Artigo Original

https://www.revistardp.org.br https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1669

Prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista atendidos em um hospital-dia

Prevalence of psychiatric comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorder treated at a day hospital

Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista atendidos en un hospital de día

1 Milena Lyrio dos Santos Joventino - ORCID - Lattes

2 Ana Beatriz de Oliveira Sarmento - ORCID - Lattes

3 Grayson Amorim Tenorio – ORCID - Lattes

4 Maria Eduarda de Carvalho Brito Mota – ORCID - Lattes

5 Jósquia dos Santos Barbosa – ORCID - Lattes

6 Camille da Silva Batista Santana – ORCID - Lattes

7 André Henrique do Vale de Almeida ORCID - Lattes

8 Roberto de Barros Silva – ORCID - Lattes

Filiação dos autores: 1, 2, 3, 4, 5 [Graduandos, Medicina, Centro Universitário de Excelência UnexMed, Feira de Santana, BA, Brasil]; **6, 7, 8** [Docentes, Medicina, Centro Universitário de Excelência, UNEX, Feira de Santana, BA, Brasil]

Editor Chefe responsável pelo artigo: Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves

Contribuição dos autores segundo a Taxonomia CRediT: Joventino MLS, Sarmento ABO [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14]; Tenorio GA, Mota MECB [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13]; Barbosa JS [1, 3, 6, 8, 11, 12, 13]; Santana CSB [1, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 14]; Almeida AHV [1, 12, 13]; Silva RB [3, 6, 12].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica.

Parecer CEP: n. 8.854.802 – **CAAE**:91603725.6.0000.5032 - Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia, IMES, Feira de Santana, BA, Brasil, registrado na Plataforma Brasil

Recebido em: 24/08/2026
Aprovado em: 18/11/2026
Publicado em: 23/11/2026

Como citar: Joventino MLS, Sarmento ABO, Tenorio GA, Mota MECB, Barbosa JS, Santana CSB, Almeida AHV, Silva RB. Prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista atendidos em um hospital-dia. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-41, e1669. https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1669

RESUMO:
Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente coexiste com comorbidades psiquiátricas, impactando o prognóstico e o nível de suporte do indivíduo. **Objetivo:** Este estudo observacional, transversal e quantitativo investigou a prevalência dessas comorbidades, segundo os diagnósticos clínicos registrados em prontuário, e sua associação com os níveis de suporte e variáveis sociodemográficas em 198 crianças e adolescentes (2 a 18 anos) atendidos em um hospital-dia psiquiátrico em Feira de Santana, Bahia. **Método:** Estudo transversal com revisão de 198 prontuários de pacientes de 2 a 18 anos de um hospital-dia psiquiátrico em Feira de Santana, BA, Brasil. As condições corresponderam aos diagnósticos clínicos registrados. Empregaram-se estatística descritiva, correlação de Spearman, análise de caminhos por máxima verossimilhança e regressão logística ordinal de chances proporcionais parciais, com razões de chances (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultado:** Ao menos uma condição concomitante foi registrada em 61,1% dos participantes, sobretudo transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH; 37,9%) e deficiência intelectual (18,2%). A deficiência intelectual associou-se a maior nível de suporte na regressão ordinal ($OR = 13{,}18$; IC95%: 4,74 a 36,61), e as demais condições psiquiátricas, a menor nível ($OR = 0{,}21$; IC95%: 0,07 a 0,65). A idade associou-se apenas à classificação nos níveis 2 ou 3 versus nível 1 ($OR = 0{,}84$ por ano; IC95%: 0,76 a 0,92). Sexo, raça/cor e TDAH não se

associaram ao nível. A análise de caminhos por máxima verossimilhança confirmou a convergência desses padrões de associação direta e indireta. **Conclusão:** Condições concomitantes foram frequentes, e a deficiência intelectual foi o fator mais fortemente associado a maior nível de suporte. A convergência entre a análise de caminhos e a regressão logística ordinal confirma a estabilidade dos achados. O menor registro de outras condições psiquiátricas nos níveis mais elevados pode refletir dificuldades de reconhecimento clínico, hipótese não confirmável pelo delineamento

Palavras-chave: transtorno do espectro autista, comorbidades, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, deficiência intelectual.

ABSTRACT:
Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) frequently co-occurs with psychiatric comorbidities, impacting the individual's prognosis and level of support. **Objective:** This observational, cross-sectional, quantitative study investigated the prevalence of these comorbidities, based on clinical diagnoses recorded in medical charts, and their association with support levels and sociodemographic variables in 198 children and adolescents (aged 2 to 18) treated at a psychiatric day hospital in Feira de Santana, BA, Brazil. **Method:** Cross-sectional study with a review of 198 medical records of patients aged 2 to 18 years at a psychiatric day hospital in Feira de Santana, BA, Brazil. The conditions corresponded to the clinical diagnoses recorded. Descriptive statistics, Spearman's correlation, path analysis by maximum likelihood, and partial proportional odds ordinal logistic regression were used, with odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI). **Result:** At least one concomitant condition was recorded in 61.1% of the participants, especially attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD; 37.9%) and intellectual disability (18.2%). Intellectual disability was associated with a higher level of support in the regression. **Conclusion:** Concomitant conditions were frequent, and intellectual disability was the factor most strongly associated with a higher level of support. The convergence between path analysis and ordinal logistic regression confirms the stability of the findings. The lower recording of other psychiatric conditions at the highest levels may reflect difficulties in clinical recognition, a hypothesis that cannot be confirmed by the study design.

Keywords: autism spectrum disorder, comorbidity, attention deficit disorder with hyperactivity, intellectual disability.

RESUMEN:
Introdución: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) a menudo coexiste con comorbilidades psiquiátricas, lo que repercute en el pronóstico y en el nivel de apoyo que requiere el individuo. **Objetivo:** Este estudio observacional, transversal y cuantitativo investigó la prevalencia de dichas comorbilidades, según los diagnósticos clínicos registrados en las historias clínicas, y su asociación con los niveles de apoyo y variables sociodemográficas en 198 niños y adolescentes (de 2 a 18 años) atendidos en un hospital de día psiquiátrico en Feira de Santana, BA, Brasil. **Método:** Estudio transversal con revisión de 198 historias clínicas de pacientes de 2 a 18 años de un hospital de día psiquiátrico en Feira de Santana, BA, Brasil. Las condiciones correspondieron a los diagnósticos clínicos registrados. Se emplearon estadística descriptiva, correlación de Spearman, análisis de rutas por máxima verosimilitud y regresión logística ordinal de odds proporcionales parciales, con razones de odds (OR) e intervalos de confianza del 95%(IC95%). **Resultado:** Se registró al menos una condición concomitante en el 61,1% de los participantes, especialmente trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH; 37,9%) y discapacidad intelectual (18,2%). La discapacidad intelectual se asoció con un mayor nivel de apoyo en la regresión. **Conclusión:** Las condiciones concomitantes fueron frecuentes, y la discapacidad intelectual fue el factor más fuertemente asociado con un mayor nivel de apoyo. La convergencia entre el análisis de rutas y la regresión logística ordinal confirma la estabilidad de los hallazgos. El menor registro de otras condiciones psiquiátricas en los niveles más elevados puede reflejar dificultades de reconocimiento clínico, hipótesis no confirmable por el diseño.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, comorbilidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, discapacidad intelectual.

INTRODUÇÃO

O transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na interação social, na comunicação e pela presença de comportamentos repetitivos [1]. A prevalência do referido transtorno tem aumentado nas últimas décadas, sendo estimada em 1 caso a cada 36 crianças de 8 anos nos Estados Unidos, segundo dados do Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network (ADDM), do Centers for Disease Control and Prevention [2], sendo mais comum em meninos.

É importante destacar que indivíduos acometidos pelo transtorno frequentemente apresentam comorbidade psiquiátricas como depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade [3]. A presença de comorbidades psiquiátricas no Transtorno do Espectro Autista é amplamente reconhecida na literatura científica e encontra-se formalmente descrita no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [1], que destaca a frequente associação do TEA com outros transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos psiquiátricos, incluindo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade, transtornos do humor, transtornos do sono, deficiência intelectual, transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, transtorno de hábitos e dos impulsos, transtornos de conduta, transtorno obsessivo compulsivo e esquizofrenia.

Diante desse cenário, a investigação sobre as comorbidades psiquiátricas associadas ao Transtorno do Espectro Autista se mostram essencial, uma vez que essas condições podem impactar significativamente o diagnóstico, o nível de suporte, o prognóstico e o planejamento terapêutico dos acometidos. A literatura mostra que a maioria dos indivíduos com TEA apresenta ao menos uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, sendo a ansiedade, a depressão, os transtornos do sono e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) os mais frequentemente relatados [4, 5].

O Transtorno do Espectro Autista é classificado em três níveis de suporte (1, 2 e 3), definidos pelo DSM-5-TR [1] com base na intensidade de suporte que o indivíduo necessita para lidar com os prejuízos na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos. Essa gradação reflete a heterogeneidade do espectro. Nesse contexto de alta prevalência de comorbidades, pressupõe-se que a gravidade do nível de suporte possa guardar relação com a ocorrência e a complexidade de comorbidades psiquiátricas.

O presente estudo propõe-se a investigar a prevalência de comorbidades psiquiátricas, segundo os diagnósticos clínicos registrados em prontuário, em pacientes com TEA bem como avaliar de que modo os diferentes níveis de suporte se associam ao perfil e à prevalência das condições psiquiátricas concomitantes no TEA. Além disso, considera variáveis sociodemográficas como variáveis que também podem se correlacionar com a prevalência das comorbidades e, finalmente, com o nível de suporte.

Apesar da extensa literatura internacional, as estimativas de comorbidade no TEA provêm majoritariamente de amostras norte-americanas e europeias [6, 7], e os dados epidemiológicos brasileiros sobre o transtorno ainda são limitados [8], sobretudo os provenientes de serviços especializados do Nordeste e de populações predominantemente pretas e pardas. Além disso, a relação entre as comorbidades registradas e os níveis de suporte do DSM-5-TR foi pouco explorada em modelos multivariados. Conhecer o perfil diagnóstico efetivamente registrado na prática assistencial, e o quanto ele se afasta das estimativas da literatura, permite identificar possíveis vieses de reconhecimento clínico, tanto de subdiagnóstico quanto de superdiagnóstico das condições concomitantes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital-dia psiquiátrico da rede privada, localizado no município de Feira de Santana, BA, Brasil. A coleta de dados nos prontuários ocorreu no período de três de janeiro a dez de fevereiro de dois mil e vinte e seis, abrangendo pacientes atendidos na instituição durante esse intervalo.

Foram consideradas como variáveis independentes a idade, categorizada em faixas etárias segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA Lei nº 8.069/1990), sendo criança de 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias e adolescente de 12 a 18 anos, em consonância com a delimitação assistencial da instituição; o sexo (feminino e masculino); e a raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena) e as comorbidades psiquiátricas. A variável dependente foi o nível de suporte, classificados em níveis 1, 2 e 3, conforme registro em prontuários.

A população-alvo foi composta por crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de TEA estabelecido por equipe especializada. O diagnóstico foi estabelecido pela equipe médica assistente do serviço, com base em avaliação clínica especializada, fundamentada nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR).

No hospital-dia, o diagnóstico de TEA é estabelecido por médico psiquiatra especialista em psiquiatria da infância e adolescência da equipe assistente. A avaliação reúne entrevista clínica com os responsáveis, anamnese do desenvolvimento, observação direta da criança ou do adolescente ao longo do acompanhamento e informações da equipe multiprofissional formada

por psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, tendo como referência os critérios do DSM-5-TR. Os diagnósticos são registrados em prontuário com o código correspondente da CID-10, classificação adotada no Brasil para o registro assistencial. Assim, a prevalência estimada no presente estudo corresponde à dos diagnósticos clínicos estabelecidos e registrados na prática assistencial do serviço, e não à obtida por entrevista diagnóstica padronizada.

Para fins deste estudo, adotou-se o termo "TEA comórbido" para caracterizar os casos em que o Transtorno do Espectro Autista não constituiu o diagnóstico primário inicial, sendo identificado posteriormente como uma comorbidade tardia em pacientes previamente acompanhados por outras condições clínicas, neurológicas ou síndromes genéticas. Essa definição foi utilizada exclusivamente para fins operacionais e analíticos.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 2 e 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de Transtorno do Espectro Autista, estabelecido pela equipe médica especializada mediante avaliação clínica fundamentada nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR), e cujos prontuários continham informações referentes às variáveis de interesse.

Foram excluídos prontuários incompletos ou ilegíveis, registros com ausência de informações sobre a presença ou ausência de comorbidades psiquiátricas, bem como prontuários de pacientes classificados como portadores de TEA comórbido, conforme definição operacional adotada no presente estudo. Também foram excluídos pacientes cujo acompanhamento terapêutico já havia sido concluído antes do período definido para a coleta de dados.

Da análise dos prontuários eletrônicos, foram extraídos os seguintes dados: variáveis sociodemográficas (idade, sexo e raça/cor), confirmação diagnóstica de TEA, nível de suporte e presença de comorbidades psiquiátricas associadas.

Foram consideradas comorbidades psiquiátricas aquelas registradas em prontuário com diagnóstico estabelecido por profissional médico, com base em avaliação clínica fundamentada nos critérios do DSM-5-TR. A presença de comorbidades psiquiátricas no Transtorno do Espectro Autista é amplamente reconhecida na literatura científica e encontra-se descrita no

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision (DSM-5-TR), que destaca a frequente associação do TEA com outros transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos psiquiátricos.

Entre as comorbidades investigadas, incluíram-se transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de ansiedade, transtornos do humor, transtornos do sono, transtornos de conduta, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, entre outras descritas nos registros clínicos, que posteriormente foram tabuladas em planilha eletrônica.

As comorbidades foram diagnosticadas pela equipe médica assistente, a partir da avaliação clínica longitudinal descrita acima e dos critérios do DSM-5-TR, e registradas com os códigos da CID-10: F90 para TDAH, F40 a F41 para transtornos de ansiedade, F30 a F39 para transtornos do humor, F70 a F79 para deficiência intelectual e F91 a F98 para transtornos de conduta e outros transtornos comportamentais, agrupamento utilizado nos quadros 1 e 5. A deficiência intelectual foi considerada quando registrada pela equipe médica assistente. O nível de suporte foi atribuído pela mesma equipe segundo o especificador de gravidade do DSM-5-TR, que considera separadamente os domínios de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos.

Os critérios clínicos de referência foram os do DSM-5-TR, e os diagnósticos foram registrados com os códigos da CID-10. A escolha dos critérios do DSM-5-TR deve-se a três razões: a concepção do TEA como espectro único, compartilhada pela CID-11 [9], cuja implantação no Brasil está prevista para 2027 a 2028 [10]; a possibilidade de diagnóstico concomitante de TEA e TDAH, não prevista na CID-10, na qual a categoria de transtornos hipercinéticos (F90) exclui os transtornos globais do desenvolvimento (F84); e a comparabilidade com a literatura internacional [6, 7]. O nível de suporte corresponde ao especificador de gravidade do DSM-5-TR e não constitui medida de funcionalidade, cujo referencial é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) [11].

A coleta de dados foi realizada sob supervisão da médica orientadora responsável pela pesquisa, com participação de pesquisadores treinados integrantes da equipe do estudo. Foi realizado treinamento prévio para padronização dos critérios de extração e registro das informações, visando garantir uniformidade na coleta e reduzir vieses de interpretação. O procedimento seguiu etapas sequenciais que incluíram identificação dos prontuários elegíveis conforme critérios de inclusão, extração sistemática

das informações relevantes e posterior inserção em planilha eletrônica específica do estudo.

Para assegurar a fidedignidade da extração, foi realizada dupla checagem dos dados extraídos, com revisão por segundo pesquisador independente. Discordâncias não foram identificadas. Esse procedimento verifica a correspondência entre os dados tabulados e os registros em prontuário, mas não constitui validação independente dos diagnósticos clínicos.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica protegida por senha, com acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, garantindo sigilo, confidencialidade e anonimato das informações. A análise estatística consistiu em estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, sendo os resultados apresentados sob a forma de quadros e gráficos.

Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônico e analisados utilizando o software estatístico IBM SPSS Statistics, versão XXI. Inicialmente, foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e às suas comorbidades associadas. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio-padrão, quando apresentaram distribuição paramétrica, ou mediana e intervalo interquartil, quando apresentaram distribuição não paramétrica. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas.

Previamente à realização dos testes inferenciais, foi conduzida análise dos pressupostos estatísticos, especialmente a verificação da normalidade da distribuição dos dados. Para isso, foram empregados os testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, além da inspeção gráfica por histogramas, curvas de distribuição e análise de assimetria e curtose. A partir desses resultados, definiu-se a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos nas análises subsequentes.

Para avaliação das associações entre variáveis relacionadas ao TEA e às comorbidades investigadas, utilizou-se testes de correlação adequados ao tipo e à distribuição das variáveis. Nas variáveis com distribuição paramétrica empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson, enquanto nas distribuições não paramétricas optou-se pelo coeficiente de correlação de Spearman. Essas análises permitiram verificar a magnitude

e direção das associações entre intensidade do TEA, níveis de suporte, fatores sociodemográficos e presença de comorbidades.

Para a avaliação dos fatores associados ao nível de suporte (variável dependente de três categorias ordinais: níveis 1, 2 e 3), utilizaram-se duas abordagens multivariadas complementares. Primeiramente, conduziu-se uma Análise de Caminhos (*Path Analysis*) por Máxima Verossimilhança (ML), considerando o nível de suporte como uma gradação contínua subjacente da gravidade de necessidades de suporte. A adequação da análise de caminhos foi avaliada pelos índices de ajuste global: razão qui-quadrado/graus de liberdade ($\chi^2/gl < 3{,}0$), *Comparative Fit Index* ($CFI \geq 0{,}95$), *Tucker-Lewis Index* ($TLI \geq 0{,}95$) e *Root Mean Square Error of Approximation* ($RMSEA \leq 0{,}06$, com IC90%).

Complementarmente, e como análise de sensibilidade para a natureza ordinal do desfecho politômico, ajustou-se um modelo de Regressão Logística Ordinal de Chances Proporcionais Parciais em Python 3 (bibliotecas *statsmodels*, v. 0.15, e *SciPy*, v. 1.18). As variáveis explicativas incluíram idade (em anos), sexo, raça/cor (branca ou não branca), TDAH, deficiência intelectual e presença de outras condições psiquiátricas (ansiedade, humor, F91–F98 e psicóticos). A colinearidade foi verificada pelo fator de inflação da variância ($FIV < 1{,}5$). O pressuposto de chances proporcionais foi testado pelo teste de Brant. Diante da violação do pressuposto apenas para a idade ($\chi^2 = 9{,}37; p = 0{,}002$), adotou-se o modelo de chances proporcionais parciais, estimando o efeito da idade separadamente para cada ponto de corte (níveis 2 ou 3 vs nível 1; nível 3 vs níveis 1 ou 2), enquanto se manteve o efeito comum às demais variáveis. O ajuste do modelo ordinal foi verificado pelo teste da razão de verossimilhança, pelo critério de informação de Akaike (AIC) e pelos pseudo-R^2 de McFadden e Nagelkerke. Os resultados da regressão ordinal foram expressos em razões de chances ajustadas (OR) com IC95% e ilustrados por gráfico de amostragem (*Forest Plot*).

Para as análises de associação, realizaram-se testes entre raça/cor e nível de suporte do TEA, bem como entre nível de suporte e presença de comorbidades, utilizando-se o teste do Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. Também foram calculadas razões de prevalência e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%).

Nas análises inferenciais adotou-se o nível de significância estatística de 5% (p < 0,05), com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Os

resultados foram apresentados por meio de quadros, gráficos e modelos estatísticos interpretativos, visando maior robustez metodológica e melhor compreensão dos fatores associados às comorbidades no Transtorno do Espectro Autista.

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 8.043.192. Destaca-se que o presente artigo é vinculado ao projeto "Processo saúde-doença de crianças e adolescentes com transtornos mentais", desenvolvido a partir da parceria da Instituição de Ensino Superior Centro Universitário de Excelência de Feira de Santana - Bahia, com um hospital-dia privado de referência na região em saúde mental infantojuvenil.

RESULTADOS

O presente estudo analisou inicialmente 213 prontuários de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) assistidos no Hospital-Dia durante o período do estudo. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos os prontuários incompletos ou ilegíveis, aqueles com ausência de informações referentes à presença ou ausência de comorbidades psiquiátricas, bem como os registros de pacientes classificados como portadores de TEA comórbido. Ao final desse processo, a amostra foi composta por 198 prontuários, cujas características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas no Quadro 1.

Foi identificado que 61,11% dos indivíduos da pesquisa apresentam pelo menos uma comorbidade. Observou-se predomínio do sexo masculino (78,78%). Em relação à faixa etária, a maioria dos participantes encontrava-se entre 5 e 10 anos de idade (57,07%), seguida pela faixa etária de 11 e 18 anos (37,37%) e a de 2 a 4 anos (5,55%). Quanto à raça/cor da pele, a maioria 77 (38,88%) foi declarada como parda, 65 (32,82%) preta e 56 (28,28%) branca (Quadro 1).

No que se refere aos níveis de suporte, prevaleceu o nível 1 com 83 pessoas (41,9%), seguido pelo nível 3 com 61 (30,8%) e nível 2 com 54 indivíduos (27,3%). Já sobre as comorbidades psiquiátricas e do neurodesenvolvimento, 77 participantes (38,88%) não apresentavam comorbidades registradas, enquanto 121 pessoas (61,11%) tinham ao

menos uma. Entre aqueles com diagnóstico associado, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) foi o mais frequente, acometendo 75 indivíduos (37,87%), seguido da deficiência intelectual (18,18%) e por transtornos de conduta e outros transtornos comportamentais (5,55%). Outros transtornos menos prevalentes foram identificados e registrados no Quadro 1. Ressalta-se que um mesmo participante pôde apresentar mais de uma comorbidade, sendo esse o motivo pelo qual as frequências não são exclusivas.

A comparação entre os níveis de suporte do TEA e as variáveis clínicas e sociodemográficas encontra-se apresentada no Quadro 2. Para determinar quais testes estatísticos seriam aplicados no presente estudo realizou-se inicialmente a submissão da variável contínua idade ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk que culminou em estatística W de 0.937 e p-valor ≤0.001. Trata-se, portanto, de p-valor <0.05, sendo necessário rejeitar a hipótese nula de que os dados seguem uma distribuição normal. Este resultado justifica a utilização de testes não paramétricos como o Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman para as análises subsequentes

O Quadro 2 descreve a amostra total de 198 indivíduos, utilizando a Mediana e o Intervalo Interquartil (IQR) - métricas padrão quando os dados não seguem uma distribuição normal.

A comparação da idade entre os níveis de suporte pelo teste de Kruskal-Wallis revelou diferença estatisticamente significativa ($H = 20{,}13; p \leq 0{,}001$). A mediana de idade foi de 10 anos (IQR: 7–13) no Nível 1, 7 anos (IQR: 5–9) no Nível 2 e 10 anos (IQR: 6–14) no Nível 3 (Quadro 2). O teste *post-hoc* de Dunn com correção de Bonferroni demonstrou que a diferença ocorre exclusivamente entre o Nível 2 e o Nível 1 ($p \leq 0{,}001$) e entre o Nível 2 e o Nível 3 ($p \leq 0{,}001$), não havendo diferença entre o Nível 1 e o Nível 3 ($p \leq 1{,}000$) (Quadro 3). Esses dados indicam que a relação entre idade e nível de suporte não é monotônica simples.

Conforme demonstrado nos quadros 2 e 3 há diferença estatisticamente significativa na distribuição etária entre os níveis de suporte. O Nível 2 apresenta uma mediana de idade significativamente menor (7 anos) em comparação aos Níveis 1 e 3 (ambos com mediana de 10 anos).

Outra variável independente, a presença de comorbidade, foi correlacionada ao nível de suporte, para isso, foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Independência: $\chi^2 = 6.77$, gl = 2 e p-valor = 0.034. Existe,

portanto, uma associação significativa entre o nível de suporte e a presença de comorbidades ao passo que pacientes do Nível 2 apresentam menor frequência registrada de comorbidades (46.3%) comparados aos Níveis 1 (67.5%) e 3 (65.6%) conforme Quadro 4 e Figura 1.

Quanto à raça/cor da pele, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de suporte, tanto quando a variável foi dicotomizada em branca e não branca ($\chi^2 = 0,34$; $p = 0,843$), quanto quando analisada nas três categorias (branca, parda e preta) ($\chi^2 = 4,50$; $p = 0,342$), como está demonstrado no Quadro 4.

Os resultados da análise de correlação de Spearman (rho de Spearman) entre o nível de suporte do TEA e as principais comorbidades estão apresentados no Quadro 5. O teste foi utilizado para avaliar a força e a direção da associação monotônica entre o nível de suporte, considerado uma variável ordinal, e as comorbidades analisadas.

Com isso, a deficiência intelectual apresentou correlação positiva moderada com o nível de suporte ($\rho = 0.393$, $p \leq 0.001$), indicando maior frequência dessa comorbidade em pacientes classificados nos níveis mais elevados de suporte.

Por outro lado, TDAH ($\rho = -0,203$; $p = 0,004$), transtornos do humor ($\rho = -0,206$; $p = 0,004$) e outros transtornos comportamentais ($\rho = -0,152$; $p = 0,032$) apresentaram correlações negativas fracas a moderadas, sugerindo que pacientes com Nível 1 tendem a apresentar essas comorbidades com maior frequência relativa do que pacientes com Nível 3.

Observa-se, portanto, um predomínio de correlações fracas entre parte das variáveis analisadas e destaca-se correlação positiva moderada entre a deficiência intelectual e nível de suporte e as correlações negativas envolvendo TDAH, transtornos do humor e outros transtornos comportamentais. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre o nível de suporte e a presença geral de comorbidades ($\rho = -0.040$, $p = 0.579$).

Por fim, foi realizada uma Análise de Caminho (Path Analysis) por meio da Modelagem de Equações Estruturais (SEM), para avaliar os efeitos diretos entre variáveis preditoras (idade, sexo, raça/cor, presença de comorbidades, TDAH, deficiência intelectual) sobre o nível de suporte do

Transtorno do Espectro do Autismo. O modelo estrutural e os coeficientes padronizados encontram-se apresentados na Figura 2.

A Análise de Caminhos estimada por Máxima Verossimilhança apresentou excelente ajuste aos dados ($\chi^2/gl = 1{,}24; CFI = 0{,}982; TLI = 0{,}971; RMSEA = 0{,}035$), tem demonstrado total convergência com os coeficientes do modelo ordinal: a deficiência intelectual exibiu o maior coeficiente direto positivo sobre o nível de suporte ($\beta = 0{,}42; p \leq 0{,}001$), enquanto as outras condições psiquiátricas mantiveram efeito direto negativo ($\beta = -0{,}21; p = 0{,}004$). Essa convergência entre os dois estimadores valida a estabilidade dos achados independentemente da premissa de continuidade do desfecho.

Por fim, a avaliação multivariada do nível de suporte foi realizada de forma integrada pela Regressão Logística Ordinal de Chances Proporcionais Parciais e confirmada pela Análise de Caminhos por Máxima Verossimilhança.

No modelo de regressão logística ordinal, o teste de Brant confirmou que a violação do pressuposto de chances proporcionais ocorreu exclusivamente para a idade ($\chi^2 = 9{,}37; p = 0{,}002$; demais variáveis $p \geq 0{,}47$). O modelo ordinal de chances proporcionais parciais apresentou ajuste estatisticamente superior ao modelo nulo (razão de verossimilhança: $\chi^2 = 77{,}18; gl = 7; p \leq 0{,}001$) e ao modelo de chances proporcionais estrito ($\chi^2 = 11{,}80; gl = 1; p \leq 0{,}001$; $AIC = 369{,}1$), com pseudo-R^2 de McFadden de 0,18 e de Nagelkerke de 0,37. Ausência de colinearidade relevante foi confirmada ($FIV < 1{,}5$). As razões de chances ajustadas (OR) e os respectivos IC95% estão apresentados na Figura 3 e detalhados no Quadro 6. Na análise, observou-se associação positiva e estatisticamente significativa entre a deficiência intelectual e o nível de suporte do TEA, enquanto a idade apresentou associação negativa e estatisticamente significativa. As demais variáveis incluídas no modelo não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de suporte. Para detalhar os coeficientes estimados, respectivos erros-padrão, estatísticas z e valores de significância, os resultados do modelo são apresentados no Quadro 6.

A Deficiência Intelectual manteve associação direta e expressiva com maior chance de classificação em níveis mais elevados de suporte ($OR = 13{,}18$; IC95%: 4,74 a 36,61; $p \leq 0{,}001$). A presença de outras condições psiquiátricas associou-se a menor chance de níveis elevados ($OR = 0{,}21$; IC95%: 0,07 a 0,65; $p = 0{,}007$). Para a idade, o efeito dependeu do ponto

de corte: idades mais elevadas reduziram a chance de classificação nos níveis 2 ou 3 em comparação ao nível 1 ($OR = 0{,}84$ por ano; IC95%: 0,76 a 0,92; $p \leq 0{,}001$), mas não alteraram a chance de classificação no nível 3 em comparação aos níveis 1 ou 2 ($OR = 0{,}97$; IC95%: 0,88 a 1,07; $p = 0{,}532$). Sexo, raça/cor e TDAH não apresentaram associação significativa no modelo ajustado.

A deficiência intelectual foi a única variável que apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com o nível de suporte do TEA (β = 1,332; p ≤ 0,001), indicando que sua presença esteve associada a níveis mais elevados de suporte. A idade também apresentou associação estatisticamente significativa, porém de forma negativa (β = -0,046; p = 0,002), indicando que pacientes mais jovens tendem a apresentar maiores níveis de suporte. Esse resultado é consistente com o achado anterior obtido pelo teste de Kruskal-Wallis, no qual o Nível 2 apresentou menor mediana de idade

A presença geral de comorbidades apresentou tendência à significância estatística (β = -0,377; p = 0,072), sem atingir o nível de significância adotado. As variáveis sexo (β = -0,018; p = 0,892), raça/cor (β = -0,097; p = 0,419) e TDAH (β = 0,113; p = 0,566) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de suporte após o ajuste simultâneo do modelo. O modelo apresentou coeficiente de determinação (R^2) de 0,559, indicando que aproximadamente 55,9% da variabilidade do nível de suporte do TEA foi explicada pelo conjunto das variáveis incluídas na análise.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que 61,11% das crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidos em um hospital-dia apresentavam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica ou do neurodesenvolvimento. Esse achado é compatível com a literatura internacional, que reconhece as condições psiquiátricas coexistentes como parte integrante do fenótipo clínico do TEA. Simonoff *et al.* [6], em estudo realizado no Reino Unido, identificaram pelo menos um transtorno psiquiátrico associado em aproximadamente 70% das crianças com TEA. Embora a frequência encontrada na investigação realizada (61,11%) tenha sido cerca de nove pontos percentuais inferior, ambos os resultados demonstram elevada ocorrência de condições concomitantes nessa população.

Na revisão sistemática com metanálise de Lai *et al.* [7], que envolveu estudos conduzidos em diferentes países, observou-se elevada prevalência de transtornos psiquiátricos concomitantes ao longo da vida, com destaque para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), os transtornos de ansiedade, os transtornos depressivos e a deficiência intelectual. A análise internacional encontrou prevalências agrupadas de 28% para TDAH, 20% para transtornos de ansiedade e 11% para transtornos depressivos [7]. Na amostra analisada, o TDAH foi identificado em 37,87% dos participantes, percentual superior à estimativa internacional, enquanto os transtornos de ansiedade, registrados em 5,05%, apresentaram frequência inferior.

Os transtornos do humor corresponderam a 3,53% da amostra; contudo, essa categoria não é diretamente equivalente aos transtornos depressivos avaliados na referida metanálise, razão pela qual essa comparação deve ser interpretada com cautela. No Brasil, revisões nacionais [4, 5] também descrevem elevada frequência de transtornos concomitantes em indivíduos com TEA, embora os dados provenientes de serviços especializados ainda sejam escassos e variem conforme as características das amostras e os critérios diagnósticos empregados. Dessa forma, a frequência global de comorbidades registradas encontrada no presente estudo mostra-se compatível com a literatura, embora o perfil apresente diferenças em relação às estimativas internacionais.

As diferenças entre os estudos provavelmente refletem aspectos metodológicos, como faixa etária, perfil clínico dos participantes, instrumentos utilizados para identificação das comorbidades e nível de complexidade dos serviços de saúde avaliados. No estudo em questão, por tratar-se de um hospital-dia especializado em saúde mental infantojuvenil, é esperado que a frequência de comorbidades seja elevada, uma vez que esse nível de atenção concentra pacientes com maior comprometimento funcional e maior necessidade de acompanhamento multiprofissional. Entretanto, como os resultados representam condições documentadas nos registros clínicos, não necessariamente correspondem à prevalência real, especialmente no caso de transtornos que dependem de autorrelato, observação longitudinal ou instrumentos específicos.

A Deficiência Intelectual (DI) esteve presente em 18,2% da amostra e apresentou a associação mais forte com maior nível de suporte na regressão ordinal ($OR = 13{,}18$; IC95%: 4,74 a 36,61). Por se tratar de um

estudo transversal, essa associação estatística não permite inferir relação causal.

Adicionalmente, deve-se considerar a possível influência do comprometimento intelectual na própria atribuição clínica do nível de suporte. Embora o DSM-5-TR oriente que o nível de suporte seja graduado separadamente do comprometimento intelectual, a classificação na prática assistencial pode incorporar a gravidade cognitiva do paciente ao julgamento do nível de suporte. Portanto, o nível de suporte registrado reflete uma combinação entre a gravidade do quadro autista e o funcionamento cognitivo global.

Simonoff *et al.* [6] demonstraram a relevância do funcionamento cognitivo e das condições psiquiátricas associadas para o perfil clínico de crianças autistas. Entretanto, deficiência intelectual, comportamento adaptativo e nível de suporte não constituem dimensões equivalentes. Pugliese *et al.* [12], ao acompanharem crianças e adolescentes autistas sem deficiência intelectual, observaram prejuízos adaptativos persistentes e verificaram que dificuldades de funções executivas contribuíam para a predição do funcionamento cotidiano. Esses resultados mostram que o desempenho adaptativo não pode ser inferido exclusivamente pelo nível intelectual. Assim, embora a DI tenha apresentado a associação mais robusta com maior necessidade de suporte, linguagem, funções executivas, regulação emocional, características nucleares do TEA e condições ambientais também devem ser avaliadas. Ressalta-se que esse achado converge com a opção da CID-11 de especificar o TEA justamente pela presença ou ausência de comprometimento do desenvolvimento intelectual e da linguagem funcional [9].

O predomínio do TDAH como a comorbidade mais expressiva na amostra reforça a centralidade dessa condição no perfil clínico dos pacientes avaliados. Esse achado é amparado pela elevada sobreposição entre TEA e TDAH descrita após a permissão do diagnóstico concomitante pelo DSM-5. Craig et al. [13] identificaram características clínicas compartilhadas e distintas entre as duas condições, enquanto estudos posteriores ressaltam a sobreposição fenomenológica e as dificuldades diagnósticas decorrentes da presença comum de alterações atencionais, impulsividade e disfunções executivas [14]. Além disso, evidências sugerem que ambas compartilham mecanismos neurobiológicos e alterações nas funções executivas, especialmente relacionadas ao controle inibitório, atenção sustentada e

flexibilidade cognitiva, contribuindo para um fenótipo clínico mais complexo e maior comprometimento funcional [15]. Embora esses achados sustentem a frequência do fenótipo combinado, déficits de atenção, controle inibitório e flexibilidade cognitiva não são específicos do TDAH e precisam ser avaliados considerando o nível de desenvolvimento, a deficiência intelectual e as próprias características do TEA.

Um dos principais achados foi a correlação negativa entre o diagnóstico de TDAH e os níveis mais elevados de suporte com maior frequência proporcional de TDAH no nível 1. Esse resultado não demonstra necessariamente que o TDAH seja menos frequente entre participantes dos níveis 2 e 3. Uma explicação possível é o diagnostic overshadowing (sombreamento diagnóstico), discutido por Mason e Scior [16], no qual manifestações de uma condição concomitante são atribuídas ao TEA, à deficiência intelectual ou ao comprometimento global do indivíduo. Outra possibilidade explicativa é que pode ser mais difícil distinguir sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em pessoas com limitações importantes de comunicação, deficiência intelectual, estereotipias intensas ou desregulação comportamental. Nos indivíduos do nível 1, a linguagem funcional e as demandas acadêmicas e sociais podem tornar as alterações atencionais mais identificáveis.

Entretanto, evidências recentes demonstram que o sombreamento diagnóstico em pessoas com deficiência intelectual apresenta resultados heterogêneos e limitações metodológicas [17]. Portanto, o fenômeno constitui uma hipótese plausível, mas não comprovada pelos resultados do presente estudo. Também devem ser consideradas a menor adequação de instrumentos de TDAH para indivíduos com deficiência intelectual, a sobreposição entre hiperatividade, estereotipias e agitação, as dificuldades de obtenção de informações em diferentes contextos e o possível sub-registro em prontuários.

Os transtornos de ansiedade, do humor e comportamentais apresentaram frequências expressivamente inferiores às estimativas consolidadas na literatura internacional [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18] e em revisões nacionais [4-5]. Adicionalmente, observou-se uma correlação negativa entre a necessidade de maior nível de suporte e a presença registrada dessas condições. Essa divergência em relação às estimativas globais pode estar atrelada à predominância de crianças mais jovens na amostra, ao uso de dados secundários baseados em registros clínicos

prévios e às barreiras inerentes ao reconhecimento de sintomas internalizantes em indivíduos com limitações de comunicação.

Van Steensel *et al.* [18] demonstraram que os resultados sobre ansiedade variam conforme os instrumentos utilizados, as fontes de informação e as características das amostras. Nos níveis 2 e 3, sofrimento emocional pode manifestar-se de maneira pouco específica, incluindo irritabilidade, alterações do sono, recusa de atividades, autolesão, heteroagressividade ou intensificação de comportamentos repetitivos. Dessa maneira, a menor frequência de diagnósticos formais não significa necessariamente menor ocorrência de ansiedade ou alterações afetivas, podendo refletir dificuldades de autorrelato, expressão atípica dos sintomas e limitações dos métodos de avaliação. Essa interpretação também deve ser considerada para os transtornos comportamentais, cujas manifestações podem se sobrepor à desregulação associada ao TEA ou à deficiência intelectual.

A interpretação da associação entre idade e nível de suporte deve considerar que as medianas apresentadas não demonstram uma relação monotônica simples. Os participantes do nível 2 apresentaram mediana de idade menor (7 anos) quando comparados aos dos níveis 1 e 3 (ambos com 10 anos). Na regressão logística ordinal de chances proporcionais parciais, o aumento da idade associou-se a menor chance de estar nos níveis 2 ou 3 em comparação ao nível 1 ($OR = 0{,}84$ por ano), mas não apresentou associação significativa na comparação entre o nível 3 e os níveis 1 ou 2 ($OR = 0{,}97; p = 0{,}532$). Esse padrão estatístico decorre precipuamente da concentração de crianças mais jovens no nível 2 e não sustenta a hipótese de que a necessidade de suporte diminua de forma progressiva e contínua com o avanço da idade.

A idade apresentou relação não linear com os níveis de suporte. Os participantes do nível 2 apresentaram mediana de 7 anos, com intervalo interquartil de 5 a 9 anos, enquanto os níveis 1 e 3 apresentaram mediana de 10 anos, com diferença estatisticamente significativa. Na SEM, a idade manteve associação negativa com o nível de suporte. Esse resultado indica que, após o ajuste pelas demais variáveis, idades mais elevadas estiveram associadas a níveis numericamente menores de suporte; contudo, a mediana igualmente elevada no nível 3 evidencia que essa relação não é uniforme.

Pickles *et al.* [19], no acompanhamento de longo prazo do ensaio PACT, demonstraram que intervenções precoces mediadas pelos pais podem produzir benefícios duradouros em aspectos da comunicação social. Assim, seus resultados sustentam a possibilidade de mudanças no funcionamento ao longo do desenvolvimento. Pugliese *et al.* [12] sustentam, entretanto, que deve haver cautela com essa correlação, pois o comportamento adaptativo não melhora obrigatoriamente de maneira espontânea ou proporcional à idade cronológica.

Como esta investigação avaliou diferentes participantes em um único momento, não é possível determinar se as diferenças etárias representam mudanças individuais. A distribuição observada pode estar relacionada à maturação, às intervenções recebidas e à aquisição de habilidades, mas sobretudo a diferenças entre coortes, critérios de encaminhamento, tempo de acompanhamento e composição clínica dos grupos. A permanência de participantes mais velhos no nível 3 pode estar associada a limitações intelectuais, adaptativas e comunicativas persistentes, mas essa hipótese não pode ser confirmada sem acompanhamento longitudinal.

Além da associação entre idade e nível de suporte, a distribuição etária revelou maior concentração de participantes entre 5 e 10 anos, correspondendo a 57,07% da amostra, enquanto crianças de 2 a 4 anos representaram apenas 5,55%. O ingresso no ambiente escolar pode tornar mais perceptíveis dificuldades de reciprocidade social, comunicação, autorregulação, flexibilidade e adaptação às rotinas coletivas. Contudo, a predominância de crianças em idade escolar não deve ser atribuída exclusivamente à escolarização. Zablotsky et al. [20] identificaram aumento da prevalência reconhecida de deficiências do desenvolvimento entre crianças em idade escolar nos Estados Unidos, mas o estudo não permite concluir que a escola seja o principal desencadeador do diagnóstico.

De maneira mais diretamente relacionada ao percurso diagnóstico, Baio et al. [21] demonstraram que, embora preocupações com o desenvolvimento sejam frequentemente documentadas antes dos três anos, parcela considerável das crianças realiza avaliação abrangente ou recebe diagnóstico somente mais tarde. Esses achados sugerem que a baixa participação de pré-escolares pode refletir as características de encaminhamento do hospital-dia e possíveis dificuldades no rastreamento, na avaliação especializada e no acesso precoce à assistência. Além disso, limitações no rastreamento precoce e no fluxo de encaminhamento entre

a atenção primária e os serviços especializados também podem contribuir para essa distribuição etária [22, 23]. Como não foram investigadas a idade dos primeiros sinais, a idade do diagnóstico ou o intervalo até a admissão no serviço, essa interpretação deve ser considerada uma hipótese.

A distribuição segundo o sexo revelou predomínio masculino de 78,78% (razão próxima de 4:1), alinhando-se ao padrão de amostras clínicas. Contudo, dados populacionais estimam razões de 3:1 [24], de modo que o predomínio masculino observado no presente estudo foi superior à razão estimada nessa metanálise, embora permaneça em concordância com a maior frequência de diagnósticos de TEA no sexo masculino descrita na literatura. Essa diferença aponta para um subdiagnóstico em meninas. Esse fenômeno é frequentemente intermediado pela camuflagem social — mecanismos cognitivos e comportamentais em que as meninas aprendem a mascarar características autistas e a copiar modelos de interações sociais, ocultando prejuízos adaptativos [25]. Outros estudos também demonstram que meninas frequentemente apresentam menor frequência de comportamentos externalizantes na infância, favorecendo o subdiagnóstico ou o diagnóstico tardio [26, 27]. Por conseguinte, o predomínio masculino observado no estudo pode traduzir não apenas variações epidemiológicas reais, mas também barreiras de identificação e encaminhamento.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre raça/cor da pele e os níveis de suporte, tanto na análise bivariada quanto na Modelagem de Equações Estruturais. Esses resultados indicam que, entre os participantes já inseridos no hospital-dia, a raça/cor registrada não esteve associada ao nível de suporte. Todavia, essa ausência de associação não exclui a existência de desigualdades raciais e socioeconômicas no percurso assistencial. Aylward *et al.* [28] discutem que disparidades podem afetar o reconhecimento dos sinais, a idade do diagnóstico, o acesso às avaliações e o início das intervenções. Baio *et al.* [21] também evidenciaram diferenças demográficas na identificação do TEA e na composição das populações diagnosticadas. Resultados semelhantes também foram descritos por Maenner *et al.* [29], reforçando que dimensões demográficas e socioeconômicas podem influenciar principalmente as etapas iniciais da trajetória assistencial. Desse modo, possíveis desigualdades podem atuar principalmente antes da entrada no serviço especializado, alterando quem consegue acessá-lo e em que

momento. Portanto, não se deve interpretar o resultado como evidência de ausência geral de disparidades raciais, mas como inexistência de associação estatística com o nível de suporte na amostra estudada.

Quanto às variáveis que não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de suporte no modelo ajustado, destacam-se sexo, raça/cor e TDAH, enquanto a presença geral de comorbidades apresentou apenas tendência à significância. A ausência dessas associações pode estar relacionada ao tamanho e à distribuição da amostra entre as categorias analisadas, sobretudo diante da baixa frequência de algumas condições. Também devem ser consideradas as características da população atendida em um único hospital-dia e a utilização de diagnósticos registrados em prontuários, que pode estar sujeita a sub-registros e diferenças entre profissionais quanto aos critérios empregados. Esses aspectos limitam a interpretação dos resultados e sua generalização para populações atendidas em outros contextos.

Os resultados devem ser lidos à luz da sobreposição sintomatológica entre o TEA e as condições investigadas, que pode distorcer as frequências registradas em duas direções. Na direção do superdiagnóstico, desatenção, impulsividade e disfunção executiva são frequentes no próprio TEA e podem ser codificadas como TDAH [13, 14, 15], o que pode contribuir para a frequência de TDAH observada (37,87%), superior à estimativa agrupada de 28% [7]. Do mesmo modo, a evitação social de origem ansiosa pode ser confundida com o déficit social primário do TEA, assim como rituais obsessivos podem ser confundidos com comportamentos repetitivos.

Na direção do subdiagnóstico, o sombreamento diagnóstico pode levar à atribuição de sintomas ansiosos, afetivos e de hiperatividade ao próprio TEA ou à deficiência intelectual [16, 17], mecanismo mais provável nos níveis 2 e 3 de suporte. A diferenciação entre TEA e deficiência intelectual exige que o prejuízo na comunicação social esteja abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento. Outros diagnósticos diferenciais relevantes são os transtornos de linguagem, o transtorno da comunicação social (pragmática), quadros associados à privação psicossocial grave e, raramente, a esquizofrenia de início precoce, registrada em um participante.

Nos ensaios de campo do DSM-5, a confiabilidade teste-reteste apresentou valores de kappa satisfatórios para o TEA (0,69) e TDAH (0,61), porém mais baixos para transtornos depressivos (0,30) e ansiedade (0,20).

Ressalta-se que esses coeficientes referem-se à confiabilidade dos critérios em ensaios de campo e não podem ser extrapolados para a validade diagnóstica da presente amostra. A dupla conferência realizada na coleta dos dados garantiu unicamente a fidelidade da extração das informações dos prontuários, mantendo-se a limitação de que os diagnósticos refletem a prática assistencial do serviço e não uma validação diagnóstica por instrumentos padronizados.

A confiabilidade dos próprios critérios também difere entre as condições. Nos ensaios de campo do DSM-5, a confiabilidade teste-reteste foi boa para o TEA (kappa de 0,69) e para o TDAH infantil (kappa de 0,61), mas bem menor para o transtorno depressivo maior (cerca de 0,3) e para o transtorno de ansiedade generalizada (0,20) [30]. Esse dado sustenta maior confiança nos achados centrais deste estudo, que envolvem TEA, TDAH e deficiência intelectual, e reforça a cautela na interpretação das frequências de ansiedade e humor. Além disso, a escassez de instrumentos para TEA validados no Brasil [31] explica em parte a centralidade do diagnóstico clínico na assistência.

As diferenças entre as frequências observadas no presente estudo e as estimativas de metanálises internacionais são relevantes, mas não permitem demonstrar subdiagnóstico ou superdiagnóstico. Esses mecanismos devem permanecer apresentados estritamente como hipóteses explicativas inerentes ao uso de registros clínicos.

Na direção do superdiagnóstico, a sobreposição fenomenológica entre desatenção, impulsividade e o próprio TEA pode ter elevado os registros de TDAH (37,9%) em relação à estimativa internacional de 28%. Na direção do subdiagnóstico, o sombreamento diagnóstico (*diagnostic overshadowing*) pode levar à atribuição de sintomas ansiosos e afetivos ao próprio TEA ou à DI. Contudo, como o sombreamento diagnóstico apresenta evidências heterogêneas na literatura, trata-se de uma hipótese plausível, mas não comprovada pelo delineamento transversal deste estudo.

Um viés específico refere-se ao próprio nível de suporte. O DSM-5-TR orienta que a gravidade do TEA seja graduada independentemente do comprometimento intelectual, mas a classificação em níveis mostra correspondência inconsistente com medidas padronizadas de sintomas, cognição e comportamento adaptativo [32]. Portanto, parte da associação

entre deficiência intelectual e nível de suporte pode refletir a incorporação do comprometimento cognitivo ao julgamento clínico do nível. Isso não invalida o achado, mas indica que o nível de suporte, tal como atribuído na prática, expressa uma combinação de gravidade autista e funcionamento intelectual.

A avaliação da associação entre as condições concomitantes e o nível de suporte do TEA requer atenção às propriedades de mensuração do desfecho. Os níveis de suporte do DSM-5-TR (1, 2 e 3) representam uma escala ordinal de gravidade. A utilização da Análise de Caminhos por Máxima Verossimilhança (ML) fundamenta-se na premissa estatística de que essa gradação reflete um continuum subjacente de necessidade de suporte adaptativo e comunicativo. Quando os índices globais de ajuste do modelo estrutural se mostram adequados $(CFI > 0{,}95; RMSEA < 0{,}06)$, a estimação por ML oferece parâmetros consistentes e permite examinar relações diretas e indiretas de forma parcimoniosa.

Para contornar limitações decorrentes da suposição de intervalos iguais entre as três categorias ordinais, conduziu-se a Regressão Logística Ordinal de Chances Proporcionais Parciais como análise de sensibilidade e validação cruzada. A violação do pressuposto de proporcionalidade das chances para a variável idade justificou a flexibilização do modelo, revelando que o efeito etário concentra-se na transição entre o nível 1 e o nível 2, e não em uma progressão linear monotônica ao longo de todo o espectro. A notável convergência entre a Análise de Caminhos (ML) e a Regressão Logística Ordinal, sobretudo na magnitude do efeito da Deficiência Intelectual $(OR = 13{,}18)$ e na direção do efeito das outras condições psiquiátricas $(OR = 0{,}21)$, ratifica que os resultados obtidos são robustos e não dependem das especificidades do estimador estatístico utilizado.

Por fim, a elevada sobreposição observada sugere que parte das comorbidades pode representar dimensões psicopatológicas transdiagnósticas, como desatenção, irritabilidade e ansiedade, expressões do próprio quadro autista e não entidades independentes. A descrição por categorias do DSM-5-TR permite comparar os achados com a literatura, mas não substitui a compreensão psicopatológica de cada caso, que depende da história do desenvolvimento, do contexto e da forma singular como os sintomas se organizam.

Em conjunto, os achados reforçam a necessidade de avaliação multidimensional das crianças e adolescentes autistas. A investigação clínica não deve se limitar à confirmação do TEA, devendo incluir funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, linguagem, funções executivas e rastreamento de TDAH, ansiedade, alterações do humor e manifestações comportamentais. A utilização de informações provenientes de familiares, escola e equipe terapêutica, associada a instrumentos adequados ao nível cognitivo e comunicativo, pode reduzir o risco de condições concomitantes permanecerem não reconhecidas e favorecer a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares mais sensíveis às necessidades de cada paciente.

Além disso, os resultados apresentam importantes implicações para a organização dos serviços de saúde mental infantojuvenil. Estratégias destinadas a minimizar o fenômeno do diagnostic overshadowing podem favorecer o reconhecimento de condições concomitantes e qualificar a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares.

Entre as limitações, destaca-se o delineamento transversal, que impede estabelecer causalidade, temporalidade ou mudanças individuais nos níveis de suporte. Também não foram apresentadas informações detalhadas sobre idade do diagnóstico, nível de linguagem, perfil comunicativo, tempo de acompanhamento, instrumentos utilizados para avaliar cognição e comportamento adaptativo e indicadores socioeconômicos. Os diagnósticos de TEA, das comorbidades e o nível de suporte foram obtidos de registros clínicos, sem confirmação por entrevista diagnóstica padronizada nem estimativa de concordância entre avaliadores assim, as frequências estão sujeitas a erro de classificação nas duas direções discutidas acima. Também não foi possível avaliar a funcionalidade pela CIF, referencial que dispõe de conjuntos básicos específicos para o TEA [33] e que fundamenta a avaliação biopsicossocial da deficiência prevista na Lei Brasileira de Inclusão [34], pois esse instrumento não é aplicado de forma sistemática nos registros do serviço. Estudos futuros devem adotar delineamentos longitudinais e multicêntricos, incluir diferentes níveis de atenção e empregar avaliações padronizadas do funcionamento intelectual, adaptativo, comunicativo e psiquiátrico, incluindo entrevistas diagnósticas padronizadas e avaliação da funcionalidade pela CIF.

Em síntese, a amostra apresentou predomínio masculino, maior concentração de crianças em idade escolar e elevada frequência de

condições concomitantes. O TDAH foi a comorbidade mais registrada, enquanto sua menor frequência nos níveis elevados de suporte levanta a hipótese de dificuldades de identificação, sem excluir possíveis diferenças clínicas entre os grupos. A DI apresentou a associação mais robusta com maior nível de suporte, embora não explique isoladamente o funcionamento adaptativo. A associação entre idade e suporte evidenciou a heterogeneidade da amostra, mas não permite inferir mudanças individuais. Esses achados sustentam a adoção de avaliações contínuas, multidimensionais e individualizadas na organização da assistência às pessoas autistas.

CONCLUSÃO

Observou-se elevada frequência de condições psiquiátricas e do neurodesenvolvimento concomitantes em crianças e adolescentes com TEA atendidos em hospital-dia, com predomínio de TDAH e deficiência intelectual. A deficiência intelectual associou-se significativamente a maior nível de suporte em ambas as abordagens multivariadas (Análise de Caminhos por ML e Regressão Logística Ordinal), constituindo o fator de maior força de associação na amostra. O menor registro de outras condições psiquiátricas nos níveis elevados permanece como hipótese explicativa de possíveis dificuldades de reconhecimento clínico em quadros de maior gravidade.

A concordância entre a análise de caminhos por máxima verossimilhança e a regressão logística ordinal de chances proporcionais parciais assegura a consistência metodológica dos achados. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais com instrumentos padronizados para aprofundar a compreensão dessas trajetórias de desenvolvimento.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam seus sinceros agradecimentos aos médicos psiquiatras Dr. Elton Macedo e Dra. Adriana Volpato, pelas valiosas contribuições indiretas ao desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

2. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Fitzgerald RT, Furnier SM, Hughes MM, Ladd-Acosta CM, McArthur D, Pas ET, Salinas A, Vehorn A, Williams S, Esler A, Grzybowski A, Hall-Lande JA, Nguyen RHN, Pierce K, Zahorodny W, Hudson A, Hallas L, Mancilla KC, Patrick M, Shenouda J, Sidwell K, DiRienzo M, Gutierrez J, Spivey MH, Lopez M, Pettygrove S, Schwenk YD, Washington A, Shaw KA. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023;72(2):1-14. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1 PMid:36952288

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Transtorno do espectro autista [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2023 [citado 2026 Ago 22]. https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista.

4. Ronzani LD, Lin J, Netto BB, Costa MA, Rezende VL, Gonçalves CL. Comorbidades psiquiátricas no transtorno do espectro autista: um artigo de revisão. Bol Curso Med UFSC. 2021;7(3):47-54. https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v7i3.4827

5. Torina HF, Correa LJLF, Santos G, Miguel IN, Aissa JM, Nicola JB, Carvalho GR. Prevalência de comorbidades psiquiátricas no TEA e principais desafios do diagnóstico diferencial. Rev Eletr Acervo Saúde. 2024;24(8):e16246. https://doi.org/10.25248/reas.e16246.2024

6. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(8):921-29. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f PMid:18645422 PMCid:PMC11365340

7. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819-29.

https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5 PMid:31447415 PMCid:PMC12272709

8. Paula CS, Ribeiro SH, Fombonne E, Mercadante MT. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. J Autism Dev Disord. 2011;41(12):1738-42. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1200-6 PMid:21337063

9. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. https://icd.who.int

10. Conselho Federal de Medicina. CID-11: Ministério da Saúde atualiza cronograma para utilização no Brasil [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2025 [citado 2026 out 14]. https://portal.cfm.org.br/noticias/cid-11-ministerio-da-saude-atualiza-cronograma-para-utilizacao-no-brasil/

11. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

12. Pugliese CE, Anthony LG, Strang JF, Dudley K, Wallace GL, Naiman DQ, Kenworthy L. Longitudinal examination of adaptive behavior in autism spectrum disorders: influence of executive function. J Autism Dev Disord. 2016;46(2):467-77. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2584-5 PMid:26349921 PMCid:PMC4726475

13. Craig F, Lamanna AL, Margari F, Matera E, Simone M, Margari L. Overlap between autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder: searching for distinctive/common clinical features. Autism Res. 2015;8(3):328-37. https://doi.org/10.1002/aur.1449 PMid:25604000 PMCid:PMC4654237

14. Antshel KM, Russo N. Autism spectrum disorders and ADHD: overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(5):34. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5 PMid:30903299

15. Young S, Hollingdale J, Absoud M, Bolton P, Branney P, Colley W, Craze E, Dave M, Deeley Q, Farrag E, Gudjonsson G, Hill P, Liang HL, Murphy C, Mackintosh P, Murin M, O'Regan F, Ougrin D, Rios P, Stover N, Taylor E, Woodhouse E. Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus. BMC Med. 2020;18(1):146. https://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y PMid:32448170 PMCid:PMC7247165

16. Mason J, Scior K. 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. J Appl Res Intellect Disabil. 2004;17(2):85-90. https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x

17. Dell'Armo K, Tassé MJ. Diagnostic overshadowing of psychological disorders in people with intellectual disability: a systematic review. Am J Intellect Dev Disabil. 2024;129(2):116-https://doi.org/10.1352/1944-7558-129.2.116 PMid:38411245

18. Van Steensel FJA, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011;14(3):302-17. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0 PMid:21735077 PMCid:PMC3162631

19. Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H, Gammer I, Lowry J, Vamvakas G, Byford S, Aldred C, Slonims V, McConachie H, Howlin P, Parr JR, Charman T, Green J. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. Lancet. 2016;388(10059):2501-09. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6 PMid:27793431

20. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, Blumberg SJ, Kogan MD, Boyle CA. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009-2017. Pediatrics. 2019;144(4):e20190811. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811 PMid:31558576 PMCid:PMC7076808

21. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, Kurzius-Spencer M, Zahorodny W, Robinson Rosenberg C, White T, Durkin MS, Imm P, Nikolaou L, Yeargin-Allsopp M, Lee LC, Harrington R, Lopez M, Fitzgerald RT, Hewitt A, Pettygrove S, Constantino JN, Vehorn A, Shenouda J, Hall-Lande J, Van Naarden Braun K, Dowling NF. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018;67(6):1-23. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1 PMid:29701730

22. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics. 2020;145(1):e20193447. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447 PMid:31843864

23. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018;392(10146):508-20. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2 PMid:30078460

24. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(6):466-74. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013 PMid:28545751

25. Tubío-Fungueiriño M, Cruz S, Sampaio A, Carracedo A, Fernández-Prieto M. Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: a systematic review. J Autism Dev Disord. 2021;51(7):2190-99. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04695-x PMid:32926304

26. Cook J, Hull L, Crane L, Mandy W. Camouflaging in autism: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2021;89:102080. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080 PMid:34563942

27. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. Rev J Autism Dev Disord. 2020;7:306-17. https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9

28. Aylward BS, Gal-Szabo DE, Taraman S. Racial, ethnic, and sociodemographic disparities in diagnosis of children with autism

spectrum disorder. J Dev Behav Pediatr. 2021;42(8):682-89. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000996 PMid:34510108 PMCid:PMC8500365

29. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRienzo M, Christensen DL, Wiggins LD, Pettygrove S, Andrews JG, Lopez M, Hudson A, Baroud T, Schwenk Y, White T, Robinson Rosenberg C, Lee LC, Harrington RA, Huston M, Hewitt A, Esler A, Hall-Lande J, Poynter JN, Hallas-Muchow L, Constantino JN, Fitzgerald RT, Zahorodny W, Shenouda J, Daniels JL, Warren Z, Vehorn A, Salinas A, Durkin MS, Dietz PM. 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. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1 PMid:32214087

30. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry. 2013;170(1):59-70. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999 PMid:23111466

31. Backes B, Mônego BG, Bosa CA, Bandeira DR. Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. J Bras Psiquiatr. 2014;63(2):154-164. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000020

32. Weitlauf AS, Gotham KO, Vehorn AC, Warren ZE. Brief report: DSM-5 "levels of support": a comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. J Autism Dev Disord. 2014;44(2):471-76. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1882-z PMid:23812664 PMCid:PMC3989992

33. Bölte S, Mahdi S, de Vries PJ, Granlund M, Robison JE, Shulman C, Swedo S, Tonge B, Wong V, Zwaigenbaum L, Segerer W, Selb M. The Gestalt of functioning in autism spectrum disorder: results of the international conference to develop final consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets. Autism. 2019;23(2):449-467. https://doi.org/10.1177/1362361318755522 PMid:29378422 PMCid:PMC6376609

34. Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015 7 jul; Seção 1, p. 2-11.

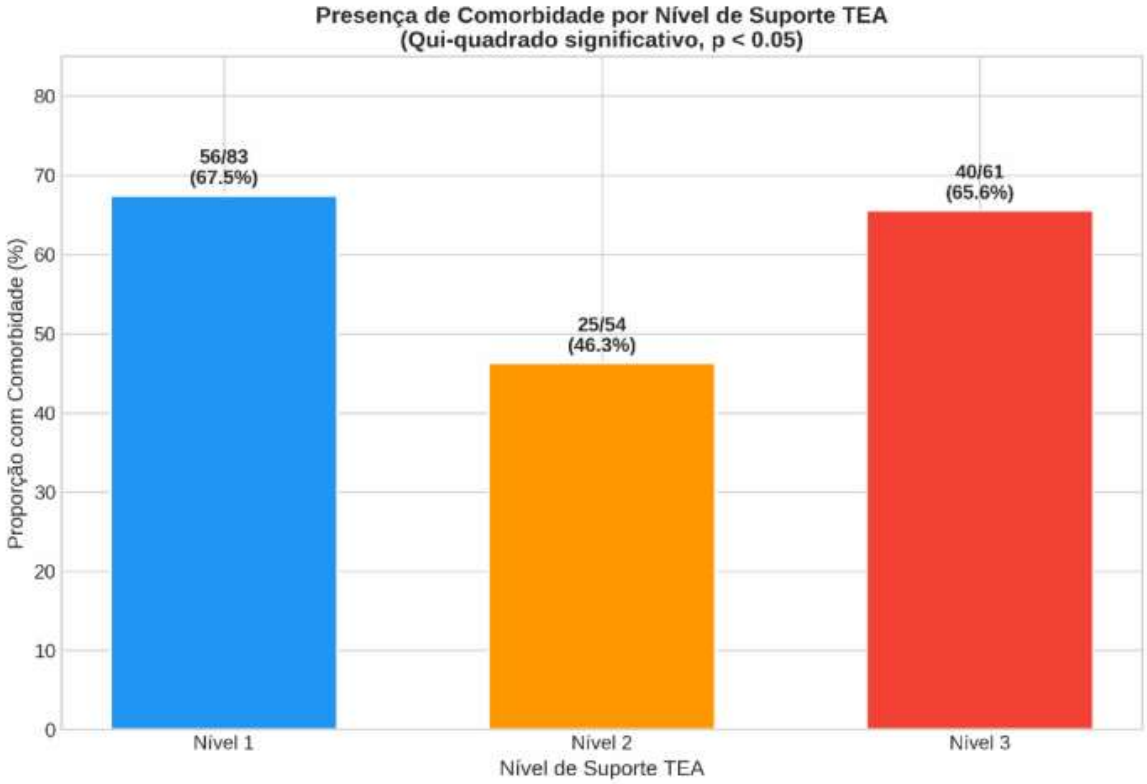


Figura 1. Distribuição da presença de comorbidades segundo o nível de suporte de pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
Fonte: Os autores.
Legenda: Distribuição percentual da presença de comorbidades segundo os níveis de suporte no TEA (Nível 1, Nível 2 e Nível 3) acompanhados pelo Hospital-Dia localizado em Feira de Santana, BA, Brasil, 2026 (n=198). Teste Qui-quadrado com significância estatística (p<0,05)

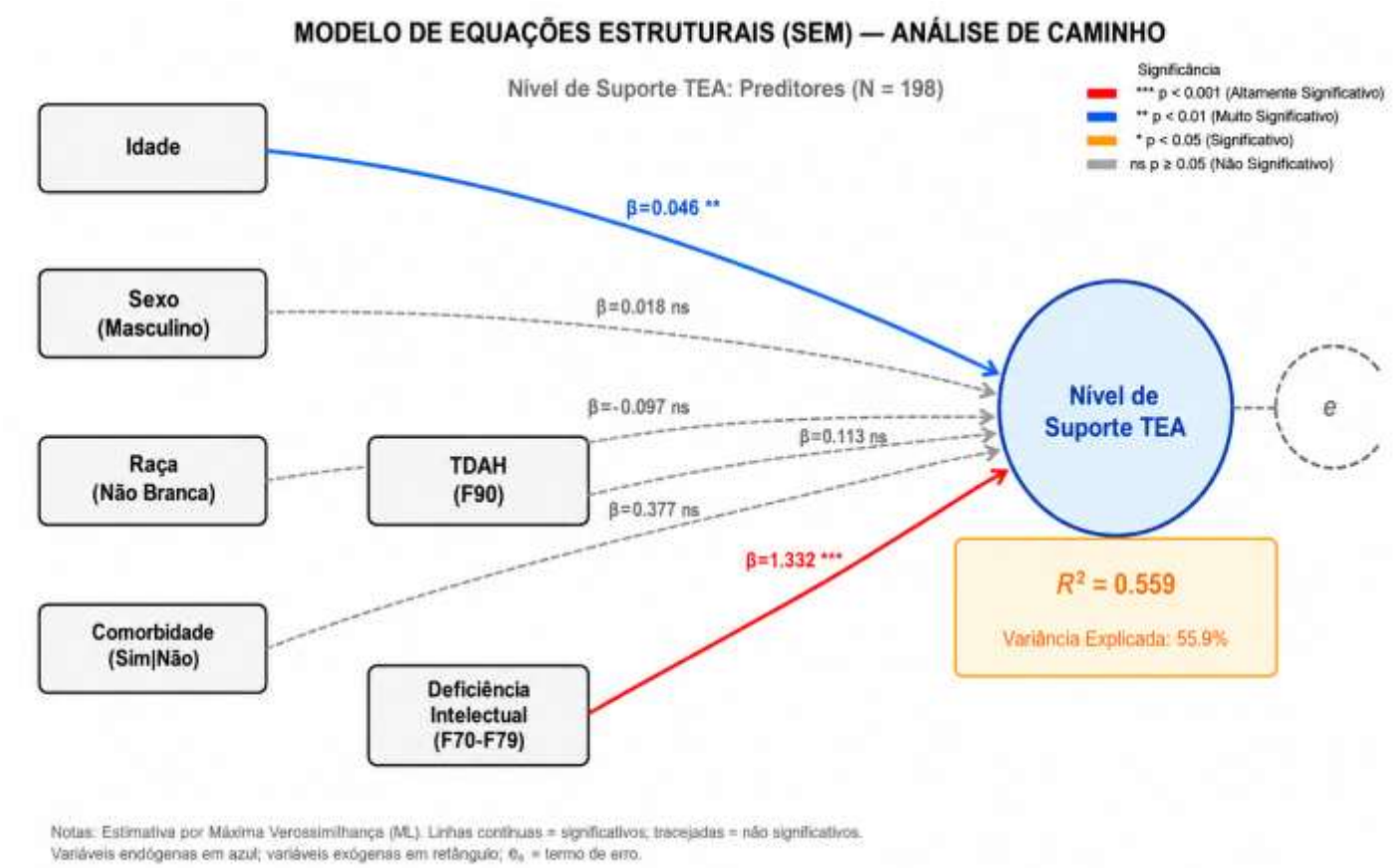


Figura 2. Modelagem de Equações Estruturais (SEM) dos fatores associados ao nível de suporte de pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
Fonte: Os autores.
Legenda: Diagrama da análise de caminhos (SEM) para os preditores do nível de suporte em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (n = 198). Coeficientes padronizados (β) e variância explicada (R^{2}) estimados por Máxima Verossimilhança. Trajetórias significativas. Trajetórias significativas em linhas contínuas e não significativas em linhas tracejadas.

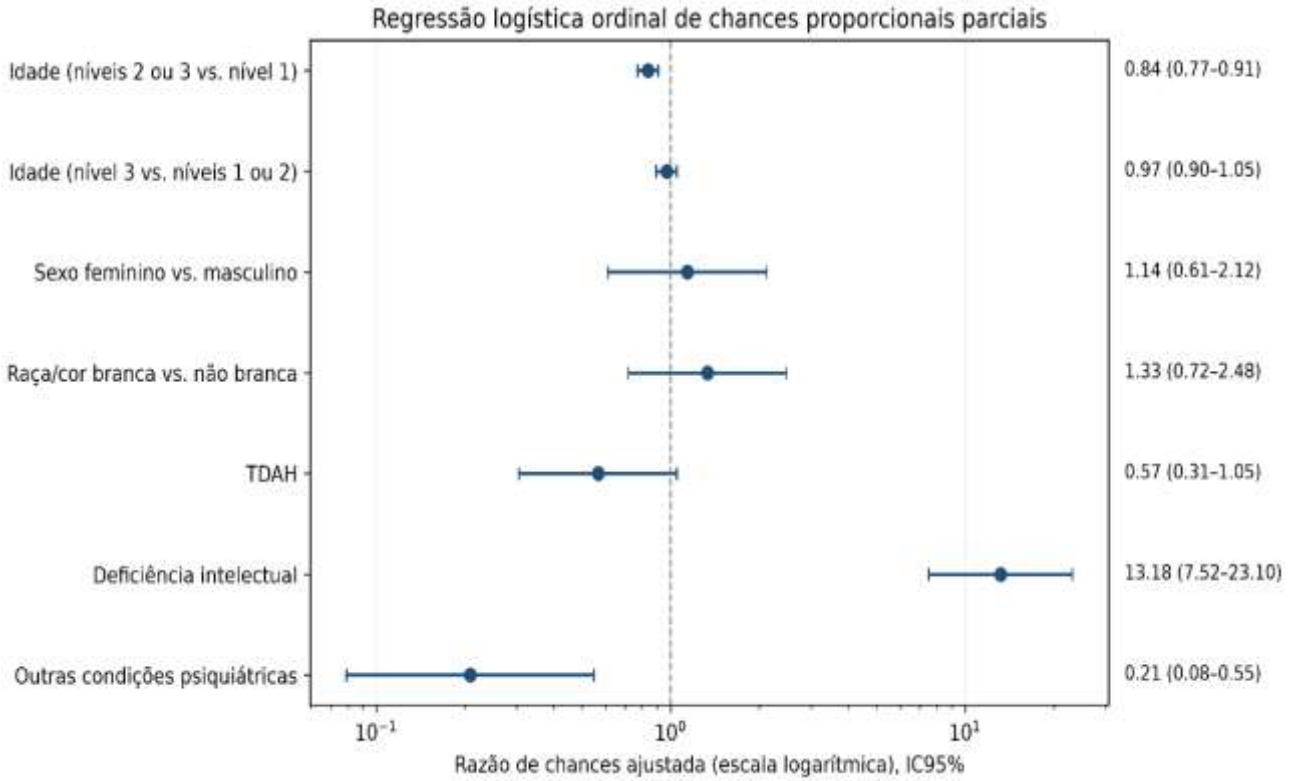


Figura 3. Razões de chances ajustadas e intervalos de confiança de 95% dos fatores associados ao nível de suporte de pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (n = 198)
Fonte: Os autores.

Quadro 1. Características sociodemográficas e clínicas de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo atendidos em hospital-dia ($n = 198$)*

Característica	N (%)
Sexo	
Feminino	42 (21.21%)
Masculino	156 (78,78%)
Faixa Etária	
2-4 anos (pré-escolar)	11 (5,55%)
5-11 anos (escolar)	113 (57,07%)
12-18 anos (adolescente)	74 (37,37%)
Raça/Cor da pele	
Parda	77 (38,88%)
Preta	65 (32,82%)
Branca	56 (28,28%)
Nível de suporte	
Nível 1	83 (41,9%)
Nível 2	54 (27,3%)
Nível 3	61 (30,8%)
Presença de comorbidades	
Sim	121 (61,11%)
Não	77 (38,88%)
Comorbidades registradas em prontuário (CID-10)	
TDAH (F90)	75 (37,87%)
Deficiência intelectual (F70-F79)	36 (18,18%)
Transtornos de conduta e outros transtornos comportamentais (F91-F98)	11 (5,55%)
Transtornos de ansiedade (F40-F41)	10 (5,05%)
Transtornos do humor (F30-F39)	7 (3,53%)
Esquizofrenia/psicóticos (F20-F29)	1 (0,5%)
Transtornos do desenvolvimento	1 (0,5%)

Fonte: Os autores.
Nota: *Categorias não mutuamente exclusivas (o mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma comorbidade).
Legenda: N = frequência absoluta; **%** = frequência relativa; **TEA** = Transtorno do Espectro Autista; **TDAH** = Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Diagnósticos clínicos estabelecidos pela equipe médica assistente com base nos critérios do DSM-5-TR e registrados em prontuário pela CID-10.
Análise estatística: Análise descritiva univariada expressa em frequências absolutas e relativas.

https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1669

Quadro 2. Mediana e intervalo interquartil da idade segundo o nível de suporte de pacientes com TEA ($n = 198$)

Nível de Suporte	**n**	**Mediana da Idade**	**Intervalo Interquartil (IQR)**
Nível 1	83	10 anos	7 - 13
Nível 2	54	7 anos	5 - 9
Nível 3	61	10 anos	6 - 14

Fonte: Os autores.
Legenda: TEA = Transtorno do Espectro Autista; **n** = tamanho amostral; **IQR** = Interquartile Range (Intervalo Interquartil: 25º – 75º percentil).
Análise estatística: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (H=20,13; p ≤ 0,001).

Quadro 3. Comparação múltipla da distribuição etária entre os níveis de suporte do TEA ($n = 198$)

Comparação	Valor de p	Interpretação
Nível 1 vs Nível 2	≤ 0,001	Significativo
Nível 1 vs Nível 3	1	Não significativo
Nível 2 vs Nível 3	≤ 0,001	Significativo

Fonte: Os autores.
Legenda: TEA = Transtorno do Espectro Autista; ***p*** = nível de significância estatística ajustado (adotado $\alpha = 0,05$).
Análise estatística: Teste *post hoc* de Dunn com ajuste de Bonferroni para comparações múltiplas pareadas após teste de Kruskal-Wallis.

Quadro 4. Distribuição da presença de comorbidades e da raça/cor segundo o nível de suporte do TEA ($n = 198$)

Nível de suporte	**Nível 1**	**Nível 2**	**Nível 3**
n	83	54	61
Comorbidade			
Sim	56 (67,5%)	25 (46,3%)	40 (65,6%)
Não	27 (32.5%)	29 (53,7%)	21 (34.4%)
Raça/cor da pele			
Branca	24 (28,9%)	15 (27,8%)	15 (24,6%)
Parda	27 (32,5%)	26 (48,1%)	26 (42,6%)
Preta	32 (38,6%)	13 (24,1%)	20 (32,8%)

Fonte: Os autores
Legenda: TEA = Transtorno do Espectro Autista; $\boldsymbol{n}$ = frequência absoluta; **%** = frequência relativa por coluna.
Análise estatística: Teste Qui-Quadrado de Independência de Pearson para comorbidades ($\chi^2 = 6{,}77$; $gl = 2$; $p = 0{,}034$) e para raça/cor ($\chi^2 = 4{,}50$; $gl = 4$; $p = 0{,}342$).

Quadro 5. Correlação de Spearman entre o nível de suporte e as condições clínicas e demográficas no TEA ($n = 198$)

Condição	Coeficiente ρ (Spearman)	p-valor	N (com a condição)	Significância
Comorbidade (Sim/Não)	-0.040	0.579	121	Não
TDAH (F90)	-0.203	0.004	75	Sim
Ansiedade (F40-F41)	-0.139	0.051	10	Não
Humor (F30-F39)	-0.206	0.004	7	Sim
Def. Intelectual (F70-F79)	0.393	≤0.001	36	Sim
Transtornos de conduta e outros comportamentais (F91-F98)	-0.152	0.032	11	Sim
Idade	-0.079	0.269	198	Não

Fonte: Os autores
Legenda: TEA = Transtorno do Espectro Autista; **TDAH** = Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; **CID-10** = Classificação Internacional de Doenças (códigos entre parênteses); **N** = número de casos com a comorbidade; $\boldsymbol{\rho}$ = coeficiente de correlação por postos de Spearman; nível de significância considerado $p < 0{,}05$. Diagnósticos clínicos estabelecidos pela equipe médica assistente com base nos critérios do DSM-5-TR e registrados em prontuário pela CID-10.
Análise estatística: Coeficiente de Correlação não paramétrica de Spearman (ρ).

https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1669

Quadro 6. Coeficientes da Análise de Caminho (*Path Analysis*) por SEM para preditores do nível de suporte no TEA ($n = 198$)

Preditor (Variável Exógena)	**Coeficiente (β)**	**Erro Padrão (SE)**	**Estatística z**	**p-valor**	**Significância**
Idade	-0.046	0.015	-3.070	0.002	Sim
Sexo (Masculino)	-0.018	0.128	-0.136	0.892	Não
Raça (Não Branca)	-0.097	0.120	-0.809	0.419	Não
Comorbidade (Geral)	-0.377	0.210	-1.797	0.072	Tendência
TDAH (F90)	0.113	0.197	0.574	0.566	Não
Deficiência Intelectual	1.332	0.202	6.578	≤0.001	Sim (Altamente)

Fonte: Os autores
Legenda: TEA = Transtorno do Espectro Autista; **SEM** = *Structural Equation Modeling* (Modelagem de Equações Estruturais); ***β*** = coeficiente de regressão estrutural padronizado; **SE** = *Standard Error* (Erro Padrão); ***z*** = razão crítica (*Critical Ratio*); ***p*** = valor de probabilidade ($p < 0{,}05$ indica significância estatística). Coeficiente de determinação do modelo: $R^2 = 0{,}559$.
Análise estatística: Análise de Caminho (*Path Analysis*) via Modelagem de Equações Estruturais (SEM).