Neste sentido, Figueiras et al. (2005) elaboraram um manual destinado a profissionais da rede básica de saúde contendo conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida, com a intenção de estimular o profissional a avaliar o desenvolvimento da criança e reconhecer comportamentos que possam sugerir algum problema. Dworkin (1993) enfatiza o uso de questionários para os pais, a valorização da informação que estes podem trazer ao processo de avaliação da criança e ressalta o uso de instrumentos de triagem para auxiliar os profissionais a realizarem a vigilância do desenvolvimento. Em outro estudo, Dworkin (1989) afirma que, para a vigilância do desenvolvimento ocorrer de forma satisfatória, deve envolver a prática clínica, o treino de profissionais e a pesquisa. O autor conclui que a monitoração do desenvolvimento deve ser realizada durante o processo de vigilância, onde devem ser colhidas as informações e preocupações dos pais, e também uma história completa do desenvolvimento, devendo ser enfatizadas as observações sobre o desempenho das crianças na aquisição de habilidades de forma longitudinal, contínua. Considera-se que todos estes aspectos devem ser somados aos conteúdos trabalhados dentro do tema vigilância do desenvolvimento nos cursos de residência em pediatria, servindo também como questionamento sobre a forma como tem sido transmitido tal conteúdo aos futuros pediatras.

Há necessidade de se traçar estratégias para melhorar a detecção precoce de problemas de desenvolvimento no contexto da atenção à saúde da criança, pois se a

percepção de atrasos não ocorrer precocemente, o encaminhamento de crianças a serviços especializados pode ser tardio, comprometendo seu desempenho na vida futura e sua qualidade de vida.

Todos os residentes do presente estudo afirmaram que gostariam de receber capacitação em desenvolvimento infantil, reconhecendo que há necessidade de aprofundar o conhecimento e melhorar a sensibilidade na detecção precoce de sinais de alteração do desenvolvimento. Alguns relataram a necessidade de ampliar recursos a serem utilizados na avaliação de crianças, outros demonstraram interesse em melhorar o conhecimento sobre escalas que possam ser utilizadas rotineiramente pelo pediatra.

Neste sentido, também no artigo de Zardo e Bozzetti (2003), 32,6% dos residentes em pediatria apresenta como sugestão para melhorar o conteúdo da residência, a introdução de maior quantidade de instruções práticas em pediatria geral e puericultura. Foi observado pelos autores que a maioria dos residentes (56,8%) pretende especializar-se em sub-áreas, principalmente em neonatologia, cuidados intensivos em pediatria e pneumologia infantil, todas áreas que requerem atuação em ambiente hospitalar e tecnologia específica, e apenas 21,5% pretendem atuar em pediatria geral. Os autores questionam o papel do preceptor na residência em pediatria, que deveria ser em ampliar os horizontes de atuação nessa área, apontando a importância do pediatra na promoção da saúde e na prevenção de atrasos de desenvolvimento.

Diante disso e também da constatação de que há uma carência de estudos no Brasil sobre a identificação precoce de atrasos de desenvolvimento em bebês na atenção básica à saúde e sobre as possibilidades de encaminhamento utilizando-se os recursos da comunidade (Silva et al., 1993; Pinto et al., 1997), sugere-se que futuros estudos abordem tanto a adaptação cultural dos instrumentos citados na literatura internacional utilizando as respostas dos pais em questionários sobre o desenvolvimento de seus filhos (Dworkin, 1993; Ireton & Glascoe, 1995; Glascoe,

1997) como a replicação de estudos brasileiros (Pinto et al., 1997; Gomes et al., 2001) sobre o uso de escalas em programas de atenção à saúde da criança e o enfoque em conteúdos de puericultura, que possam ser inseridos na rotina de vigilância do desenvolvimento.

Sugere-se também que em futuros estudos sejam criadas alternativas para a questão da falta de tempo e alta demanda, considerados empecilhos para a realização da avaliação rotineira do desenvolvimento por pediatras; bem como sejam descritas a prática da vigilância do desenvolvimento e da interdisciplinaridade na atenção básica à saúde.

Os residentes em pediatria participantes do presente estudo demonstraram interesse em receber mais informações sobre desenvolvimento infantil e apresentaram algumas justificativas para participarem de uma formação continuada sobre o tema. Entre elas, podem ser citadas: *“na prática clínica nos atentamos para a patologia”*; *“gostaria de melhorar o conhecimento sobre escalas de desenvolvimento”*; *“nem todos os serviços contam com uma equipe multidisciplinar”*; *“muitas vezes encaminhamos a especialistas sem saber a causa real do atraso de desenvolvimento”*; *“talvez haja falha em nosso treinamento no que diz respeito à avaliação e seguimento do desenvolvimento neuropsicomotor”*; *“é preciso saber orientar a mãe”*.

Algumas alternativas, portanto, poderiam possibilitar o enfoque às questões do desenvolvimento, apontar quais as conseqüências de não investigar precocemente e melhorar o conhecimento sobre as possibilidades de avaliação da criança. Como exemplos podem ser citados: cursos de capacitação direcionados aos médicos ainda em formação, ampliação de estudos voltados à identificação precoce de problemas de desenvolvimento na atenção primária à saúde e melhora na abordagem do tema vigilância do desenvolvimento na grade curricular da residência em pediatria. Supõe-se que este conjunto poderia valorizar a vigilância do desenvolvimento e mobilizar os pediatras para aplicá-la em sua prática.

Diante disso, com a intenção de avançar no campo da intervenção precoce, apresenta-se como proposta para futuros estudos a elaboração de um programa de formação continuada para residentes em pediatria na forma de ensino à distância, utilizando as ferramentas do ambiente de aprendizagem *Moodle*, contendo tópicos como: o conceito de promoção de saúde e vigilância do desenvolvimento, consequências da não identificação precoce de atrasos, os protocolos sobre vigilância do desenvolvimento, rota de ações para o pediatra envolvendo o desenvolvimento normal do bebê, a identificação de atrasos do desenvolvimento (nos aspectos de linguagem, interação social, emocional, cognitivo, motor, transtornos globais do desenvolvimento), o uso de instrumentos rápidos e fáceis de serem aplicados na prática clínica e inseridos na dinâmica institucional.

**PROPOSTA DE ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO
CONTINUADA NA FORMA DE UM CURSO A DISTÂNCIA SOBRE A
IDENTIFICAÇÃO DE ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO PARA RESIDENTES EM
PEDIATRIA**

A educação à distância como uma ferramenta para a formação em saúde

A educação à distância (EAD) tem sido definida como um processo educacional em que a maior parte da comunicação é mediada por recursos tecnológicos que possibilitam superar a distância física. Tem sido utilizada em vários âmbitos e programas, em educação e em saúde. A mediação é o fundamento principal da prática de educação à distância, pois permite a conexão de tutores e estudantes no processo de aprendizagem, e abrange técnicas, recursos e meios necessários à comunicação (Xavier, Noronha, Sofhia & Machado, 2003).

Por sua ação sistemática e conjunta de diversos recursos didáticos e pelo apoio de uma organização e tutoria, propicia a aprendizagem autônoma de estudantes. No ensino à distância a tecnologia deve estar sempre subordinada à proposta pedagógica, e sua prática não é necessariamente sinônimo de *internet*, esta é apenas uma ferramenta de trabalho (Zentgraf, 2004).

O ensino não deve ser visto como mera transmissão de saberes, portanto, é preciso que os alunos deixem de ser receptores de informações, e se tornem construtores do seu conhecimento, reconheçam seu estilo, método e ritmo de aprendizagem. Segundo Xavier et al., (2003), as experiências de ensino à distância têm demonstrado que é possível deslocar a referência centralizada no professor em direção às mediações entre tutores e estudantes. O termo “tutor” traz o conceito de caminhar junto e de orientação na busca da auto-suficiência do aluno.

Um dos desafios da educação à distância diz respeito à avaliação do desempenho do aluno. Se tentar reproduzir as estratégias de avaliação utilizadas na educação presencial – provas, testes, trabalhos – o ensino à distância pode enfrentar

o problema relacionado à autenticidade dos resultados. Segundo Xavier et al., (2003) é preciso abandonar a visão tradicional de avaliação (ação individual e competitiva); assumi-la como um mecanismo diagnóstico e desenvolver modelos que considerem o ritmo de aprendizagem e ajudem os alunos a desenvolver competências e atitudes que possibilitem o alcance dos objetivos propostos pelo curso, além de estimular a auto-avaliação, com a finalidade de promover a crítica e a independência do aluno.

Em relação ao uso do ensino à distância em saúde pública, Xavier et al. (2003) apontam que: os profissionais da saúde ainda estão saindo de sua formação repetindo manuais e sem condições de apresentar soluções criativas para lidar com a diversidade de sua clientela; as mudanças na saúde pública requerem tanto uma boa formação inicial quanto uma formação continuada, essenciais para se enfrentar o acelerado desenvolvimento das tecnologias envolvidas nas práticas profissionais; a área de saúde tem muito a ganhar com a possibilidade de ter uma formação permanente, requisito fundamental frente à velocidade da evolução do conhecimento, podendo se tornar uma poderosa ferramenta na busca da equidade em saúde.

Wen (2006) ressalta que é preciso investir em treinamento médico, e apenas em grandes centros da região sudeste a tecnologia é utilizada como instrumento de pesquisa. Segundo o autor, a internet de banda larga é a aposta para o futuro. Alguns hospitais estão trabalhando na geração de cursos à distância, como o Hospital Albert Einstein. De acordo com Wen, *"os programas serão utilizados em uma primeira fase para a qualificação e aperfeiçoamento de profissional do Einstein, porém fazem parte do nosso projeto expandir esse conhecimento para outros públicos"*.

Destaca-se aqui a possibilidade de a educação à distância trazer uma nova perspectiva à integração entre o ensino, a prática profissional em saúde e a pesquisa, favorecendo assim a construção social do conhecimento.

Uma das vantagens do ensino a distância é a flexibilidade que professores e alunos têm para determinar o tempo e horário que vão dedicar ao ensino e

aprendizagem. Os recursos como páginas *Web*, bancos de dados, correio eletrônico e outros estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, e, por isso, podem ser usados segundo a conveniência do usuário. De acordo com Chaves (1999), o modelo de educação que caracterizará a sociedade da informação e do conhecimento provavelmente não será calcado no ensino, presencial ou remoto, mas sim na aprendizagem. Conseqüentemente, o modelo de educação não será o de Ensino a Distância (EAD), mas, provavelmente, um modelo de Aprendizagem Mediada pela Tecnologia (AMT), que será centrado no aluno, em suas necessidades, interesses, estilo e ritmo de aprendizagem. Para participar desse processo os cursos terão que disponibilizar ambientes ricos em possibilidades de aprendizagem, e não apenas conteúdos convencionados ministrados a distância.

Carvalho (2002) ressalta que a simples obtenção de informações e de dados não educa, pois a educação verdadeira compreende a informação e a formação. Segundo a autora, *“a informação seria o dado bruto, mas só a formação possibilita a interpretação, o raciocínio sobre o conhecimento teórico, por parte do estudante, e o bom uso do mesmo em sua vida prática”* (p. 131). Em sua dissertação, Carvalho expõe a preocupação de alguns autores (entre eles Gutierrez & Prieto, 1994) com a mediação pedagógica, definida por esses como *“o tratamento de conteúdos e formas de expressão dos vários temas, com o objetivo de possibilitar o ato educativo, dentro de uma educação entendida como criatividade, participação, relacionamento e expressividade”*. Acrescenta ainda que isto é válido para todo o processo pedagógico, mas principalmente para o sistema de educação à distância, onde os materiais é que têm a incumbência de tornar possível o encontro e a concretização do sentido educativo pelo estudante.

Carvalho (2002) aponta que a EAD possui vantagens e riscos. Entre as vantagens destaca: massividade espacial (não apresenta restrições geográficas), menor custo por estudante, população escolar diversificada, individualização da

aprendizagem (possibilita o ritmo de aprendizagem de cada um), quantidade sem diminuição da qualidade e auto-disciplina de estudo. Acrescenta que o grande desafio da EAD é o de promover, em grande escala, processos de instrução para realizar funções de planejamento de ensino que o professor da aula presencial realiza em pequena escala. Alguns riscos também são levantados pela autora, entre eles: ensino industrializado⁹ em oposição ao participativo (o que pode acarretar mecanização, despersonalização), ensino consumista¹⁰, ensino institucionalizado¹¹, ensino autoritário¹² e ensino massificante¹³. Diante disso, Carvalheiro acrescenta que o processo de EAD não deve se limitar à verificação de conhecimento ou a esforços relacionados à memorização, mas sim, estimular a construção de conhecimento, a resolução de problemas.

Citando novamente Gutierrez e Prieto (1994), Carvalheiro (2002) apresenta algumas características para que um ensino a distância seja realmente alternativo: apesar da distância, ser participativo; partir da realidade e basear-se na prática social do estudante; instigar atitudes críticas e criativas nos agentes do processo (educador-educando); impulsionar processos e alcançar resultados; basear-se na produção de conhecimentos; ser lúdico e prazeroso e desenvolver uma atitude pesquisadora. Para a autora, ao colocar em prática as ações da EAD, é necessário que se pense mais nos usuários e no processo educativo do que nas vantagens institucionais. Também afirma que uma prática prudente desta metodologia pode promover ricas experiências educativas.

Christante, Ramos, Bessa e Sigulem (2003) fizeram uma revisão de estudos que avaliaram os resultados de programas de educação médica continuada em

⁹ A produção de materiais de instrução está mais relacionada com métodos industriais do que com os processos de educação participativa.

¹⁰ A produção de materiais industrializada provoca a venda e o consumo também em escala industrial.

¹¹ A produção de materiais, distribuição e consumo fazem com a instituição se responsabilize para que a instrução seja produzida de modo correto; aproximando-se mais do estilo gerencial do que da comunicação participativa, característica dos processos educativos.

¹² Organização eficiente, linhas de mando claras, controle do processo para assegurar o cumprimento dos objetivos, assemelhando-se às exigências empresariais.

¹³ Pois somente é rentável se sua aplicação for massiva, para baratear a produção e a distribuição.

diversos países. São destacados aqui alguns achados apresentados pelos autores. Tem sido percebido um aumento nos investimentos com EAD na área médica em vários países, inclusive no Brasil, embora não haja dados específicos. O desenvolvimento da EAD tem sido impulsionado tanto pelo desenvolvimento tecnológico da área médica como pela crescente velocidade com que o conhecimento científico se torna obsoleto. O estudo mostra que a classe médica tem disposição para atualizar seus conhecimentos, mas ocorre um disparate regional, onde as concentrações de riqueza e conhecimento se limitam às regiões sul e sudeste. Desta maneira, a EAD pode atingir profissionais que estão distantes dos grandes centros, provavelmente, os que mais necessitam de atualização. Os autores usam o termo Educação Médica a Distância (EMaD), e a definem como

“uma tentativa sistemática de facilitar mudanças na prática clínica, devendo assim deixar seu enfoque meramente instrucional para estar mais voltada à facilitação do aprendizado; para isso é preciso conhecer as necessidades e motivações facilitadoras do aprendizado” (p. 327).

Christante et al. (2003) concluem que se os cursos à distância voltados à população médica tiverem objetivos claros, resultados mensuráveis, demandas criteriosamente avaliadas e credibilidade dos provedores de conteúdo (entendida como o cuidado ao selecionar as fontes de informações, os materiais a serem utilizados no curso, como os provenientes do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde) podem trazer comprovadamente benefícios para a prática clínica e para a assistência à saúde da população brasileira.

Diante da análise das grades curriculares de cursos de residência em pediatria e com a aplicação de questionários que avaliaram as práticas e o conhecimento dos residentes em relação à vigilância do desenvolvimento e aspectos do desenvolvimento infantil, foi percebida a necessidade de acrescentar tópicos para melhorar o conhecimento dos residentes sobre a vigilância do desenvolvimento, valorizar esta prática como ação contínua e interdisciplinar.

A proposta da metodologia de ensino à distância pode vir no sentido de incrementar tal conteúdo no ensino da pediatria, de forma que o residente possa acessar de forma livre, em seu tempo disponível para estudar. Além disso, os cursos de graduação e de especialização têm investido cada vez mais na tecnologia do ensino à distância como um complemento ao ensino presencial.

Diante destas considerações, propõe-se a elaboração de um programa de formação continuada na forma de um curso à distância sobre a vigilância do desenvolvimento e a identificação de atrasos para residentes em pediatria, utilizando-se como ferramenta o ambiente de aprendizagem “*Moodle*”.

O curso aqui proposto é composto por tópicos relacionados à vigilância do desenvolvimento do bebê e ao papel do pediatra na promoção de saúde e na detecção precoce de sinais de atraso de desenvolvimento. Para a elaboração desses tópicos foram utilizados como referenciais os resultados obtidos no presente estudo.

Algumas etapas antecederam a elaboração da presente proposta, a saber:

- foi feito contato com a equipe do DEACED (Departamento de Apoio Computacional ao Ensino a Distância), pertencente à Divisão de Sistemas Computacionais da Universidade Federal de São Carlos a fim de receber orientações sobre como converter o material didático em curso à distância e para a familiarização com os tipos de serviços disponibilizados pelo curso *online*. Foram realizadas reuniões periódicas que constaram de: apresentação da proposta e do material a ser utilizado no curso, apresentação pelo DEACED dos ambientes de aprendizagem WEBCT e MOODLE, discussão das possibilidades de inserção de materiais e das ferramentas disponíveis a serem utilizadas (hipertexto – htm, vídeo, áudio, animações, imagens, fórum de discussões, *chat* – comunicação textual em tempo real), orientação sobre a forma de planejar um curso a distância para que ele seja desenvolvido no site.

- foi elaborado um plano inicial de curso a distância, enviado ao DEACED para ser criado o curso *online*, com a aplicação das ferramentas disponíveis pelo *software MOODLE* (pois, por motivos financeiros, este foi o programa adquirido pelo DEACED em 2006, e não mais o WEBCT).

Ajustado o plano inicial, os temas a serem abordados no curso foram elencados, e envolvem a vigilância do desenvolvimento e o papel do pediatra, a percepção de atrasos em bebês de zero a doze meses e a sugestão de uma rota de ações em vigilância do desenvolvimento para o pediatra. Para tanto, no plano de ensino são incluídos como principais tópicos: título, justificativa, objetivo, público-alvo, metodologia de ensino, métodos de avaliação, plano de aula (contendo módulos como: a promoção de saúde e o papel do pediatra, a vigilância do desenvolvimento e a atuação do pediatra, as conseqüências da não-identificação precoce de riscos para atraso de desenvolvimento na vida familiar e na sociedade, os protocolos sobre vigilância do desenvolvimento recomendados pela Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria, as soluções apontadas pela literatura para melhorar a ênfase em atenção ao desenvolvimento, o currículo da residência em pediatria e a vigilância do desenvolvimento de bebês, avaliação dos conhecimentos de residentes em pediatria sobre o tema, sugestão de uma rota de ações em vigilância do desenvolvimento) e recursos didáticos.

Uma vez estabelecido o planejamento dos tópicos, é realizada a seleção de materiais possíveis de serem utilizados no desenho global do curso (folders, textos, vídeos, imagens, instrumentos de triagem do desenvolvimento) e a apresentação ao instrutor do DEACED, além da seleção dos referenciais teóricos principais.

Apresentação da proposta do plano inicial do curso a distância:

A seguir apresenta-se a sugestão da estrutura do curso, tendo como fundamentação o referencial teórico pesquisado até o momento, bem como os resultados obtidos na primeira e segunda etapa do presente estudo.

1. *Título:*

“Curso de capacitação em vigilância do desenvolvimento”

2. *Subtítulo:*

“A percepção de atrasos de desenvolvimento em bebês de zero a doze meses”

3. *Justificativa a ser colocada na página inicial – em forma de texto:*

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2004), fazem parte da vigilância do desenvolvimento:

A anamnese (“técnica de comunicação que envolve a coleta de dados sobre condições econômicas e sociais da família, condições de moradia, alimentação, funcionamento intestinal, habilidades de desenvolvimento, comportamento, temperamento, linguagem, acuidade visual, sono, disciplina, atividades lúdicas e sociais, escolaridade, vacinação”), o exame físico e a orientação aos pais (p.6).

E de acordo com a Academia Americana de Pediatria - *Committee on Children With Disabilities* (2001) a triagem do desenvolvimento tem a finalidade de identificar crianças que podem necessitar de uma avaliação mais complexa, fornecer informações ao pediatra sobre o desenvolvimento, conduzir ao diagnóstico definitivo e à elaboração de um plano de atendimento interdisciplinar para a criança. O pediatra, portanto, deve realizar a triagem do desenvolvimento junto a todas as crianças que atende, e são tarefas desse profissional: atualizar seus conhecimentos sobre os aspectos do desenvolvimento, fatores de risco, técnicas de triagem e recursos da comunidade; saber interpretar instrumentos de triagem validados para a população que atende; desenvolver estratégias para realizar triagens periódicas incluindo o reconhecimento de fatores de risco genéticos, ambientais, familiares, sociais; ouvir cuidadosamente as observações dos pais sobre o desenvolvimento e considerá-las; apresentar os resultados da triagem aos pais utilizando abordagem centrada na

família; encaminhar a criança que apresenta atraso de desenvolvimento a programas de estimulação precoce, com o consentimento da família; determinar as causas dos atrasos ou encaminhar para especialistas e manter contato com programas da comunidade.

4. Objetivo principal do curso:

Apresentar a fundamentação teórica da vigilância do desenvolvimento e da promoção de saúde, e sugerir uma rota de ações para o pediatra englobando o desenvolvimento normal do bebê de zero a doze meses, os sinais de alerta para atrasos de desenvolvimento, os instrumentos de triagem e avaliação do desenvolvimento e as possibilidades de encaminhamento diante de suas observações.

5. Público-alvo:

Residentes em pediatria do primeiro e segundo anos (R1 e R2) de instituições do estado de São Paulo.

6. Metodologia de ensino:

O curso será ministrado por meio de aulas interativas acompanhadas de vídeos, imagens, fóruns e outras ferramentas transmitidas via internet. Haverá material de apoio, tais como apostila, folders, artigos complementares aos temas das aulas. Ao encerramento de cada módulo será aplicada uma avaliação, com pontuação e autorização para o aluno passar ao módulo seguinte.

É importante ressaltar que ao implementar a presente proposta, deve-se atentar para algumas questões fundamentais que não estão contempladas neste momento, mas envolvem aspectos metodológicos. Entre elas podemos citar:

- a questão da mediação pedagógica deve ser pensada, pois o material deve ser interativo, participativo, abrir possibilidades para o aluno expressar-se, já que não existe a relação presencial;

- como ocorrerá a manutenção da interação do tutor com os alunos, devendo-se pensar em um treinamento de uma equipe de tutoramento, pois um único tutor pode não dar conta da demanda, dependendo do número de alunos, devendo-se também fixar o número mínimo e máximo de alunos por curso;
- deve-se pensar nas possibilidades de intercorrências durante o curso à distância, como por exemplo, a necessidade do cancelamento de tópicos, a substituição de conteúdos, para se proporcionar a interatividade do curso;
- a questão da quantidade de ferramentas (ou mídias) deve ser revista deve ser analisada antes e durante a execução do curso;
- os prazos para a manutenção dos módulos no site também devem ser analisados ainda da elaboração da proposta e também no momento de se colocar em prática a presente proposta, se conteúdos serão retirados conforme forem acessados e avaliados;
- o “*Moodle*” proporciona algumas ferramentas de análise do curso, mas é interessante programar as estratégias de avaliação do curso, como o número de acessos, quais assuntos mais acessados, como se dará o acompanhamento do processo, a forma de retorno ao aluno quando surgirem dúvidas;
- deve ser pensada a questão do número de aulas e duração de semanas do curso, quantos encontros e qual o número de atividades propostas.

7. Métodos de avaliação:

A avaliação dos alunos será realizada continuamente, ao final de cada módulo, por meio de testes, provas, discussões de casos clínicos e outros ainda a serem definidos. A avaliação do curso também poderá ser visualizada, na medida em que é possível medir a quantidade de acessos dos alunos ao site, quais tópicos foram mais acessados e por quais alunos. Há também a possibilidade de avaliação do curso enquanto ele está sendo produzido. Um grupo de estudantes voluntários pode testar as etapas, sendo que a pesquisadora e a equipe do DEACED podem monitorar a

navegação dos alunos e assim avaliar o uso das mídias e a compreensão do conteúdo para propor modificações antes de sua finalização.

8. *Plano de Aula:*

O plano de aula poderá ser composto por oito módulos (ou unidades) abordando os temas traçados no objetivo principal, a saber:

8.1. *A Promoção de Saúde: conceito; o papel do pediatra.*

8.2. *O que é vigilância do desenvolvimento - repercussões da atuação do pediatra.*

8.3. *As conseqüências da não-identificação precoce de riscos para atrasos de desenvolvimento na vida familiar e na sociedade.*

8.4. *Os protocolos sobre vigilância do desenvolvimento recomendados pelos órgãos oficiais de pediatria.*

8.5. *As soluções apontadas pela literatura para melhorar a ênfase em atenção ao desenvolvimento por pediatras e profissionais da saúde em geral.*

8.6. *A síntese dos resultados da primeira etapa do estudo: “O currículo da residência em pediatria e a vigilância do desenvolvimento de bebês”.*

8.7. *A síntese dos resultados da segunda etapa do estudo: “Avaliação dos conhecimentos dos residentes em pediatria sobre o tema vigilância do desenvolvimento”.*

8.8. *A rota de ações em vigilância do desenvolvimento para o pediatra:*

Apresentar o desenvolvimento normal de zero a doze meses por trimestre (0-3, 3-6, 6-9 e 9-12 meses)



Apresentar os sinais de alerta por trimestre e perguntas



Apresentar os instrumentos de avaliação: síntese dos mais conhecidos, aplicações e problemas, explicação sobre o motivo da escolha do instrumento de Pinto, E. (1997)



Possibilidades do que fazer diante de:

- desenvolvimento normal (continuar a puericultura, acompanhamento)
- discretamente defasado (acompanhar e orientar estimulação)
- com grande defasagem (encaminhar imediatamente para especialista e serviço de estimulação precoce)



Dicas de estimulação: perguntas que o pediatra pode fazer durante a consulta



Fatores de risco: prematuridade, gemelaridade, anóxia neonatal e outros

9. Recursos didáticos:

O curso contará com imagens, animações e vídeos para as aulas, fórum de discussão sobre os módulos do curso, *chat* de discussão entre os alunos e o instrutor, apostila, bibliografia comentada. Uma agenda de eventos e atividades também poderá ser disponibilizada aos alunos.

10. *Referências bibliográficas complementares:*

- Della Barba, P.C.S. et al. (2003). Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação* – FFCL RP – USP – Ribeirão Preto, 13 (26), 141-146.
- Martinez, C.M.S. et al., (2005). Desenvolvimento de bebês: atividades cotidianas e a interação com o educador. São Carlos: EDUFSCar, 50 p.

CONCLUSÕES

O objetivo geral da presente pesquisa foi analisar o conhecimento de residentes em pediatria do estado de São Paulo quanto à promoção de saúde, vigilância do desenvolvimento e percepção de atrasos em bebês, considerando a descrição da grade curricular e o seu desempenho em questionários. Para tanto, o estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa foram analisadas as diretrizes curriculares para o ensino da residência médica em pediatria, descrita a relação de ofertas de vagas para residência em pediatria de instituições que oferecem a especialidade no estado de São Paulo e identificados tópicos relativos à vigilância do desenvolvimento nas grades curriculares da residência médica em pediatria de instituições do estado de São Paulo. Na segunda etapa foram levantados e correlacionados dados sobre as práticas em vigilância do desenvolvimento relatadas por residentes em pediatria, e também seu conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, por meio da aplicação de dois questionários. Foram relacionados os resultados obtidos entre o ensino de pediatria e o desempenho dos residentes. A seguir foi elaborada uma proposta de um programa de formação continuada na forma de ensino à distância sobre a vigilância do desenvolvimento e a identificação de atrasos de desenvolvimento para residentes em pediatria.

Na primeira etapa foi demonstrado que os referenciais curriculares do MEC quanto às disciplinas que deveriam abordar o tema vigilância do desenvolvimento na residência em pediatria são gerais e inespecíficos.

Tal conteúdo aparece nas grades curriculares enviadas pelos sete cursos de residência em pediatria apenas no primeiro ano (R1). As ações descritas não são claramente enfatizadas como recomendam os órgãos oficiais de pediatria (Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria), levando-se a concluir que as grades apresentam conteúdo deficitário e superficial quanto à abordagem da vigilância do desenvolvimento e não estão claras suficientemente para permitir a

visualização de ações em relação a esta temática. Apenas o Curso 1 destaca-se e reúne os requisitos necessários que permitem identificar elementos relacionados a vigilância do desenvolvimento (carga horária aproximada ao recomendado pelo MEC; grade satisfatória quanto a descrição de objetivos, ementa, estratégias de ensino e avaliação, procedimentos de avaliação; itens descritos compatíveis com ações recomendadas pela Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria). Além disso, com exceção do Curso 4, não foram encontrados elementos que permitissem observar preocupação com a vigilância do desenvolvimento como uma ação interdisciplinar.

Foi percebido, na segunda etapa do estudo, que a maioria dos residentes em pediatria apresenta atitudes positivas em vigilância do desenvolvimento, importantes e diferenciadas de médicos já formados que trabalham em rede pública de atenção básica à saúde. Relatam que questionam a mãe sobre o desenvolvimento de seus filhos, afirmam fazer avaliação rotineira do desenvolvimento em suas consultas, citam os tipos de orientações que costumam dar às mães sobre desenvolvimento, dizem que investigam sobre as possíveis causas ao detectar atrasos e realizam encaminhamentos. Por outro lado, foram observados alguns problemas junto aos participantes que podem comprometer a eficácia da vigilância do desenvolvimento, como: a não realização de ações por falta de tempo e pela alta demanda de pacientes, a avaliação do desenvolvimento apenas nos estágios em neonatologia e puericultura, o uso restrito de escalas de avaliação do desenvolvimento – por falta de conhecimento, por serem complexas e demoradas em sua aplicação, por não estarem disponibilizadas nos serviços.

Diante destas constatações, considera-se relevante reforçar as atitudes positivas em relação à vigilância do desenvolvimento ainda no período de residência, ou seja, valorizar e estimular o potencial que têm as escolas na formação do pediatra para esta ação, enfocando sua importância na detecção precoce de déficits no

desenvolvimento. Além disso, considera-se que deva ser enfatizada a avaliação do desenvolvimento como componente fundamental da vigilância do desenvolvimento.

Foi comprovada pelo presente estudo a necessidade de capacitar os pediatras para a atenção à promoção de saúde, para a realização da vigilância do desenvolvimento como um processo contínuo que envolva a criança e a família e a identificação e intervenção precoce de deficiências.

Portanto, tendo como pano de fundo a análise do ensino de pediatria em uma amostra de universidades que oferecem a residência no estado de São Paulo e também a análise do desempenho dos residentes em questionários sobre a prática da vigilância do desenvolvimento e o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, considera-se importante sugerir para o pediatra ainda em seu processo de formação – a residência – a complementação do conteúdo de vigilância do desenvolvimento.

Uma das propostas com esta finalidade pode ser o ensino à distância, pois tem sido comprovada a baixa adesão a cursos presenciais para a população médica (Della Barba, 2002). Acredita-se que a metodologia de ensino à distância pode, além de melhor aceitação, obter melhores índices de participação, por oferecer a possibilidade de adequação de horário às necessidades de cada profissional. Adicionalmente, a chance de aumentar o intercâmbio de informações científicas e a troca de impressões sobre assuntos da área médica pode revolucionar as metodologias de ensino e aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, P. (1985). Introdução ao estudo da pediatria. Em E. Marcondes, *Pediatria Básica*. (p. 3-10). São Paulo: Editora Sarvier. 7ª. Ed.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC livros técnicos e científicos. 2ª. Ed.
- Bayley, N. (1969). *Bayley scales for infant development*. New York: The Psychological Corporation.
- Bayley, N., Rhodes, L. & You, B.C. (1984). *Bayley scales on infant development* (manual suplementar). New York: The Psychological Corporation.
- Bayley, N. (1993). *Bayley scales for infant development, second edition*. New York: The Psychological Corporation.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70.
- Blank, D. (2003). A puericultura hoje: Um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*, 79, Supl. 1: S13-S22.
- Bonilha, L.R.C.M. & Rivoredo, C.R.S.F. (2005). Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 7 – 13.
- Borges, M.N. & Vasconcelos, F.H. (1999). *Novos paradigmas do projeto curricular dos cursos de graduação*. Universidade Federal de São Carlos, Pró-reitoria de graduação. Avaliação inovação curricular. Disponível em <http://www.ufscar.br/%7Eprograd/arquivos/reflexoeseproposicoes2.pdf> [acessado em 20/06/06]
- Brasil, Ministério da Educação e Cultura (2003). *Resolução sobre a Comissão Nacional de Residência Médica*. Disponível em www.mec.gov.br/sesu/CNRM [acessado em 02/08/04]
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Projeto Promoção da Saúde (2002). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília, MS. Disponível em

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf [acessado em 11/02/06]

Brasil, Ministério da Saúde (2005). Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: gráfica do Ministério da Saúde.

Bricker, D, & Squires, J. (1999). *The Ages and Stages Questionnaires* Baltimore, MD: Paul H. Brookes. 2nd Ed.

Brigance, A. (1986). *The BRIGANCE Screens*. North Billerica, MA: Curriculum Associates.

Buss, P.M. (2000). Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 05(01), 163-177. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> [acessado em 22/09/05].

Buss, P.M. (2003) Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. Em D. Czeresnia, & C.M., Freitas (orgs.) *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências* (p. 15-38). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Camargo, P.F.F. (1997). O primeiro ano de vida da criança e a intervenção sobre seu desenvolvimento neuropsicomotor. Em A.M. Kudo, E. Marcondes, L. Lins, L.T. Moriyama, M.L. Guimarães, R.C. Juliani, S.A. De Pierri (org.) *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria - série monografias médicas* (p. 13-22). São Paulo: Sarvier.

Carvalho, S.A. (2002). *A experiência formativa da educação a distância*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Castellanos, M.E.P. (2003). *A pediatria e a construção social da infância: Uma análise do discurso médico-pediátrico*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Chaves, E.O.C. (1999). *Conceitos básicos: Educação a Distância*. Edutecnet: rede de tecnologia na educação. Disponível em <http://www.edutecnet.com.br> [acessado em 26/04/06].

- Christante, L., Ramos, M.P., Bessa, R. & Sigulem, D. (2003) O papel do ensino a distância na educação médica continuada: uma análise crítica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 326-329. Disponível em www.virtual.epm.br/material/tis/amb.pdf [acessado em 27/04/06].
- Clement, P.F. (1997). *Growing pains: Children in the industrial age, 1850-1890*. New York: Twayne Publishers.
- Cochran, W.G. (1977). *Sampling Techniques*. New York: John Wiley & Sons.
- Cole, M.J. & Cole, S.R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas. 4ª.Ed.
- Committee on Children With Disabilities - American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatria) (2001). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, 108(1), 192-196. Disponível em <http://www.aap.org/policy/re0062.html> [acessado em 28/02/04].
- Costa, M.C.L. (1985). Atendimento pediátrico de primeira linha. Em: E. Marcondes, *Pediatria Básica*. (pp. 82-88). São Paulo: Editora Sarvier. 7ª. Ed.
- Della Barba, P.C.S. (2002). *Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento CHAT e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Della Barba, P.C.S. & Aiello, A.L.R. (2001). Efeitos do treino de pediatras para identificar sinais de autismo em crianças de 12 a 30 meses de idade. Congresso de Pós-Graduação, *IV Jornada Científica da UFSCar*. posgrad/resumos/0616-barba.htm. São Carlos, SP. CD-Rom.
- Della Barba, P.C.S., Martinez, C.M.S. & Carrasco, B.G. (2003). Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação – FFCL RP*, 13(26), 141-146.
- Dworkin, P.H. (1989). British and American recommendations for developmental monitoring: The role of surveillance. *Pediatrics*, 84(6), 1000-1010.

- Dworkin, P.H. (1993). Detection of behavioral, developmental and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Current Opinion in Pediatrics*, 5, 531-536.
- Eisenstein, E. & Souza, R.P. (1993). *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Petrópolis: Vozes.
- Figueiras, A. (2002). *Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Figueiras, A.C.M., Puccini, R.F., Silva, E.M.K. & Pedromônico, M.R.M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1691-1699.
- Figueiras, A.C.M., Souza, I.C.N., Rios, V.G. & Benguigui, Y. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Organização Panamericana de Saúde. Washington, D.C.: OPAS.
- Filipek, P., Accardo, P., Baranek, G., Cook, E., Dawson, G., Gordon, B. et al., (1999). The screening and diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, (6), 439-484.
- Formiga, C.K.M.R., & Pedrazzani, E.S. (2004). A prevenção de deficiências no alvo da educação especial. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 10(1), 107-122.
- Frankenburg, W.K. (1994). Preventing developmental delays: Is developmental screening sufficient? *Pediatrics*, 93(4), 586-593.
- Frankenburg, W.K., Dodds, J., Archer, P. Shapiro, H. & Bresnick, B. (1992). The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 89, 91-97.
- Freire, M.M.L. (1991). *Vidas desperdiçadas: A puericultura no discurso da OMS*. Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FUNDAP - *Fundação do Desenvolvimento Administrativo* (2002). Disponível em www.fundap.sp.gov.br [acessado em 02/08/04].

Gesell, A & Amatruda, E. (1987). *Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico no lactente e na criança pequena – o normal e o patológico*. São Paulo: Editora Atheneu.

Glascoe, F.P. (1996). *A validation study and the psychometric properties of the BRIGANCE Screens*. North Billerica, MA: Curriculum Associate.

Glascoe, F.P. (1997). Parents' concerns about children's development: Prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99(4), 522-528.

Glascoe, F.P. (1998). *Collaborating with parents: Using parents evaluation of developmental status to detect and address developmental and behavioral problems*. Nashville, TN: Ellsworth & Vandermeer.

Glascoe, F.P. (2002). Two views of developmental testing – to the editor. *Pediatrics*, 109, 1181-1183.

Glascoe, F.P., Byrne, K.E., Ashford, L.G., Johnson, K.L., Chang, B. & Strickland, B. (1992). Accuracy of the Denver-II in developmental screening. *Pediatrics*, 89, 1221-1225.

Glascoe, F.P. & Dworkin, P.H. (1993). Obstacles to effective developmental surveillance: Errors in reasoning clinical. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(5), 344-349. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez> [acessado em 26/12/06]

Glascoe, F.P. & Dworkin, P.H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, 95, 829-836.

Gomes, F.M.S., Grisi, S.J.F.E., Terra, V.M., Marcondes, E., Oliveira, C.F., Rocha, A.P. et al., (2001). O ensino médico na atenção primária em pediatria: Um programa para os residentes no centro de saúde-escola da FMUSP. *Revista Paulista de Pediatria*, 23, 52-59.

- Grünspun, H. (2003). Conceitos sobre resiliência. Disponível em <http://www.cfm.org.br/revista/bio10v1/seccao4.1.htm> [acessado em 28/08/03]
- Guimarães, M.L.L.G. (1997). Ser terapeuta de criança. Em A.M. Kudo, E. Marcondes, L. Lins, L.T. Moriyama, M.L. Guimarães, R.C. Juliani, S.A. De Pierri (org.) *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria - série monografias médicas* (p. 5-9). São Paulo: Sarvier.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. Em M.J. Guralnick (ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Gutierrez, F. & Prieto, D. (1994). *A mediação pedagógica. Educação à distância alternativa*. Tradução de E. M. Sena, C. E. Cortes. Campinas: Papirus.
- Halpern, R., Giugliani, C.G.V., Barros, F.C. & Horta, B.L. (2000). Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria*, 76 (6), 421-428.
- Hutchison, T. & Nicoll, A. (1988). Developmental screening and surveillance. *British Journal of Hospital Medicine*, January, 22-28.
- Ireton, H. & Glascoe, F.P. (1995). Assessing children's development using parents' reports. The Child Development Inventory. *Clinical Pediatrics*, 34, 248-255.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An Introduction to its methodology*. Beverly Hills: Sage. L
- Lacerda, D. & Aiello, A.L.R. (1998). *Caracterizando a prática de diagnóstico de autismo realizada por médicos da cidade de São Carlos*. Trabalho de monografia para a obtenção do título de bacharel em psicologia pela Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Libâneo, J.C. (1991). *Didática*. São Paulo: Cortez.
- Lopreiato, J.O., Fouds, M. & Littlefield, J.H. (2000). Does a health maintenance curriculum for pediatric residents improve performance? *Research in Pediatric Education*, 105, (4), 966-972.

- Lüdke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Marcondes, E. (1985). Técnica de atendimento de consulta em pediatria. Em E. Marcondes, (org.). *Pediatria básica* (p. 74-82). São Paulo: Sarvier. 7^a. ed.
- Marcondes, E., Machado, D.V.M., Setian, N. & Carrazza, F.R. (1991). Crescimento e desenvolvimento. Em E. Marcondes, (org.). *Pediatria básica* (p.35-62) São Paulo: Sarvier. 8^a Ed.
- Marcondes, E (1997). Apresentação. Em A.M. Kudo, E. Marcondes, L. Lins, L.T. Moriyama, M.L. Guimarães, R.C. Juliani, S.A. De Pierri (org.) *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria - série monografias médicas* (p. 349). São Paulo: Sarvier.
- Marinho, H. (1978). *Escala de desenvolvimento Heloisa Marinho*. Rio de Janeiro: Papelaria América Ltda.
- Martinez, C.M.S., Della Barba, P.C.S., Paixão, P.C. & Rodrigues, D.S. (2005). *Desenvolvimento de bebês: atividades cotidianas e a interação com o educador*. São Carlos: EDUFSCar.
- Martins, I.M.B. (2001). *Crianças nascidas pré-termo e muito baixo peso, na fase pré-escolar: história de desenvolvimento, comportamento e mediação materna*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mendes, E.G., Almeida, M.A. & Williams, L.C.A. (2004). *Temas em educação especial: Avanços recentes*. São Carlos: EdUFSCar.
- Miranda L.P., Resegue Silva, R.F. & Figueiras, AC.M. (2003) A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*, 79, supl.1, S33-S42.
- Motta, M.P. & Takatori, M. (2001). A assistência em terapia ocupacional sob a perspectiva do desenvolvimento da criança. Em M.M.R.P. De Carlo & C.C. Bartalotti (org.) *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas* (p.117-135). São Paulo: Plexus Editora.

- Moyses, S.J, Moyses, S.T. & Krempel, M.C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641.
- Pinto, E.B., Vilanova, L.C.P. & Vieira, R.M. (1997). *O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida – padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento*. São Paulo: FAPESP – Casa do Psicólogo.
- Pugach, M. (2001). The stories we choose to tell: fulfilling the promise of qualitative research for special education. *Exceptional Children*, 67(4), 439-453.
- Ramey, C.T. & Ramey, S.L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
- Rappaport, C.R., Fiori, W.R. & Davis, C. (1981). *Psicologia do desenvolvimento. Teorias do desenvolvimento. Conceitos fundamentais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda - EPU. 8ª. Ed.
- Resegue Silva, R.F. (2004). *Crianças com risco de apresentar atraso do desenvolvimento e crianças com atraso estabelecido – a experiência de um ambulatório multidisciplinar*. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M. & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.
- Rodrigues, S., Arancibia, V. & Undurraga, C. (1987). *Escala de Evaluacion del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses*. Santiago, Chile: Editora Galdoc. 4ª. Ed.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência do desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10,(2), 209-216.

- Silva, R.C., Cursino, E.A. & Dias, L.B.S. (1993). Acompanhamento do desenvolvimento psicomotor infantil em unidades básicas de saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 09(3), 521-534.
- Steiner, C., Guerreiro, M. & de Faria, A M. (1999). Autismo: Um diagnóstico também do pediatra. *Pediatria Moderna*, 35,(5), 279-286.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2004). *Documento científico – pediatria ambulatorial – resgate do pediatra geral*. Editora da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Tanaka, O.Y. & Rosenburg, G.P. (1990). Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do município de São Paulo, SP. (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 24: 60-68.
- UNICEF (2001). *Situação da infância brasileira 2001*. UNICEF Brasil, Brasília.
- Universidade Federal de São Carlos - *Programa Nexos* – Disponível em <https://nexus.ufscar.br:7070/prograd/consultaplanoturmas.jsp> [acessado em fevereiro/2006].
- VER-SUS – *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil* – Disponível em www.saude.gov.br/sqtes/versus [acessado em fevereiro/2005]
- Wen, C.L. (2006, janeiro). Medicina plugada. *Revista Galileu*, 58-63.
- Williams, L.C.A. & Aiello, A.L.R. (2001). Guia Portage Operacionalizado. São Paulo: Manole.
- Williams, L.C.A. & Aiello, A.L.R. (2004). Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir. Em E.G. Mendes, M.A. Almeida & L.C.A. Williams (org.). *Temas em educação especial: Avanços recentes*. (p.197-202). São Carlos: EdUFSCar.
- World Federation of Occupational Therapists – WFOT (1993). *Definições de Terapia Ocupacional*. Lins: Faculdades Salesianas de Lins, WFOT, Associação Brasileira de Terapia Ocupacional, Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.
- Xavier, C., Noronha, A.B., Sofia, D. & Machado, K. (2003). Educação à Distância: caminhando entre dois 'efes'. *Radis – comunicação em saúde*, 06, 08-15.

- Yunes, M.A.M. & Symanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J. Tavares. *Resiliência e Educação*. (p. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zanolli, M.L. & Merhy, E.L. (2001). A pediatria social e suas apostas reformistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 977-987.
- Zardo, A.L. & Bozzetti, M.C. (2003). Medical education in pediatrics: Attitude assessment in health promotion and preventive care. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 03(2), 181-186.
- Zentgraf, M.C. (2004). *A educação à distância: a nova lei do ensino e o professor*. Disponível em <http://www.inclusaoonline.org/e107/content.php?article.3.1> [acessado em 05/12/2004].

ANEXOS

ANEXO 1

ESTRATÉGIA E RESULTADOS DA PESQUISA NOS BANCOS DE DADOS

Para o presente estudo, foi realizada ampla busca de informações advindas de artigos nacionais e estrangeiros abrangendo o período de 1994 a 2005, provenientes dos bancos de dados Web of Science, Scielo e Periódicos Capes. Também foram utilizados os bancos de dados das revistas científicas e periódicos: *Jornal de Pediatria*, *Pediatrics*, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil e Ciência e Saúde Coletiva*. A busca foi realizada por periódicos utilizando-se as palavras-chaves: promoção da saúde (*health promotion*), puericultura (*puericulture*), identificação e intervenção precoce de deficiências (*early identification and early intervention*), triagem (*screening*), atrasos de desenvolvimento (*developmental delays*), e vigilância do desenvolvimento (*developmental surveillance*), em diferentes combinações. A busca ocorreu da mesma maneira com as teses e dissertações da área.

No total, foram consultados cerca de 1600 títulos de artigos e 500 resumos, e foi tido acesso direto a 34 artigos completos pertinentes. Fizeram parte das buscas estudos experimentais, descritivos e artigos de revisão. Quando oportuno, algumas referências dos artigos consultados também foram consideradas.

Os critérios de seleção dos artigos foram tanto a definição dos termos puericultura, promoção à saúde, vigilância do desenvolvimento, como a associação entre a avaliação da prática do pediatra para a vigilância do desenvolvimento do bebê e a percepção de atraso de desenvolvimento. Diante de todos os artigos encontrados foi seguido o procedimento: leitura do título, leitura do resumo dos artigos que satisfaziam o critério de seleção, busca e leitura na íntegra dos artigos que seriam utilizados na versão de texto completo.

A partir das buscas, foram encontrados: 62 artigos que abordavam o tema “Promoção de Saúde” e 19 artigos com as palavras-chave “*Health Promotion*” mas nenhum deles foi utilizado por não apresentarem relação com o tema do presente estudo (a busca ocorreu no sentido de uma definição do termo, e os artigos se referiam a epidemiologia e promoção de saúde em áreas específicas, como por exemplo, diabetes, AIDS, saúde do trabalhador). Foram encontrados 49 artigos com a palavra-chave “Puericultura”, e nenhum com seu correspondente em inglês “*Puericulture*”; sendo que dois deles foram utilizados no presente estudo, pois abordam definições do termo e relatam modificações significativas em sua aplicação nos últimos anos; 961 artigos foram relacionados à “Identificação Precoce” e seu termo correspondente em inglês, sendo três deles utilizados por referirem-se à identificação precoce de deficiências, sendo que a maioria dos artigos não tinha relação com o tema deste estudo, abordando identificação de patologias diversas (por exemplo, doenças respiratórias, mortalidade infantil, câncer). Foram encontrados 170 resultados sobre “Atraso de Desenvolvimento”, e nenhum deles foi utilizado por não se relacionarem ao contexto desta pesquisa. Na busca pela palavra-chave “Vigilância do Desenvolvimento” foi encontrado um artigo que foi utilizado no presente estudo.

Na medida em que os artigos foram sendo encontrados, foram selecionados de acordo com sua relevância para o tema em questão. Foi realizada uma leitura minuciosa do material visando aprofundar a discussão sobre as informações em relação a algumas definições, como: desenvolvimento infantil, vigilância e triagem do desenvolvimento, promoção da saúde, puericultura; e visando também a compreensão sobre os motivos que servem como obstáculo para uma vigilância efetiva do desenvolvimento da criança na prática clínica dos profissionais de saúde e o levantamento das necessidades de capacitação para esses profissionais, além da deficiência da abordagem deste tema nos cursos de graduação e principalmente na residência em pediatria.

Em outra etapa, após o exame de qualificação, foi realizada nova busca por artigos a fim de complementar os assuntos abordados na introdução da tese. Foram utilizados também todos os textos indicados pela banca examinadora.

As informações encontradas nos artigos fazem parte da introdução do presente trabalho.

ANEXO 2

RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE OFERECEM VAGAS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA – fonte FUNDAP, 2002

ESPECIALIDADE: PEDIATRIA

Instituição	Vagas credenciadas							Número de residentes						
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	Total	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	Total
Governo Federal														
Universidade Federal de SP - UNIFESP	16	16	16	-	-	-	48	16	16	15	-	-	-	47
Subtotal	16	16	16	0	0	0	48	16	16	15	0	0	0	47
Governo do Estado de SP														
Associação Hospital de Cotia *	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0
Casa de Saúde Santa Marcelina	12	11	4	-	-	-	27	8	7	4	-	-	-	19
Conjunto Hospitalar do Mandaqui	12	12	-	-	-	-	24	8	7	-	-	-	-	15
F. C. M. da Unicamp	20	20	24	5	-	-	69	18	20	17	-	-	-	55
F. M. da Universidade de Mogi das Cruzes	3	2	-	-	-	-	5	2	2	-	-	-	-	4
F. M. da Univ. de Santo Amaro - Unisa	5	4	-	-	-	-	9	3	4	-	-	-	-	7
F. M. da Universidade de São Paulo - USP	40	40	18	-	-	-	98	40	40	14	-	-	-	94
F. M. da Universidade de Taubaté	3	4	-	-	-	-	7	1	4	-	-	-	-	5
F. M. de Botucatu – Unesp	15	15	18	-	-	-	48	15	14	15	-	-	-	44
F. M. de Catanduva	2	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	2
F. M. de Jundiá	3	2	-	-	-	-	5	2	-	-	-	-	-	2
F. M. de Marília	6	6	-	-	-	-	12	6	6	-	-	-	-	12
F. M. de São José do Rio Preto - FAMERP	12	13	7	-	-	-	32	10	10	1	-	-	-	21

F. M. de Sorocaba/PUC-SP-C.H.S.	10	10	2	-	-	-	22	4	8	2	-	-	-	14
F. M. do ABC	5	6	-	-	-	-	11	5	5	-	-	-	-	10
H. Brigadeiro	9	9	1	-	-	-	19	8	9	1	-	-	-	18
H. C. da F. M. de Ribeirão Preto - USP	24	24	21	-	-	-	69	24	24	19	-	-	-	67
H. do Servidor Público Estadual	12	10	10	-	-	-	32	9	5	4	-	-	-	18
H. e Mat. Dr. Celso Pierro - PUC Campinas	8	8	2	-	-	-	18	7	6	1	-	-	-	14
H. Guilherme Álvaro	6	6	2	-	-	-	14	3	3	1	-	-	-	7
H. Inf. Cândido Fontoura	12	12	3	-	-	-	27	11	6	3	-	-	-	20
H. Inf. Darcy Vargas	12	12	2	-	-	-	26	10	11	2	-	-	-	23
Irm. da Santa Casa de Misericórdia de SP	24	29	15	-	-	-	68	24	19	15	-	-	-	58
Subtotal	255	255	129	5	0	0	644	220	210	99	0	0	0	529

ESPECIALIDADE: PEDIATRIA

Instituição	Vagas credenciadas							Número de residentes						
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	Total	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	Total
Outras ⁽¹⁾														
Casa de Saúde Santa Marcelina	4	5	-	-	-	-	9	4	5	-	-	-	-	9
F. M. da Univ. de Santo Amaro - Unisa	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
F. M. da Universidade de Taubaté	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
F. M. de Catanduva	5	7	1	-	-	-	13	3	4	-	-	-	-	7
F. M. de Jundiá	1	2	-	-	-	-	3	1	2	-	-	-	-	3
F. M. de São José do Rio Preto - FAMERP	2	1	-	-	-	-	3	2	1	-	-	-	-	3
F. M. do ABC	7	6	3	-	-	-	16	7	6	2	-	-	-	15
H. C. da F. M. de Ribeirão Preto - USP	-	-	3	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	3
H. do Servidor Público Estadual	-	2	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	2
Irm. da Santa Casa de Misericórdia de SP	6	1	-	-	-	-	7	6	1	-	-	-	-	7
Subtotal	27	24	7	0	0	0	58	25	21	5	0	0	0	51

Prefeitura de São Paulo														
H. do Servidor Público Municipal	8	8	1	-	-	-	17	6	6	1	-	-	-	13
H. Mun. do Campo Limpo	4	4	-	-	-	-	8	-	2	-	-	-	-	2
H. Mun. Dr. Alípio Corrêa Neto	6	6	2	-	-	-	14	1	-	2	-	-	-	3
H. Mun. Inf. Menino Jesus	16	16	4	-	-	-	36	16	14	4	-	-	-	34
Subtotal	34	34	7	0	0	0	75	23	22	7	0	0	0	52
Prefeitura de Campinas														
H. Mun. Dr. Mário Gatti	6	6	-	-	-	-	12	6	6	-	-	-	-	12
Subtotal	6	6	0	0	0	0	12	6	6	0	0	0	0	12
Prefeitura de São José dos Campos														
H. Mun. Dr. José de Carvalho Florence	3	3	-	-	-	-	6	1	3	-	-	-	-	4
Subtotal	3	3	0	0	0	0	6	1	3	0	0	0	0	4
Instituições Particulares														
F. M. de Bragança Paulista - USF	4	4	-	-	-	-	8	4	3	-	-	-	-	7
H. Ana Costa	3	3	-	-	-	-	6	3	2	-	-	-	-	5
H.P.Edmundo Vasconcelos	4	4	-	-	-	-	8	4	4	-	-	-	-	8
Soc. Benefic. Centro Médico de Campinas	2	2	-	-	-	-	4	2	2	-	-	-	-	4
Soc. Santamarense de Ben. do Guarujá	2	2	-	-	-	-	4	2	1	-	-	-	-	3
Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE	5	5	-	-	-	-	10	3	5	-	-	-	-	8
Subtotal	20	20	0	0	0	0	40	18	17	0	0	0	0	35
TOTAL	361	358	159	5	0	0	883	309	295	126	0	0	0	730

⁽¹⁾ Refere-se a outras fontes de recursos para financiamento das bolsas.

* Os programas de Residência Médica da instituição foram descredenciados em 07/11/2001, pela CNRM e CERMESP, tendo seus residentes redistribuídos.

ANEXO 3

CARTA ENVIADA AOS COORDENADORES DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM PEDIATRIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Prezado Dr. :

Estamos desenvolvendo um projeto de tese de doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, da Universidade Federal de São Carlos, intitulado: **“A formação de pediatras para a vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês”**, que tem como objetivo geral elaborar, implementar e avaliar um programa de formação continuada para residentes em pediatria a fim de colaborar nas ações de vigilância do desenvolvimento de bebês de zero a doze meses.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- a). Identificar elementos sobre o ensino de pediatria em relação ao tema Vigilância do Desenvolvimento nos cursos de residência do estado de São Paulo, sobre conteúdo e metodologia empregada (Estudo 1);
- b). Avaliar os conhecimentos dos residentes em pediatria sobre o tema Vigilância do Desenvolvimento (Estudo 2);
- c). Elaborar um programa de formação continuada para residentes em pediatria na forma de ensino à distância, contendo tópicos como: desenvolvimento normal do bebê; identificação de atrasos do desenvolvimento da linguagem, da interação social, emocional, cognitivo, motor, transtornos invasivos; uso de instrumentos rápidos e fáceis de serem aplicados na prática clínica e inseridos na dinâmica institucional; além de outros tópicos levantados no Estudo 1 que

por ventura mostrarem-se relevantes para a prática da vigilância do desenvolvimento (Estudo 3);

d). Implementar e avaliar o programa de formação continuada junto a uma amostra de residentes em pediatria (Estudo 4).

Com os resultados obtidos espera-se contribuir para a sensibilização do pediatra quanto à importância da vigilância do desenvolvimento e identificação precoce de crianças com atrasos de desenvolvimento, bem como obter subsídios para a generalização dessa sensibilização. Por estarem em período de formação, supõe-se que este seria o melhor momento para discutir e analisar práticas profissionais, possibilitando o uso da vigilância do desenvolvimento em sua prática futura.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, gostaríamos de solicitar a disponibilização da **grade curricular do curso de residência em pediatria, com a descrição das ementas e respectivas cargas horárias das disciplinas**, a fim de possibilitar a análise (Estudo 1) e fundamentar os estudos subseqüentes.

De acordo com os critérios éticos da pesquisa, os resultados estarão disponíveis assim que o estudo estiver concluído, mas terão seu anonimato garantido quando da divulgação.

Aguardamos sua resposta, estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos e deixamos nossos endereços,

Atenciosamente,

Patrícia Carla de Souza Della Barba, doutoranda em Educação Especial
Rua Dr. Antônio Carlos Oliveira Mello, 91, Parque da Represa, Jundiaí, SP.
CEP: 13214-562. email: patdbarba@yahoo.com

Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello, orientadora
Departamento de Psicologia - PPGEEs, Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luís, km 235 São Carlos, SP
CEP: 13565-905. email: ana.aiello@terra.com.br

Ilmo. Sr. Prof. Dr.
Coordenador da Residência Médica em Pediatria
Faculdade de Medicina de – SP

ANEXO 4

DETALHAMENTO DO CONTEÚDO DAS GRADES CURRICULARES DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA

Curso 1

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	CH do ambulatório: atividades realizadas por 4 meses em UBS, 4 vezes por semana, sendo 2 vezes p/ semana com o Projeto "D"*, com CH = 20 horas * Projeto "D": atividades integradas nas áreas de: pediatria, fonoaudiologia, fisioterapia, psiquiatria e neuropediatria, visando ações de prevenção e promoção do desenvolvimento infantil.
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	são vistas especialidades pediátricas em 3 meses em ambulatório de especialidades. As especialidades incluem conduta e atendimento em reumatologia, cardiologia, hematologia, entre outros.
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	No estágio do Projeto "D": conhecimento do processo de desenvolvimento normal da criança, entendimento dos principais fatores de risco para alterações do desenvolvimento, detecção precoce de desvios do desenvolvimento, discussão da necessidade do diagnóstico sindrômico, funcional e etiológico (e não apenas o etiológico como a área médica sempre reforça) em toda criança com alterações do desenvolvimento, discussão das propostas de intervenção adequadas às alterações apresentadas pela criança, discussão do papel do pediatra na inclusão da criança com alterações do desenvolvimento, discussão das principais moléstias que afetam o desenvolvimento da criança.
Ementa / tópicos	Grade teórica: desenvolvimento – conceito, fatores de risco, processo normal, sinais de alerta e principais patologias; Desenvolvimento emocional – introdução, anamnese e instrumentos de avaliação; Desenvolvimento da linguagem I e II, Desenvolvimento cognitivo I e II, Desenvolvimento visual.
Estratégias de ensino	Atendimento de crianças – 4 a 5 por residente – junto com professores do ambulatório
Atividades dos alunos	R1: Ambulatório do Hospital: história clínica, exame físico, formulação de hipóteses e procedimentos técnicos, atendimento de casos novos e seguimento longitudinal dos pacientes pediátricos. Unidades Básicas de Saúde: atendimento nos programas de atenção à criança (desnutridos, saúde escolar, asma, projeto "D", puericultura). R2: Ambulatório de Especialidades do Hospital: atendimento de casos novos e retornos de especialidades, discussão de diagnóstico diferencial, conduta terapêutica e atendimento em: reumatologia, cardiologia, adolescência, genética, hematologia, oncologia, nefrologia, pneumologia, e outros.
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Teórica: ao final de cada estágio para R1, ao final de cada módulo para R2. Aplicação de questionário no início e final do estágio. Prática: após cada estágio R1 e R2: exame físico e obtenção de história pregressa da moléstia atual, organização e apresentação dos casos, resolução de problemas clínicos, aplicação do conhecimento básico em pediatria, comunicação com os pacientes (crianças), comunicação com as famílias, atitudes profissionais.
Critérios de aprovação	Presença de 75% nas aulas teóricas, média de 60% em avaliações teóricas, média mínima 5,0% em avaliações práticas.
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	Hospital e UBS (R1); Hospital (R2).

Curso 2

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	CH do ambulatório: realizado por 11 semanas, 29 créditos.
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	são vistas especialidades pediátricas por 5 semanas distribuídos em 2 semestres
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Não apresentou
Ementa / tópicos	R1: Capacitar o residente a atuar na atenção à saúde da criança e do adolescente, em um sistema público de saúde hierarquizado, unificado e de acesso universal, identificando criticamente as possibilidades e limites, bem como estratégias para intervir e superar as dificuldades. R2: fornecer ao médico residente subsídios para aprimorar sua capacitação na assistência a problemas de saúde de nível de atenção secundário e terciário ambulatorial que acometem crianças e adolescentes.
Estratégias de ensino	R1: Disciplina Pediatria Social tem duração de 11 semanas, sendo ministrada em 5 períodos consecutivos para grupos de 4 a 5 alunos. R2: a disciplina tem duração de 5 semanas, ministrada em 12 períodos consecutivos para grupos de 12 alunos.
Atividades dos alunos	Não apresentou
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Não apresentou
Critérios de aprovação	Não apresentou
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	Não apresentou

Curso 3

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	CH do ambulatório: não apresenta, as atividades são realizadas por 2 meses em centro de saúde e 2 meses em ambulatório durante 1 ano
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	é realizado 1 mês de ambulatório durante 1 ano, não apresenta a carga horária
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Não apresentou
Ementa / tópicos	R2: Aulas teóricas: emergências pediátricas, gastroenterologia pediátrica, pneumologia pediátrica, cardiologia pediátrica, ambulatório.
Estratégias de ensino	Reuniões clínicas, curso de educação continuada.
Atividades dos alunos	Não apresentou
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Provas teóricas, estágios (assiduidade, pontualidade, interesse)
Critérios de aprovação	Não apresentou
Bibliografia	Marcondes / Nelson / Ricco, Ciampo, Almeida / Miller / Diniz, Okay, Tobaldini, Vaz
Locais de atuação	centro de saúde e ambulatório

Curso 4

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	Atividades realizadas no centro de saúde-escola – 50% teórica e 50% prática, ou 2 meses. Foi informado que em 2005 não foi oferecido puericultura no ambulatório, mas somente pneumologia infantil. Em creches é aplicado protocolo de vigilância do desenvolvimento, que não foi especificado.
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	são vistas especialidades pediátricas em sala de internação geral, neonatologia, consulta externa, sala de emergência, UTI e sub-especialidades. Não especifica carga horária.
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Ênfase na atenção à saúde nos seus 3 níveis: primário, secundário, terciário. Aperfeiçoar habilidades técnicas, raciocínio clínico, capacidade de tomar decisões. Valorizar ações de caráter preventivo, promover a integração do médico com a equipe multidisciplinar.
Ementa / tópicos	Ética médica, técnica de atendimento em pediatria (exame físico, anamnese, antropometria, diagnósticos), assistência a crianças saudáveis (crescimento e desenvolvimento, vacinação, lactância materna, alimentação no primeiro ano de vida, desenvolvimento neuropsicomotor), orientação a pais, integração interdisciplinar, sistema de saúde (organização e características, críticas ao modelo vigente), vigilância epidemiológica, outros temas voltados às patologias
Estratégias de ensino	Teóricas: sessão de revisão e leitura de artigos, sessão de diagnósticos por imagem, sessão de departamento, encontros científicos, seminários, reunião de anatomo-patologia. Teórico-práticas: não citou
Atividades dos alunos	R1: realizar: puericultura, vacinação, medicina preventiva, orientação ao adolescente, seguimento estatural mensal, acompanhamento de crianças com problemas crônicos por meio de plantões e consultas. R2: atuar nas especialidades e plantões nos serviços de urgência, supervisionar as atividades, colaborar nas rotinas, atividade docente.
Recursos a serem utilizados	Humanos: corpo clínico-docente que se subdivide em equipes de sub-especialidades; Físicos: unidade de cuidados intensivos, sala de isolados, sala de internação, sala de RN normais, sala de RN patológicos, sala para cada especialidade, sala de emergências, sala de reuniões, biblioteca, outros serviços médicos e interdisciplinares (psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social).
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Ao final de cada rotação e avaliação contínua (assiduidade, pontualidade, cooperação, responsabilidade, relacionamento, ética, interesse), as notas são dadas pelos docentes supervisores.
Critérios de aprovação	Exame de proficiência para passagem de R1 para R2, provas teórico-práticas, postura ética e incorporação dos objetivos. Qualificação = ou > 5,0. Cumprimento da carga horária, desempenho profissional satisfatório medido por escalas.
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	R1: centro de saúde-escola e consulta externa (ambulatório). R2: consulta externa de especialidades (endocrinologia, cirurgia, pneumologia e outras especialidades pediátricas).

Curso 5

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	32 hs/semana em UBS 36 hs/semana em outra UBS 20 hs/semana em ambulatório no campus por 1 mês
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	são vistas especialidades pediátricas em 3 meses com 60 hs/semana em ambulatório de especialidades, com CH de 812 horas. Estas horas envolvem: atendimento primário, secundário, ambulatório geral e plantões.
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Proporcionar ao residente treinamento em atendimento em atenção primária, proporcionar conhecimento da demanda e da realidade do atendimento.
Ementa / tópicos	R1 = R2. Na UBS: acompanhamento de puericultura, programas básicos de assistência à saúde da criança. No ambulatório: acompanhamento de puericultura, atendimento a crianças com problemas de crescimento, obesidade e sobrepeso, prematuridade e baixo peso.
Estratégias de ensino	Aulas teóricas, discussão de casos, seminários, reuniões clínicas. Aulas práticas: atendimentos ambulatoriais e plantões. Em R2: aprofundamento em especialidades e supervisão dos docentes
Atividades dos alunos	Atender pacientes sob supervisão dos docentes (8 horas por semana), participar de aulas teóricas.
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Teórica: R1: 4 provas escritas ao longo do ano; R2: 3 provas escritas ao longo do ano. Prática: escala de atitudes ao término de cada estágio
Critérios de aprovação	Nota mínima = 5,0 (teórica) Nota mínima = 7,0 (prática)
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	UBS e ambulatório de especialidades

Curso 6

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	Não apresentou detalhes
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	São vistas especialidades pediátricas em ambulatório de especialidades
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Não apresentou
Ementa / tópicos	Não apresentou
Estratégias de ensino	Reuniões semanais com discussões de casos, curso continuado de educação médica, cursos de extensão, participação em congressos.
Atividades dos alunos	Atendimento com discussões de casos com preceptor, atualizações, revisões de artigos.
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Provas teóricas trimestrais, relatório mensal com escalas de atitudes (assiduidade, pontualidade, raciocínio clínico, solicitude). R2: monografia.
Critérios de aprovação	Não apresentou
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	Não apresentou

Curso 7

<i>Distribuição da Carga Horária - R1:</i>	As atividades são realizadas por 4 meses em 1 UBS, 1 ambulatório (6 hs/semana), 1 hospital e escolas (4 hs/semana). São dadas 40 hs de aula teórica. São realizadas as atividades: pediatria geral, puericultura, atendimento em creches, saúde do escolar.
<i>Distribuição da Carga Horária - R2:</i>	são vistas especialidades pediátricas em 2 meses em ambulatório de especialidades, sendo 12 hs/semana teóricas
<i>Caracterização das disciplinas:</i>	
Objetivo	Formar pediatras gerais capazes de exercerem de forma adequada o atendimento e acompanhamento à população pediátrica desde o período neonatal até o final da adolescência, detectar as patologias pediátricas mais prevalentes, compreender o processo de saúde-doença e elaborar atividades preventivas em pediatria.
Ementa / tópicos	Ambulatório: saúde do escolar, atendimento em creches, puericultura e pediatria geral.
Estratégias de ensino	Aulas teóricas para R1 e R2 por 40 horas no período de uma semana, reunião de revista, reunião clínica, discussão de casos.
Atividades dos alunos	Distribuição de prontuários, auxílio no atendimento aos pacientes atendidos pelos internos, participação da orientação às mães, atendimento às crianças agendadas, checagem de cartão vacinal, avaliação pondero-estatural e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, encaminhamentos, avaliação clínica nas escolas.
Recursos a serem utilizados	Não apresentou
Procedimentos de avaliação do aprendizado	Teórica: provas trimestrais Prática: escala de condutas (assiduidade, responsabilidade, conhecimento, postura, ética, desempenho, iniciativa, relacionamento com os colegas e pacientes).
Critérios de aprovação	Não apresentou
Bibliografia	Não apresentou
Locais de atuação	UBS e uma creche (ambulatório de puericultura e pediatria).

ANEXO 5

EXEMPLO DE UM PLANO DE ENSINO – NEXOS - UFSCAR



Menu de acesso rápido

[HOME](#)

Salvar

Imprimir

Plano de Ensino Consolidado

Seção 1. Caracterização complementar da turma/disciplina

Turma/Disciplina: XXXX - A - INTRODUCAO PRATICA EM TERAPIA OCUPACIONAL	2006/1
---	---------------

Professor Responsável:	ABCDEFG
------------------------	----------------

Objetivos Gerais da Disciplina

proporcionar ao aluno conhecimentos básicos do campo da T.O.:
as diferentes áreas de atuação
os recursos e as técnicas de intervenção
os fundamentos da profissão
e das particularidades da formação profissional no curso de graduação em TO na UFSCar.

Ementa da Disciplina

- 1) A estrutura e o conteúdo curricular
- 2) Os campos de atuação da Terapia Ocupacional
- 3) Visitas a diferentes instituições
- 4) Sensibilidade da expressão não-verbal (atividades)

Número de Créditos			
Teóricos	Práticos	Estágio	Total
2	2	0	4

Requisitos da Disciplina

Co-Requisitos da Disciplina

Caráter de Oferecimento

Seção 2. Desenvolvimento da Turma/Disciplina

<input type="checkbox"/>	Marcar se a turma/disciplina estiver cadastrada no PESCD (Programa de Estágio Supervisionado de Capacitação de Docente)
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Marcar se nesta turma, neste Ano/Semestre, estiver acontecendo um estágio do PESCD (Programa de Estágio Supervisionado de Capacitação de Docente)
--------------------------	--

Requisito Recomendado (aos alunos da graduação)

Tópicos/Duração
1)Perfil curricular - 04hs/aula 2)Funções e papéis do TO - 08hs/aula 3)Campos de atuação do TO - 10hs/aula 4)Equipes de saúde - 06hs/aula 5)As instituições e as diferentes abordagens de TO -12hs/aula 6)Vivências de atividades - 16hs/aula 7)Avaliação - 4hs/aula

Objetivos Específicos
-Dar condições aos alunos de posicionarem-se frente à sua formação acadêmica, à sua trajetória no curso de TO da UFSCar; perceberem os diferentes enfoques existentes sobre a profissão, os diferentes modelos de saúde e os vários campos de atuação; promover vivências de diferentes atividades, visitas a diferentes instituições e entrevistas com profissionais de TO e da área da saúde.

Estratégias de Ensino
Aulas dialogadas; Jogos dramáticos para apresentação dos participantes, razões da escolha da TO; Orientação de leituras selecionadas, bem como a apresentação de vídeos sobre deficiência, deficiente e sociedade, preconceito; Discussão das leituras, filmes e visitas; contatos e entrevistas com profissionais da equipe de saúde; Orientação na elaboração de relatórios e formulário de entrevista; Realização de atividades que estimulem o contato com diferentes materiais e de vivências que estimulem a percepção de si e do outro, assim como a sensibilização para novas linguagens; Discussão do processo vivenciado.

Atividades dos Alunos
Participação em jogos dramáticos, visitas aos laboratórios e instituições de saúde;

leituras e discussão de textos; realização de entrevista; participação nas vivências de atividades; participação nas apresentações de filmes e elaboração de relatório sobre o filme assistido; participação nas discussões em classe e em equipe de todas as atividades realizadas intra e extra classe.

Recursos a serem utilizados

-participação de profissionais da área de TO e da equipe de saúde,
-video-cassete, tv.
-aparelhos de som, cds
-tintas, papéis, cola, etc...
-visitas a instituições de saúde

Procedimentos de Avaliação do aprendizado dos alunos

(provas, trabalhos individuais ou em grupo, participação, trabalhos extra-classe, seminários, relatórios, exercícios, etc..)

-trabalhos individuais e em grupo,
-relatórios das atividades extra-classe e das vivências
-desempenho nas aulas práticas e teóricas
-auto-avaliação

Bibliografia

Publicação (Procure usar normas ABNT. a menos da formatação)

-DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL . - Catálogo do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional da UFSCar. São Carlos. 2001.
-SEVERINO, A.J - Metodologia do trabalho científico, Cortez &Autores Associados, São Paulo, 1980, p.99-108.
-FRANCISCO,B.R. - Terapia Ocupacional. Papyrus, Campinas, 1988.
-RIBAS, J.B.C.-O que são pessoas deficientes. Brasiliense, São Paulo, 1983.
-EL-KHATIB,U.- Discutindo a deficiência: onde começam as dificuldades?- Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar, v.5, n1, 1996.

Observações

(por exemplo: outras turmas em oferecimento simultâneo, distribuição de programas entre professores, disponibilidade de bibliografia, vagas de extensão, alunos especiais, etc.)

Seção 3. Apreciação do Plano de Ensino

Apreciação do conselho departamental

Apreciação do conselho de curso

Aprovado condicionado à sugestão do parecerista do CD/DTO

ANEXO 6

INSTRUMENTO UTILIZADO NA SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Questionário 1: Práticas relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança - QPVDC *

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Número: _____ Data: _____

Faculdade: _____

Residência médica em pediatria R1 () R2 () R3 ()

OBS.: Considere como desenvolvimento as funções neuropsicomotoras da criança e não o desenvolvimento do crescimento físico.

1) Você costuma perguntar às mães sobre o que elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?

1() Sim 2() Não

2) Em relação à pergunta 1 justifique sua resposta :

3) Você faz avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atende em sua prática diária no Serviço Público?

1() Sim ____ 2() Não ____

4) Caso respondeu sim a Pergunta 3, de cada 10 crianças que atende quantas você avalia o desenvolvimento?

1() Todas
2() 1 a 3
3() 4 a 6
4() 7 a 9

5) Caso respondeu não a pergunta 3, quais os motivos?

6) Caso respondeu sim a pergunta 3, que instrumentos você utiliza para avaliar o desenvolvimento da criança?

1() Meus conhecimentos próprios sobre desenvolvimento infantil.
2() Escalas padronizadas. Citar a escala que utiliza :

7) Caso respondeu item “1” a pergunta 6, justifique porque não utiliza escalas ?

- 1() Meus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil são suficientes.
- 2() As escalas sobre avaliação do desenvolvimento infantil são muito complexas e tomam muito tempo para serem aplicadas.
- 3() Não tenho conhecimento aprofundado sobre escalas de avaliação do desenvolvimento para utilizá-las na minha prática clínica.
- 4() Outros motivos. Cite alguns: _____

8) Você costuma dar às mães alguma orientação sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos?

- 1() Sim 2() Não
Justifique sua resposta:

9) Caso respondeu sim a pergunta 8, cite dois tipos de orientações que você costuma dar :

- 1) _____

- 2) _____

10) Quando você detecta uma criança menor de 2 anos com atraso no desenvolvimento, qual a sua conduta?

11) Você gostaria de receber algum treinamento sobre como avaliar, o que fazer após a avaliação e como orientar as mães a estimular o desenvolvimento de seus filhos?

- 1() Sim 2() Não

Justifique sua resposta:

* instrumento replicado do trabalho de Figueiras, Amira (2002), com autorização da autora. “Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil”. Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Pediatria.

ANEXO 7

INSTRUMENTO UTILIZADO NA SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Questionário 2: Teste sobre o Desenvolvimento da Criança - TDC *

Número: _____ Data: _____

Faculdade: _____

Residência médica em pediatria R1 () R2 ()

1. Lígia tem dois meses. Durante a consulta, o profissional observou que a criança não olhava a mãe enquanto mamava e não seguiu com o olhar um objeto colocado cerca de 30 cm de seus olhos. Marque a alternativa correta:

- a) **Lígia apresenta uma reação normal para sua idade, pois as crianças começam a enxergar a partir dos 3 meses.**
- b) **Lígia está com um possível atraso no seu desenvolvimento devendo ser melhor avaliada.**
- c) **Lígia não enxerga e precisa ser encaminhada ao oftalmologista.**
- d) **Lígia está iniciando um processo autista, por isto não se comunica com as pessoas e o meio ambiente.**

2. Em que faixa etária a maioria das crianças senta sem apoio?

- a) **3 a 6 meses.**
- b) **6 a 9 meses**
- c) **9 a 12 meses**
- d) **12 a 15 meses**

3. Quanto à audição da criança, podemos dizer:

- a) **Está presente já na gestação, sendo fundamental conversar com a criança para estimular o desenvolvimento da linguagem.**
- b) **Está presente já na gestação, porém a capacidade de localização do som vai surgir após os 12 meses de idade.**
- c) **Começa a se desenvolver após o 3º mês de vida extra-uterina, porém a capacidade de localização do som vai surgir após os 6 meses de idade.**
- d) **Começa a se desenvolver após o 3º mês de vida extra-uterina, porém a capacidade de localização do som vai surgir após os 12 meses de idade.**

4. Em relação à linguagem, assinale a alternativa correta:

- a) **A criança aos 24 meses forma frases corretamente.**
- b) **A criança aos 15 meses não fala, mas se comunica por gestos.**
- c) **A criança de 9 meses fala pelo menos duas palavras sequenciais.**
- d) **A criança de 4 meses sorri emitindo sons.**

5. Quanto ao desenvolvimento motor da criança, podemos afirmar que:

- a) **As crianças que não andam aos 12 meses de idade apresentam atraso no desenvolvimento.**
- b) **A sustentação da cabeça ocorre, na maioria das crianças, entre 4 e 6 meses de idade.**

- c) Aos 6 meses a criança apanha objetos pequenos com os dedos polegar e indicador em forma de pinça.
- d) A maioria das crianças engatinha entre 9 e 10 meses de idade.

6. Assinale a alternativa incorreta:

- a) Aos 4 meses a criança é capaz de pegar objetos colocados em sua mão.
- b) Aos 6 meses a criança é capaz de apreender um objeto colocado a sua frente, voluntariamente.
- c) Aos 9 meses a criança reconhece o rosto de seus familiares e reage frente a estranhos.
- d) Aos 12 meses a criança anda e sobe escadas com passos alternados.

7. Dentre os fatores de risco relacionados, qual deles não está associado ao déficit de desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) na criança:

- a) Anoxia neonatal
- b) Baixo peso ao nascer
- c) Raça
- d) Infecções congênitas

8. Paulo tem 12 meses, engatinha e anda com apoio; consegue apanhar objetos, reconhece a mãe, porém não emite som algum. Assinale a alternativa correta:

- a) Paulo tem um possível atraso no desenvolvimento, pois não anda e não fala.
- b) Paulo tem um desenvolvimento normal para sua idade.
- c) Paulo tem atraso na aquisição da linguagem, sendo necessária investigação de sua acuidade auditiva.
- d) Paulo tem atraso na aquisição da linguagem, provavelmente devido à falta de estimulação de seus familiares.

9. Assinale a alternativa correta:

- a) Aos 12 meses a criança consegue entregar um objeto à outra pessoa quando solicitado.
- b) Aos 15 meses a criança chuta bola com um pé.
- c) Aos 18 meses a criança é capaz de abotoar e desabotoar sua roupa e comer sozinha sem derramar.
- d) Aos 24 meses a criança colabora com o exame e se constitui no melhor momento para avaliação da acuidade auditiva e visual.

10. Na avaliação do desenvolvimento da criança, o desaparecimento dos reflexos primitivos é um item de grande importância a ser considerado. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a cronologia mais frequentemente esperada para o desaparecimento de alguns desses reflexos:

- a) Moro: 3 a 4 meses
- b) Cutâneo-plantar em extensão: 6 a 8 meses
- c) Preensão palmar: 10 a 12 meses
- d) Reflexo de apoio plantar (marcha reflexa): 6 a 8 meses

11. São vários os domínios de funções relacionados ao desenvolvimento da criança e que devem ser considerados na sua avaliação. Assinale a alternativa correta:

- a) Habilidades motoras grosseiras referem-se ao uso de grandes músculos como os do tronco e de membros superiores e inferiores.

- b) **Habilidades motoras finas referem-se ao uso de pequenos músculos das mãos a serem avaliadas a partir do segundo ano de vida.**
 - c) **Habilidades motoras finas referem-se ao uso de pequenos músculos das mãos a serem avaliadas após o desaparecimento dos reflexos primitivos.**
 - d) **O desenvolvimento cognitivo está relacionado à memória e aprendizagem, devendo ser avaliado somente na faixa etária do escolar.**
12. Com relação ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta:
- a) **A criança é reconhecida como ser ativo, capaz de reagir ao meio e às pessoas desde o nascimento.**
 - b) **A criança é reconhecida como ser ativo, sendo que o ambiente somente deverá exercer um papel importante após a socialização.**
 - c) **A criança é um ser passivo, dependente de outros seres humanos por longo período da vida, sendo seu desenvolvimento resultante de sua vivência sócio-cultural.**
 - d) **A criança é um ser passivo, sendo o adulto, a mãe em especial, o mediador da criança com o meio.**
13. No que se refere ao desenvolvimento motor da criança, assinale a alternativa correta:
- a) **A intensidade e simetria dos reflexos primitivos expressam a integridade de plexos nervosos, porém são pouco úteis para a avaliação da integridade do SNC.**
 - b) **No final do primeiro ano de vida, há um nítido predomínio do padrão extensor sobre o flexor.**
 - c) **O controle muscular na criança é um processo progressivo, iniciando-se pela musculatura dos membros, tronco e, finalmente, cervical.**
 - d) **Ao nascimento, a criança apresenta nítido predomínio do tônus flexor dos membros e intensa hipotonia para-vertebral.**
14. Com relação ao exame físico do recém-nascido e do lactente, assinale a alternativa correta:
- a) **A presença e a simetria dos reflexos cócleo-palperal e foto-motor são de grande relevância na avaliação da audição e visão, respectivamente.**
 - b) **A anamnese é mais importante nesta fase e prescinde do exame físico, pois a criança não colabora com este.**
 - c) **O perímetro cefálico cresce cerca de 12 cm no primeiro ano de vida e suas alterações raramente se associam a patologias relacionadas ao desenvolvimento da criança.**
 - d) **Os reflexos patelar, braquial e radial devem ser avaliados rotineiramente nas consultas, pois fornecem valiosas informações sobre a integridade do sistema neurológico da criança.**
15. Na investigação laboratorial de infecções congênicas, além das sorologias, alguns exames subsidiários são essenciais. Assinale a correta:
- a) **O hemograma é de pouco valor, pois em geral, está normal ou apresenta alterações inespecíficas.**
 - b) **O exame oftalmológico está indicado somente nos casos de toxoplasmose confirmada.**
 - c) **O exame do líquido é obrigatório, pois grande parte das infecções congênicas apresenta comprometimento do SNC.**
 - d) **Não há indicação de realização de audiometria nos casos em que não houver atraso na aquisição de linguagem.**
16. Catarata, opacificação da córnea, cardiopatia, deficiências auditiva, visual e mental associam-se mais comumente a:

- a) Rubéola
- b) Toxoplasmose
- c) AIDS
- d) Citomegalia

17. Peso ao nascer superior a 4000g, retardo na eliminação de mecônio, icterícia prolongada, fontanela bregmática ampla, hipotonia, macroglossia, constipação intestinal, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros meses de vida, associam-se a:

- a) Hipertireoidismo
- b) Hipotireoidismo
- c) Fenilcetonúria
- d) Deficiência de cortisol

18. Uma mãe procura o Posto de Saúde porque sua primeira filha de 8 meses é muito "molinha". Os pais são jovens e consangüíneos (primos em primeiro grau) e negam qualquer caso semelhante na família. Durante a gestação apresentou movimentos fetais de fraca intensidade, que se iniciaram aos 6 meses, não teve intercorrências, a mãe nega uso de drogas ou tabaco, porém a criança nasceu com 2.200grs, gestação a termo. Nos antecedentes pessoais encontramos que a criança é muito tranquila, chora pouco, passa o dia todo no berço e não sustenta a cabeça. Ao exame a criança é diferente dos pais, hipotônica, com microcefalia, desvios fenotípicos faciais e sopro cardíaco. Qual o raciocínio diagnóstico mais adequado ao caso?

- a) **A criança apresenta uma provável síndrome genética, por ter uma constituição genética que difere da família e é possível que seja de herança autossômica recessiva pela consangüinidade.**
- b) **A criança, provavelmente, é normal e deve ter falta de estímulo, porque passa o dia todo deitada e a mãe é inexperiente.**
- c) **A criança pode ter malformação cerebral isolada, pois demorou para iniciar a atividade fetal.**
- d) **A criança, provavelmente, teve uma infecção congênita.**

19. No ambulatório do Posto de Saúde, chega uma mãe com uma criança de 2 meses de vida e diz que a criança está bem, mas ela está preocupada porque já perdeu 2 filhos, uma menina de 9 meses e um menino de 8 meses. Mãe refere que os outros filhos também eram normais ao nascimento e com cerca de 3 meses começaram a apresentar crises convulsivas de difícil controle, aumento do fígado, atraso do desenvolvimento e morreram por septicemia. Os pais não são consangüíneos e têm um filho normal com 5 anos de idade. Qual hipótese diagnóstica é mais provável?

- a) **Os filhos dessa mãe são portadores de um erro inato do metabolismo, de herança autossômica recessiva, porque comprometeu ambos os sexos, e a paciente deve ter acompanhamento especializado.**
- b) **Os filhos dessa mãe, provavelmente, tiveram quadro infeccioso que é o mais frequente no nosso meio.**
- c) **Os filhos dessa mãe poderiam ter uma infecção congênita, que é muito frequente no nosso meio.**
- d) **Não dá para fazer hipótese diagnóstica com esses dados.**

* instrumento replicado do trabalho de Figueiras, Amira (2002), com autorização da autora. "Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil". Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Pediatria.

ANEXO 8

ANÁLISE ESTATÍSTICA - METODOLOGIA

Para realizar as análises propostas, foram utilizados cinco diferentes metodologias: Tabelas de Burt, Teste Qui-Quadrado, Modelo ANOVA e Teste de Mann-Whitney para verificarmos possíveis relações entre os dois instrumentos de coleta e Teoria de Resposta ao Item para analisar cada questão do instrumento *TDC* e a habilidade de cada respondente. Tais métodos são detalhados a seguir:

Tabela de Burt:

Quando temos um alto número de variáveis em estudo, fica difícil cruzá-las em simples tabelas de dupla entrada. A Tabela de Burt é um procedimento alternativo que permite uma visualização univariada e multivariada de um grupo de variáveis de interesse. A eficiência deste procedimento reside no fato de que, a partir de uma única tabela, podemos observar as possíveis relações existentes num conjunto de variáveis. Vale lembrar que a Tabela de Burt é um recurso exploratório.

Com o uso de recursos computacionais utilizando o pacote *Minitab*, obtivemos uma tabela que, por questão de espaço, não a transcrevemos inteira e sim apenas os trechos de interesse. Um breve algoritmo para sua construção segue abaixo:

1º Passo: Criar variáveis indicadoras para cada alternativa, obtendo uma tabela chamada de “Tabela Lógica” (trate-a como uma matriz).

2º Passo: Transpor a Tabela Lógica.

3º Passo: Multiplicar a Tabela Lógica pela sua transposta.

O resultado da multiplicação obtida no terceiro passo é a Tabela de Burt para as frequências absolutas.

Teste Qui-Quadrado:

A partir da Tabela de Burt podemos testar se há independência entre as suas linhas e suas colunas, verificando assim uma possível relação entre as variáveis em questão. No nosso caso, utilizaremos os cruzamentos entre o desempenho no *TDC* e as respostas assinaladas no *QPVDC*. O teste funciona da seguinte forma:

Ho: Uma observação pertencer a linha “i” independe dela pertencer a coluna “j”.

Ha: Uma observação pertencer a linha “i” depende se ela pertence a coluna “j”.

Sendo a estatística teste:

$$T = \frac{\sum_i^r \sum_j^c (O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

onde,

$$E_{ij} = \frac{C_j R_i}{N}$$

e O_{ij} são os valores observados nas caselas da Tabela de Burt.

Rejeita-se H_0 quando o valor da estatística T for maior que o valor tabelado de Qui-quadrado com $(r-1)*(c-1)$ graus de liberdade, onde r é o número de linhas e c o número de colunas da tabela em questão. Rejeitar H_0 significa dizer que há uma relação (dependência) entre as variáveis representadas pelas linhas e pelas colunas.

Modelo ANOVA One-Way (Efeitos Fixos):

É utilizado quando temos apenas um fator (de efeitos fixos) de interesse e queremos relacioná-lo com uma variável resposta. Um fator de efeitos fixos é um fator que não provém de nenhum processo de aleatorização (sorteio). O modelo é escrito da seguinte forma:

$$Y_{ij} = \mu + \tau_i + \varepsilon_{ij}$$

onde,

Y_{ij} - Variável resposta.

μ - Média geral da variável resposta.

τ_i - Efeito do i-ésimo nível do fator de interesse.

ε_{ij} - Erro (possui distribuição normal com média zero e variância σ^2).

Para testarmos a significância do modelo, utilizamos a hipótese e a estatística teste descritas abaixo (vale lembrar que, como temos apenas um fator de interesse, testar a significância do modelo equivale a testar o efeito do fator em questão):

H_0 : Há dados suficientes para explicar a variável resposta ($\tau_1 = \tau_2 = \dots = \tau_i$).

H_a : Não há dados suficientes para explicar a variável resposta ($\tau_i \neq \tau_j$, para algum nível j).

$$F = \frac{MSTr}{MSE} \sim F_{r-1, n-r}$$

onde MSTr é o quadrado médio do tratamento e MSE o quadrado médio dos resíduos.

Rejeitamos H_0 a um nível α de significância se $F \geq F_{r-1, n-r}$, e rejeitar H_0 significa dizer que há dados suficientes para explicar a relação existente entre a variável resposta e o fator de interesse, isto é, significa dizer que há efeito significativo do fator de interesse.

O ajuste do modelo produz resíduos (diferença entre o valor observado e o valor ajustado), e para que possamos aceitar o modelo ajustado, algumas suposições sobre esses resíduos devem ser satisfeitas:

- (i) Normalidade
- (ii) Homocedasticidade
- (iii) Independência

Através de alguns métodos gráficos e testes formais podemos verificar as suposições acima, e sendo elas satisfeitas, podemos concluir utilizando o modelo ajustado.

Depois de verificar a adequabilidade do modelo, caso haja efeito do fator de interesse, prosseguimos a análise efetuando comparações múltiplas entre os níveis a fim de descobrir que nível causou a rejeição da hipótese descrita anteriormente (quais níveis apresentaram diferença). As comparações múltiplas testam a seguinte hipótese:

$$H_0: \mu_i = \mu_j \text{ ("Média do nível } i = \text{ Média do nível } j\text{")}$$

$$H_a: \mu_i \neq \mu_j \text{ ("Média do nível } i \neq \text{ Média do nível } j\text{")}$$

onde rejeitar H_0 significa dizer que o nível i é estatisticamente diferente do nível j .

Teste de Mann-Whitney:

É um teste não-paramétrico utilizado para verificar se há diferença média das respostas entre duas amostras provindas de duas diferentes populações (em nosso caso, população de R1 e população de R2).

Deve-se associar postos combinando as duas amostras (em ordem crescente); caso haja valores amostrais iguais (empates), associa-se a cada valor a média dos postos que os mesmos teriam caso não fossem empates. O teste é realizado através da seguinte hipótese:

$$H_0: E(X) = E(Y)$$

$$H_a: E(X) \neq E(Y)$$

e possui a seguinte estatística teste:

$$T^* = \frac{T - n * \frac{N+1}{2}}{\sqrt{\frac{nm \sum_i R_i^2}{N(N-1)} - \frac{nm(N+1)^2}{4(N-1)}}} \sim N(0,1)$$

onde T é a soma dos postos associados a primeira amostra, “n” é o tamanho da primeira amostra, “m” é o tamanho da segunda amostra, N é o tamanho das duas amostras somadas e

$\sum_i^n R_i^2$ é a soma dos quadrados, para todos os N valores amostrais, dos postos utilizados nas

duas amostras. Podemos observar que a estatística acima possui distribuição assintoticamente Normal, podemos então comparar seu resultado com os valores da tabela da distribuição Normal padrão. Caso rejeitemos H_0 , há diferença significativa entre as amostras.

Teoria de Resposta ao Item (TRI):

Para avaliarmos o TDC utilizaremos Modelos de Resposta ao Item, que são basicamente Modelos Logísticos com 1, 2 ou 3 parâmetros, os quais consideram, respectivamente:

- (i) somente a dificuldade do item.
- (ii) a dificuldade e a discriminação.
- (iii) a dificuldade, a discriminação e a probabilidade de resposta correta dada por indivíduos de baixa habilidade (conhecida também como *acerto casual*).

Em nosso caso, utilizaremos o Modelo Logístico de 3 parâmetros, no qual a dificuldade indica o grau de dificuldade apresentado pelo item, a discriminação indica a capacidade de selecionar os respondentes que tenham conhecimento do assunto em questão, e o acerto casual é a probabilidade de indivíduos de baixa habilidade responderem corretamente a um item i. Observemos o modelo:

$$P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{1}{1 + e^{-Da_i(\theta_j - b_i)}}$$

onde,

i – Identifica o item em questão; i pode receber valores de zero ao número de itens.

j – Identifica o individuo em questão; j pode receber valores de zero ao número de respondentes.

U_{ij} - É uma variável dicotômica que assume o valor 1 quando o indivíduo j respondeu corretamente ao item i, e assume 0 quando respondeu incorretamente.

θ_j - É a habilidade do j-ésimo indivíduo.

$P(U_{ij} = 1 | \theta_j)$ - É a probabilidade de acerto do j-ésimo indivíduo, dada sua habilidade.

b_i - É o parâmetro de dificuldade do item i.

a_i - É o parâmetro de discriminação do item i.

c_i - É o chamado acerto casual, que é a probabilidade de indivíduos de baixa habilidade responderem corretamente ao item i.

D - É um fator de escala.

A habilidade possui uma escala arbitrária, cuja sua interpretação deve ser feita através da comparação de seus valores (é interessante compará-la também com a dificuldade). A dificuldade é medida na mesma escala da habilidade e o acerto casual é uma probabilidade, variando entre 0 e 1; já a discriminação assume valores positivos, onde os baixos valores indicam que respondentes com habilidades bastante diferentes têm praticamente a mesma probabilidade de responder corretamente ao item, e altos valores indicam que o item discrimina os respondentes basicamente em dois grupos: os que possuem habilidade maior que o parâmetro de dificuldade e os que possuem habilidade menor que o parâmetro de dificuldade. Há também a correlação ponto bisserial, que indica se há semelhança entre as alternativas de uma determinada questão (quanto maior o seu valor, maior a semelhança).

Para efetuarmos a análise, dividiremos os respondentes em dois grupos: o Grupo Inferior, que representa 27% dos indivíduos com desempenho mais baixo e o Grupo Superior, que representa 27% dos indivíduos com desempenho mais alto.

ANEXO 9

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Obrigatório para Pesquisa com seres humanos – Resolução Nº 196 de 10.10.1996)

Projeto de pesquisa: A formação de pediatras para a vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês

Esta pesquisa tem por objetivo elaborar e implementar um programa de formação continuada para residentes em pediatria a fim de colaborar nas ações de vigilância do desenvolvimento de bebês de zero a doze meses.

Para tanto, você deverá responder a um questionário sobre desenvolvimento infantil. Agradecemos sua participação e empenho nas respostas e esclarecemos que não haverá remuneração nem despesas para participação no projeto.

Estou ciente de que minha participação é voluntária e que tenho total liberdade para retirada desse consentimento em qualquer etapa do estudo sem prejuízo ou constrangimento à minha pessoa.

Estou ciente de que será garantido o anonimato e sigilo, e de que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros profissionais, utilizadas para esta pesquisa e apresentadas em congressos.

Data: ___/___/___

Nome e Assinatura do residente

Ms. Patrícia Carla de Souza Della Barba
Responsável pelo Estudo
Rua Dr. Antonio Carlos O. Mello, 91
Parque da Represa – Jundiá – SP CEP:
13214-562 – fone: 11-45827308

Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello
Professora Orientadora
Rodovia Washington Luís, Km 235, CP 676
CEP: 13565-905
fone: 16 - 33518463

ANEXO 10
CÓPIA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3351.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propp@power.ufscar.br - www.propp.ufscar.br

CAAE 0030.0.135.000-05

Título do Projeto: A formação de pediatras para a vigilância do desenvolvimento e a percepção de atrasos em bebês
Classificação: Grupo III
Pesquisadores (as): Patrícia Carla de Souza Della Barba, Ana Lúcia Rossato Aiello (orientadora)

Parecer Nº 178/2005

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.4).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

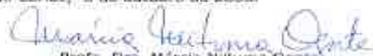
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: O pesquisador atendeu as exigências constantes do Parecer nº 125/2005, de 13/06/2005.

Assim, o projeto está em conformidade com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 5 de outubro de 2005.


Prof. Dra. Márcia Niluma Ogata
Coordenadora do CEP/UFSCAR