



Para além do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista: comorbidades e utilização dos serviços de saúde e escolares

Beyond the diagnosis of Autism Spectrum Disorder: comorbidities and utilization of health and educational services

Dalia Balassiano Strosberg¹, Marina Moreira Moura¹, Juliana da Cunha Ferreira¹, Márcia Cortez Bellotti de Oliveira², Eliane Maria Garcez Oliveira da Fonseca³, Milena Franklin Oliveira⁴

Palavras-chave:

Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Autístico, Serviços de Saúde da Criança, Educação.

Resumo

Introdução: O transtorno do espectro autista (TEA) apresenta alta prevalência, mas existem lacunas na literatura nacional sobre as comorbidades, o uso de serviços de saúde e escolares. **Objetivo:** Descrever as comorbidades e o perfil de utilização dos serviços de saúde e de educação de crianças e adolescentes com TEA, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de ensino em pediatria na cidade do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, exploratório, com dados coletados em prontuários de crianças/adolescentes atendidos em uma UBS, de ensino médico do Rio de Janeiro, parceira do Sistema Único de Saúde (SUS), de fevereiro de 2023 a junho de 2024. **Resultados:** A amostra é composta por prontuários de 291 crianças e adolescentes. A idade média é de $82,5 \pm 43,9$ meses, 72,2% (210/291) do sexo masculino, 67,1% (204/291) eram pardos/negros; sendo que chegam ao ambulatório pela primeira vez para diagnóstico aos $60,8 \pm 35,2$ meses; 96,6% das mães cursaram até o fundamental incompleto. As comorbidades eram presentes em 72,9% (212/291), 79,2% (168/291) apresentavam pelo menos 2 comorbidades com maior prevalência das alérgicas; os transtornos mentais perfazem 16,4% (63/385). Em 72,5% apresentavam 1 internação, sendo as mais prevalentes aquelas por doenças respiratórias. Em 13,9% (39/281) não estavam matriculados na escola, 86% (141/164) estavam sem mediador em sala de aula, destes 54,6% (77/141) foram solicitados sem sucesso. Em 68,6% (190/277) estavam sem tratamento. **Conclusão:** Observamos barreiras de acesso ao tratamento e a uma educação mais inclusiva, em um contexto de um SUS sobrecarregado, e em que o tratamento melhora o prognóstico.

Keywords:

Autism Spectrum Disorder, Autistic Disorder, Child health services, Education.

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder (ASD) has a high prevalence, but there are gaps in the national literature on comorbidities and the use of health and school services. **Objective:** To describe comorbidities and the use of health and school services in children and adolescents with ASD treated at a basic health unit for pediatric teaching in Rio de Janeiro. **Methods:** Retrospective, descriptive, exploratory study, with data collected from medical records of children/adolescents treated at a basic health unit for medical teaching in Rio de Janeiro, a partner of the Unified Health System (SUS), from February 2023 to June 2024. **Results:** The sample consisted of 291 medical records of children and adolescents. The mean age was 82.5 ± 43.9 months; 72.2% (210/291) were male, 67.1% (204/291) were brown/black. They arrived at the outpatient clinic for diagnosis at 60.8 ± 35.2 months; 96.6% of the mothers had incomplete elementary school education. Comorbidities were present in 72.9% (212/291), 79.2% (168/291) had at least 2 comorbidities, with allergies being the most prevalent; mental disorders accounted for 16.4% (63/385). 72.5% had been hospitalized once, the most frequent cause was respiratory diseases. 13.9% (39/281) were not enrolled in school; 86% (141/164) did not have a mediator in the classroom, of which 54.6% (77/141) were unsuccessfully requested. 68.6% (190/277) were without treatment. **Conclusion:** We observed barriers to access to treatment and more inclusive education in the context of an overloaded SUS, and in which treatment improves the prognosis.

¹ Faculdade de Medicina Souza Marques, Estudante de Medicina - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

² Faculdade de Medicina Souza Marques, Doutora em Ciências da Saúde, professora de pediatria - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

³ Faculdade de Medicina Souza Marques, Doutora em saúde da criança e da mulher, chefe do ambulatório do Polo Itanhangá - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Residente de pediatria - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

Endereço para correspondência:

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira

Faculdade de Medicina Souza Marques. Rua Vilhena de Moraes, 380, Bloco 2 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ. Brasil. E-mail: bellotti.marcia@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido como déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, assim como padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses déficits devem estar presentes precocemente, causando prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social ou em outras áreas na vida do indivíduo¹.

A prevalência de TEA no Brasil é desconhecida, aguardando-se os resultados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o censo 2022. Enquanto isso, o IBGE estima que haja dois milhões de brasileiros autistas, cerca de 1% da população². Segundo Maenner et al. (2020)³, em um estudo multicêntrico para o Center for Disease Control (CDC), a prevalência é de uma a cada 36 crianças de 8 anos de idade.

Girianelli et al. (2023)⁴, ao investigarem sobre diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento (TGD) – classificação existente no período do estudo no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na quarta edição (DSM-4) – no Brasil, encontraram uma média de 5,5 anos para o diagnóstico de autismo infantil, e de 6,2 anos para autismo atípico. Em estudos epidemiológicos internacionais, a idade do diagnóstico situa-se entre 3 e 5 anos de idade⁵. O diagnóstico é eminentemente clínico, sem marcadores biológicos que auxiliem no processo. Além dessa, outras barreiras para o diagnóstico precoce incluem a heterogeneidade dos quadros de TEA, o conhecimento dos profissionais, local de residência, nível socioeconômico da família, reconhecimento de possíveis sinais pela família e instrumentos utilizados no processo diagnóstico nem sempre validados em português⁶.

As comorbidades contribuem para a heterogeneidade dos quadros clínicos nos TEA. Seu conhecimento se reveste de especial importância porque demanda um olhar clínico mais profundo e atento durante a consulta, além de poder mascarar o diagnóstico de TEA, resultando em atraso no diagnóstico ou mesmo mudança de um diagnóstico prévio de TEA. Assim é uma via de mão dupla, um quadro de TEA pode ser mascarado por uma comorbidade, e o conhecimento de que os TEA apresentam comorbidades pode levar ao diagnóstico de TEA. Em consequência desse desconhecimento clínico, o plano terapêutico mais apropriado não é indicado, levando a uma cascata de danos ainda maiores para essas famílias e seus filhos^{7,8}. No entanto, poucos estudos foram realizados em países de renda média ou baixa, como o Brasil⁹.

A presença de comorbidades também impacta os serviços de saúde não somente ambulatoriais, como também hospitalares. Esses serviços são frequentemente utilizados por indivíduos com TEA, com altas taxas de hospitalização e atendimento ambulatorial, conforme descrito na literatura internacional, porém pouco se sabe sobre como é esse perfil no Brasil¹⁰. O conhecimento sobre a realidade do autismo no Brasil é limitado, e as publicações existentes são polarizadas entre as cidades do Rio Grande do Sul e São Paulo^{11,12}.

Mediante o exposto, o objetivo deste estudo é descrever as comorbidades, utilização dos serviços de saúde e escolar em crianças e adolescentes com TEA, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de ensino em pediatria na cidade do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo de caráter exploratório, de diagnósticos de TEA ou autismo ou autismo infantil ou de TGD em crianças e adolescentes (0 a 18 anos completos) atendidos em ambulatório de Pediatria de uma Unidade Básica de Saúde da Faculdade de Medicina Souza Marques, Polo Itanhangá, no município do Rio de Janeiro (RJ), no período de 1º de fevereiro de 2023 (quando foi implantado o prontuário eletrônico) a 30 de junho de 2024. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos, através do sistema de busca, com as seguintes palavras-chaves: “autismo”, “autismo infantil”, “TEA”, “TGD” através da Classificação Internacional de Doenças décima versão” (CID - 10) correspondentes.

A busca em prontuário físico também foi utilizada para os pacientes que já eram atendidos nesse ambulatório e que foram atendidos no período citado. O número do prontuário físico é informado no prontuário eletrônico. Foram incluídos todos os prontuários de crianças e adolescentes (faixa etária de 0 a 18 anos completos) com diagnóstico de TEA ou de TGD (este último devido à mudança nos grupos e denominação desse diagnóstico pelo DSM versão 5 em substituição ao DSM versão 4) ou Autismo, que foram atendidos no período citado. Foram excluídos aqueles prontuários de crianças ou adolescentes que estavam incompletos ou não preenchidos.

O ambulatório de pediatria do Polo Itanhangá é uma unidade básica de ensino com atendimento gratuito sem delimitação de território de atendimento, que também conta com um neurologista infantil, um psiquiatra infantil, um pediatra do desenvolvimento, entre outras especialidades. A avaliação para esses profissionais é realizada em um segundo estágio, somente após encaminhamento dos pediatras. Os outros serviços, como especialidades (exceto pneumologia, cardiologia e alergia), reabilitação, exames laboratoriais e de imagem, procedimentos, cirurgias, entre outros, são referenciados para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma clínica parceira do SUS.

Apesar de não termos delimitação de território, nossa clientela reside em sua maioria no bairro do Itanhangá, Zona Oeste do Rio de Janeiro. Essa região é marcada por contrastes de moradias: algumas em condomínios fechados e outras distribuídas em seis comunidades (a maior parte da comunidade de Rio das Pedras, Tijuquinha, Recanto da Barra da Tijuca, Morro do Banco, Vila da Paz, Sítio Pai João, Muzema e Pedra do Itanhangá). Segundo dados do censo de 2022 do IBGE, Muzema e Rio das Pedras estão entre as 9 comunidades mais populosas do Rio de Janeiro¹³.

O diagnóstico de TEA é realizado através das orientações específicas da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), incluindo anamnese extensa, observação do comportamento e desenvolvimento e aplicação de testes de triagem, além do exame físico detalhado com busca ativa de sinais e sintomas¹⁴. Os critérios diagnósticos do DSM-5¹ são também aplicados, assim como a realização de exames complementares (conforme a apresentação clínica). É importante ressaltar que é uma tarefa interdisciplinar e de acompanhamento da evolução da criança com as orientações, e com o tratamento. Em decorrência desse processo, os pediatras, o psiquiatra infantil, o neurologista infantil e o pediatra do desenvolvimento, em nosso ambulatório, estão envolvidos nesse processo de diagnóstico segundo a singularidade daquela família e da criança/adolescente.

Algumas variáveis merecem descrição de sua definição: A variável “pequeno para idade gestacional” (“PIG”) foi definida, conforme critério da Organização Mundial de Saúde, em recém-nascidos (RN) com peso menor que o percentil 10 para a idade gestacional¹⁵. As curvas utilizadas seguem as orientações da SBP¹⁶. A informação sobre a variável “Asfixia Neonatal” foi coletada quando descrita no prontuário. Além disso, também se utilizou o Apgar no 5º minuto menor que sete como um indicador de investigação sobre as condições de nascimento¹⁷. A variável “motivo das internações” foi classificada segundo categorias da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, décima versão (CID-10)¹⁸.

A variável “tempo de acompanhamento no ambulatório” foi calculada a partir do resultado da subtração da data da última consulta e da data da primeira consulta; e foram excluídos, além daqueles sem informação nesse aspecto, os prontuários em que a data do diagnóstico coincidiu com data da primeira consulta no ambulatório (pacientes que chegam pela primeira vez e fazem diagnóstico nesse momento).

No tocante à variável “Comorbidades”, como o estudo é descritivo, optamos por listar todas as comorbidades encontradas, agrupando somente as facomatoses (Neurofibromatose e Esclerose tuberosa), e os transtornos gastrointestinais presentes nos prontuários. Na variável “Tratamento”, o critério utilizado para não estar em tratamento foi de um mínimo de 6 meses sem tratamento. Ainda quanto à esta variável, a modalidade de “reabilitação intelectual” se refere à denominação dada para a terapia multidisciplinar oferecida pelo SUS para os pacientes com TEA.

Na variável “matrícula em estabelecimento escolar”, as informações disponíveis nos prontuários não permitiram afirmar com segurança se a criança estava matriculada em creche ou escola, na faixa entre 6 e 7 anos. Assim, optamos por colocar toda a informação presente nos prontuários agrupada em creche/escola para garantir a qualidade da informação.

Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em frequência observada/frequência de dados disponíveis no prontuário (n/N), e percentual. Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por média, desvio-padrão, mediana, limites mínimo e máximo (entre parênteses).

Os resultados foram analisados pelo sistema SPSS versão 21. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética sendo aprovado sob o número CAAE 81133724.5.0000.5239.

RESULTADOS

A população de estudo corresponde a 8% das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório pediátrico do Itanhangá, no período do estudo. Dos 295 prontuários de crianças e adolescentes atendidos com diagnóstico de TEA, 4 prontuários foram excluídos por apresentarem pouquíssimas informações. Assim, a amostra é composta por prontuários de 291 crianças e adolescentes, sendo 79,7% (232/291) crianças e 72,2% (210/291) do sexo masculino (tabela 1). Se as categorias de raça/cor (pardos e negros) forem agregadas, observamos que estes constituem 67,1% (204/291) da amostra. Em 94,1% (274/291), as mães cursaram o fundamental incompleto, com 2,5% (7/291) de analfabetismo (tabela 1). A idade média é de 82,5 ± 43,9, sendo que 50% apresentam idade de 75 meses (tabela 2).

Quanto à história perinatal, observamos na tabela 1 que 15,2% (37/243) eram prematuros, sendo que destes 97,3% (36/37) apresentam história de prematuridade (PMT) moderada a tardia. Em 8,1% (20/248) os recém-nascidos (RN) eram pequenos para a idade gestacional (PIG). A Asfixia neonatal foi encontrada em 2,4% (6/250). Em 10,7% (29/270) as mães eram tabagistas e/ou fizeram uso de álcool e/ou de drogas ilícitas. As comorbidades estão presentes em 72,9% (212/291), sendo que 1 comorbidade por pessoa é mais prevalente em 44,8% (95/212). Se considerarmos pelo menos 2 comorbidades, essa prevalência aumenta para 79,2% (168/212).

Essa clientela está em acompanhamento em nosso ambulatório por 31 ± 35,3 (mediana de 21) meses, e chegam ao ambulatório com idade de 60,8 ± 35,2 (mediana de 53,5) meses nos casos em que são diagnosticados na primeira consulta (tabela 2).

Na figura 1, temos todas as comorbidades encontradas no estudo, sendo mais prevalentes as condições alérgicas (rinite, asma e dermatite atópica) com 30,4% (117/385), 16,6% (64/385) e 6,2% (24/385). O sobrepeso e a obesidade, juntas perfazem 8,6% (33/385), a epilepsia/convulsões em 6% (23/385), a deficiência intelectual em 4,7% (18/385), a constipação em 3,4% (13/385). Os transtornos mentais descritos na figura 1 (Transtorno Disruptivo, Psicótico, de Ansiedade, Transtorno Opositor Desafiante (TOD), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), fobia social e deficiência intelectual), quando agrupados são prevalentes em 16,4% (63/385). Se acrescentarmos a constipação aos sintomas do trato gastrointestinal, a prevalência é de 4,2% (16/385). Na categoria das síndromes genéticas das 16 pessoas acometidas, 81,2% (13/385) estão em investigação.

Na tabela 3, observa-se que 61,5% (174/283) nunca internaram, e que 72,5% (79/109) dessa população apresentou uma internação. As causas mais prevalentes foram as doenças do aparelho respiratório e as intercorrências perinatais em 27,7% (38/137) e 24,1% (33/137), respectivamente.

Tabela 1. Caracterização da população de estudo – variáveis categóricas.

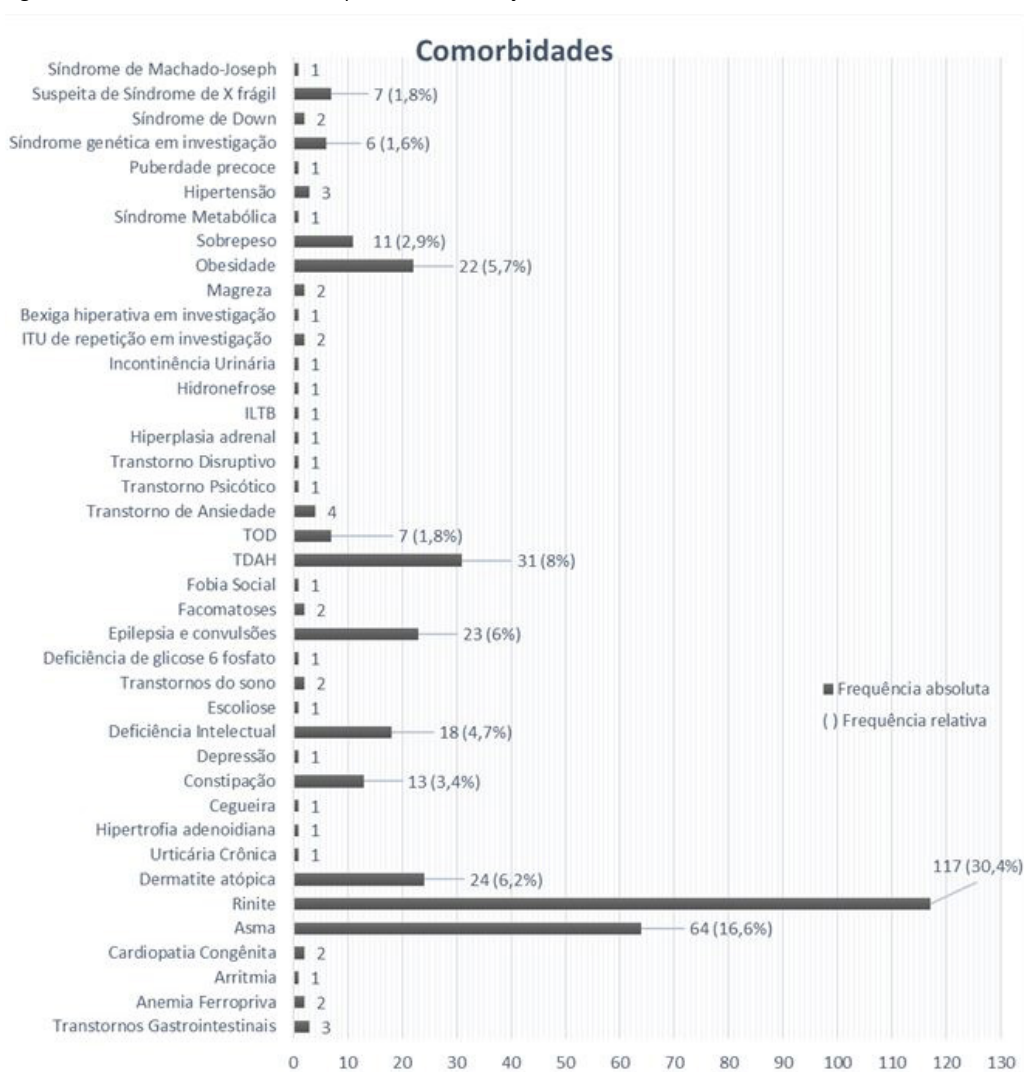
Variáveis categóricas do estudo	n/N*	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	81/291	27,8
Masculino	210/291	72,2
Faixa Etária		
Crianças	232/291	79,7
Adolescentes	59/291	20,3
Cor/raça		
Pardos	195/291	67,1
Negros	9/291	3,1
Branços	87/291	29,8
Escolaridade materna		
Analfabeto	7/291	2,5
Fundamental incompleto	274/291	94,1
Fundamental completo	7/291	2,4
Médio incompleto	3/291	1,0
História Perinatal		
Pequeno para idade gestacional	20/248	8,1
Prematuridade	37/243	15,2
Moderada a Tardia	36/37	97,3
Severa	1/37	2,7
Hipertensão Materna	69/270	25,6
Diabetes Materna	21/242	8,7
HIV	3/275	1,1
Asfixia Neonatal	6/250	2,4
Tabagistas e/ou consumo de álcool e/ou drogas ilícitas	29/270	10,7
Comorbidades		
Presença de comorbidades		
Sim	212/291	72,9
Não	79/291	27,1
Número de Comorbidades por pessoa		
1	95/212	44,8
2	73/212	34,4
3	27/212	12,7
4-5	17/212	8,1

Legenda: n = valor referente ao número em que aquela variável específica foi respondida; N = valor referente ao número total de prontuários em que a variável estava disponível independentemente da resposta, descontando daqueles em que a informação não estava disponível; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana.

Tabela 2. Caracterização da população de estudo – variáveis contínuas.

Variáveis contínuas do estudo	n/N	Média ± desvio-padrão Mediana	Limite mínimo – máximo
Idade (meses)	291/291	82,5 ± 43,9 75	21- 206
Tempo de acompanhamento no ambulatório (meses)	239/291	31 ± 35,3 21	1 – 199
Idade em que as crianças/adolescentes chegam ao ambulatório e fazem diagnóstico na primeira consulta (meses)	50/291	60,8 ± 35,2 53,5	21 – 168
primeira consulta (meses)			

Figura 1. Prevalência de comorbidades presentes em crianças/adolescentes com TEA.



Legenda: ILTB = Infecção latente da tuberculose; TOD = Transtorno de Oposição Desafiante; TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; as porcentagens de 0,3%, 0,5%, 0,8% e 1% são para as condições com frequência absoluta de 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

Tabela 3. Caracterização das internações e do acesso aos serviços de saúde e escolares.

Variáveis do estudo	n/N	Porcentagem (%)
Internações		
Sim	109/283	38,5
Não	174/283	61,5
Número de internações		
1	79/109	72,5
2	18/109	16,5
3-9	12/109	11
Motivos das internações (137 internações)		
Intercorrências perinatais	33/137	24,1
Doenças do aparelho respiratório	38/137	27,7
Patologias infecciosas e parasitárias	27/137	19,7
Causas externas	4/137	2,9
Convulsões	4/137	2,9
Patologias Cirúrgicas	19/137	13,9
Não discriminados	12/137	8,8
Matrícula em estabelecimento escolar		
Matriculados em escola/creche	242/281	86,1
Não matriculados	39/281	13,9
Não conseguiram matrícula apesar da inscrição no sistema <i>online</i>	12/39	30,8
Em creche	8/12	66,7
Em escola	4/12	33,3
Mediador em sala de aula		
Com mediador	23/164	14
Sem mediador	141/164	86
Sem mediador apesar de solicitado	77/141	54,6
Tratamento		
Em tratamento	87/277	31,4
Sem tratamento	190/277	68,6
Modalidade de tratamento		
Fonoaudiologia e terapia ocupacional	32/87	36,8
Somente fonoaudiologia	13/87	14,9
Somente terapia ocupacional	8/87	9,2
Reabilitação intelectual	11/87	12,6
Fisioterapia motora	1/87	1,2
Psicologia	22/87	25,3
Em acompanhamento com especialista*	157/291	53,9

Legenda: n = valor referente ao número em que aquela variável específica foi respondida; N = valor referente ao número total de prontuários em que a variável estava disponível independentemente da resposta, descontando daqueles em que a informação não estava disponível; *especialista refere-se à psiquiatria/neurologia/pediatria do desenvolvimento.

Em 86,1% (242/281), essa população estava matriculada em um estabelecimento escolar. Daqueles que não estavam matriculados, 66,7% (8/12) não conseguiram matrícula para creche apesar da inscrição no sistema *online* (tabela 3). Em 86% (141/164), o aprendizado em sala de aula é realizado sem mediador, porém, destes, 54,6% (77/141) dos responsáveis solicitaram mediação escolar sem sucesso. Em 68,6% (190/277) das crianças/adolescentes encontravam-se sem tratamento, sendo a fonoaudiologia combinada à terapia ocupacional a modalidade mais prevalente em 36,8% (32/87). O acompanhamento por especialistas é realizado somente por profissionais do nosso ambulatório.

DISCUSSÃO

Nosso estudo aponta para a alta carga de comorbidades, com pelo menos 79,2% apresentando 2 comorbidades. Com uma alta frequência de internações por doenças respiratórias e de crianças e adolescentes sem tratamento.

A alta prevalência das comorbidades neste estudo foi à custa principalmente das condições alérgicas. A literatura internacional aponta para a maior prevalência dessas doenças em crianças/adolescentes quando comparado com adultos, entre indivíduos com TEA^{19,20}. Em outro estudo recente, de base populacional, a taxa de risco para doenças dermatológicas e para doenças respiratórias em crianças/adolescentes com e sem TEA é de 1,4 e 1,5 vezes, respectivamente²¹.

As comorbidades revestem-se de particular importância no paciente com TEA, que pode apresentar dificuldade de expressar verbalmente seus sintomas e necessidades, mesmo naqueles que são verbais. Contribui também para essa dificuldade a possibilidade de uma percepção sensorial alterada tornando difícil a localização dos sintomas, dificultando o diagnóstico, e assim não aparecendo em nossos registros^{7,22}. Desse modo, durante a consulta, necessitamos estar atentos para a clínica desse paciente, e sermos mais proativos na busca por sinais e sintomas que podem não ser detectados pela família. É importante lembrar que uma criança/adolescente saudável com TEA tem maiores chances de aprender: na escola, na terapia, no seu cotidiano com família e pares¹⁹.

Essas crianças/adolescentes apresentam um risco aumentado para obesidade bem estabelecido, porém evidências recentes apontam também para um risco aumentado para doença cardiometabólica²³. Assim, é essencial a vigilância quanto ao exame físico e as orientações para uma qualidade de vida saudável, mesmo sendo um paciente muitas vezes de difícil exame, e seletivo na alimentação.

Os transtornos neurológicos e psiquiátricos são altamente prevalentes em 59,6% das crianças/adolescentes com TEA⁸, e, dentre estes, o TDAH é o mais frequente, acometendo 1 em cada 6 crianças /adolescentes²⁴. O TDAH também foi o transtorno mental mais prevalente em nosso estudo, porém os transtornos mentais não foram os mais prevalentes, como discutido acima. Além de diferenças metodológicas, outra

hipótese para essas diferenças diz respeito ao atendimento das condições alérgicas em nosso ambulatório, que é realizado por maior número de profissionais, incluindo pediatras, alergista e pneumologista. Porém, para os transtornos mentais não temos profissionais em número suficiente para esses diagnósticos, já que um pouco mais da metade das crianças (53,9%) está em acompanhamento com psiquiatra infantil, ou neurologista infantil ou pediatra do desenvolvimento. Além disso, existe uma grande dificuldade na referência para o atendimento neurológico ou psiquiátrico infantojuvenil na rede municipal, através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ou mesmo com o acesso direto nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), daqueles que não conseguimos absorver. Esse gargalo no atendimento é bem descrito pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - RJ, em que o tempo médio de espera para a neurologia é de 354 dias, e de 160 dias para a psiquiatria infantojuvenil²⁵. Porém, nossos dados mostram que não é somente uma questão de atendimento por especialidade, é uma questão também de qualificação profissional, quando se observa que crianças/adolescentes chegam com idade em torno de 5 anos para o primeiro diagnóstico de TEA.

As questões perinatais foram a segunda causa de internação, podendo estar associadas a fatores de risco maternos e à prematuridade, descritos no estudo. A prematuridade é um fator associado a TEA, podendo ser agravado pelos procedimentos na internação²⁶. A prematuridade moderada e tardia exibe um risco de 1,75 para o primeiro, e de 1,42 para o segundo em relação aos nascidos a termo, conforme demonstrado em recente meta-análise²⁷. As patologias cirúrgicas foram a quarta causa mais prevalente de internações neste estudo. Confirmando sua importância, Engelhard (2020)²⁶ observou um risco de 1,5 vez maior em crianças/adolescentes com TEA para internações cirúrgicas em comparação com aquelas com desenvolvimento típico e com TDAH.

As comorbidades refletem o perfil de internações que encontramos quando comparado com a literatura internacional. Nesta última, é observada uma maior frequência de internações psiquiátricas em crianças e adolescentes^{27,28}. Por outro lado, observamos uma maior prevalência de internações por doenças respiratórias em nosso estudo, em linha com as doenças alérgicas como comorbidades mais prevalentes. No Brasil, a reforma psiquiátrica brasileira com redução dos números de leitos hospitalares psiquiátricos e o aumento da oferta de serviços terapêuticos, como os CAPS e CAPSi, podem ser fatores contribuintes para este cenário de baixa prevalência de internações psiquiátricas²⁹. Por outro lado, fatores como sobrecarga de atendimentos com outras doenças psiquiátricas (1/3 dos atendimentos nos CAPSi-RJ é de indivíduos com TEA), poucas horas de atendimento para crianças/adolescentes e falta de integração com outros serviços do SUS, constroem algumas barreiras de acesso para esses serviços³⁰.

A internação em pelo menos 2 vezes aconteceu em 89% da nossa população. Assim, a internação oferece um outro possível cenário de diagnóstico de TEA, além das consultas

ambulatoriais. Acrescenta-se como vantagem a questão inerente do tempo de internação, que possibilita um período maior de observação por toda a equipe de saúde.

Além das questões ambulatoriais de escassez de especialistas no SUS, nosso estudo também mostra a dificuldade de acessar tratamento. Esse achado está em linha com os 336 dias de fila de espera para a reabilitação intelectual infantil que faz parte da linha de cuidado estabelecida pelo órgão²⁵. A mediação na escola é um instrumento de facilitação do aprendizado e das habilidades sociais, e apesar de termos encontrado um número expressivo de demandas não atendidas no setor, não encontramos publicações sobre esses dados.

Concluindo, percebemos um SUS sobrecarregado com grandes filas de espera, configurando barreiras de acesso ao tratamento, e a uma educação mais inclusiva, em um contexto que o tratamento melhora o prognóstico. O TEA revela-se para além do diagnóstico, um transtorno complexo e heterogêneo que exige da equipe um olhar atento, proativo e compassivo, à medida que o apoio, mediante tantas barreiras encontradas pelas famílias, torna-se fundamental.

Este estudo apresenta limitações, como ser retrospectivo, com informações que nem sempre estavam disponíveis nos prontuários, e uma população assistida em uma unidade de ensino, o que pode enviesar os resultados. Porém, essa exploração inicial da população atendida em nosso ambulatório mostra lacunas importantes não somente na compreensão dos TEA para além do diagnóstico, como também na literatura nacional, o que reforça a importância de mais estudos brasileiros.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Estela Rocha Mello pela revisão do trabalho e seus conselhos valiosos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Ministério Público do Paraná. Correio da Saúde – edição nº 1212 [Internet]. Paraná: Ministério Público do Paraná; 2023; [acesso em 2025 Fev 25]. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/saude/Pagina/Correio-da-Saude-Edicao-ndeg-1212-de-12042023>.
3. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRienzo M, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ*. 2020;69(4):1-12. DOI: <http://www.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
4. Girianelli VR, Tomazelli J, Silva CMFP, Fernandes CS. Early diagnosis of autism and other developmental disorders, Brazil, 2013–2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57(1):21-33. DOI: <http://www.doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>
5. Øien RA, Vivanti G, Robins DL. Early identification in autism spectrum disorders: the present and future. *J Autism Dev Disord*. 2021;51(3):763-8. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s10803-020-04860-0>
6. Sukiennik R, Marchezan J, Scornavacca F. Challenges on diagnoses and assessments related to autism spectrum disorder in Brazil: a systematic review. *Front Neurol*. 2022;12:598073. DOI: <http://www.doi.org/10.3389/fneur.2021.598073>
7. Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, et al. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2023;155:105436. DOI: <http://www.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105436>
8. Soke GN, Maenner MJ, Christensen D, Kurzius-Spencer M, Schieve LA. Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions among 4- and 8-year-old children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(8):2663-76. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s10803-018-3521-1>
9. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ, Ahmed HU, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: an umbrella review. *Psychiatry Res*. 2020;287:112922. DOI: <http://www.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
10. Cummings JR, Lynch FL, Rust KC, Coleman KJ, Madden JM, Owen-Smith AA, et al. Health services utilization among children with and without autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(3):910-20. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s10803-015-2634-2>
11. Paula CS, Fombonne E, Gadia C, Tuchman R, Rosanoff M. Autism in Brazil: perspectives from science and society. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(1):2-5. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100002>
12. Teixeira MCTV, Mecca TP, Velloso RL, Bravo RB, Ribeiro SHB, Mercadante MT, et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(5):607-14. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0104-42302010000500026>
13. Grinberg F, Araújo C. Veja quais são as maiores favelas do Rio pelo Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: O Globo; 2024; [citado em 2024 Dez 2]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2024/11/08/veja-quais-sao-as-maiores-favelas-do-rio-pelo-censo-2022.ghtml>
14. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do espectro do autismo [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2024; [acesso em 2024 Out 18]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf
15. de Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr*. 1996;64:650-8. DOI: <http://www.doi.org/10.1093/ajcn/64.4.650>
16. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Documento científico de Endocrinologia. Pequeno para idade gestacional, além do período neonatal: o que o pediatra precisa saber? [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2022; [acesso em 2025 Fev 10]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23772c-DC_PIG_AlemPeriodoNeonatal.pdf
17. Magalhães ALC, Monteiro DLM, Trajano AJB, Souza FM. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou? *Cien Saude Colet*. 2023;28(2):385-96. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/1413-81232023282.11162022>
18. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, et al. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 1. ed. São Paulo: EDUSP; 2011.
19. Al-Beltagi M. Autism medical comorbidities. *World J Clin Pediatr*. 2021;10(3):15-28. DOI: <http://www.doi.org/10.5409/wjcp.v10.i3.15>
20. Muskens JB, Velders FP, Staal WG. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(9):1093-103. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s00787-017-1020-0>
21. Steinhausen HC, Villumsen MD, Støvring RK, Bilenberg N. Complete spectrum of physical comorbidities with autism spectrum disorder in a nationwide cohort. *J Autism Dev Disord*. 2024. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s10803-024-06476-2>

22. Madra M, Ringel R, Margolis KG. Gastrointestinal issues and autism spectrum disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020;29(3):501-13. DOI: <http://www.doi.org/10.1016/j.chc.2020.02.005>
23. Dhanasekara CS, Ancona D, Cortes L, Hu A, Rimu AH, Robohm-Leavitt C, et al. Association between autism spectrum disorders and cardiometabolic diseases: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023;177(3):248-57. DOI: <http://www.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5658>
24. Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S, Kolevzon A, Buxbaum JD, Reichenberg A, et al. Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):71. DOI: <http://www.doi.org/10.1038/s41398-023-02374-0>
25. Rio de Janeiro (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Panorama geral do SISREG [Internet]. Rio de Janeiro: SMS; 2024; [acesso em 2025 Fev 19]. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/>
26. Engelhard MM, Berchuck SI, Garg J, Heano R, Olson A, Rusincovitch S, et al. Health system utilization before age 1 among children later diagnosed with autism or ADHD. *Sci Rep*. 2020;10:17677. DOI: <http://www.doi.org/10.1038/s41598-020-74458-2>
27. Pettinger KJ, Copper C, Boyle E, Blower S, Hewitt C, Fraser L. Risk of developmental disorders in children born at 32 to 38 weeks' gestation: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2023;152(6):e2023061878. DOI: <http://www.doi.org/10.1542/peds.2023-061878>
28. McMaughan DJD, Jones JL, Mulcahy A, Tucker EC, Beverly JG, Perez-Patron M. Hospitalizations among children and youth with autism in the United States. *Intellect Dev Disabil*. 2022;60(6):484-503. DOI: <http://www.doi.org/10.1352/1934-9556-60.6.484>
29. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1935-44. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
30. Lima RC, Couto MCV, Solis F, Oliveira BDC, Delgado PGG. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saude Soc*. 2017;26(1):196-207. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0104-12902017168443>