

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAR MARCOS ESPERADOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL PRÉ CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Pedro Henrique Araujo dos Santos (IC) e Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira (Orientadora)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social, além dos padrões restritos e repetitivos de comportamento. Políticas públicas brasileiras recomendam que os transtornos do neurodesenvolvimento devem ser diagnosticados precocemente. O estudo foi conduzido em duas etapas: a) desenvolvimento e validação de um instrumento no formato de questionário para avaliar nível de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA. b) aplicação desse questionário nos profissionais da saúde. A amostra foi formada por 98 profissionais da área da saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) e três juízes especializados em TEA. Os resultados da testagem do modelo foram bons índices de validade de construto dos itens dos checklists (0,66 a 0,87). Os resultados mostraram um número expressivo de erros nas questões respondidas pela amostra de profissionais da área da saúde. O maior número de erro dos profissionais foram nas questões que abordavam: distribuição da proporção de afetados por TEA em função do sexo (89,8%), taxas de prevalência na população (84,7%), comorbidades (80,6%), questão sobre habilidades de Savant no TEA (73,5%), questão com caso clínico para identificação de indicadores de TEA (63,3%) e áreas afetadas pelo transtorno (61,2%). Foi verificado um baixo nível de conhecimento entre profissionais da saúde sobre TEA. Devem ser implantadas políticas públicas que contemplem a capacitação desses profissionais. Como limitação do estudo, tivemos a impossibilidade de avaliar os profissionais pós a capacitação devido à pandemia.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Profissional de saúde, Desenvolvimento infantil

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by persistent deficits in social communication and social interaction, in addition to restricted and repetitive patterns of behavior. Brazilian public policies recommend that neurodevelopmental disorders should be

diagnosed early. The study was conducted in two stages: a) development and validation of an instrument in the form of a questionnaire to evaluate the level of knowledge on expected milestones of child development in the cognitive, neurodevelopmental and emotional-behavioral domains, as well as early signs of ASD. b) Application of questionnaires to health professionals. The sample was composed by 98 health professionals (nurses and nursing assistants) and three experts specialized in ASD. The results of testing the model were good indexes of construction validation of the items in the checklists (0.66 to 0.87). The results showed a significant number of errors in the questions answered by the sample of health professionals. The greatest number of errors by professionals was in the questions that evaluated: distribution of the proportion of affected by ASD according to sex (89.8%), prevalence rates in the population (84.7%), comorbidities (80.6%) , question about Savant skills in TEA (73.5%), question with clinical case for identifying indicators of TEA (63.3%) and areas affected by the disorder (61.2%). The level of knowledge about ASD among health professionals was low. It is important to develop public policies that include the training of these professionals. As a limitation of the study, it was impossible to assess the professionals after training due to the pandemic.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Health professional, Child development

1. INTRODUÇÃO

1.1. Problema de pesquisa

De acordo o DSM-5/Manual de Classificação Diagnóstica e Estatística de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, além dos padrões restritos e repetitivos de comportamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O manual classifica o TEA como um Transtorno do Neurodesenvolvimento e indica a possibilidade de verificação dos sintomas antes dos 12 meses em casos nos quais os atrasos do desenvolvimento são mais graves e o quadro clínico mais evidente. Já os sinais e sintomas de TEA com níveis de comprometimento entre leve a moderado costumam ser identificados a partir do segundo ano de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Políticas públicas brasileiras recomendam que os transtornos do neurodesenvolvimento devem ser diagnosticados precocemente (BRASIL, 2018). Portanto, assumindo o preconizado por essas políticas, são os profissionais da saúde os encarregados de monitorar a saúde de crianças desde a primeira infância, devendo ser capazes de reconhecer sinais e sintomas relativos às diversas doenças, incluindo os transtornos do neurodesenvolvimento com início nesta fase da vida. No Brasil, a Atenção Básica é encarregada de desenvolver essas ações para rastreamento de problemas de saúde, no âmbito individual e coletivo, seja a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2017). As ações são desenvolvidas pelos equipamentos da Atenção Básica, pois são os principais a desenvolver uma atenção integral à situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Neste contexto da atenção básica, os principais equipamentos encarregados dessas ações são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017).

Estudos anteriores mostram a necessidade de equipes de Atenção Básica à Saúde terem habilidades e competências necessárias para que possam detectar sinais de TEA nos primeiros 3 anos de vida (RIBEIRO et al., 2017; STEYER et al., 2018). A identificação precoce de sinais de um transtorno complexo como o TEA demanda que profissionais da Atenção Básica, principalmente pediatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem tenham capacitação adequada para reconhecer marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais e ter competências para diferenciá-los de sinais e sintomas de TEA (BRASIL, 2014). Alguns desses sinais, de acordo com Steyer, Lamoglia e Bosa (2018) são dificuldades no contato visual e

iniciativa em direcionar a atenção do parceiro para um foco comum de interesse durante a interação social, coordenação de gestos com expressão facial e postura na comunicação, brincadeira simbólica reduzida ou ausente e comportamentos repetitivos ou ritualizados relacionados ao corpo, à linguagem e ações com objetos, bem como alterações sensoriais. A complexidade desses sinais tem oportunizado estudos científicos no âmbito nacional, testando adequadamente a eficácia e efetividade de programas de capacitação de profissionais da atenção básica para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para o reconhecimento desses sinais desde idades precoces do desenvolvimento (BORDINI et al., 2015; STEYER, 2016).

Devido ao número de profissionais disponíveis no sistema público de saúde como psiquiatras, psicólogos, pediatras, enfermeiros e agentes comunitários de saúde continuar sendo insuficiente e, alguns terem despreparo para a avaliação e intervenção adequadas de crianças com problemas de saúde mental (PAULA et al., 2012), é necessário o desenvolvimento de medidas adequadas de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil e sinais precoces de TEA que possam embasar o tipo de curso de capacitação a ser oferecido para, posteriormente, verificar a viabilidade do uso de um instrumento de rastreamento de TEA, por parte dos profissionais envolvidos, a partir da mensuração dos conhecimentos adquiridos com o curso.

Um dos objetivos dessas propostas de capacitação é contribuir para que as políticas que preconizam um diagnóstico precoce de TEA, se concretizem de fato. Apesar de ter melhorado a média de idade de diagnóstico do transtorno em diversos países, as crianças ainda recebem o laudo tardiamente e, conseqüentemente as intervenções não são precoces e não aproveitam os processos de neuroplasticidade (SCHACHINGER-LORENTZON; KADESJÖ; GILLBERG et al., 2018; MANOHAR; KANDASAMY; CHANDRASEKARAN et al., 2019). Estudo brasileiro de Ribeiro, Paula, Bordini et al. (2017) revelou que em um grupo de 19 mães brasileiras, uma das principais barreiras para o diagnóstico precoce do TEA foi que a maioria dos pediatras das crianças rejeitaram as preocupações das mães relativas a alertas de TEA nos filhos, oportunizando sentimentos de desencorajamento nas mães para a procura de avaliações especializadas. Com isso, a média de idade dos diagnósticos foi de aproximadamente 60 meses (embora a variabilidade tenha sido elevada, com desvio padrão em torno de 40,5 meses), porém os primeiros sinais eram percebidos pelas mães quando os filhos tinham em média 23,6 meses (RIBEIRO et al., 2017).

No Brasil, iniciativas do Ministério de Saúde recomendam o uso de instrumentos de avaliação para verificação de indicadores precoces de TEA. Dois dos mais utilizados têm sido a lista de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e o *Modified Checklist for Autism Toddlers* (M-CHAT) de Robins (2008),

com validação para o português de Brasil (LOSAPIO; PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011). Entretanto, apesar de todos os municípios do país terem Unidades Básicas de Saúde (UBS) como a principal porta de entrada para a atenção de saúde, os profissionais não utilizam com isonomia esses instrumentos no território nacional. E de outro lado, como apontam Ribeiro e colaboradores (2017), na maioria das UBS brasileiras, protocolos validados ou algoritmos de rastreamento para detecção precoce de TEA ainda não foram implementados. Neste contexto insere-se o presente artigo que está alinhado a outro projeto mais amplo, que teve como finalidade implantar o uso do M-CHAT (instrumento de rastreamento de TEA) na rotina dos atendimentos periódicos das crianças nas 25 UBS de um município do estado de São Paulo (Município de Cotia).

Em razão disso, os objetivos do projeto foram:

- a) Desenvolver e verificar indicadores de validade de construto de um instrumento que avaliasse o nível de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA.
- b) Desenvolver um curso teórico-prático de capacitação sobre conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA.
- c) Verificar em um grupo de profissionais da saúde básica, antes e após o curso teórico-prático de capacitação, o nível de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Como descrito anteriormente, as características principais do TEA são prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A prevalência desse transtorno vem mudando ao longo do tempo. Estatísticas americanas mostram que passaram de 1:150, em 2000, para 1:59, em 2014, afetando mais pessoas do sexo masculino, sendo essa proporção de quatro meninos para uma menina com TEA (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014). Entretanto, se questiona se de fato aumentou a incidência ou o aumento se deve à melhora das avaliações diagnósticas, conjuntamente com a ampliação

dos critérios diagnósticos utilizados e maior consciência da população (PAULA et al., 2011; BRENTANI et al., 2013; BRASIL, 2014).

Segundo a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, o indivíduo com TEA deve ser considerado uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais (BRASIL, 2012). Mediante as políticas públicas é possível garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência (BRASIL, 2014). Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a principal porta de entrada para a atenção de saúde; é a referência para o cuidado integral, considerando que diferentes demandas de saúde devam ser organizadas na rede, incluindo a atenção psicossocial (SÃO PAULO, 2013). Geralmente estas equipes das UBS são formadas por médicos, enfermeiros (preferencialmente especialistas em saúde da família), auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (BRASIL, 2017).

Em um âmbito mais especializado, no caso a saúde mental, em 2007 o Ministério da Saúde propôs a expansão das ações de serviços de saúde mental com o estabelecimento de Equipes de Referência e de Apoio Matricial e, em 2008, com a Portaria GM nº154, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A partir destes estabelecimentos foi determinado que as ações em saúde mental também deveriam ser efetuadas dentro de uma rede de atenção em saúde mental, que incluiria a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, entre outros. Posteriormente, foi instituída em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). E, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista para que as pessoas com TEA passassem a ser consideradas pessoas com deficiência para todos os efeitos legais (BRASIL, 2012).

Essas políticas têm sido importantes para o país. Contudo, para que os profissionais da Atenção Básica cumpram o papel de porta de entrada para detecção de sinais de alerta de TEA, eles precisam melhorar sua formação para que possam efetuar avaliações com instrumentos padronizados e validados e se tornem competentes para identificar estes sinais. Com isso poderão ser otimizados os recursos públicos que visam encaminhamentos para a atenção especializada para diagnóstico e/ou intervenções precoces.

A identificação de sinais de um TEA na primeira infância pode oportunizar um diagnóstico precoce e a implantação de intervenções, uma vez que, se as terapias forem adequadas, os resultados positivos podem melhorar o curso e prognóstico (BRASIL, 2014). Isso se dá devido à plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida, que tornam esse primeiro momento importante para o início da intervenção precoce, potencializando os efeitos positivos da mesma (ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Por esse motivo, nas ações de assistência materno-infantil da Atenção Básica deve ser prioritário a formação dos profissionais para a identificação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento (BRASIL, 2014).

O diagnóstico dos Transtornos do Espectro Autista é, predominantemente clínico, devendo ser feito mediante anamnese com pais e cuidadores e mediante observação clínica dos comportamentos por profissionais qualificados (SÃO PAULO, 2013). Entretanto, um estudo mostra que mesmo profissionais da saúde mental como psicólogos, possuem uma formação deficitária a respeito de conhecimentos gerais sobre o quadro clínico dos TEA, como etiologia e dados epidemiológicos (PAULA; BELISÁRIO; TEIXEIRA, 2016).

3. METODOLOGIA

3.1 Procedimentos metodológicos

Caracterização do local onde será desenvolvido o projeto

O presente estudo foi desenvolvido na rede municipal de saúde da cidade de Cotia, estado de São Paulo, nas Unidades Básicas de Saúde. A rede consta com 26 UBS e 01 CAPS Infantil. A seleção da amostra do estudo seguiu critérios de seleção não probabilísticos. Fizeram parte da amostra: a) profissionais da área da saúde enfermeiros e auxiliares de enfermagem encarregados das campanhas de vacinação para crianças de 0 a 3 anos de idade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. No total fizeram parte da amostra profissionais de cada uma das 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal de saúde, totalizando 98 profissionais. Esses profissionais (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) foram indicados pelo coordenador da UBS, de maneira que não afetasse o desenvolvimento das rotinas de trabalho da rede, b) Três juízes especializados em TEA com titulação de doutor com atuação clínica e docentes na área do TEA. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UPM, sob protocolo CAAE: 36991614.0.0000.0084.

O estudo estava previsto para ser conduzido em 5 etapas que serão descritas a seguir, entretanto, devido ao contexto de pandemia pelo COVID-19, algumas dessas etapas foram inviabilizadas por motivos de não ser possível a inserção da equipe no estabelecimento de saúde para coleta de dados. As etapas foram:

1ª etapa: desenvolvimento e validação, mediante critério de juízes, de um instrumento no formato de questionário para avaliar nível de conhecimentos sobre marcos esperados de

desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA.

A verificação de validade de construto baseada em critério de juízes foi conduzida a partir de análise de indicadores de objetividade e clareza e precisão. A avaliação foi realizada por três juízes especializados em TEA com titulação de doutor com atuação clínica e docentes na área do TEA. Os profissionais avaliaram todos os itens do instrumento. Seguindo as diretrizes de Pasquali (2010), a objetividade foi definida verificando se o item foi adequadamente descrito para sua correta aplicação e pontuação. A clareza foi definida verificando se o item está claro e inteligível para sua aplicação e pontuação. A precisão indica se o item está específico e preciso no que ele descreve ou avalia em relação à/ao atividade/comportamento/domínio em questão e não a outros.

Para avaliar os itens de acordo com esses três critérios, foi criada uma escala de pontuação de 0 a 2 (Resposta 0: indicou discordância total em relação à clareza, objetividade ou precisão do item; Resposta 1: indicou concordância parcial em relação à clareza, objetividade ou precisão do item; Resposta 2: indicou concordância total em relação à clareza, objetividade ou precisão do item. Os juízes foram instruídos para apontar mudanças aos itens, de acordo com a avaliação efetuada por eles e, após a validade de construto o questionário foi revisado para sua versão final acatando as avaliações e sugestões de mudanças oferecidas pelos juízes.

2ª etapa: aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA nos profissionais da saúde (medida pré-capacitação).

3ª etapa: construção de um curso teórico-prático de capacitação sobre conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA. O curso foi desenvolvido com base nos resultados da avaliação de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA da 2ª etapa, adotando as diretrizes do Documento Oficial do Ministério de Saúde 'Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)' (BRASIL, 2014). Esse conteve aulas teóricas e uso de vídeos para fins de aplicação prática dos conteúdos teóricos.

4ª etapa: esta etapa consistiria na reaplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio

cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA nos profissionais da saúde (medida pós- capacitação), que foi impossível de ser coletada devido ao contexto de pandemia.

5ª etapa: esta etapa, que também não foi executada, haveria a verificação de viabilidade do uso de um instrumento de rastreamento de TEA, por parte dos profissionais envolvidos, a partir da mensuração dos conhecimentos adquiridos com o curso. Nesta etapa seriam desenvolvidos 04 grupos focais com no máximo 14 participantes para identificar a viabilidade do uso na rotina de trabalho dos profissionais de um instrumento de rastreamento de TEA que é o M-CHAT (LOSAPIO & PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011).

Instrumentos de coleta de dados

a) Questionário sobre conhecimentos sobre marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA: o instrumento foi elaborado de acordo com os objetivos do estudo. O questionário avalia marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA na 1ª infância, predominantemente entre 12 e 30 meses. Foi construído baseado no documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo”, do Ministério da Saúde, sobre marcos esperados do desenvolvimento e sinais precoces de alerta para TEA (BRASIL, 2014). As questões foram formatadas como múltipla escolha.

b) *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (LOSAPIO & PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011): escala de rastreamento precoce de autismo cujo objetivo é identificar sinais do transtorno em crianças entre 18 e 24 meses. Consiste em 23 questões pontuadas em escala dicotômica sim/não. Avalia indicadores de atenção compartilhada, iniciação de resposta social, imitação, engajamento social, habilidade de manter o contato visual, brincadeira repetitiva e de “faz-de-conta”, e o uso do contato visual e de gestos para direcionar atenção social, dentre outros. Possui propriedades psicométricas testadas para o português do Brasil e para a população brasileira.

c) Curso de Formação: aula expositiva de 4 horas de duração sobre marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA. Os conteúdos teóricos desses slides foram acompanhados de vídeos extraídos da internet que ilustravam marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta de TEA em cada um dos domínios clínicos das diretrizes diagnósticas do DSM-5 (APA, 2014). Os conteúdos dos slides foram baseados no documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo”, sobre marcos esperados do desenvolvimento e sinais precoces de alerta para TEA no DSM-5 (BRASIL, 2014; APA, 2014). Os slides apresentaram conteúdos relacionados a indicadores de sinais precoces de alerta para o TEA. Os temas abordados foram os seguintes:

características do TEA a partir dos diagnósticos do DSM-5 e das diretrizes de Atenção Básica; epidemiologia; diferenciação entre marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para o TEA; diferenciação entre marcos esperados de desenvolvimento e sinais de alerta para o TEA; instrumentos de rastreamento de TEA, no qual foram apresentados o Modified Checklist for Autism in Toddlers/M-CHAT, Autism Behavior Checklist/ABC e Autism Screening Questionnaire/ASQ (SATO, 2009; MARTELETO, 2008; MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005; ROBINS et al., 2001; BERUMENT et al., 1999).

3.3. Procedimentos de análise de dados

Os dados da validade de construto foram organizados com o auxílio do programa SPSS, versão 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e foram conduzidas análises descritivas para analisar a frequência de acertos, erros e omissões nas respostas dos profissionais nas questões objetivas do questionário, além de atribuir palavras chaves para cada questão a fim de evidenciar o conceito abordado em cada uma delas. Para a análise de dados a amostra também foi dividida em dois grupos, sendo o primeiro composto por profissionais com mais de 5 anos de atuação na atenção básica e outro com profissionais com menos de 5 anos de atuação. Para análise também se dividiu os profissionais em um grupo composto por enfermeiros e outro composto por auxiliares e técnicos em enfermagem. Com isso foi possível analisar através de um *t de student* as diferenças relacionadas à média de acertos desses profissionais em função do seu tempo de atuação na atenção básica e profissão. Adotamos valor de $p \leq 0,05$ para a significância estatística e valores de $p \leq 0,06$ e $p \leq 0,07$ para tendência estatisticamente significativa ou marginalmente significantes (PEREIRA, 2005; DANCY & REIDY, 2006).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da avaliação da análise de juízes para verificação de critérios de objetividade, precisão e clareza dos itens dos instrumentos, mostram que os índices de concordância entre os juízes obtiveram um CVC geral acima de 0,80 nos critérios de objetividade e precisão, sendo 0,86 e 0,87 respectivamente, o que indica um bom grau de concordância, de acordo com Pasquali (2010). Por outro lado, o CVC geral no critério clareza, foi abaixo do indicado para uma boa concordância entre os juízes, 0,66. As propostas de alterações dos juízes foram inseridas aos itens visando um instrumento cujos itens tivessem critérios adequados de precisão, clareza e objetividade em função do tipo de validade de construto adotada.

A partir disso, os itens que não receberam a pontuação máxima pelos juízes em algum dos critérios foram alterados seguindo as orientações deles. Os itens, portanto, foram categorizados pelo tipo de modificação, sendo elas, “parcialmente modificada” ou “totalmente

modificada". Os resultados dessas modificações para cada checklist dos transtornos envolvidos no estudo encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 - Comparação entre a versão original dos itens do Checklist e versão final gerada após cálculo do Coeficiente de validade de conteúdo (CVC).

Item original	Versão final	CVC de objetividade	CVC de clareza	CVC de precisão	Tipo de modificação
1) Até o presente momento não está completamente estabelecida a etiologia do Transtorno do Espectro Autista. Porém, estudos sugerem que alguns fatores estejam envolvidos no aumento do risco (Somente uma alternativa é correta, assinale-a): I - Infecções devido a vacinas. II - Fator genético somado a fatores ambientais. III - Pais pouco afetuosos, teoria da "Mãe geladeira". IV - Idade avançada da mãe. V - Hipóxia ao nascimento.	1) Até o momento não está completamente estabelecida a etiologia do Transtorno do Espectro Autista. Porém, estudos sugerem que há fatores envolvidos no aumento do risco. Alguns desses fatores são listados abaixo. I - Infecções devido a vacinas. II - Fator genético somado a fatores ambientais. III - Pais pouco afetuosos, teoria da "Mãe geladeira". IV - Idade avançada da mãe. V - Hipóxia ao nascimento.	0,63	0,46	0,63	PM
2) Quais critérios abaixo fazem parte dos sinais clínicos do TEA? I - Comportamentos estereotipados, repetitivos e interesses restritos. II - Comprometimentos na comunicação social e interação social em diferentes contextos. III - Deficiência intelectual. IV- Sintomas devem estar presentes desde cedo, mas prevalecem até aproximadamente final da adolescência. V - Comportamentos de mentir.	2) Alguns dos critérios abaixo fazem parte dos sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista? I - Comportamentos estereotipados, repetitivos e interesses restritos. II - Comprometimentos na comunicação social e interação social em diferentes contextos. III - Deficiência intelectual. IV- Sintomas devem estar presentes desde cedo, mas prevalecem até aproximadamente final da adolescência. V - Comportamentos de mentir.	0,80	0,63	0,80	PM
3) O TEA não tem penetrância de 100% em todas as síndromes genéticas. Existem síndromes genéticas com comorbidade de TEA de 20% a 40%. Quando o profissional de saúde atende uma criança com uma determinada síndrome genética é importante avaliar se ela tem características de autismo, a fim de que seja possível encaminhar o casal para aconselhamento genético, devido à recorrência do TEA. Das síndromes abaixo quais costumam ter comorbidade com TEA? (Mais de uma alternativa está correta, assinale-as): I – Síndrome de Prader Willi. II - Síndrome do X-Frágil. III– Síndrome de Down. IV – Todas as alternativas estão corretas. V – Não sei.	3) O Transtorno do Espectro Autista não tem penetrância de 100% em todas as síndromes genéticas. Existem síndromes genéticas com comorbidade de Transtorno do Espectro Autista de 20% a 40%. Quando o profissional de saúde atende uma criança com uma determinada síndrome genética é importante avaliar se ela tem características de autismo, a fim de que seja possível encaminhar o casal para aconselhamento genético, devido à recorrência do Transtorno do Espectro Autista. Das síndromes abaixo quais costumam ter associação com Transtorno do Espectro Autista? Mais de uma alternativa está correta, assinale-as: I – Síndrome de Prader Willi. II - Síndrome do X-Frágil. III– Síndrome de Down. IV – Todas as alternativas estão corretas. V – Não sei.	0,63	0,30	0,80	PM

Tabela 1 - Continuação

Item original	Versão final	CVC de objetividade	CVC de clareza	CVC de precisão	Tipo de modificação
4) Quais sintomas dos TEA podem ser minimizados com o uso de medicação? (Somente uma alternativa é correta, assinale-a): I) Estereotipia, insônia e ecolalia. II) Contato visual, estereotipia e ecolalia. III) Insônia, agressividade e agitação. IV) Contato visual, agressividade e verbalizações. V) Todas as alternativas estão corretas. VI) Nenhuma das alternativas está correta. VII) Não sei	4) Existem sintomas do Transtorno do Espectro Autista que podem ser amenizados com o uso de medicação. Da lista abaixo, quais sintomas são sensíveis às intervenções medicamentosas? Apenas uma alternativa está correta, assinale-a: I) Estereotipia, insônia e ecolalia. II) Contato visual, estereotipia e ecolalia. III) Insônia, agressividade e agitação. IV) Contato visual, agressividade e verbalizações. V) Todas as alternativas estão corretas. VI) Nenhuma das alternativas está correta. VII) Não sei	0,96	0,63	0,96	TM
5) Quais são as terapias melhor recomendadas para intervenções do TEA por serem baseadas em evidências científicas? I) Análise do Comportamento Aplicada II) Dietas hipoglicêmicas III) Fórmulas na base de altas doses de sais minerais e vitaminas IV) Modelo Denver de Intervenção Precoce V) Todas elas podem ser utilizadas com igual grau de eficácia.	5) Quais das terapias citadas abaixo são recomendadas para intervenções de crianças com TEA, por serem baseadas em evidências científicas de melhora? I) Análise do Comportamento Aplicada II) Dietas hipoglicêmicas III) Fórmulas na base de altas doses de sais minerais e vitaminas IV) Modelo Denver de Intervenção Precoce V) Todas elas podem ser utilizadas com igual grau de eficácia.	0,63	0,80	0,80	PM
8) Quais são as principais áreas de desenvolvimento afetadas em pessoas com TEA? I – Controle de esfíncteres II - Deficiência Auditiva III - Atenção Compartilhada IV - Orientação Social V – Crescimento físico	8) Existem determinadas áreas que estão predominantemente afetadas em pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Da lista abaixo, somente algumas estão afetadas no transtorno. I – Controle de esfíncteres II - Deficiência Auditiva III - Atenção Compartilhada IV - Orientação Social V – Crescimento físico	0,80	0,63	0,80	PM
9) Quais sinais poderiam ser indicadores precoces de um TEA em uma criança de 18 a 24 meses? I - Ficar olhando fixamente para o ventilador da sala II - Não compartilha desejos e interesses com as outras pessoas III - Sono agitado ou ao contrário, muita passividade IV – Sorriso social exagerado V – Baixo peso	—	0,80	0,80	0,80	IE

Tabela 1 - Continuação

Item original	Versão final	CVC de objetividade	CVC de clareza	CVC de precisão	Tipo de modificação
11) Qual a melhor estimativa de prevalência de TEA? Somente uma alternativa é correta, assinale-a: I) menos do que 0,5% II) entre 0,5 e 1% III) entre 3 e 4% IV) entre 8 e 10% V) Nenhuma das alternativas anteriores está correta VI) Não sei.	10) Qual a melhor estimativa de prevalência de Transtorno do Espectro Autista na população geral? Apenas uma alternativa é correta, assinale-a: I) menos do que 0,5% II) entre 0,5 e 1% III) entre 3 e 4% IV) entre 8 e 10% V) Nenhuma das alternativas anteriores está correta VI) Não sei.	0,96	0,63	0,96	PM
12) Quais são as escalas de rastreamento para TEA disponíveis no Brasil? I - Autism Screening Questionnaire (ASQ) II - Childhood Autism Rating Behavior (CARB) III - Autism Behavior Checklist (ABC) IV - Childhood Checklist for Autism Questionnaire (CCAQ) V - Childhood Autism Rating Scale (CARS), VI - Modified Checklist for Autism Toddlers (M-Chat)	11) Quais das escalas de rastreamento de Transtorno do Espectro Autista abaixo você conhece? I - Autism Screening Questionnaire (ASQ) II - Childhood Autism Rating Behavior (CARB) III - Autism Behavior Checklist (ABC) IV - Childhood Checklist for Autism Questionnaire (CCAQ) V - Childhood Autism Rating Scale (CARS), VI - Modified Checklist for Autism Toddlers (M-Chat)	0,80	0,63	0,96	PM
13) Qual é a principal unidade de atendimento na rede de saúde pública responsável pelo tratamento e acompanhamento dos quadros de TEA? I) CREAS II) Escola III) UBS IV) Hospitais V) CAPSi VI) Não sei	12) Qual é a principal unidade de atendimento na rede de saúde pública que deve ser responsável pelo acompanhamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista? (Questão dissertativa)	0,96	0,80	0,96	PM
15) Quais características descritas abaixo poderiam levantar suspeitas de Autismo em uma criança. Assinale a alternativa que corresponde a sequência correta. I- Deficiência intelectual II- Aparência incomum da face III- Rituais comportamentais e prejuízos na interação social. IV- Pés pequenos V- Interesses restritos e dificuldades para se envolver em brincadeiras de faz de conta. VI- Fala repetitiva e sem fins de comunicação social.	—	0,96	0,80	0,96	IE
17) Por volta dos 6 meses de idade crianças prestam mais atenção (Somente uma alternativa é correta): I) Nos objetos II Nas pessoas III) Não sei	—	0,96	0,80	0,96	IE

Tabela 1 - Continuação

Item original	Versão final	CVC de objetividade	CVC de clareza	CVC de precisão	Tipo de modificação
18) Os primeiros indicadores de interação social na criança aparecem a partir dos 6 meses quando a criança começa a (Mais de uma alternativa está correta, assinale-as): I) Fazer contato visual II) Pedir colo III) Imitar gestos IV) Não sei	—	0,96	0,46	0,80	IE
19) Por volta de 10 meses as crianças costumam explorar as diferentes propriedades dos brinquedos através das características destes, explorando (Mais de uma alternativa está correta, assinale-as): I) Textura, cheiro e sons II) Tamanho e formas III) Material dos brinquedos IV) Não sei	—	0,80	0,46	0,80	IE
3- Sinto-me seguro (a) ao explicar para uma família que quando o filho ainda não fala aos 28 meses, pode estar apresentando algum indicador de atraso de linguagem?	3- Sinto-me seguro (a) ao alertar para uma mãe ou pai que, quando o filho ainda não fala aos 28 meses, pode estar apresentando algum indicador de atraso de linguagem?	0,80	0,80	0,80	PM
4- Quando percebo que um bebê não faz troca com adultos, não consegue corresponder a brincadeiras como “Cadê você? Achou!”, eu me sinto seguro em dizer para a família que ele tem provavelmente um indicador de alteração no seu desenvolvimento?	4- Quando percebo que um bebê não faz troca com adultos, não consegue corresponder a brincadeiras como “Cadê você? Achou!”, eu me sinto seguro em dizer para os pais que ele tem provavelmente um indicador de alteração no seu desenvolvimento?	0,80	0,96	0,96	PM
6- Peço ajuda de outros profissionais quando um bebê de 30 meses não brinca com outras crianças?	6- Peço ajuda de outros profissionais quando percebo que uma criança de 30 meses não brinca com outras crianças?	0,80	0,96	0,96	PM
7- Quando uma mãe me relata que seu bebê parece estranho e que não parece olhar muito para ela, eu faço uma investigação mais cuidadosa sobre outras características do desenvolvimento?	7- Quando uma mãe me relata que seu filho age diferente, que não estabelece contato visual com ela, você a orienta para procurar alguma avaliação especializada?	0,96	0,96	0,96	TM
7- Quando uma mãe me relata que seu bebê parece estranho e que não parece olhar muito para ela, eu faço uma investigação mais cuidadosa sobre outras características do desenvolvimento?	7- Quando uma mãe me relata que seu filho age diferente, que não estabelece contato visual com ela, você a orienta para procurar alguma avaliação especializada?	0,96	0,96	0,96	TM

Legenda: PM: parcialmente modificado; TM: Totalmente modificado; IE: Item excluído

O número amostral dos profissionais da Atenção Básica à Saúde e da Atenção Especializada em Saúde mental foi definido pelas coordenadoras locais da Atenção Básica à

Saúde em função da disponibilidade destes para participar do estudo sob critério de não afetar os atendimentos da rede. Entretanto, um mínimo de 02 profissionais de cada uma das 26 UBS fizeram parte da amostra do estudo como mostra a distribuição da tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais convidados a participar do estudo em função das Unidades de Atenção Básica à Saúde do município.

Unidade de Atenção Básica à Saúde	Nome da unidade de Atenção Básica à Saúde	Número total de Profissionais	Número de Profissionais convidados a participar do estudo	Tipo de profissão dos profissionais convidados	
				Enfermeiro	- Técnico - Auxiliar de Enfermagem
UBS 1	ATALAIA	14	11	04	07
UBS 2	MIRANTE	05	05	02	03
UBS 3	MORRO GRANDE	03	02	01	01
UBS 4	JARDIM SANDRA	04	03	01	02
UBS 5	JARDIM SÃO MIGUEL	03	03	01	02
UBS 6	ARCO ÍRIS	06	06	02	04
UBS 7	JARDIM PETRÓPOLIS	03	03	01	02
UBS 8	CAPUTERA	03	03	01	02
UBS 9	TURIGUARA	03	03	01	02
UBS 10	MIRIZOLA	10	07	02	05
UBS 11	JARDIM COIMBRA	03	03	01	02
UBS 12	PORTÃO	10	10	03	07
UBS 13	SANTA ANGELA	03	03	01	02
UBS 14	RECANTO SUAVE	02	02	01	01
UBS 15	ASSA	05	05	02	03
UBS 16	JARDIM DO ENGENHO	03	03	01	02
UBS 17	PARQUE SÃO GEORGE	04	04	01	03
UBS 18	PARQUE ALEXANDRE	05	04	01	03
UBS 19	JARDIM SÃO VICENTE	03	03	01	02
UBS 20	RIO COTIA	05	05	01	04
UBS 21	CAUCAIA	10	10	03	07
UBS 22	JAPÃO	05	04	01	03
UBS 23	ÁGUA ESPRAIADA	04	03	01	02
UBS 24	JARDIM DAS OLIVEIRAS	04	03	01	02
UBS 25	MENDES	03	03	01	02
UBS 26	CACHOEIRA	03	03	01	02
TOTAL		126	114	37	77

Os 114 profissionais foram convidados para o estudo, contudo, apenas 98 participaram dele. Os resultados sobre a avaliação de conhecimentos sobre marcos de desenvolvimento típico e sinais precoces de alerta para TEA revelaram que os profissionais erraram mais nas questões que abordavam: distribuição da proporção de afetados por TEA em função do sexo (89,8%), taxas de prevalência na população (84,7%), comorbidades (80,6%), questão sobre

habilidades de Savant no TEA (73,5%), questão com caso clínico para identificação de indicadores de TEA (63,3%) e áreas afetadas pelo transtorno (61,2%). Na tabela 2 mostra-se a frequência e percentual de erros e acertos.

Tabela 3 - distribuição de erros e acertos das questões objetivas do questionário.

QUESTÕES	ERRO (%)	ACERTO (%)	NÃO RESPONDEU (%)
1 – Etiologia	38 (38,8)	58 (59,2)	2 (2,0)
2 – Sinais e sintomas	33 (33,7)	64 (65,3)	1 (1,0)
3 – Comorbidade	79 (80,6)	14 (14,3)	5 (5,1)
4 – Sintomas sensíveis a medicamentos	42 (42,9)	55 (56,1)	1 (1,0)
5 – Terapias baseadas em evidências	39 (39,8)	56 (57,1)	3 (3,1)
6 – Caso clínico de indicadores de TEA	62 (63,3)	25 (25,5)	11 (11,2)
7 – Habilidades de Savant	72 (73,5)	20 (20,4)	6 (6,1)
8 – Áreas afetadas pelo transtorno	60 (61,2)	33 (33,7)	5 (5,1)
9 – Distribuição por sexo	88 (89,8)	8 (8,2)	2 (2,0)
10 – Prevalência na população	83 (84,7)	13 (13,3)	2 (2,0)
13 – Equipe multiprofissional	35 (35,7)	60 (61,2)	3 (3,1)

Os dados observados na tabela 3 concordam com os achados na literatura que mostram que os profissionais da área da saúde possuem um baixo conhecimento referente a marcos esperados de desenvolvimento infantil nos domínios sócio cognitivos, neurodesenvolvimentais e emocionais-comportamentais, bem como de sinais precoces de TEA, o que pode comprometer um diagnóstico (IGWE et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2018; SAMPSON; SANDRA, 2018). O estudo de Corsano, Cinotti e Guidotti (2019), aponta que as comorbidades também apareceram como uma dificuldade para os profissionais de saúde identificarem e, que além disso, os mesmos declararam que sentem mal-estar e constrangimento durante algumas relações com crianças, pois reconhecem sua falta de preparo para lidar com o TEA.

Os resultados de t de student mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre profissionais com mais ou menos tempo de atuação na atenção básica e nem com relação a categoria de profissionais. Entretanto, quando comparado com a média de acertos em cada item, mostrou-se que referente às Habilidades de Savant, há diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que os técnicos e os auxiliares de enfermagem possuem um nível de acerto superior aos enfermeiros $t(88,4) = -2,00, p = 0,048$,

a magnitude de efeito encontrada é pequena, $d = -0,43$. Porém, comparando as médias referentes a distribuição do TEA, nota-se que há uma diferença marginalmente significativa entre os grupos, sendo que os enfermeiros possuem um nível de acerto superior aos técnicos e aos auxiliares de enfermagem $t(49,6) = 1,89$, $p = 0,064$, a magnitude de efeito encontrada é média, $d = -0,54$.

Os resultados encontrados assemelham-se com os do estudo de Sampson e Sandra (2018), pois apesar de haver uma diferença entre as médias encontradas entre os grupos, ambas são muito baixas, o que indica um nível geral de conhecimento entre os profissionais de enfermagem preocupantes, pois além de ajudar na identificação do transtorno, eles deveriam fornecer atendimento holístico e aconselhamento adequado às famílias dessas crianças.

A partir desses resultados vemos na literatura que a formação em enfermagem tanto no nível superior quanto no nível médio, não é satisfatória, pois os estudantes se formam com fragilidades importantes, principalmente, em relação aos sintomas e tratamento do TEA (ZERBETTO e PEREIRA, 2005; FERREIRA e FRANZOI, 2019). Além disso, estudo anterior mostra que os próprios docentes da enfermagem percebem deficiências de formação que são generalizadas para a sala de aula quando exercem a docência e são desafiados a incorporar efetivamente o conteúdo apropriado e experiências clínicas no currículo de seus cursos (GARDNER; SUPLEE e JEROME-D'EMILIA, 2016).

O estudo de Zerbetto e Pereira (2005), analisou a literatura e a partir de seus resultados perceberam que a maioria dos profissionais da categoria de nível médio de enfermagem não teve formação suficiente na área de saúde mental e psiquiátrica, tanto na questão teórica como prática. Outro ponto ressaltado pela literatura é que esses profissionais acabam adquirindo conhecimentos que fundamentam sua prática, no cotidiano do processo de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, foi possível observar um baixo nível de conhecimento entre profissionais da saúde sobre TEA, o que evidencia a necessidade de melhorar a formação desses profissionais tanto no nível superior quanto no nível médio. Além disso, é importante que sejam pensadas políticas públicas que contemplem a capacitação desses profissionais, que estejam articuladas com instituições de ensino e que sejam eficientes, pois ainda que seja preconizada a identificação precoce do TEA, ainda vemos uma grande distância entre a teoria e a prática. Como limitação do estudo, tivemos a impossibilidade de avaliar se pós a capacitação os profissionais melhoraram seus conhecimentos sobre TEA, porém é visto na literatura científica a importância de capacitar os profissionais. Como recomendações para

estudos futuros, portanto, se vê a necessidade de: verificar a validade de discriminação do instrumento com medidas pré e pós, em função de um curso de capacitação em desenvolvimento e sinais de TEA e; testar a validade do instrumento para fins de monitoramento de nível de conhecimento sobre TEA em profissionais da saúde mental

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). 5.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

BERUMENT, S., RUTTER, M., LORD, C., PICKLES, A., BAILEY, A. Autism Screening Questionnaire: Diagnostic Validity. *British Journal of Psychiatry*, 175, 444–451, 1999.

BORDINI, D., LOWENTHAL, R., GADELHA, A. et.al. Impact of training in Autism for primary care providers: A pilot study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 37, n. 1, p. 63-66, 2015. doi: 10.1590/1516- 4446-2014-1367

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro, Autista e altera o § 3o do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 18 de março de 2019.

BRASIL. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizesatencaoreabilitacaopessoaautismo.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 17 de março de 2019

BRASIL. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília, DF, 245p., 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_apresentacao_propostas_ministerio_saude_2018.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2019.

BRENTANI, H. et al. Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 35, n.1, p. 62-72, 2013. ISSN 1516-4446

CASTRO-SOUZA, R.M. Adaptação Brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). 104 f. (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Autism Spectrum Disorders (ASDs): Data & Statistics, 2014. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>>. Acesso em: 18 de março de 2019.

CORSANO, P., CINOTTI, M., GUIDOTTI, L. Paediatric nurses' knowledge and experience of autism spectrum disorders: An Italian survey [published online ahead of print. *J Child Health Care*. 2019. doi:10.1177/1367493519875339

DANCY, C.P.; REIDY, J. Estatística sem matemática para psicologia. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, A.C.S.S., FRANZOI, M.A.H. Conhecimento de estudantes de enfermagem sobre os transtornos autísticos. *Rev enferm UFPE [on-line]*. Recife, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2019.

GARDNER, M.R., SUPLEE, P.D., JEROME-D'EMILIA, B. Survey of Nursing Faculty Preparation for Teaching About Autism Spectrum Disorders. *Nurse Educ.*; v. 41, n. 4, p. 212-216, 2016. doi:10.1097/NNE.0000000000000237

IGWE, M.N. et al. Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. v. 5, n.1, 2011. doi:10.1186/1753-2000-5-1

LOSAPIO, M.F., PONDE, M.P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 30, n. 3, p. 221-9, 2008.

MANOHAR, H., KANDASAMY, P., CHANDRASEKARAN, V., RAJKUMAR, R.P. Early Diagnosis and Intervention for Autism Spectrum Disorder: Need for Pediatrician-Child Psychiatrist Liaison. *Indian J Psychol Med.*, v. 41, n. 1, p. 87-90, 2019.

MARTELETO, M. R. F., PEDROMÔNICO, M. R. M. Validity of autism behavior checklist (ABC): preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 295-301, 2005.

MARTELETO, M. R. F et al. Administration of the Autism Behavior Checklist: agreement between parents and professionals' observations in two intervention contexts. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 203-208, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Brasília-DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acessado em: 26 de março de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 26 de março de 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília, DF: Autor, 2014.

NASCIMENTO, Y.C.M.L et al. Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Rev baiana enferm.* 2018. doi: 10.18471/rbe.v32.25425

PASQUALI, L. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAULA, Cristiane S. et al. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 41, n. 12, p. 1738-1742, doi: 10.1007/s10803-011-1200-6, 2011.

PAULA, Cristiane S. et al. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 3, p. 334-351, 2012.

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

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

RIBEIRO, S.H., PAULA, C.S., BORDINI, D. et al.. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Braz J Psychiatry*; v.39, n.4, p. 352-354, 2017. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2141.

ROBINS, D. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism*, v. 12, n.5, p. 481-500, 2008.

SAMPSON, W.G., SANDRA, A.E. Comparative Study on Knowledge About Autism Spectrum Disorder Among Paediatric and Psychiatric Nurses in Public Hospitals in Kumasi, Ghana. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. v. 33, n. 14, p. 99-108, 2018. doi:10.2174/1745017901814010099

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saue/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf> acesso em: 18 de março de 2019.

SATO, F. P. et al. Instrumento para rastreamento dos casos de transtorno invasivo do desenvolvimento: estudo preliminar de validação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.31, n.1, p. 30-33, 2009.

SCHACHINGER-LORENTZON U, KADESJÖ B, GILLBERG C, MINISCALCO C. Children screening positive for language delay at 2.5 years: language disorder and developmental profiles. *Neuropsychiatr Dis Treat*. v.28, n. 14, p.3267-3277, 2018.

STEYER, S.; LAMOGLIA, A.; BOSA, C. A.. A Importância da avaliação de programas de capacitação para identificação dos sinais precoces do Transtorno do Espectro Autista - TEA. *Temas psicol., Ribeirão Preto*, v. 26, n. 3, p. 1395-1410, set. 2018.

STEYER, S. Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro autista na atenção primária em saúde (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil). 2016.

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

ZERBETTO, S.R., PEREIRA, M.A.O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n.1, p.112-7, 2005.

Contatos: pedro.phas@gmail.com e mcrist@mackenzie.br