

**Revista Saúde.Com**

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

---

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA DA APAE****EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN WITH APAE AUTISM SPECTRUM DISORDER****Katielly Oliveira Lago, Maria Nice Dutra de Oliveira**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

**Abstract**

*The present study aims to describe the epidemiological profile of children with ASD assisted by APAE in Jequié (BA). The research is descriptive in nature, with a quantitative approach, conducted through the analysis of medical records of pediatric patients, aged 1 to 12 years, with a definitive diagnosis, enrolled and treated at APAE between 2020 and 2022. Ninety patients met the selection criteria, with 81.1% being male and 18.9% female; 76.6% had the mother as the primary caregiver, followed by the father (11.1%) and grandmother (6.6%); 10% had a family history of ASD. In conclusion, the profile is primarily composed of: boys, aged 4 to 6 years, attending preschool education, residing in Jequié, diagnosed in 2022, with severe ASD, associated with ADHD or Moderate Intellectual Disability, taking risperidone, and exhibiting speech delay, socioemotional deficits, motor stereotypies, and hyper or hypo-reactivity to sensory stimuli.*

**Keywords:** Health Profile; Autism Spectrum Disorder; Neurodevelopmental Disorders..

**Resumo**

*O presente trabalho tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico das crianças com TEA assistidas pela APAE de Jequié (BA). A pesquisa é do tipo descritiva, com cunho quantitativo, realizada através da análise de fichas dos pacientes pediátricos, de 1 a 12 anos, com diagnóstico definitivo, matriculados e atendidos na APAE entre 2020 e 2022. 90 passaram pelos critérios de seleção, sendo 81,1% do sexo masculino e 18,9% do sexo feminino; 76,6% tiveram a mãe como responsável, seguido pelo pai (11,1%) e avó (6,6%); 10% possuíam histórico familiar de TEA. Em conclusão, o perfil é composto por sua maioria: meninos, de 4 a 6 anos, cursantes do ensino infantil, moradores de Jequié, diagnosticados no ano de 2022, detêm TEA grau 3, associado a TDAH ou Retardo Mental Moderado, fazem uso de risperidona, e possuem atraso na fala, déficits socioemocionais, estereotípias motoras, e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.*

**Palavras-chave:** Perfil de Saúde; Transtorno do Espectro Autista; Transtornos do Neurodesenvolvimento.

## Introdução

Autismo é uma condição investigada há anos, a qual sofreu diferentes interpretações até os dias atuais. Antes das considerações pioneiras do conhecido psiquiatra austríaco Leo Kanner, no ano de 1943, o termo “autismo” foi empregado pela primeira vez em 1911 por Eugen Bleuler, relacionando-o ao pensamento autocentrado, uma das manifestações de seus pacientes com esquizofrenia<sup>1</sup>. Contudo, foi a partir das observações de Kanner a respeito de 11 crianças com comportamentos e características clínicas semelhantes, que o autismo passou a ser entendido como um distúrbio único, não ligado à esquizofrenia, descrito por ele como Síndrome do Autismo Infantil<sup>2</sup>.

Nesse contexto, no ano de 1944 Hans Asperger publicou seus estudos a respeito de uma síndrome com aspectos similares, à qual se difere daquela descrita por Kanner apenas pelas crianças apresentarem sintomas após 3 anos de idade e possuírem um bom nível cognitivo e de linguagem<sup>3</sup>. Apesar de não receber tanto reconhecimento na época, as análises de Asperger também foram de grande relevância para os conhecimentos acerca do autismo na atualidade<sup>1</sup>.

Para mais, Kanner correlacionou essa síndrome com três características marcantes: a dificuldade nas relações sociais - descrita como indicador diagnóstico definitivo; as alterações de linguagem/comunicação; e as alterações nos processos cognitivo/comportamental<sup>4</sup>. Todas estas são ainda utilizadas como os três pilares do conjunto de transtornos do neurodesenvolvimento que agora são preferivelmente denominados como Transtorno do Espectro Autista (TEA)<sup>5</sup>.

Sendo assim, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR)<sup>6</sup> define atualmente o TEA como uma condição que apresenta déficits duradouros em habilidades sociais e de comunicação em diferentes contextos. Isso inclui dificuldades na reciprocidade social, na utilização de comportamentos não verbais para interagir socialmente, bem como na capacidade de desenvolver, manter e entender relacionamentos interpessoais. Além disso, desde a primeira publicação do DSM-5, em 2014, este termo passou incorporar nomenclaturas antigas, como Autismo Infantil, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger, entre outros<sup>7</sup>.

Na maioria dos casos, o transtorno apresenta suas primeiras manifestações ainda na primeira infância, progredindo com a idade cronológica, uma vez que corresponde às demandas sociais impostas ao indivíduo, podendo estar associado ou não a déficits intelectuais e de linguagem<sup>8</sup>. Ademais, indivíduos com TEA podem ser especificados de acordo com a gravidade do quadro, variando entre os níveis 1, 2 e 3, os quais são apontados por meio do suporte que o sujeito necessita no quesito comunicação social, e também com relação a comportamentos restritos e repetitivos<sup>6</sup>.

O número de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista tem aumentado nos últimos anos. Tanto nos Estados Unidos da América (EUA), quanto em outros países, este quantitativo alcança 1% da população, incluindo crianças e adultos. Porém, a causa desse fato ainda não está esclarecida: o crescimento na frequência de TEA pode corresponder à expansão dos critérios diagnósticos estabelecidos desde o DSM - 4 (quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), uma maior conscientização social, melhores metodologias de estudos ou ao real aumento da incidência da condição<sup>7</sup>.

Contudo, apesar do aumento no número de diagnósticos, a grande parte das pesquisas epidemiológicas acerca do TEA concentram-se em nações desenvolvidas, como os Estados Unidos, sendo então escassas em países subdesenvolvidos como o Brasil<sup>9,1</sup>. Diante disso, o objetivo do estudo é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos com TEA assistidos pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Jequié, e com isso promover uma melhor compreensão das características epidemiológicas dessa população para o município de Jequié, podendo assim auxiliar numa possível evolução das políticas públicas e assistenciais locais.

## Metodologia

A pesquisa é do tipo descritiva com cunho quantitativo, realizada no Núcleo de Autismo da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), da cidade de Jequié (BA), entre os meses de abril e maio de 2023, após a aprovação pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) através do parecer nº 5.954.298. A coleta de dados foi construída por meio da análise das

fichas individuais, com auxílio de um formulário semiestruturado.

Dentro do formulário eram coletadas informações da criança e do responsável, como: data de nascimento; idade; sexo; escolaridade; cidade onde reside; relação parental do responsável; histórico familiar de TEA; informações gestacionais; ano do diagnóstico; diagnósticos associados; medicamentos em uso; e os comprometimentos/sintomatologia da criança.

Foram incluídos os indivíduos com diagnóstico clínico finalizado de Transtorno do Espectro Autista, com ou sem associação a outros transtornos do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental, de 1 a 12 anos, ambos os sexos, matriculados na APAE entre os anos de 2020 e 2022. Os critérios de exclusão foram fichas com relatório médico manuscrito não legível ou aquelas sem nenhuma informação acerca das características diagnósticas que a criança se enquadra. Por fim, os dados foram processados mediante os softwares Microsoft Excel® e Microsoft Word®, e organizados por meio de gráficos e tabelas sumariamente através da frequência absoluta e o cálculo da frequência relativa.

## Resultados

Ao todo foram verificadas 185 fichas, das quais 90 passaram pelos critérios de seleção. Entre elas foi observado que 73 crianças são do sexo masculino, e 17 do sexo feminino, com predominância etária de 4 a 6 anos de idade, resultando em uma média de 5,2 anos. Quanto à escolaridade, dos 65 matriculados regularmente numa instituição de ensino, 49 estão no ensino infantil (de 0 a 6 anos), 11 no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano), 4 no ensino fundamental II (do 6º ao 9º ano), e 1 não informou em qual período estuda. A cidade de residência prevaleceu como Jequié, representando 71,1% da amostra (tabela 1).

Faixa etária das crianças com TEA atendidas na APAE. Quanto à escolaridade, dos 65 matriculados regularmente numa instituição de ensino, 49 estão no ensino infantil (de 0 a 6 anos), 11 no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano), 4 no ensino fundamental II (do 6º ao 9º ano), e 1 não informou em qual período estuda. A cidade de residência prevaleceu como Jequié (71,1%), mas também houve crianças de outras cidades circunvizinhas, como Itagi (3,3%), Aiquara (3,3%), Dário Meira (3,3%), Boa Nova (2,2%), entre outras (tabela 2).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e informações parentais das crianças com TEA atendidas pela APAE.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	73	81,1
Feminino	17	18,9
<b>Faixa etária</b>		
1 – 3 anos	16	17,8
4 – 6 anos	56	62,2
7 – 9 anos	12	13,3
10 – 12 anos	6	6,7
<b>Matriculado regularmente</b>		
Sim	65	72,2
Não	22	24,4
Sem informação	3	3,3
<b>Nível de ensino</b>		
Ensino Infantil	49	75,4
Ensino Fundamental I	11	16,9
Ensino Fundamental II	4	6,2
Sem informação	1	1,5
<b>Cidade de residência</b>		
Aiquara	3	3,3
Apuarema	1	1,1
Barra do Rocha	1	1,1
Boa Nova	2	2,2
Brejões	1	1,1
Dário Meira	3	3,3
Ipiaú	1	1,1
Itagibá	3	3,3
Itagi	3	3,3
Irajuba	1	1,1
Itiruçu	2	2,2
Jaguaquara	1	1,1
Jequié	64	71,1

Continuação ...

3623

Lago, K. O. Oliveira, M. N. D. de

Jitaúna	1		1,1	
Lafaiete Coutinho	1		1,1	
Manoel Vitorino	2		2,2	
Santa Inês	1		1,1	
<b>Parentesco do responsável(is)</b>				
Mãe	69		76,6	
Pai	10		11,1	
Avó	6		6,6	
Avô	1		1,1	
Mãe e pai	2		2,2	
Mãe e avó	1		1,1	
Sem informação de parentesco	1		1,1	
<b>Histórico familiar de TEA*</b>				
Irmão	3		33,3	
Primo	4		44,4	
Parentesco não informado	2		22,2	
<b>Faixa etária dos pais*</b>		<b>Mãe</b>		<b>Pai</b>
20 – 29 anos	19	4	26	17,4
30 – 39 anos	37	10	50,7	43,5
40 – 49 anos	17	8	23,3	34,8
> 50 anos	0	1	0	4,3

Fonte: dados da pesquisa.

\* Frequência (n) total dos dados inferior à 90, devido subnotificação nas fichas analisadas

Com relação aos dados acerca do diagnóstico, ficou clara a predominância do ano de 2022 (41,1%) seguido por 2021 (31,1%) na confirmação diagnóstica, mas a quantidade de fichas sem a presença de um relatório médico ou anotações que informem o ano ao qual o diagnóstico foi fechado, também chama a atenção (tabela 2). A tabela 2 também reúne detalhes sobre diagnósticos associados e os medicamentos mais utilizados pelas crianças.

**Tabela 2** - Dados diagnósticos e terapia medicamentosa das crianças com TEA atendidas pela APAE.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Ano diagnóstico</b>		
2016	1	1,1
2017	1	1,1
2019	1	1,1
2020	10	11,1
2021	28	31,1
2022	37	41,1
Não informado	12	13,3
<b>Grau de TEA</b>		
Leve	25	27,8
Moderado	19	21,1
Grave	35	38,9
Não informado	11	12,2
<b>Diagnósticos associados (CID-10)</b>		
TDAH* (F90)	8	
Retardo mental leve (F70)	4	
Retardo mental moderado (F71)	8	**
Retardo mental grave (F72)	2	
Epilepsia (G40)	4	
Paralisia cerebral (G80)	2	
Toxoplasmose congênita (P37.1)	1	

<b>Medicamentos em uso (grupo)</b>		
Risperidona (antipsicótico)	46	
Aripiprazol (antipsicótico)	2	
Ritalina (estimulador do SNC***)	2	
Carbamazepina (antiepiléptico)	3	
Trileptal (antiepiléptico)	1	
Neozine (antipsicótico)	3	
Neuleptil (antipsicótico)	1	**
Fluoxetina (antidepressivo)	2	
Lamotrigina (antiepiléptico)	1	
Venvanse (estimulador do SNC***)	1	
Topiramato (antiepiléptico)	1	
Clobazam (ansiolítico e antiepiléptico)	1	
Melatonina (hormônio indutor do sono)	1	
Nenhum	33	

Fonte: dados da pesquisa.

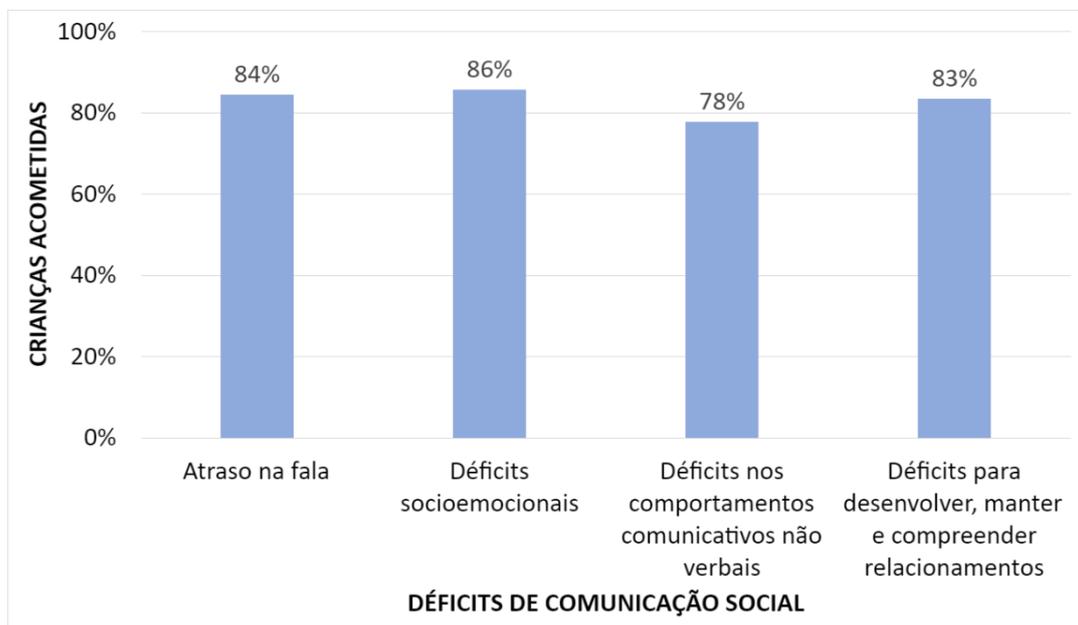
\* transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

\*\* Frequência relativa (%) não calculada devido à duas ou mais variáveis se apresentar associadas em algumas crianças.

\*\*\* Sistema Nervoso Central.

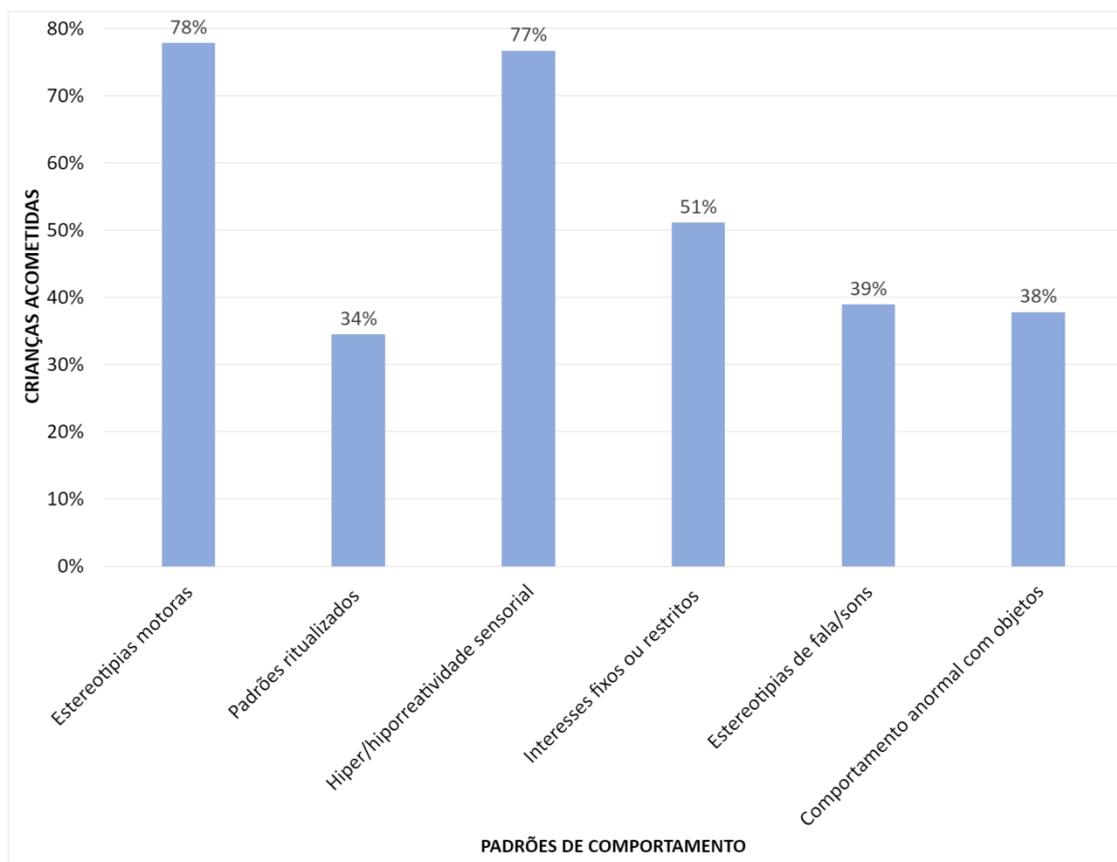
Além disso, especificamente sobre o TEA foi observado a sintomatologia da criança. Em relação aos déficits persistentes na comunicação social e na interação social, as colunas ficaram equilibradas (figura 1). Já com relação aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, as estereotípias motoras e a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais se sobressaíram (figura 2).

**Figura 1** - Déficit persistentes na comunicação e interação social das crianças com TEA atendidas pela APAE.



Fonte: dados da pesquisa.

**Figura 2** - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades das crianças com TEA atendidas pela APAE.



Fonte: dados da pesquisa.

Por fim, as informações coletadas nas fichas acerca da história gestacional, parto e pós-parto dessas crianças foram limitadas (tabelas 3). Mesmo assim, observou-se que 7 crianças tiveram histórico de prematuridade (7,8%), 3 foram de gestação gemelar (3,3 %), e 17 tiveram algum tipo de intercorrência, sendo a gestação de risco não especificada (4,4%), e a anóxia perinatal as mais prevalentes (3,3%).

**Tabela 3** - História gestacional, parto e pós-parto das crianças com TEA atendida pela APAE.

História gestacional, parto e pós-parto	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	4	4,4
Cesário	2	2,2
Não informado	84	93,3
<b>Prematuridade</b>		
Sim	7	7,8
Não	5	5,5
Não informado	78	86,7
<b>Intercorrências</b>		
Gestação gemelar	3	3,3
Icterícia	1	1,1
Anoxia perinatal	3	3,3
Pais consanguíneos	1	1,1
Descolamento da placenta	1	1,1
Hipertensão materna	2	2,2
Gestação de risco não especificada	4	4,4
Perda de líquido amniótico	1	1,1
Gestante dependente químico	1	1,1
Pré-eclâmpsia	1	1,1

Continuação ...

Suporte de O <sub>2</sub>	1	1,1
Internamento UTI	14	15,5
Sem intercorrências	56	65,5
Não informado		

Fonte: dados da pesquisa.

## Discussão

Um fator predominante em diferentes estudos acerca das características epidemiológicas e sociodemográficas da TEA no decorrer dos anos, é a incidência maior em meninos em detrimento de meninas<sup>9,10,11</sup>, como também foi demonstrada no presente trabalho (tabela 1). Tanto o DSM-5, quanto a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID – 11) informam a proporção de 4:1<sup>6,7,8</sup>.

Contudo, a CID-11 denota que já existe a percepção de que mulheres diagnosticadas com TEA estão mais frequentemente associadas com algum tipo de comprometimento intelectual, abrindo margem para a suspeita de que manifestações menos graves de TEA em mulheres estão passando despercebidas, e consequentemente resultando em menos diagnósticos<sup>8</sup>.

A faixa etária prevalente na pesquisa foi de 4 a 6 anos, coincidindo com o nível de escolaridade mais frequente, que foi o ensino infantil (tabela 1). Quando comparado a outros estudos epidemiológicos fica evidente que esses dados podem variar, visto que dependem da metodologia aplicada, amostra e local da pesquisa. No estudo de Reis et al<sup>10</sup>, por exemplo, 44% das crianças tinham entre 5 e 8 anos, enquanto na pesquisa de Costa et al<sup>9</sup>, a faixa etária mais frequente foi de 8 a 11 anos.

Nesse sentido, a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a qual garante, dentre outras coisas, o acesso à educação e o direito ao acompanhante especializado<sup>12</sup>. Acompanhante este que deve ser disponibilizado pela escola da criança, segundo o Decreto Federal nº 8.368/2014, o qual regulamentou a lei supracitada<sup>13</sup>. Dentre as fichas das 65 (72,2%) crianças matriculadas regularmente em uma instituição de ensino, nenhuma continha a informação da presença de um professor auxiliar, porém, alguns relatórios médicos reiteraram essa necessidade.

Como esperado, a maioria das crianças (71,1%) atendidas pela APAE residem no município de Jequié, como demonstra a tabela 1. Entretanto, algumas delas são provenientes de municípios circunvizinhos, todos em torno de 100 km de distância, os quais fazem parte da região na qual Jequié cobre no quesito serviços de saúde.

Também foi observado o grande quantitativo de mães registradas como o

responsável principal da criança na APAE, chegando em 76,6% da amostra (tabela 1). O estudo de Mapelli et al<sup>14</sup> traz uma perspectiva familiar sobre o cuidado da criança com TEA, e nele fica evidenciado que quase sempre a mãe toma para si toda a responsabilidade do cuidado, tornando as necessidades da criança uma prioridade em detrimento das suas, e afirma que o papel paterno fica em segundo plano, afetando até mesmo as relações conjugais.

Concomitante a isto, Pinto et al<sup>15</sup> pontuam a sobrecarga de tarefas e emocional sofridas pelas mães neste processo, e ainda a influência das construções sociais neste ponto, pois a sociedade culturalmente configura na mulher o papel de cuidadora principal. Em ambos os estudos supracitados, é mencionado o maior apoio familiar vindo do núcleo materno, geralmente a avó<sup>14,15</sup>, o que corrobora com os achados desta pesquisa, onde a maior parte das avós apontadas como responsáveis pelas crianças foram maternas.

Estudos demonstram diversos fatores genéticos que podem estar ligados à predisposição ao TEA<sup>16,17</sup> ou ainda que a etiopatogenia esteja relacionada mais precisamente a uma junção complexa entre fatores genéticos e ambientais de risco<sup>17</sup>, o que justificaria a importância do conhecimento do histórico familiar de TEA.

A tabela 1 também apresenta o histórico familiar de TEA das crianças atendidas pela APAE de Jequié, que apesar de limitado devido ao baixo relato desta informação nas fichas encontradas, dentre eles está a ocorrência em irmãos (3,3%). Pode-se perceber também que estes irmãos são de gestação gemelar, como mostrado através da tabela 3. De acordo com Ribeiro et al<sup>17</sup>, há uma maior prevalência de TEA entre gêmeos, mas esse quantitativo é mais expressivo em gêmeos monozigóticos quando comparado aos dizigóticos.

Outro fator de risco que vem sendo investigado é a ligação entre TEA com a idade avançada dos pais, como demonstra o estudo de caso-controle de Maia et al<sup>18</sup>. Nele, a associação da idade materna avançada (>35 anos) no momento do parto com crianças diagnosticadas com TEA mostrou-se significativa, além disso, a significância ficou mais extensiva quando ambos os genitores possuíam idade avançada (>45 anos para pai).

Este trabalho indica que tanto para as mães (50,7%), quanto para os pais (43,5%), a faixa etária de 30-39 foi mais repetida, o que implicaria em um alerta de idade avançada materna. Todavia, se esta variável for analisada

de acordo com a metodologia do estudo de Maia et al<sup>18</sup>, deve-se levar em consideração a idade dos pais no momento do nascimento da criança. Partindo do ponto que a média da idade das crianças do trabalho atual foi de 5,2 anos, e subtraindo esta da faixa etária dos genitores, resultaria numa faixa de 25-34 anos, abaixo do considerado como idade avançada.

Segundo as estatísticas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>19</sup>, estimou-se que em 2020, 1/36 crianças de 8 anos apresentavam diagnóstico de TEA nos EUA. Essa mesma pesquisa realizada em outros períodos apontou 1/44 crianças em 2018<sup>20</sup>, e 1/54 crianças em 2016<sup>21</sup>, indicando um aumento progressivo da prevalência de TEA ao passar dos anos. No presente estudo também foi observado aumento no número de diagnósticos através dos anos, de 2020 a 2022, sendo 2022 o mais significativo, representando cerca de 41% da amostra.

Conforme o DSM-5, os indivíduos com TEA podem ser especificados de acordo com a gravidade do quadro, variando entre os níveis 1, 2 e 3, os quais são apontados por meio do suporte que o sujeito necessita no quesito comunicação social e também com relação a comportamentos restritos e repetitivos. Sendo assim, no nível 1 ele exige pouco apoio, no nível 2 é um apoio substancial, enquanto no nível 3 esta pessoa carece de um grande suporte. Para mais, a especificação de gravidade pode variar em consonância com o contexto ou com o passar do tempo, além de que os níveis para comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos devem ser classificados separadamente<sup>6,7</sup>.

Para a amostra da pesquisa atual, o TEA grave foi o mais frequente (39%), representando o que seria o suporte 3 na classificação do DSM-5. Contudo, como a própria tabela 2 apresenta, os médicos responsáveis pelos diagnósticos costumam apontar apenas um tipo de graduação, sempre referente ao quesito comunicação social, sinalizando uma falta de padronização com o Manual.

Quanto aos diagnósticos associados ao TEA, o presente estudo indicou uma maior frequência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e do Retardo Mental Moderado (tabela 2), o que condiz com os achados de Reis et al<sup>10</sup>. O TDAH é uma das condições que mais comumente está associada ao TEA, e essa junção pode resultar em uma sintomatologia mais grave para o indivíduo autista, ou seja, com comprometimentos mais exacerbados<sup>1</sup>.

A terapia medicamentosa no TEA é utilizada para apaziguar os sintomas presentes, incluindo agitação, agressividade, movimentos motores repetitivos, entre outros<sup>22</sup>. Sendo assim, os medicamentos mais utilizados atualmente são os antipsicóticos, antidepressivos, antiepilépticos/anticonvulsivantes e estimulantes<sup>23</sup>. A tabela 2 também mostrou que 46 crianças da pesquisa fazem uso de Risperidona (antipsicótico) e 33 não passam por nenhum tipo de terapia medicamentosa. O antiepiléptico Carbamazepina e o antipsicótico Neozine também mostraram relativa frequência (n = 3).

O diagnóstico de TEA é realizado clinicamente, por meio dos critérios clínicos estabelecidos no DSM-5<sup>6</sup> ou no CID-11<sup>8</sup>. Eles ficam separados em duas categorias: a primeira refere-se às características ligadas a interação/comunicação social, enquanto a segunda é referente aos padrões de comportamento, que neste estudo em questão estão sinalizados nas figuras 1 e 2 respectivamente. Na figura 1, além das três subcategorias existentes no DSM-5, foi acrescentado o “atraso na fala” por sua grande repetição nas fichas analisadas. O atraso de linguagem já foi um dos critérios diagnósticos, mas foi retirado a partir do DSM-5, permanecendo como um especificador ou um transtorno co-ocorrente<sup>1</sup>.

Percebe-se que apesar de “atraso na fala” e “déficits socioemocionais” serem os mais recorrentes na pesquisa (84% e 86% respectivamente), os demais pontos ficaram distribuídos em proporções muito próximas. Curiosamente, após a revisão do DSM-5 publicada em 2023 no Brasil, para um indivíduo ser diagnosticado com TEA, ele necessita possuir essencialmente todos os três pontos no critério de déficits persistentes da comunicação social e interação social<sup>6</sup>.

Na figura 2, as estereotipias motoras e a hiper ou hiporreatividade sensorial foram os mais frequentes. O primeiro trata-se de movimentos corporais repetitivos, alinhar ou girar brinquedos, enquanto o segundo compreende: indiferença a sons, texturas, alimentos, dor ou temperaturas, também pode envolver cheirar ou tocar algo demasiadamente e fascínios visuais. Diferente do primeiro grupo de critérios, a criança com TEA só necessita apresentar pelo menos duas características presentes nos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades<sup>6,7</sup>.

A tabela 3 mostra que a gestação de risco foi a intercorrência gestacional mais

relatada nas fichas analisadas no presente trabalho (4,4%), e que 7,8% das crianças nasceram prematuras. Para Maia et al<sup>18</sup>, as complicações gestacionais também são um dos fatores investigados na ocorrência de crianças com TEA.

Por fim, as limitações do estudo foram principalmente a ausência de informações relevantes nos prontuários. Como sugestão para ampliação do conhecimento do quadro epidemiológico, que tenham estudos de padronização de fichas para adequar esses dados conforme estabelece o DSM-5TR.

## Considerações finais

Em conclusão, o perfil epidemiológico das crianças com TEA da APAE de Jequié é composto por sua maioria meninos, de 4 a 6 anos, cursando o ensino infantil, diagnosticados com TEA grau 3, associado a TDAH ou Retardo Mental Moderado, e como características possuem atraso na fala, déficits socioemocionais, estereotípias motoras, e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.

## Referências

1. Rosen NE, Lord C, Volkmar FR. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021 Feb 24;51(12). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-021-04904-1>. Acesso em: 10 de maio de 2023.
2. Almeida ML, Neves AS. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? *Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]*. 2020 Nov 9;40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>. Acesso em: 22 de abril de 2022.
3. Dias S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2015 Jun;18(2):307-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p307.9>. Acesso em: 22 de abril de 2022.
4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943;2(3):217-250. Disponível em: <http://www.th-hoffmann.eu/archiv/kanner/kanner.1943.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2022.
5. Santos GTS, Mascarenhas MS, Oliveira EC. A contribuição da fisioterapia no desenvolvimento motor de crianças com transtorno do espectro autista. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.* 2021; 21 (1): 129-143. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-03072021000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072021000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 de abril de 2022.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 11ª Revisão (CID-11). Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/?view=G0>. Acesso em: 10 de maio de 2023.
9. Costa DM da, Furtado LT, Blank S. Perfil epidemiológico da pessoa com Autismo na cidade de Joinville/SC. *Monumenta - Revista de Estudos Interdisciplinares*. 2021 Jul 15;2(3):62-75. Disponível em: <https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/66>. Acesso em: 7 de março de 2022.
10. Reis DD de L, Neder PRB, Moraes M da C, Oliveira NM. Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação. *Pará Research Medical Journal*. 2019;3(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2019.015>. Acesso em: 30 de abril de 2022.
11. Peixe M, Carvalho DLB, Menotti AFS, Soares JGS, Jardim NA, Casalenuovo PRM. Perfil epidemiológico do ambulatório de saúde mental infantojuvenil da clínica integrada do centro universitário de várzea grande (univag). *Caderno de Publicações Univag*. 2019; 10: 4-14. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/caderno/article/view/1438>. Acesso em: 30 de abril de 2022.
12. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, nº 12.764/2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm). Acesso em: 23 de maio de 2023.
13. Decreto Federal no 8.368/2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm). Acesso em: 23 de maio de 2023.
14. Mapelli LD, Barbieri MC, Castro GVB, Bonelli MA, Wernet M, Dupas G. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. *Escola Anna Nery*. 2018; 22(4): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0116>. Acesso em: 24 de maio de 2023.
15. Pinto RNM, Torquato IMB, Collet N, Reichert AP da S, Souza Neto VL de, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016;37(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983->

1447.2016.03.61572. Acesso em: 24 de maio de 2023.

16. Evangelho VGO, Costa FMR, Castro HC, Bello ML, Amorim MR. Autismo no Brasil: uma revisão sobre estudos em neurogenética. *Revista Neurociências*. 2021 Nov 11;29:1–20. Disponível em:

<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12440>. Acesso em: 23 de maio de 2023.

17. Ribeiro ACP, Nave CR, Antonucci AT, Batistella VA. Fatores etiológicos e riscos associados ao Transtorno de Espectro Autista: Revisão Bibliográfica. *Pediatria*. 2021; 22(1). Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepediatria.org.br/pdf/aop-28.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2023.

18. Maia FA et al. Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Aug 20;34. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00109917>.

Acesso em: 24 de maio de 2023.

19. Maenner MJ et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*. 2023;72(2). Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm>. Acesso em: 26 de maio de 2023.

20. Maenner MJ et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries*. 2021 Dec 3;70(11):1–16. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7011a1.htm>. Acesso em: 26/05/2023.

21. Maenner MJ et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*. 2020 Mar 27;69(4). Disponível em:

[https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s\\_cid=ss6904a1\\_w#suggestedcitation](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s_cid=ss6904a1_w#suggestedcitation). Acesso em: 26 de maio de 2023.

22. Brito HKM, Mendes NB, Lima GT, Pires AJS, Cruz WV, Vargas GLM, et al. O impacto da terapia cognitivo-comportamental no transtorno do espectro autista. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 Apr 9;4(2):7902–10. Disponível em:

<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-323>. Acesso em: 25 de maio de 2023.

23. Costa GON, Abreu CRC. Os benefícios do uso de psicofármacos no tratamento de indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA): Revisão Bibliográfica. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2021 mar 25; 4(8), 240–251. Disponível em:

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4637757>. Acesso em: 26 de maio de 2023.

### Endereço para Correspondência

Katielly Oliveira Lago

Rua 5ª Travessa João Rosa, 01, Jequiezinho - Jequié/BA, Brasil

E-mail: [katielly1999@gmail.com](mailto:katielly1999@gmail.com)

---

Recebido em 08/07/2023

Aprovado em 29/12/2023

Publicado em 15/01/2024