

# Manual da I Jornada de Neuropsiquiatria e Psicologia no TEA

LAPMA, LANI E LAAPES

Amanda Cristina Ramos da Silva Nogueira  
Caio Rodriguez Lima Neuenschwander Penha  
Leandro Saldanha Nunes Mouzinho  
Ruy Palhano Silva

# **Manual da I Jornada de Neuropsiquiatria e Psicologia no TEA**

1ª edição

**Editora Itacaiúnas  
Ananindeua – PA  
2021**

©2021 por Amanda Cristina Ramos da Silva Nogueira, Caio Rodriguez Lima Neuenschwander Penha, Leandro Saldanha Nunes Mouzinho e Ruy Palhano Silva (Organizadores)

©2021 por vários autores

*Todos os direitos reservados.*

1ª edição

**Conselho editorial / Colaboradores**

Márcia Aparecida da Silva Pimentel – Universidade Federal do Pará, Brasil  
José Antônio Herrera – Universidade Federal do Pará, Brasil  
Márcio Júnior Benassuly Barros – Universidade Federal do Oeste do Pará, Brasil  
Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
Wildoberto Batista Gurgel – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Brasil  
André Luiz de Oliveira Brum – Universidade Federal de Rondônia, Brasil  
Mário Silva Uacane – Universidade Licungo, Moçambique  
Francisco da Silva Costa – Universidade do Minho, Portugal  
Ofélia Pérez Montero - Universidad de Oriente – Santiago de Cuba, Cuba

Editora-chefe: Viviane Corrêa Santos – Universidade do Estado do Pará, Brasil  
Editor e web designer: Walter Luiz Jardim Rodrigues – Editora Itacaiúnas, Brasil  
Editor e diagramador: Deividy Edson Corrêa Barbosa - Editora Itacaiúnas, Brasil

Editoração eletrônica/ diagramação: Walter Rodrigues

Projeto de capa: os organizadores

Bibliotecário: Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD**

M294	Manual da I Jornada de Neuropsiquiatria e Psicologia no TEA [recurso eletrônico] / vários autores ; organizado por Amanda Cristina Ramos da Silva Nogueira ... [et al.]. - Ananindeua : Editora Itacaiúnas, 2021. 69 p. : il. : PDF ; 4 MB.  Inclui índice e bibliografia. ISBN: 978-65-89910-31-2 (Ebook) DOI:10.36599/itac-mjnpt  1. Medicina e saúde. 2. TEA. 3. Autismo. 4. Desenvolvimento Infantil. I. Nogueira, Amanda Cristina Ramos da Silva. II. Penha, Caio Rodriguez Lima Neuenschwander. III. Mouzinho, Leandro Saldanha Nunes. IV. Silva, Ruy Palhano. V. Título.	CDD 610 CDU 61
2021-3084		

**Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410**

**Índice para catálogo sistemático:**

1. Medicina e saúde 610
2. Medicina e saúde 61

---

O conteúdo desta obra, inclusive sua revisão ortográfica e gramatical, bem como os dados apresentados, é de responsabilidade de seus participantes, detentores dos Direitos Autorais.

Esta obra foi publicada pela [Editora Itacaiúnas](#) em agosto de 2021.

## **ORGANIZADORES**

Amanda Cristina Ramos da Silva Nogueira  
Caio Rodriguez Lima Neuenschwander Penha  
Leandro Saldanha Nunes Mouzinho  
Ruy Palhano Silva

## **AUTORES**

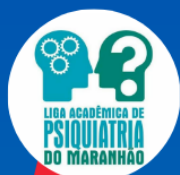
Alessandra Monteiro Camapum  
Ana Clara de Almeida Mendes  
Andressa Fernanda Dos Santos Melo Oliveira  
Bruna Luise de Almeida Carvalho  
Carlos Jiansley Lima Pinheiro  
Eduarda Silva Fernandes Araújo  
Emanuely Gomes de Pádua Sá  
Giuliana Maria Morais Gonzalez  
Gustavo Soares Gomes Barros Fonseca  
Izabely Lima Assunção  
João Gabriel Duarte Santos  
Jordao Carvalho e Barbalho  
Juliana Gomes Cruz  
Luiza Vitória de Sousa Barros Fonseca  
Renato Marcelo Silva Alexandre Filho  
Vanessa Carolina de Araujo Muniz  
Valdemiro Freitas Neto  
Vitor Sampaio Campêlo

## **REVISÃO DOS CAPÍTULOS**

Izabely Lima Assunção  
Luiza Vitoria de Sousa Barros Fonseca  
Renato Marcelo Silva Alexandre Filho

## SUMÁRIO

<b>1. O CÉREBRO E O AUTISMO .....</b>	<b>4</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.001	
Alessandra Monteiro Camapum, Giuliana Maria Morais Gonzalez e Jordao Carvalho e Barbalho	
<b>2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO TEA E DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>10</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.002	
Carlos Jiansley Lima Pinheiro, Gustavo Soares Gomes Barros Fonseca e Vitor Sampaio Campêlo.	
<b>3. O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SEU IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....</b>	<b>21</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.003	
Bruna Luise de Almeida Carvalho, Eduarda Silva Fernandes Araújo e Luiza Vitória de Sousa Barros Fonseca.	
<b>4. TRATAMENTO DO AUTISMO .....</b>	<b>35</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.004	
Juliana Gomes Cruz, Renato Marcelo Silva Alexandre Filho e Izabely Lima Assunção.	
<b>5. INCLUSÃO FAMILIAR E SÍNDROMES DO ESPECTRO AUTISTA .....</b>	<b>43</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.005	
Ana Clara de Almeida Mendes, Emanuely Gomes de Padua Sá e Valdemiro Freitas Neto	
<b>6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DO TEA .....</b>	<b>47</b>
DOI: 10.36599/itac-mjnpt.006	
Andressa Fernanda dos Santos Melo Oliveira, João Gabriel Duarte Santos e Vanessa Carolina de Araujo Muniz.	
<b>INDICE REMISSIVO.....</b>	<b>65</b>



# CAPÍTULO 1

# O cérebro e o autismo



## 1 O CÉREBRO E O AUTISMO

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.001

Alessandra Monteiro Camapum,  
Giuliana Maria Morais Gonzalez e  
Jordao Carvalho e Barbalho.

### **Alterações Neurológicas no TEA:**

Diferente do que pensa o senso comum, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) não é uma doença. Existem várias combinações de sintomas dentro do transtorno, que se deve aos diferentes níveis de comprometimento, sendo preciso utilizar o termo “espectro” a fim de abranger todos eles. É um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits e dificuldades na comunicação e interação social. A fisiopatologia do autismo envolve fatores ambientais e genéticos. Quando falamos sobre fatores ambientais, queremos relacionar todos aqueles que causam algum distúrbio ao feto durante a gestação. Estudos recentes citam: diabetes gestacional, consumo de alimentos com conservantes, agrotóxicos, etc. Mas, os principais relacionados são idade paterna avançada e uso de ácido valproico (ABDELLI, 2019).

No TEA há uma disfunção no neurodesenvolvimento causando desorganização das conexões e aumento do número de sinapses e neurônios. Isso faz com que o cérebro fique mais excitado e menos otimizado, levando a um padrão de rigidez mental. Dessa forma, ocasiona padrões repetitivos e restritos de seus comportamentos, interesses e atividades.

Devido a neuroplasticidade, o cérebro está em constante mutação, adequando-se de acordo com o aprendizado, o comportamento e aos processos neurais. Com o tempo, o cérebro reconhece as conexões com maior frequência e reforça esses ciclos em memória. Logo, os mecanismos que não são utilizados se tornam inoperacionais. Esse processo de desativação é conhecido como “poda neural”, ocorre dentro do cérebro, resultando na redução do número total de neurônios e sinapses (BERGER, 2013).

Essa poda ocorre várias vezes ao longo da vida, com maior recorrência entre 1 a 6 meses e 3 anos de idade, e é benéfico para o bom funcionamento do cérebro. Destaca-se que nesse processo de poda pode haver alguma falha, responsável pelo



surgimento de distúrbios de aprendizagem e neuronais, como o autismo; que justifica a dificuldade em assimilar novas habilidades, como falar e andar, por exemplo (BERGER, 2013).

O que foi visto no cérebro de crianças com (TEA), que uma superabundância pode perturbar a conectividade entre os neurônios (KING, 2018; ZILBOVICIUS, 2006).

Assim com a redução de neurônios junto com vias danificadas impede a capacidade de comunicação do cérebro, resultando em comportamentos que são frequentemente encontrados em crianças com autismo, incluindo comportamento repetitivo, problemas de mobilidade e incapacidade de interagir com outras pessoas (KING, 2018; ZILBOVICIUS, 2006).

Após novos exames de ressonância, os pesquisadores puderam confirmar que, no cérebro de pessoas com autismo, o excesso de conexões e a desorganização delas leva a uma inflexibilidade mental no cérebro de indivíduos neurotípicos. Em outras palavras, no autismo, o cérebro acha mais difícil alternar entre os processos (ZILBOVICIUS, 2006).

Esse excesso de sinapses e desorganização das conexões pode causar uma dificuldade no processamento sensorial o que pode explicar por que as pessoas com autismo podem sentir angústia quando expostas a vários estímulos de uma só vez, que é o motivos de sons encodarem, agravando também o convívio de socialização (ZILBOVICIUS, 2006).

Os primeiros estudos com Ressonância Magnética no autismo foram publicados ao final dos anos 80, o que mostra o quão recente são essas análises. As principais estruturas cerebrais que foram relacionadas ao autismo incluem o cerebelo, a amígdala, o hipocampo, o corpo caloso e o cíngulo (ZILBOVICIUS, 2006).

Portanto, várias análises da RM do corpo caloso (Estrutura do cérebro localizada na fissura longitudinal que conecta os hemisférios cerebrais direito e esquerdo) foram realizados em indivíduos com TEA. Descobrimos que o terço caudal do corpo caloso estava reduzido em indivíduos com autismo em comparação a controles saudáveis.<sup>23</sup> Esse resultado foi confirmado por estudos subsequentes (ZILBOVICIUS, 2006).





Utilizando técnicas minuciosas, a fim de produzir amostras tridimensionais do córtex cerebral e esquemas esmiuçado dos vinte e dois sulcos cruciais do espaço estereotáxico, apresentando-se expressivos contrastes nos padrões de sulcamento cortical em crianças com TEA; de modo que essas alterações foram situadas substancialmente nos sulcos frontais e temporais. Atualmente, em análises com Tomografia Computadorizada de Emissão de Fóton Único e Tomografia por Emissão de Pósitrons foi percebido hipoperfusão temporal bilateral em crianças com TEA. Porém, hipoperfusão foi descoberta em inação e foi centrada no sulco temporal superior e no giro temporal superior (ZILBOVICIUS, 2006).

As alterações das regiões temporais explicam algumas das sintomatologias clínicas: déficits perceptivos, reconhecimento e interesse na face humana, diagnosticadas no TEA; além do que as regiões temporais estão conectadas aos sistemas sensoriais associativos frontais, parietais e límbico. Logo, o distúrbio do sulco temporal superior talvez explique a dificuldade no reconhecimento de emoções expressas por terceiros e a falta de interesse na face humana. Estima-se, o lobo temporal como centro para o encadeamento de estímulos ambientais no sistema nervoso por meio dos órgãos sensoriais visuais e auditivos. O lobo temporal é importante para os estímulos da atividade neural, concebendo experiências (ZILBOVICIUS, 2006).

O sulco temporal superior reconhecido como um componente essencial do "cérebro social". Estudos de neuroimagem em indivíduos normais e da gravação de célula única (*single-cell recording*) em macacos demonstrando o papel dessa estrutura no processamento dos movimentos dos olhos, boca, mãos e corpo e na percepção social; considerando-se um pré-requisito para análise no nível mais alto do pensamento dos demais e parte do domínio cognitivo maior referido como cognição social, gravemente prejudicado no TEA. Ademais, indivíduos com TEA apresentam déficits na percepção do olhar e no contato visual da comunicação (ZILBOVICIUS, 2006).

O sulco temporal superior está envolvido na reprodução e assimilação da voz humana, aptidões importantíssimas para a intercomunicação que estão prejudicadas nos indivíduos com TEA muito jovens. Logo, o autismo tá associado a um padrão anormal de ativação auditiva do córtex temporal esquerdo, de modo que a região temporal esquerda está relacionada com a organização cerebral da linguagem.



Sendo assim, a ativação anormal envolve prejuízos na linguagem e no comportamento dos autistas (ZILBOVICIUS, 2006).

Ademais, estudo realizado com pessoas neurotípicas, apresentam uma área no giro fusiforme que é fortemente ativada durante a percepção facial do que durante a percepção de qualquer outro tipo de estímulo visual. Esta área é conhecida como área facial fusiforme, a qual os indivíduos com autismo apresentaram uma ativação significativamente menor da porção média do giro fusiforme direito em comparação aos controles (ZILBOVICIUS, 2006).



## REFERÊNCIAS

Berger, J. M. *et al.* Autism as the Early Closure of a Neuroplastic Critical Period Normally Seen in Adolescence. **Biological systems**, Open access, v. 1, 1 ago. 2013. DOI: 10.4172/2329-6577.1000118. Disponível em: <https://europepmc.org/article/PMC/3864123>. Acesso em: 10 jun. 2021.

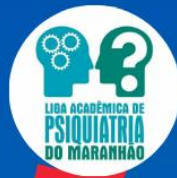
Choi, J.; Hong, Y; Jin Y.; Kim, JW; Lee, S. Pathogenetics and Neurophysiological Features of Patients with Autism Spectrum Disorder: Phenomena and Diagnoses. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 10, 1588, 2 out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8101588>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1588>. Acesso em: 10 jun. 2021.

King J.B.; Prigge, M.B.D.; King, C.K. *et al.* Evaluation of Differences in Temporal Synchrony Between Brain Regions in Individuals With Autism and Typical Development. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 7, e184777, 16 nov. 2018. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4777. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2714506?resultClick=1>. Acesso em: 10 jun. 2021.

Palmen, S. J. M. C. *et al.* Neuropathological findings in autism. **Brain: a journal of neurology**, v. 127, n. 12, p. 2572-2583, dez. 2004. DOI: 10.1093/brain/awh287. Disponível em: <https://academic.oup.com/brain/article/127/12/2572/335111>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ZILBOVICIUS, M. *et al.* Autism, the superior temporal sulcus and social perception. **Trends in neurosciences**, v. 29, n. 7, p. 359-366, 27 jun. 2006. DOI: 10.1016/j.tins.2006.06.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16806505/>. Acesso em: 10 jun. 2021





## CAPÍTULO 2

# Características clínica do TEA e diagnóstico

## 2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO TEA E DIAGNÓSTICO

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.002

Carlos Jiansley Lima Pinheiro,  
Gustavo Soares Gomes Barros Fonseca e  
Vitor Sampaio Campêlo.

### **Transtorno Global do Desenvolvimento**

Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) é o termo utilizado pela Classificação Internacional de Doenças, CID-10, para alguns transtornos apresentados por crianças que têm em comum a dificuldade ou inabilidade no relacionamento social, na comunicação e no repertório comportamental. Entre as patologias consideradas como TGD, de acordo com o CID-10, estão incluídos: autismo, autismo atípico, síndrome de Rett, outro transtorno desintegrativo da infância, síndrome de Asperger, transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e movimentos estereotipados, outros transtornos globais do desenvolvimento e transtorno global não especificado do desenvolvimento. O TGD interfere em toda a organização psíquica da criança, ou seja, todas as funções psíquicas e o comportamento sofrerão interferência na forma de alterações e/ou atraso no desenvolvimento, mas com diferente intensidade ou abrangência das capacidades (SADOCK; SADOCK, 2007).

### **Transtorno Desintegrativo da Infância**

O transtorno desintegrativo da infância, também denominado de Síndrome de Heller e psicose desintegrativa, apresenta histórico mais antigo que o autismo. Esse transtorno foi descrito a princípio por Heller, em 1908, como uma deterioração que ocorre durante vários meses nas funções intelectual, social e linguística em crianças com idades acima de 2 anos com função anteriormente normal (MUGHAL; SAADABADI, 2018). Após a deterioração, as crianças se assemelham àquelas com transtorno do espectro autista (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com a referência mundial de classificação e diagnóstico de distúrbios mentais, o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais



(DSM), na sua quarta edição, distinguia o Autismo e o Transtorno Desintegrativo da Infância como condições distintas dentro da categoria de Transtornos Gerais do Desenvolvimento. Já na sua quinta edição, do ano de 2014, o DSM-5 reuniu o autismo, o Transtorno Desintegrativo da Infância e outras condições dentro da mesma classificação de “Transtorno do Espectro Autista” (TEA).

Esse transtorno caracteriza-se pela perda do desenvolvimento já adquirido. Antes do seu início (aos 2 anos ou mais), a linguagem poderia ter progredido até a formação de frases. Essa habilidade é muito distinta da história pré-mórbida de pacientes com transtorno do autismo de alto desempenho, nos quais, geralmente, a linguagem é de apenas algumas palavras ou frases simples antes do diagnóstico. Entretanto, após a ocorrência da doença, os pacientes com transtorno desintegrativo da infância têm maior probabilidade de não apresentar qualquer habilidade linguística, se comparados aos pacientes autistas de alto funcionamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno desintegrativo da infância é menos comum que o transtorno do autismo para ser diagnosticado previamente, pois os dados epidemiológicos tornam-se complicados pela utilização de uma grande variedade de critérios diagnósticos. As estimativas de prevalência variam em torno de um em cada 100 mil meninos e a proporção entre os sexos é calculada de uma menina dentre quatro a oito meninos. A causa desse transtorno ainda é desconhecida, mas tem sido associada a outras condições neurológicas, como distúrbios convulsivos, esclerose tuberosa e vários distúrbios metabólicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O início da doença pode ser insidioso durante vários meses ou pode ser repentino com regressão das capacidades neurológicas em alguns dias ou semanas. As crianças com esse transtorno podem aparentar inquietas, com nível de atividade e ansiedade aumentado, seguido de uma intensa perda funcional. A caracterização do quadro clínico inclui perda das habilidades de comunicação, regressão das interações recíprocas, início de movimentos estereotipados e de comportamentos compulsivos, ansiedade, regressão de habilidades de autoajuda, diminuição do controle do intestino e da bexiga (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Apesar do quadro clínico ser intenso no início, o curso do TDI não é caracterizado pela deterioração continuada nem por progresso contínuo. Ou seja,



após a regressão dramática no início, chega-se a um patamar na maioria dos casos, mas um tremendo impacto no desenvolvimento pode ser observado durante toda a vida, como uma deficiência mental moderada. Em casos mais raros, pode haver uma melhoria e recuperação de algumas capacidades perdidas de comunicação (MERCADANTE, 2006).

Para receberem o diagnóstico, as crianças devem apresentar perda de habilidades em pelo menos duas destas áreas:

1. Comportamento linguístico, social ou adaptativo;
2. Atividades recreativas;
3. Controle do intestino e bexiga;
4. Habilidades motoras.

Dentre as anormalidades, duas categorias são afetadas:

1. Habilidades de comunicação social recíproca;
2. Comportamentos restritos e repetitivos.

Por ser uma doença de difícil descoberta e etiologia, o que a torna desprovida de cura, porém são tratados os sintomas da criança, que começam por volta dos dois a três anos, como a involução no desenvolvimento da linguagem verbal e da comunicação social, o controle de esfíncteres, a diminuição da realização de autocuidado. Esse tratamento dá-se por meio de uma equipe multidisciplinar, envolvendo psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos e psicopedagogos (COSTA, 2019).

### **A Síndrome de Asperger**

A Síndrome de Asperger, assim como o Autismo, é um transtorno de neurodesenvolvimento, nos quais as pessoas que têm essa síndrome sentem mais dificuldade de fazer interações sociais. Isso ocorre por conta de um distúrbio neurobiológico que afeta a comunicação e a socialização desses indivíduos (TEIXEIRA, 2005).

Os sintomas da Síndrome de Asperger variam desde a comunicação verbal até a não verbal. Pode existir certa dificuldade entre essas pessoas de manter



conversas e expressar seus sentimentos, mesmo que muitos deles possuam um vocabulário adequado e em alguns casos até mais avançado para a idade. Além disso, eles fazem uso de uma linguagem direta e acabam não desenvolvendo o entendimento pela ironia, pelo sarcasmo, pelo duplo sentido da entonação da voz e pelo pensamento abstrato de maneira geral, o que faz com que a SA também seja conhecida pela honestidade extrema dos indivíduos. Essa mesma forma, eles também podem não ter entendimento sobre a linguagem corporal do outro o que pode dificultar o aprendizado do próprio uso de gestos durante a sua fala.

Com todos esses sintomas, a criança com SA pode se sentir muito cansada depois de horas de socialização. Nessa Síndrome é normal que as crianças sigam uma rotina bem estruturada, sem muitas mudanças para manter a ordem do dia e podem criar um interesse muito intenso sobre assuntos ou objetos, o que faz com que essas pessoas façam uma busca aprofundada, tentando absorver todos os conhecimentos a respeito daquilo. Além disso, as crianças com Síndrome de Asperger tendem a ter uma disfunção motora o que as torna desastradas (DIAS, 2015).

Figura 1 — Características da Síndrome de Asperger



Fonte: Autores (2021)

O diagnóstico para determinar a Síndrome de Asperger deve ser realizado com uma equipe multidisciplinar, incluindo um psicólogo, um psiquiatra, um pediatra e um fonoaudiólogo que conheçam bem a síndrome, uma vez que existe uma variação enorme que dificulta o diagnóstico. Podem ser realizados testes





neurológicos e testes para saber se o indivíduo reconhece as emoções e entende o que o seu interlocutor está pensando.

De acordo com Faridi e Khosrowabadi (2017), existem cinco marcadores clínicos comportamentais para identificar uma criança com SA.

1) A movimentação dos olhos, caracterizada por fixar os olhos na região da boca e isso pode causar uma desatenção;

2) Comportamento Social, pois esses indivíduos têm dificuldade em fazer amizades e criar uma proximidade com as pessoas ao seu redor, o que pode causar um isolamento social daquele indivíduo, que vai desenvolver uma ligação mais forte com a mãe;

3) Práxias, caracterizadas por disfunção e diminuição da expressão motora, alterações no timbre e na altura da voz;

4) Cognitivo, identificado pelo déficit na capacidade de generalização e processamento temporal; interesses obsessivos por um objeto ou assunto específico;

5) Linguagem, consistente na dificuldade em entender o duplo sentido, ironia e sarcasmo; dificuldade em se expressar; discurso mecânico, não entendimento da linguagem corporal.

A Síndrome de Asperger sofreu uma mudança na sua classificação no DSM-5, não sendo mais considerada uma classificação do TEA. Isso aconteceu porque os indivíduos com SA têm um nível de cognição e linguagem mais preservados do que as pessoas com Autismo, além de terem um desenvolvimento social mais semelhante ao nível de uma pessoa neurotípica (BRITES, C.).

O tratamento para pessoas com SA deve ser realizado sob várias perspectivas, desde o uso de fármacos até o suporte escolar. O tratamento medicamentoso pode ser utilizado para diminuir os sintomas derivados da Síndrome de Asperger como, por exemplo, a ansiedade, depressão, sintomas obsessivos-compulsivos, estresse, insônias e outras particularidades de cada indivíduo. Além disso, devem ser realizados treinos de habilidades sociais para que a criança não sofra por conta de seus sintomas, esses treinos devem ser orientados pela equipe multiprofissional e também pelos pais da criança que irão receber todas as informações para continuar o treinamento em casa. Deve ser estimulado a



interpretação das emoções em grupos de apoio e a interação sociais com crianças da mesma idade. Na escola deve ser incentivado uma rotina bem específica, o uso de tecnologias e é importante trabalhar os conteúdos a partir do interesse do aluno (BRITO *et al.*, 2014).

### **Síndrome De Rett**

A síndrome de Rett (SR) é uma desordem neurológica que acomete o sexo feminino, sendo uma das causas genéticas mais comuns de atraso mental nas mulheres. O desenvolvimento é aparentemente normal nos primeiros 18 meses de vida até que ocorre a regressão das habilidades cognitivas, sociais e motoras. A progressão e severidade da desordem são avaliadas de forma clássica e divididas em estágio I, de estagnação precoce, estágio II, rapidamente destrutivo, estágio III, pseudoestacionária, e estágio IV, de deterioração motora tardia (SILVA *et al.*, 2016).

É uma desordem genética ligada ao cromossomo X dominante e por mutações das proteínas metil-CpG-binding2 (MecP2), onde ocorre uma progressiva deterioração neuro motora severa (AUERBACH, 2011).

Pacientes com SR observam estímulos sociais por muito mais tempo do que pacientes com transtorno do espectro autista (TEA). Além disso, possuem maior engajamento social do que aqueles com TEA e, até mesmo, com crianças com um típico desenvolvimento (TD). Contudo, o engajamento sociocomunicativo tende a cair com a idade durante o avanço da SR e aumentar nas crianças com TD (SCHWARTZMAN *et al.*, 2015).

A negativa relação entre idade e o engajamento social em pacientes com SR não é de difícil entendimento uma vez que há um sofrimento psicológico e fisiológico desde o primeiro dia de manifestação da doença, como irregularidades respiratórias, baixa saturação de oxigênio, problemas ortopédicos e gastrointestinais. Vale ressaltar que a condição neuro motora (apraxia, inabilidade de usar as mãos etc.) associado com a limitação de comunicação reduzem, consideravelmente a oportunidade de uma vida social e o interesse por ela. Ademais, a família tende a reduzir as interações com as filhas quando vão atingindo a vida adulta. Assim, a manutenção a manutenção de um engajamento social depende de várias condições,



diferentemente de pacientes com que não mostram interesse social, independentemente de suas idades (SCHWARTZMAN *et al.*, 2015).

O diagnóstico de SR é baseado em critérios clínicos propostos pelo “Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group” ou pelos que foram definidos pelo DSM-IV-R. Todos pré-estabelecidos de acordo com a gravidade e a longevidade da doença, em grande parte, devido à inativação aleatória do cromossomo X, o tipo de mutação, e outros fatores que ainda são desconhecidos (YOUNG, 2012).

É classificada como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ficando entre um dos 5 transtornos mais claros identificados. A SR é uma doença com padrão clínico característico em que há uma normalidade de desenvolvimento, mas vem acompanhada por um período de regressão, seguido de recuperação ou de estabilização e foram nomeados e divididos em quatro estágios e esses estágios continuam sendo úteis para a descrição da forma clássica da doença (SILVA *et al.*, 2016).

O estágio I, chamado de estágio da desaceleração precoce, se inicia entre seis e dezoito meses, caracterizado pelo atraso no desenvolvimento, mediante a morosidade do crescimento do perímetro craniano (um dos critérios de apoio para Síndrome de Rett). O desenvolvimento deficiente pode ser observado ao longo de 3 meses de vida e continua na vida adulta. O desinteresse por jogos ou brincadeiras e diminuição da interação social também são identificados nesse estágio e favorecem o isolamento (SILVA *et al.*, 2016).

O estágio II (rapidamente destrutivo) Inicia-se entre um e três anos de idade e dura semanas ou meses. É evidenciado uma rápida regressão psicomotora, apresentando comportamentos autistas. É nesse estágio que ocorrem as primeiras crises epiléticas, exercendo um impacto negativo aos portadores de SR e aos seus cuidadores. As reduções das crises vão acontecer no decorrer da idade (SILVA *et al.*, 2016). Há, também, uma diminuição da capacidade comunicativa e de competências adquiridas como função voluntária das mãos, controle postural e organização de estímulos externos – reflexos de retirada, bater palmas de ambas as mãos, atividades como pentear cabelo (SILVA *et al.*, 2016).

O estágio III – pseudoestacionário- por sua vez, ocorre entre 3 e 10 anos, podendo haver uma melhora comportamental, além das habilidades sociais e comunicativas. Os pacientes com SR, nesse estágio, continuam ambulantes, com



andar característico – passos curtos, mãos apertadas ao longo da linha média, sem dissociação dos membros superiores e as pernas se mantêm em extensão e há um alargamento da base de apoio. Além disso, nesse estágio, é característica da SR, a presença de ataques de gritos violentos, que podem durar horas, além de choros excessivos, distúrbios de comportamento, como risos, inclusive durante a noite (SILVA *et al.*, 2016).

No estágio IV, o estágio da deterioração motora tardia, começa a partir dos 10 anos de idade, seguida de uma lenta progressão dos atrasos motores, já que se tornam bastante visíveis nesse estágio. Ademais, é evidente a mobilidade sendo reduzida (deficiência física severa), além da diminuição dos movimentos manuais estereotipados (SILVA *et al.*, 2016). Observa-se, nesse período, a superposição de sinais e sintomas decorrentes de lesão no neurônio motor periférico aos prejuízos já presentes. Há aumento da rigidez comportamental e tolerância à dor (DOWNS *et al.*, 2010). Ocorre uma desnutrição e disfunção gastrointestinal, elencadas como questões clínicas da Síndrome de Rett. Há um bom apetite presente nas pacientes, entretanto, tem pouco ganho de peso, em virtude da diminuição da mineralização óssea, diminuição da capacidade motora oral, dificuldades de deglutição e a aquisição de refluxo gastroesofágico, além de constipação.

Pesquisas realizadas sobre a longevidade concluem que apesar do enorme número de sintomas debilitantes na SR, algumas mulheres sobrevivem pelo menos seis décadas de vida (FREILINGER, 2010).



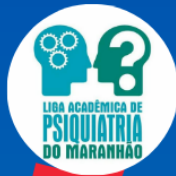
## REFERÊNCIAS

- AUERBACH, B. D.; BEAR, M. F.; OSTERWEIL, E. K. Mutations causing syndromic autism define an axis of synaptic pathophysiology. **Nature**, v. 480, n. 7375, p. 63-68, 2011.
- DIDDEN, R. *et al.* Communication in individuals with Rett syndrome: An assessment of forms and functions. **Journal of developmental and physical disabilities**, v. 22, n. 2, p. 105-118, 2010.
- DOWNS, J. *et al.* Level of purposeful hand function as a marker of clinical severity in Rett syndrome. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, n. 9, p. 817-823, 2010.
- FREILINGER, M. *et al.* Survival with Rett syndrome: comparing Rett's original sample with data from the Australian Rett Syndrome Database. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, n. 10, p. 962-965, 2010.
- HAGBERG, B. *et al.* An update on clinically applicable diagnostic criteria in Rett syndrome. Comments to Rett syndrome clinical criteria consensus panel satellite to European paediatric neurology society meeting, Baden Baden, Germany, 11 Set. 2001. **European journal of paediatric neurology**: EJPN: official journal of the European Paediatric Neurology Society, v. 6, n. 5, p. 293-297, 2002.
- LAVÅS, J. *et al.* Communication and eating proficiency in 125 females with Rett syndrome: The Swedish Rett Center Survey. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 20, p. 1267-1279, 2006.
- NEUL, Jeffrey L. *et al.* Rett syndrome: revised diagnostic criteria and nomenclature. **Annals of neurology**, v. 68, n. 6, p. 944-950, 2010.
- NOMURA, Y.; SEGAWA, M. Rett syndrome. **Current opinion in neurology**, v. 18, n. 2, p. 97-104, 2005.
- SCHWARTZMAN, J. S. *et al.* The eye-tracking of social stimuli in patients with Rett syndrome and autism spectrum disorders: A pilot study. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 5, p. 402-407, 2015.
- SILVA, N. L. S.; PASSOS, X. S.; PARREIRA, S. L. S. Síndrome de Rett: uma revisão da literatura. **Journal of the Health Sciences Institute**, p. 53-57, 2016.
- TEMUDO, T.; MACIEL, P.; SEQUEIROS, J. Abnormal movements in Rett syndrome are present before the regression period: A case study. **Movement disorders**: official journal of the Movement Disorder Society, v. 22, n. 15, p. 2284-2287, 2007.
- YOUNG, D.; KLERK, N. De.; BEBBINGTON, A. *et al.* The relationship between MECP2 mutation type and health status and service use trajectories over time in a



Rett syndrome population. **Research Autism Spectrum Disord**, v. 5, n. 1, p. 442–449, 2012.





## CAPÍTULO 3

# O TEA e seu impacto no desenvolvimento infantil

### 3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SEU IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.003

Bruna Luise de Almeida Carvalho,  
Eduarda Silva Fernandes Araújo e  
Luiza Vitória de Sousa Barros Fonseca.

O processo de desenvolvimento infantil tem início ainda na vida intrauterina sob a influência de diversos fatores biológicos e ambientais. Após o nascimento da criança é primordial o acompanhamento de diferentes indicadores do desenvolvimento referentes à motricidade, funções sensoriais, linguagem, comunicação, cognição e interação social. Por meio desse monitoramento, pode-se acompanhar e promover estimulações precoces para o desenvolvimento próprio de cada fase, detectar fatores de risco que comprometam o desenvolvimento, bem como reconhecer transtornos do neurodesenvolvimento com o intuito de realizar intervenções precoces (ZAQUEU *et al.*, 2015).

Para avaliar o desenvolvimento na infância deve-se levar em conta componentes genéticos e a história familiar e social da criança. De modo geral, esse rastreamento deve abranger medidas de atrasos nos diferentes níveis de funcionamento, destacando as esferas da comunicação, motricidade, cognição, sociabilidade, adaptação e do comportamento (SAULNIER *et al.*, 2011).

Os marcadores do desenvolvimento infantil são importantes pois contribuem consideravelmente para a distinção de crianças com e sem Transtorno do Espectro Autista (TEA) na primeira infância (OZONOFF *et al.*, 2008). De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (BRASIL, 2014), podemos levar em consideração alguns indicadores do desenvolvimento infantil e sinais de alerta, na faixa etária de 0 a 36 meses, que podem ajudar na detecção precoce do autismo.





Tabela 01 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta

		<b>Indicadores do desenvolvimento infantil</b>	<b>Sinais de alerta para TEA</b>
<b>De zero a 6 meses</b>	<b>Interação social</b>	Por volta dos 3 meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	A criança com TEA pode não fazer isso ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção às pessoas do que a objetos ou brinquedos.	A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos.
	<b>Linguagem</b>	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor.	A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6	A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.



<b>De 6 a 12 meses</b>	<b>Brincadeiras</b>	meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	
		A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.)	A ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
	<b>Alimentação</b>	A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às expressões faciais e à fala de seu cuidador.	A criança com TEA pode apresentar dificuldades nesses aspectos.
		As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.
	<b>Interação social</b>	Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades.
		Balucio se diferenciando. Risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.
		Atenção a convocação (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
	<b>Linguagem</b>	A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.



De 12 a 18 meses	<b>Brincadeiras</b>	A criança começa a repetir gestos de acenos e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc.	A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.
		Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde). A criança passa a procurar o contato visual para a manutenção da interação.	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.
	<b>Alimentação</b>	Período importante, porque serão introduzidos texturas e sabores diferentes (sucos e papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado o desmame.	A criança com TEA pode ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.
		<b>Interação social</b>	Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).
	Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18o mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras pessoas).		A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.
	<b>Linguagem</b>		A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) para um movimento mais livre na fala.



	<b>Brincadeiras</b>	A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.	A criança com TEA mostra dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.
		A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, “vergonha”).	A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração.
		Aos 12 meses, a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro etc.) e as funções dos objetos (sons, luzes, movimentos etc.).	A criança com TEA tende a explorar menos os objetos e, muitas vezes, fixasse em algumas de suas partes sem explorar suas funções (por exemplo: passa mais tempo girando a roda de um carrinho do que o empurrando).
	<b>Alimentação</b>	O jogo de “faz de conta” emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.	Em geral, isso não ocorre no TEA.
		A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	A criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta.



De 18 a 24 meses	<b>Interação social</b>	Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. A criança olha para o objeto e para quem o oferece.	A criança com TEA pode não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência.
		A criança já segue o apontar ou o olhar do outro em várias situações.	A criança com TEA pode não seguir o apontar ou o olhar dos outros. Pode não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado.
		A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse ao seu cuidador.	Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso se reverter em satisfação de alguma necessidade sua imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo pelo qual ela tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).
		Por volta dos 24 meses, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso aparecem os “erros”).	As crianças com TEA tendem à ecolalia.
	<b>Linguagem</b>	Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.	A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e os 24 meses.



De 24 a 36 meses	<b>Brincadeiras</b>	<p>Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descobrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem o animalzinho andar e produzir sons).</p>	<p>A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual ela passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa.</p>
		<p>As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e variada.</p>	<p>Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara.</p>
	<b>Alimentação</b>	<p>Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/ semissólidos, frios/quentes/mornos, doces/salgados/amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/ social.</p>	<p>A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar.</p>
		<b>Interação social</b>	<p>Os gestos (o olhar, ou apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.</p>



<b>Linguagem</b>	<p>A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.</p>	<p>A criança com TEA pode apresentar repetição de fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.</p>
	<p>A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).</p>	<p>A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.</p>
	<p>A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”. A fala tem uma melodia bem infantil ainda. A voz geralmente é mais agudizada.</p>	<p>A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.</p>
	<p>A criança, nas brincadeiras, usa um objeto “fingindo” que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de “casinha”, de “médico” etc.), construindo cenas ou histórias. Ela própria e/ ou seus bonecos são os “personagens”.</p>	<p>A criança com TEA raramente apresenta esse tipo de brincadeira ou o faz de forma bastante repetitiva e pouco criativa.</p>
<b>Brincadeiras</b>	<p>A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra</p>	<p>A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente</p>



<b>Alimentação</b>	interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).	outras crianças à distância.
	Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.	A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, têm dificuldades em entendê-las.
	A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação está contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	A criança com TEA pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos “horários” de alimentação. Pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc.

Fonte: Ministério da Saúde, BRASIL, 2014, p. 17 – 35.

## Comunicação e Linguagem no TEA

Considerando o desenvolvimento típico da comunicação na criança, estão presentes componentes verbais e não verbais, tais componentes estão diretamente relacionados à interação social. Em relação a esses componentes, crianças com autismo, geralmente, possuem prejuízo nessa competência. As alterações na comunicação no transtorno do espectro autista apresentam variações, já que algumas crianças podem deixar de desenvolver habilidades linguísticas verbais enquanto outras demonstram uma linguagem imatura caracterizada pelo uso de jargões, repetição de palavras que acabaram de ouvir (ecolalia imediata), reprodução de termos que, por exemplo, ouviram na televisão e que não fazem sentido para o contexto verbal (ecolalia tardia). Apresentam também, mudanças na entonação da fala, não resposta a questionamentos e não efetuam a modificação no uso de pronomes (GADIA *et al.*, 2004).





Alterações na comunicação e linguagem podem permanecer presentes na vida adulta e uma parcela significativa desses indivíduos permanecem não verbais. No entanto, aqueles que possuem habilidades verbais apresentam adversidades com o uso da linguagem pragmática, ou seja, o uso social da linguagem. Nesse aspecto, pode-se destacar a dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, problemas para compreender linguagem subjetiva, piadas e sarcasmo, bem como dificuldade na interpretação de expressões faciais e linguagem corporal (GADIA *et al.*, 2004).

É importante observar a perda de habilidades adquiridas previamente, de maneira súbita ou gradual, já que algumas crianças perdem a fonação e habilidades sociais que adquiriram entre 1 e 2 anos de idade. Observando esse sinal na criança, somado a outros, deve-se desconfiar de um TEA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

### **Desenvolvimento Motor**

A sintomatologia motora não é uma condição preditiva do Transtorno do Espectro Autista (TEA), mas pode ser um fator prejudicial no desenvolvimento das crianças portadoras. Inúmeros estudos indicam a presença de características motoras peculiares nas crianças em idade precoce com diagnóstico de TEA, são elas: estereotipias motoras, hipotonia e instabilidade postural. Essas disfunções ainda são pouco compreendidas, mas impactam o cotidiano e o funcionamento social, tornando indispensável a sondagem motora e neuromotora na triagem precoce (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

Para melhor avaliar o desenvolvimento motor, recomenda-se a avaliação de neurologista e/ou psiquiatra. Na avaliação psiquiátrica, além de observar diretamente, é crucial colher relatos de professores, outros familiares e profissionais que acompanham o cotidiano do paciente, pois geralmente há diferenças no comportamento conforme o ambiente. O neurologista deve avaliar aspectos como coordenação, força, percepção de temperatura, tato, reflexo e equilíbrio (BRASIL, 2014).

Os principais achados são:

- Movimento motores estereotipados: flapping de mão, correr de um lado para o outro, espremer-se;



- Movimento involuntário rápido: Dedos e mãos aparecem de forma repetitiva e aparentemente não funcional, o que geralmente ocorre no campo de visão da criança ou na linha média do corpo;
- Ações atípicas repetitivas: empilhar/alinhar brinquedos, analisar objetos aproximando-os para muito perto com atenção exacerbada, apresenta obsessões por certos objetos em movimento;
- Andar na ponta dos pés (fora do contexto de brincadeira);
- Assimetria de movimento: movimentação maior em um dos lados do corpo, dificuldade para atender ao chamado virando o corpo e a cabeça, rolamento tardio.

Até os 6 anos, as crianças portadoras do TEA possuem a coordenação motora global inferior à média das crianças atípicas. Em casos de deficiência motora grave, também se observa menor habilidade social (Puspongoro *et al.*, 2016). Outro ponto marcante que pode ser observado na primeira infância é a persistência de reflexos primitivos além da idade esperada. Em relação a marcha, manifestam maior variabilidade, o que indica que os padrões de caminhada são menos regulares (VASCONCELOS, 2020).

### **Desenvolvimento Cognitivo**

O comprometimento das funções cognitivas implica em baixo rendimento escolar, autoestimulação, agressividade e comportamento indesejado, como problemas para enfrentar situações novas. As limitações e características clínicas do autismo, afetam o processamento das informações através da linguagem, domínios sociais e não sociais, nas modalidades visuais e auditivas. Esses déficits resultam em uma barreira importante no que se refere ao acesso das habilidades intelectuais dos portadores do TEA. Para certos estudiosos, estas habilidades intelectuais, no TEA, são “ilhas de funções” que são incompatíveis com a inteligência, para outros são manifestações de uma capacidade cognitiva que ainda não dispõe de metodologias apropriadas para avaliá-las (DE FREITAS *et al.*, 2016).

As variações neurocognitivas no TEA, que ocorrem em regiões do córtex pré-frontal, resultam em um déficit nas funções executivas. A função executiva diz



respeito à habilidade de dedicar-se ao cumprimento de certas tarefas que exigem ação voluntária, independente, auto-organizada e com foco em metas específicas. Na clínica, observa-se hiperatividade, desatenção, pouco autocontrole, carência de flexibilidade cognitiva e de memória de trabalho. As disfunções executivas estão associadas com as características típicas, como comportamentos repetitivos, necessidade de rotina, interesses restritos, pouca comunicação e reações incontroláveis. Também há forte evidência de degradação na habilidade de planejamento (LOSH *et al.*, 2005). Akshoomoff (2005) demonstrou a ligação entre as lesões cerebelares e dificuldades de alternância e foco. Essa ligação é apontada como a causa das respostas estereotipadas e repetitivas.

### **O Autismo e a Deficiência Intelectual**

A prevalência da deficiência intelectual no autismo é de aproximadamente 70%. A concomitância do Autismo com a DI eleva a dependência para atividades cotidianas e minimiza as possibilidades de inclusão na escola e no trabalho. Indivíduos com DI e TEA têm necessidades distintas de pessoas com TEA ou DI. Portanto, são identificados 3 grupos distintos: indivíduos com TEA, indivíduos com DI e indivíduos com DI e TEA. Levando em consideração que o TEA é um transtorno crônico e que somado à DI o prognóstico piora significativamente, é essencial elaborar um processo de diagnóstico precoce, para tratar da forma mais eficiente (DE FREITAS *et al.*, 2016).



## REFERÊNCIAS

- AKSHOOMOFF, N. The neuropsychology of autistic spectrum disorders. **Developmental Neuropsychology**, v. 27, n. 3, p. 307-310, 2005.
- Bó, Fernanda Rocha. **Caracterização da linguagem de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/D.17.2019.tde-05082019-113824.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 17-35, 2014.
- DE FREITAS, P. M. *et al.* Deficiência Intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos. **Pedagogia em Ação**, v. 8, n. 2, p. 1-11, 2016.
- DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO. **Manual de Orientação Transtorno do Espectro do Autismo**, n. 5, p. 13, abr. 2019.
- GARDIA, C. A. *et al.* Autism and pervasive developmental disorders. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004.
- LOSH, M. *et al.* Neuropsychological profile of autism and the broad autism phenotype. **Archives of general psychiatry**, v. 66, n. 5, p. 518-526, 2009.
- PUSPONEGORO, H. D. *et al.* Gross motor profile and its association with socialization skills in children with autism spectrum disorders. **Pediatrics & Neonatology**, v. 57, n. 6, p. 501-507, 2016.
- VITO, R. de V. P.; SANTOS, D. O desenvolvimento motor e a aquisição de habilidades motoras em autistas. **Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 34, p. 1-15, 2020.
- ZAQUEU L. C. C. Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293-302, jul-set 2015.





## CAPÍTULO 4

# Tratamento do autismo com foco na terapia ABA

## 4 TRATAMENTO DO AUTISMO

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.004

Juliana Gomes Cruz,  
Renato Marcelo Silva Alexandre Filho e  
Izabely Lima Assunção.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) atualmente é considerado um transtorno de grande importância, pois afeta um número crescente de pacientes pediátricos (PENNER; ZWAIGENBAUM, 2018). Segundo o DSM-5, é necessário satisfazer critérios de dois grandes grupos de sintomas (Déficit na comunicação social e interação social e padrões repetitivos de comportamento, interesses ou atividades), sendo eles presentes no começo da infância e com prejuízos para o paciente em situações diárias. Há ainda três níveis de gravidade relacionados a apoio de terceiros ao paciente. Sendo assim, o tratamento para o TEA precisa ser criterioso e imediato quando se há suspeita, por ser uma síndrome comportamental crônica, com etiologia orgânica e curso de um transtorno de desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

A intervenção precoce por uma equipe multidisciplinar para pacientes e familiares é considerado o tratamento padrão-ouro para o TEA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019) Por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, o acompanhamento diligente e antecipado é de grande importância para um prognóstico favorável. Assim, a intervenção precoce tem como característica o conjunto de terapêuticas que irão favorecer e estimular o desenvolvimento integral do paciente, tendo como foco a atenuação dos problemas enfrentados pelo indivíduo e familiares.

A terapia precoce também precisa ser de alta frequência, individualizada e constante. O envolvimento parental com suporte e treinamento é fundamental para que haja um progresso no tratamento, assim como o estímulo da comunicação e interação social para um desenvolvimento pleno. Por ser uma condição crônica, o paciente com TEA necessita de acompanhamento constante e personalizado, com a observação de melhora dos sintomas e reavaliação do tratamento quando necessário.



A importância da equipe interdisciplinar se dá ao analisar cada paciente individualmente e traçar estratégias que se adequem às necessidades individuais dos pacientes. Assim, este capítulo irá dissertar sobre algumas modalidades, com o foco na terapia ABA (Applied Behavior Analysis – Análise aplicada do comportamento), citando o modelo Denver de intervenção precoce para crianças autistas, o coaching parental, método TEAACH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com outros prejuízos na comunicação) e terapia de integração sensorial. Serão abordados também o tratamento medicamentoso, dietético e outros tratamentos.

### Terapia ABA – Applied Behavior Analysis

A terapia ABA visa o desenvolvimento de habilidades importantes para as crianças ao mesmo tempo que auxilia na redução de comportamentos prejudiciais. O primeiro periódico voltado para a terapia ABA foi o Journal of Applied Behavior Analysis (JABA), criado em 1968 para a publicação de estudos relacionados à análise aplicada do comportamento. A terapia ABA surge com o intuito de auxiliar pacientes a modificar comportamentos e identificar fatores ambientais que causam prejuízos.

No TEA, o tratamento ABA é baseado em evidências e produz bons resultados prognósticos (FOXX, 2008). É evidente a os benefícios da terapia de análise aplicada ao comportamento ao analisar o quadro adaptada abaixo:

Quadro 1 – Benefícios da terapia ABA no tratamento do TEA

Indivíduos de todas as idades têm sido tratados e educados com sucesso por mais de 40 anos e há evidências de crianças com mais de 47 anos.
ABA foi identificada com o tratamento de escolha para indivíduos com autismo no início da década de 1980.
Mais de 1000 artigos científicos com revisão de pares descrevem o sucesso da terapia ABA.
O National Institute of Mental Health (NIMH) nos Estados Unidos tem financiado continuamente projetos de pesquisa sobre a terapia ABA e o autismo.
Todos os pacientes que possuem Autismo têm algum grau de benefício com a



terapia ABA.

Existem protocolos estabelecidos para o tratamento ABA, e há uma certificação para a aplicação do tratamento em pacientes.

Fonte: Adaptado de Foxx (2008)

Algumas características da terapia ABA no tratamento do TEA são:

- Reforço positivo: Quando a criança realiza um comportamento adequado, ela é recompensada com um evento positivo como uma atividade preferida, um elogio ou abraço;
- Modelagem: Recompensar a criança por um comportamento que chega ao comportamento ou objetivo visado;
- Esvanecimento programado do terapeuta para reduzir a dependência da criança a sua ajuda;
- Promover estímulos que dão dicas para a criança tentar um comportamento
- Estratégias de manutenção e generalização que garantem que um comportamento aprendido será interiorizado e aplicado em outros ambientes.
- Identificação, análise e modificação de atitudes que são gatilhos para comportamentos inadequados.

Assim, a terapia ABA quando exercida por um profissional capacitado tem grandes chances de promover o desenvolvimento das habilidades que as crianças com o transtorno do espectro autista carecem. O maior objetivo da terapia ABA é motivar a criança a ser bem-sucedida e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida.

### **Modelo Denver de intervenção precoce para crianças autistas e Coaching Parental**

O modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM) foi desenvolvido por Sally Rogers, Ph.D e Geraldine Dawson, Ph.D. Tal terapia foi desenvolvida para ser uma extensão do Modelo Denver, que tem como características intervenções de comportamento, desenvolvimento e relações, para crianças com 12 a 60 meses. A adaptação visa uma intervenção precoce com incorporação de atividades e técnicas personalizadas para crianças. Para isso, há uma avaliação para ver o desenvolvimento da criança em vários domínios como comunicação receptiva,





habilidades sociais, imitação, entre outras (HAVLIK, 2016). O EDSM utiliza algumas características da terapia ABA para trabalhar o comportamento dos pacientes.

O Coaching Parental visa o treinamento de familiares e pais sobre o manejo e características do TEA para um tratamento global bem-sucedido. Os pais aprendem como usar habilidades dos tratamentos comportamentais e a avaliar como os seus filhos estão progredindo para aumentar as chances de um resultado positivo. Segundo Havlik, os estudos que avaliaram o coaching parental possuem sempre pelo menos alguns resultados positivos.

### **Método TEACCH (Tratamento E Educação para crianças autistas E com outros prejuízos na comunicação)**

O TEACCH Autism Program é um projeto educacional criado pelo Dr. Eric Schopler, psicólogo alemão. Esse modelo visa observar de forma minuciosa os comportamentos de crianças autistas em diversas situações. As habilidades são avaliadas mediante múltiplos testes padronizados. O ambiente e as atividades devem estar devidamente organizados para que sejam evitadas frustrações nas crianças (BOSA, 2006).

O tratamento estimula atitudes independentes nos indivíduos e pode ser utilizado em escolas, centros de tratamento e em casa. Três fatores são fundamentais: a organização do ambiente físico de forma condizente com a necessidade do paciente, a organização de atividades de maneira previsível e a disposição dos materiais e tarefas para propiciar a independência das orientações.

A perspectiva é observar os traços do comportamento da criança autista que são capazes de gerar dificuldades na vida em sociedade. Os efeitos gerados da característica do autismo devem ser interpretados para haver um auxílio e mais independência na rotina do indivíduo. PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) é uma avaliação utilizada no método TEACCH para analisar a criança e observar seus pontos fortes e de maior interesse, além de verificar suas dificuldades e, a partir dessas perspectivas, montar um planejamento individualizado.

Ocorre uma adaptação ao ambiente, facilitando a compreensão da criança ao mundo ao seu redor, o que contribui para a independência do indivíduo, tendo maior autonomia em casa ou na escola. São utilizados nesses métodos diversas



instruções visuais para aumentar a comunicação dos autistas: fotografias, objetos sinalizadores, ícones, escritas. Realiza-se também o uso de agendas de imagens que sinalizam a rotina pessoal, com fotografias, ícones ou palavras que auxiliam no dia a dia, ao realizar tarefas simples e entender o que está sendo dito e solicitado à criança. O TEACCH reduz os comportamentos inapropriados, melhora a qualidade de vida e diminui o stress familiar, pois os autistas que utilizam desse método tornam-se mais produtivos e independentes (KWEE *et al.*, 2009).

### **Terapia De Integração Sensorial**

A dificuldade em processar informações sensoriais é um dos sintomas do autismo, fazendo com que o indivíduo tenha pouco controle do próprio corpo. A integração sensorial é a habilidade de receber, processar e entender os estímulos sensoriais. A terapia de integração social foi criada para desenvolver as crianças autistas com dificuldades sensoriais por meio de atividades sensoriais específicas que auxiliam a criança a estímulos de som, toque, luz, cheiros, entre outros. Um terapeuta irá avaliar a capacidade da criança de assimilar informações sensoriais e, logo em seguida, irá elaborar um programa de tratamento personalizado com as experiências sensoriais. As experiências incluem balançar, jogar bolas, além de outras atividades sensoriais. Na terapia de integração sensorial deve haver uma supervisão direta de um terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta, usualmente ocorre em uma sala com equipamentos projetados e ajuda o autista a entender melhor as informações recebidas, facilitando, assim, nas tarefas diárias (DE SOUZA *et al.*, 2019).

### **Intervenções Dietéticas**

Na maioria dos pacientes com transtorno de espectro autista ocorrem alterações nos hábitos alimentares que vão desde a versão, seletividade ou recusa total de alguns tipos de alimentos, além de que alguns medicamentos têm como efeito adverso a falta de apetite. Muitas pesquisas mostraram resultados inconclusivos na eficácia de manipulações dietéticas ou dieta sem glúten e caseína no tratamento adicional. Desta maneira, os pacientes só devem efetuar a dieta de



exclusão caso ocorra algum diagnóstico de doença celíaca, intolerância ao glúten ou outro tipo de intolerância ou hipersensibilidade com determinado alimento (SANTOCCHI *et al.*, 2016).

### **Tratamento Medicamentoso**

Usualmente o tratamento psicofarmacológico do paciente autista ocorre para o controle de sintomas associados ao quadro, quando acontecem de maneira negativa na qualidade de vida do paciente. Uma das medicações mais utilizadas é o risperidona, antipsicótico atípico, bloqueador serotoninérgico e dopaminérgico. A olanzapina, e quetiapina, a clozapina, a ziprasidona e o aripiprazol também são medicamentos utilizados. A risperidona e o aripiprazol são os únicos com indicação do Food and Drug Administration dos Estados Unidos para os sintomas referentes ao transtorno de espectro autista.

Os antipsicóticos têm como efeitos colaterais o aumento de peso, síndrome metabólica, hiperprolactinemia, síndrome extrapiramidal, dentre outros. Caso não ocorra sintomas psicóticos, o paciente pode ser tratado sem o uso de psicofármacos. O uso de melatonina em pacientes autistas mostrou melhores indicadores de comportamento diurno. Probióticos podem ser utilizados para intenção de uma melhora nas microbiotas em indivíduos que apresentam distúrbios gastrintestinais capazes de causar irritabilidade ou comportamentos agressivos (ANAGNOSTOU *et al.*, 2014).

### **Tratamentos Alternativos**

Conduas alternativas e complementares podem ser adotadas frequentemente pelos familiares caso necessitem. Ainda que algumas venham a carecer de mais pesquisas, como o uso de ácidos graxos, ômega 3, dietas especiais, probióticos, outras podem ser danosas e ineficazes, no caso da quelação, secretina e ocitocina. O médico deve alertar os familiares sobre qual tratamento seria mais eficaz para o paciente (LEPPANEN *et al.*, 2017).



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Ed. 5. São Paulo: Artmed Editora, 2013.

ANAGNOSTOU, E.; FERNANDEZ, B.A.; FOMBONNE, E.; SZATMARI, P.; WOODBURY-SMITH M.; ZWAIGENBAUM, L., *et al.* Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. **CMAJ**, vol. 186, ed. 7, p. 509–19. DOI: 10.1503/cmaj.121756.

APICELLA F.; BILLECI L.; BUZZIGOLI E.; FULCERI F.; GUIDUCCI L.; SANTOCCHI E., *et al.* Gut to brain interaction in Autism Spectrum Disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters. **BMC Psychiatry**, vol. 16, ed. 1, n. 183, jun. 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0887-5.

ATHERINO, C. C. T.; KWEE, C. S.; SAMPAIO, T. M. M. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. **Revista Cefac**, v. 11, p. 217-226, 2009.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s47-s53, 2006.

Cooper, J. O; Heron, T. E.; Heward, W, L. Applied behavior analysis. **Pearson**, 2019.  
DE SOUZA, R. F.; NUNES, D. R. P. Transtornos do processamento sensorial no autismo: algumas considerações. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 22-1, 2019. DOI: 10.5902/1984686X.

FOXX, R.M. Applied behavior analysis treatment of autismo: the state of the art. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, vol. 17, ed. 4, 821-834, 2008.

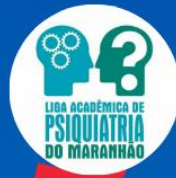
HAVLIK, K. The Early Start Denver Model. **School of Psychology Program**, 2016.  
LEPPANEN J; NG K.W.; TCHANTURIA K.; TREASURE J. Meta-analysis of the effects of intranasal oxytocin on interpretation and expression of emotions. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, vol. 78, p.125-144, jul. 2017.

PENNER, M.; ZWAIGENBAUM, L. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. **The BMJ**. 2018. DOI: 10.1136/bmj.k1674.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação**: Transtorno do Espectro do Autismo. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Manole, 2017.





# CAPÍTULO 5

## Classificação do autismo e convívio familiar

## 5 INCLUSÃO FAMILIAR-ESTATAL E SINDROMES DO ASPECTO

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.005

Ana Clara de Almeida Mendes,  
Emanuely Gomes de Padua Sá e  
Valdemiro Freitas Neto.

Os cuidadores, sabendo das dificuldades de cuidados às pessoas com TEA, precisam ter uma rede de suporte, seja da família e amigos, inclusive do Estado – por parte do sistema de saúde, educação e segurança públicas, visando o estímulo do desenvolvimento de pessoas com transtornos do espectro autista e buscar sua integração em vários âmbitos para que tenham a vida mais próxima do típico. Além do mais, a atenção multiprofissional e interdisciplinar é primordial para que a pessoa tenha melhores oportunidades possíveis de desenvolver habilidades essenciais no contexto psico-socioeducacional e, até mesmo, profissional (FILHA *et al.*, 2019).

Nos aspectos familiares, as problemáticas durante os cuidados com a criança incluída no espectro do autismo estão inseridas em vários aspectos desde os aspectos financeiros até aqueles relacionados à qualidade de vida, que podem ser definidos como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais está inserido, bem como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FERNANDES; VIEIRA, 2013).

O fato é que a reação dos pais em relação ao recebimento do diagnóstico e o que é feito a partir dessa confirmação é relevante, podendo contribuir positiva ou negativamente, a partir das escolhas que são feitas por familiares e profissionais, para o desenvolvimento da criança por meio da perspectiva de lidar com sua realidade, ainda com suas limitações (FERNANDES; VIEIRA, 2013).

O diagnóstico de TEA, embora seja fator estressante para a família, é um fator que altera a flexibilidade deste núcleo social, sua cultura, valores etc. O desenvolvimento familiar depende da qualidade dos serviços de saúde, rede de apoio, dos recursos econômicos, entre outros fatores. Há evidências sobre alguns dos focos de trabalho, na área da Saúde Mental, que podem acarretar o desenvolvimento dos processos de resiliência em famílias de pessoas com TEA e



que podem subsidiar, por exemplo, os serviços voltados a grupos de pais com ênfase na percepção da família sobre as capacidades da pessoa com TEA e não somente sobre os déficits nas diferentes etapas do desenvolvimento da pessoa com TEA (SEMENSATO; BOSA, 2013).

A família enfrenta muitas dificuldades com a descoberta do diagnóstico do TEA e o impacto causado em suas rotinas, assim como os medos e, muitas vezes, acabam superprotegendo seus filhos, ocorrendo uma limitação dos seus filhos, além de atrapalhar no tratamento. Sendo assim toda equipe multiprofissional deve estar atenta para servir de suporte (PEREIRA *et al.*, 2021).

Ademais, a maioria dos cuidadores são mães que não possuem atividade ocupacional fora de casa em virtude da premência de atenção do filho, envolvendo uma rotina diária, com afazeres domésticos, cuidados pessoais e familiares, além dos cuidados voltados ao filho com TEA, acarretando em acúmulos de responsabilidades, que terminam por contribuir para o afastamento ou abandono de seus sonhos e desejos pessoais e acadêmico-profissionais (MONTEIRO *et al.*, 2008).

Obrigatoriamente, por meio de entidades públicas, o Estado deve assegurar às pessoas com deficiência o seu pleno exercício de direitos básicos, como cultura, esporte e lazer. Dessa forma, tais pacientes inseridos no espectro do transtorno autista, devem ser incluídos, respeitando suas limitações e criando iniciativas para fazer com que essa parcela da população tenha todos os seus direitos oferecidos (BRASIL, 2013).



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FERNANDES, D. M.; VIEIRA, C. B. M. Qualidade de vida em irmãos de crianças incluídas no espectro do autismo. **CODAS**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 120-27, 2013.

FILHA, C. F.; SILVA, M. V. R. S. *et al.* O cuidado multiprofissional e familiar à pessoa no espectro do autismo: a importância da complementaridade terapêutica. *In*: BRANDT, A. G. *et al.* (org.). **Pesquisas interdisciplinares sobre formação e práticas educativas nos contextos socioeducacional, saúde e direito**. Fortaleza: Impreco, 2019.

MONTEIRO, C.F.S. *et al.* Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 3, maio-jun, 2008.

PEREIRA, J. R. S. *et al.* AUTISMO: LIDANDO COM AS DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DO CUIDADO. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT - SERGIPE**, v. 6, n. 3, p. 33-33, 2021.

SEMENSATO, M. R.; BOSA, C. A. O script de apego compartilhado do casal. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, p. 138-151, 2013.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.







## CAPÍTULO 6

# Diagnósticos diferenciais do TEA

## 6 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DO TEA

DOI: 10.36599/itac-mjnpt.006

Andressa Fernanda dos Santos Melo Oliveira,  
João Gabriel Duarte Santos e  
Vanessa Carolina de Araujo Muniz.

### Síndrome De Rett

A Síndrome de Rett é considerada um distúrbio de desenvolvimento neurológico, no qual é ocasionada pela mutação do gene methyl-CpG-binding protein 2 (MECP2) no sexo feminino. O gene MECP2, presente no cromossomo X, controla outros genes do corpo humano e libera uma proteína de mesmo nome, a qual atua inativando determinados genes durante algumas fases iniciais do desenvolvimento neurológico da pessoa.

Já na presença da Síndrome, o gene MECP2 mutado codifica essa proteína de forma defeituosa, e em vez dessa proteína atuar inativando genes para o desenvolvimento neuronal ocorrer de forma correta, ela acaba fazendo com que esses genes que deveriam estar desativados, permaneçam ativados, desenvolvendo prejuízos à formação do Sistema Nervoso da criança. Essas mutações acontecem no alelo de parte paterna, que resulta na transmissão da síndrome somente às meninas, visto que os meninos não recebem o cromossomo X do pai, e sim da mãe.

Os sintomas da Síndrome de Reff:

- Começam de fato a aparecer entre o 6º e 18º mês de vida da criança;
- Pausa no desenvolvimento de atividades motoras;
- Falta de interesse por parte da criança;
- Atraso no desenvolvimento cognitivo e comunicativo;
- Movimentos estereotipados principalmente das mãos;
- Distúrbio do sono;
- Distúrbios respiratórios (podendo ser de apneia momentânea a hiperventilação);
- Bruxismo;
- Desenvolvimento de escoliose.



O diagnóstico da Síndrome de Rett pode ser classificado de duas maneiras, sendo de forma clínica e de forma molecular. O diagnóstico clínico é feito através da descrição dos sinais e sintomas característicos da Síndrome, como o nascimento e as primeiras semanas de desenvolvimento normais que a criança apresenta, seguida no 3º mês por uma desaceleração do perímetro cefálico da mesma, seguindo posteriormente com uma disfunção psicomotora compreendendo a redução comunicativa, diminuição do interesse e comprometimento motor e cognitivo dessa criança, podendo nesse momento ser confundida com o diagnóstico de autismo. Por fim, no 6º mês de desenvolvimento, essa criança apresenta o principal sintoma da Síndrome de Rett, que é capaz de diferencia-la de outras síndromes, que são os movimentos involuntários das mãos.

Já o diagnóstico molecular é feito através de exame de sangue, o qual identifica mutações no gene causador da Síndrome de Rett, o MECP2.

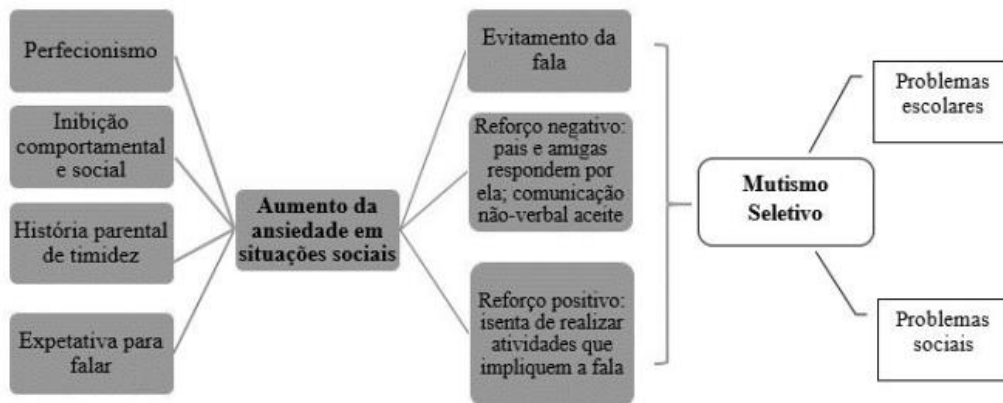
O diagnóstico diferencial da Síndrome de Rett se dá por um desenvolvimento neurológico normal na primeira infância e, posteriormente, há uma desaceleração do perímetro cefálico. Há a presença de movimentos estereotipados das mãos, como levá-las e batê-las na boca, bater uma mão na outra e esfrega-las de forma irregular, fazendo com que esse sintoma em principal, diferencie a Síndrome de Rett de outras síndromes e anormalidades neurológicas como o autismo, por exemplo.

### **Mutismo Seletivo**

O Mutismo Seletivo ou Transtorno da Comunicação Social é justamente uma condição que leva o indivíduo a ter dificuldades em praticar ações consideradas simples, como: falar, dialogar e se expressar através de palavras. Isso pode acontecer principalmente em locais públicos, seja na escola, no ambiente social ou até mesmo ao se deparar com pessoas que não são de sua intimidade, como pode ser observado no diagrama abaixo:



Ilustração 2 – Diagrama de Mutismo Seletivo



Fonte: “Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo,”, Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4, p. 54.

O MS é um distúrbio que até hoje é pouco conhecido no Brasil. Esse tipo de distúrbio foi detectado pela primeira vez pelo médico alemão Kussmaull, em 1877, referindo-se a pacientes que não falavam em algumas situações, mesmo tendo habilidade linguística para fazê-lo. Esse problema foi denominado de “afasia voluntária”, por lhe parecer uma decisão voluntária de não falar (PEIXOTO, 2006).

Além disso, é caracterizado como um transtorno de ordem psicológica. Muitas vezes o Mutismo Seletivo pode ser confundido com timidez, entretanto, vale ressaltar que essa característica em muitos casos não impede o indivíduo de se expressar por meios de palavras, ou seja, a fala é desenvolvida.

Em alguns casos, os indivíduos com esse tipo de transtorno apenas conseguem se comunicar com pessoas próximas, como os familiares, e apresentam certo bloqueio em ambientes inexplorados, pois têm a constante sensação de que estão sendo observados. Os sintomas mais recorrentes são: dificuldades de interação com os elementos e de expressão através de gestos, timidez desmoderada e isolamento social.

Em casos na infância, a criança sente-se receosa em ir ao banheiro de determinados lugares em que não esteja acompanhada pelos pais, e até mesmo de se alimentar na escola. Já nos adultos, este tipo de situação é encarada como fobia social, em que estes possuem ansiedade em determinados contextos.

Geralmente o diagnóstico é realizado após os 3 anos de idade, pois é quando a criança já apresenta a capacidade de fala. Além disso, é notório que a criança consegue se comunicar com eficácia com os pais, irmãos e outras pessoas com

grau de parentesco, mas apresentam dificuldades de comunicação com pessoas fora do meio familiar, o que pode resultar em ansiedade. O diagnóstico deve ser feito com a ajuda de um Psicólogo e Psiquiatra. Assim, será possível identificar se há a presença de outros problemas que podem estar promovendo o transtorno.

O Mutismo Seletivo pode ter alguns pontos em comum com outros transtornos, como o Transtorno do Espectro Autista e Esquizofrenia. Nesses casos, o sujeito pode ter disfunções na comunicação e, não conseguir se expressar apropriadamente em ambientes familiares e públicos, além de, possuir dificuldades de fala quando há uma sobrecarga emocional ou sensorial sobre o mesmo. Já no Mutismo Seletivo, a pessoa apresenta a capacidade de se expressar corretamente, em alguns contextos sociais, como em ambientes familiares, e apresenta dificuldade em se expressar apenas em alguns locais públicos.

## **Transtornos Da Linguagem**

Os transtornos de linguagem (TDL) se caracterizam por uma dificuldade persistente na aquisição e desenvolvimento nas diversas modalidades da linguagem e fala, em decorrência de déficits na compreensão e produção vocal. Caracterizando o supracitado, a criança aparentemente possui todas as condições para falar, porém ela pode ou não apresentar extrema dificuldade no processo, além de que o transtorno de linguagem não é causado por lesões cerebrais, síndromes ou perdas auditivas.

Concomitante ao supracitado, o diagnóstico primário consiste no método de exclusão, sendo investigado primeiramente a existência de problemas auditivos, se o problema de dificuldade é unicamente na área da linguagem ou se há outros aspectos no desenvolvimento infantil que também se apresentam alterados, se há a existência de problemas emocionais graves, além da possibilidade da falta de estímulos domésticos no desenvolvimento de fala e linguagem. Dessa forma, somente após a exclusão desses critérios e confirmação de alterações no desenvolvimento da linguagem e da fala, pode-se levantar hipóteses sobre um quadro de TDL.

Os sinais indicativos consistem em:

- Desenvolvimento vocal atrasado ou lento;



- Compreensão alterada ou normal;
- Dificuldade na formação de frases;
- Troca de sons na fala (alterações fonológicas);
- Dificuldade na estruturação adequada de frases, verbos e preposições (alterações morfosintáticas);
- Flexionamento nominal e verbal inadequado ou ausente;
- Dificuldade na organização de sequencias de palavras em frases (ordem invertida);
- Vocalização ininteligível;
- Dificuldade de aprender novas palavras;
- Dificuldade em repetir histórias e relatar fatos;
- Possível surgimento de disfluências.

Quadro 2 – Etiologia de distúrbios relativos a transtornos de linguagem

Distúrbios	Descrição
Causa ambiental	Fatores de risco sociais e emocionais.
Atraso isolado da linguagem expressiva ("constitucional")	Atraso de causa não-demonstrável associado a compreensão, pragmática e desenvolvimento não-verbal normais.
Déficit cognitivo	Nos primeiros anos, a evolução da linguagem na criança com atraso de desenvolvimento é semelhante à da criança normal, mas num ritmo inferior.
Déficit auditivo	Influencia a aquisição da linguagem após 6-9 meses, quando observam-se alterações da vocalização (perda da qualidade vocal, consoantes que desaparecem ou não chegam a surgir, modificação da sonoridade das vogais) até que apenas sons primitivos e guturais acabam por persistir.
Autismo	Pode ocorrer ecolalia imediata ou tardia, perseveração (persistência inapropriada no mesmo tema) em associação a alterações da comunicação não-verbal, comportamentos estereotipados e perseverantes, interesses restritos e/ou não-usuais e comprometimento da capacidade social.
Alterações específicas da linguagem	Caracterizam-se por limitações significativas da função linguística que não podem ser atribuídas a perda auditiva, déficit cognitivo ou alterações da estrutura e função fonadora. É um diagnóstico de exclusão.

Fonte: Jornal de Pediatria, vol.80, n. 2. Porto Alegre, abr. 2004. Supl.

Diante do conteúdo exposto e da tabela demonstrando a etiologia de alguns distúrbios relacionados com o transtorno da linguagem, pode-se citar como diagnósticos diferenciais as variações normais na linguagem, quaisquer deficiências auditivas, sensoriais ou intelectuais, distúrbios neurológicos, além da possibilidade de regressões da linguagem. Dessa forma, esse distúrbio pode ser facilmente comparado e confundido com o transtorno do espectro autista (TEA) a partir do



momento em que observa-se uma dificuldade na linguagem dificultando a interação social em pessoas com o TEA.

### **Transtorno Da Comunicação Social (Pragmática)**

O transtorno da comunicação social consiste em uma dificuldade primária com a pragmática, ou uso da comunicação e linguagem, evidenciado por déficits de compreensão e seguimento de regras sociais de comunicação não verbal e verbal em contextos naturais, adaptação da linguagem de acordo com necessidades do ouvinte ou do contexto da situação, além de seguir as regras de conversação e contagem de histórias (DSM-V, p.48).

Nessa conjuntura, esses déficits na comunicação social podem resultar em limitações na comunicação efetiva, participação e desenvolvimento de relações sociais e no sucesso acadêmico e profissional. Dessa forma, o déficit de comunicação pode ser compreendido basicamente como uma baixa capacidade de domínios de linguagem estrutural e capacidade cognitiva.

Uma das características mais evidentes desse transtorno decorre da dificuldade na comunicação verbal e não verbal, que, por sua vez, se manifesta a partir de:

- Dificuldade na troca de informações;
- Baixa capacidade de comunicação no contexto proposto ou as necessidades do ouvinte;
- Dificuldades em seguir regras de conversação e na utilização de sinais verbais e não verbais;
- Dificuldade na compreensão de falas implícitas e contextos dependentes de interpretação.

Somado ao conteúdo supracitado, essa dificuldade nas comunicações pode resultar em limitações nas relações e participações sociais, além da comunicação em si. Paralelo a isso, é válido ressaltar que os sintomas podem aparecer nos períodos primários do desenvolvimento, porém podem não se manifestar de forma plena e integra logo no início. Os aspectos sintomatológicos não estão atribuídos ou interligados com outras condições medicas ou dificuldades no domínio da linguagem.



Dessa forma, pode-se listar como critérios relacionados ao diagnóstico diferencial os transtornos do espectro autista, nos padrões comportamentais, de interesses e atividades; transtornos de déficit de atenção/hiperatividade, causando limitações na comunicação e participação social; fobias sociais, “atrapalhando” o desenvolvimento das habilidades de comunicação social; e deficiências intelectuais, causando problemas na comunicação social.

### Deficiência Intelectual sem TEA

A deficiência intelectual caracteriza-se por uma limitação nas habilidades mentais de forma geral, sendo comuns na infância e adolescência. Tais habilidades estão diretamente ligadas ao raciocínio, inteligência, planejamento, resolução de problemas, dentre outros. Nessa perspectiva, é levantada uma hipótese da existência dessa deficiência a partir dos cálculos do quociente de inteligência (QI), onde os pacientes portadores de deficiência intelectual apresentam resultados em torno de 75 pontos ou menos. Além disso, pode-se listar alguns fatores que podem ocasionar essa deficiência intelectual:

Quadro 3 – Fatores que podem ocasionar deficiência intelectual sem TEA

**FATORES AMBIENTAIS** (pré, peri e pós-natais): refere-se ao um fator extrínseco que interfere no desenvolvimento do SNC.

**FATORES PRÉ-NATAIS:** infecções congênitas: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, desnutrição intrauterina, malformações cerebrais, exposição da mãe à radiação, intoxicação pelo uso abusivo de álcool na gravidez (síndrome alcoólica fetal), uso de drogas durante a gravidez, como a cocaína, doenças como diabetes mellitus e alterações na tireoide.

**FATORES PERINATAIS:** anóxia perinatal, traumas de parto (distocias de parto), encefalopatia hipóxico-isquêmica, hipoglicemia, prematuridade, baixo peso ao nascer e infecções ao nascimento, hemorragias.

**FATORES PÓS-NATAIS:** infecções do sistema nervoso central, como meningoencefalites e encefalites, traumatismos cranioencefálicos, desmielinização (causas primárias ou secundárias), desnutrição proteico-calórica, radiações, intoxicação por mercúrio e cobre, síndromes epiléticas graves, como a síndrome de West, baixo nível socioeconômico.

Fonte: Deficiência intelectual na criança, vol. 8, 2018. Supl. 8.

Concomitante a isso, as pessoas que possuem a deficiência intelectual vão apresentar incisivas limitações, no que tange ao comportamento que se expressa nas habilidades sociais, conceituais, práticas e ao funcionamento intelectual. Dessa





forma, essas pessoas vão apresentar limitações em duas ou mais das seguintes características:

- Comunicação;
- Linguagem;
- Raciocínio;
- Matemática;
- Habilidades sociais/interpessoais;
- Aprendizagem;
- Autogestão em situações da vida.

Nessa conjuntura, o diagnóstico diferencial da deficiência intelectual se baseia nas premissas da deficiência da capacidade cognitiva e comportamento adaptativo do paciente. Dessa forma, condições de depressão, déficits auditivos e visuais, algumas síndromes epiléticas e transtornos na aprendizagem estão diretamente associados à deficiência intelectual.

Além disso, paralisia cerebral e o TEA também estão relacionados no diagnóstico diferencial, uma vez que, na paralisia, as habilidades motoras ficam mais comprometidas que as cognitivas, enquanto que no TEA, a linguagem e as habilidades sociais adaptativas são as mais atingidas e afetadas.

### **Transtorno Do Movimento Estereotipado**

Compreende-se o transtorno do movimento estereotipado como um comportamento motor e emocional repetitivo, direcionado e sem um propósito definido. Esse comportamento motor repetitivo interfere diretamente nas atividades sociais e acadêmicas, ocasionando ou não auto lesões. Além disso, é válido salientar que o início do transtorno ocorre de forma precoce durante o desenvolvimento, porém esse comportamento não é relacionado a efeitos fisiológicos de quaisquer substâncias ou condições neurológicas pré-existentes.

Paralelo ao supracitado, o transtorno de desenvolvimento estereotipado tem especificações de grande importância no seu diagnóstico, são elas:

- Existência de comportamento auto lesivo;
- Relação com condições médicas ou genéticas pré-existentes;



- Gravidade do quadro atual:

Leve: sintomas suprimidos com estímulos sensoriais ou distrações;

Moderado: exigência de medidas protetivas e/ou modificação comportamental explícita;

Grave: necessidade de monitoração contínua e medidas de proteção a fim de evitar lesões graves.

O diagnóstico do transtorno do movimento estereotipado ocorre por meio da exclusão de fatores como hábitos, discinesias, maneirismos, dentre outros. É necessário o histórico e exames neurológicos para avaliar a existência de outros problemas. Esse diagnóstico só é feito se os sintomas tiverem uma duração de 4 semanas ou mais, porém se o comportamento for autoagressivo, seu diagnóstico vai independe do tempo. Vale ressaltar que os sintomas comportamentais repetitivos podem ser comuns a outras doenças como o autismo, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e retardo mental, caracterizando seu diagnóstico diferencial.

### **Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade (TDAH)**

“O TDAH consiste em um transtorno neurobiológico marcado por déficit de atenção e hiperatividade”, podendo ter quadros em que predominam 6 ou mais sintomas de um deles ou ambos causando prejuízos em 2 ou mais ambientes. Dessa forma pode se classificar de 3 formas e 3 graus: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo\impulsivo e combinado e leve, moderado ou grave (SADOCK, 2016).

Dessa forma, a desatenção envolve sintomas como desgosto por tarefas que envolvam muita atenção e tempo, dificuldade de manter o foco, dificuldade em persistir em atividades e desorganização, enquanto que, a hiperatividade vai se manifestar em forma de excesso de atividade motora e inquietude extrema e a impulsividade com tomada de decisões de forma inconsequente. Ademais, é comum que indivíduos com TDAH apresentem problemas cognitivos em relação a atenção e memória, o que acarreta prejuízos de desempenho acadêmico e rejeição social.



Figura 01: Critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção\ Hiperatividade

<b>Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>	
<b>Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>	
Critérios Diagnósticos	
A.	Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Desatenção:</b> Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:               <p><b>Nota:</b> Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).</li> <li>b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).</li> <li>c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).</li> <li>d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).</li> <li>e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).</li> <li>f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).</li> <li>g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).</li> <li>h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).</li> <li>i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas).</li> </ol> </li> <li>2. <b>Hiperatividade e impulsividade:</b> Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:               <p><b>Nota:</b> Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.</li> <li>b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).</li> <li>c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (<b>Nota:</b> Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)</li> <li>d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.</li> <li>e. Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).</li> <li>f. Frequentemente fala demais.</li> <li>g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).</li> <li>h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).</li> <li>i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).</li> </ol> </li> </ol>
B.	Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
C.	Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
D.	Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
E.	Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).
	<i>Determinar o subtipo:</i>
	<b>314.01 (F90.2) Apresentação combinada:</b> Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.
	<b>314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta:</b> Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.
	<b>314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva:</b> Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.
	<i>Especificar se:</i>
	<b>Em remissão parcial:</b> Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.
	<i>Especificar a gravidade atual:</i>
	<b>Leve:</b> Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.
	<b>Moderada:</b> Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "grave" estão presentes.
	<b>Grave:</b> Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

O diagnóstico diferencial decorre de fatores neurobiológico, onde é possível perceber alterações cerebrais em indivíduos com TDAH e TEA através da neuroimagem, essa técnica permitiu perceber que as alterações ocorrem em várias áreas do cérebro e interação entre os circuitos cerebrais, dessa forma foram observados que no transtorno de TDAH há déficit no circuito de recompensa e atenção ventral enquanto que no TEA há déficit no circuito de cognição social e de linguagem (PROAL et al.,2013).

Decerto, tanto os indivíduos com TDAH quanto os com TEA possuem desatenção, disfunção social e comportamento hiperativo, entretanto, sintomas como disfunção e rejeição social no TDAH são diferentes quando comparado ao TEA devido as crianças com espectro autista possuem dificuldade na comunicação, falta de envolvimento social e indiferença. Quando se trata de mudanças repentinas, as crianças com TEA apresentam mais dificuldade em lidar podendo desenvolver ataques de raiva, em contrapartida, as crianças com TDAH podem apresentar mal comportamento ou ataques de fúria, mas relacionados com sua impulsividade (ARTMED, 2013, p.64).

## Esquizofrenia

“A esquizofrenia pode ser conceitualizada como um transtorno psicótico com alteração emocional, motora, disfunções cognitivas e do pensamento” (SADOCK, 2016.). Envolve uma série de sintomas e sinais podendo eles serem positivos ou negativos, além disso pode ser classificado em subtipos: hebefrênica, paranoide, catatônica, indiferenciada e residual.

No que tange aos sintomas da esquizofrenia, pode-se destaca:

- **Positivos:** delírios, sensação de grandiosidade, alucinações auditivas, visuais e olfatórias, comportamento agressivo, agitado e repetitivo, pensamentos e falas desconexo;
- **Negativos:** pobreza afetiva, diminuição ou ausência de contato visual, descaso com higiene e aparência, diminuição motora e de gestos expressivos pobreza de fala, alergia física.



Figura 2: Critérios diagnósticos para esquizofrenia

Critérios Diagnósticos	Esquizofrenia 295.90 (F20.9)
A.	Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3): 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico. 5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).
B.	Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).
C.	Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).
D.	Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.
E.	A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
F.	Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).
<i>Especificar se:</i>	
Os especificadores de curso a seguir devem somente ser usados após um ano de duração do transtorno e se não estiverem em contradição com os critérios de curso diagnóstico.	
<b>Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo:</b> A primeira manifestação do transtorno atende aos sintomas diagnósticos definidos e ao critério de tempo. Um <i>episódio agudo</i> é um período de tempo em que são satisfeitos os critérios de sintomas.	
<b>Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial:</b> <i>Remissão parcial</i> é um período de tempo durante o qual é mantida uma melhora após um episódio anterior e em que os critérios definidores do transtorno são atendidos apenas em parte.	
<b>Primeiro episódio, atualmente em remissão completa:</b> <i>Remissão completa</i> é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não estão presentes sintomas específicos do transtorno.	
<b>Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo:</b> Múltiplos episódios podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (i.e., após um primeiro episódio, uma remissão e pelo menos uma recaída).	
<b>Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial</b>	
<b>Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa</b>	
<b>Contínuo:</b> Os sintomas que atendem aos critérios de sintomas diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas em nível subclínico muito breves em relação ao curso geral.	
<b>Não especificado</b>	
<i>Especificar se:</i>	
<b>Com catatonia</b> (consultar os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 119-120, para definição)	
<b>Nota para codificação:</b> Usar o código adicional 293.89 (F06.1) de catatonia associada a esquizofrenia para indicar a presença de catatonia comórbida.	
<i>Especificar a gravidade atual:</i>	
A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, desorganização do discurso, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)	
<b>Nota:</b> O diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.	

Fonte: Artmed, 2013, p.99.



No que tange ao diferencial do TEA, decerto, este diagnóstico possui déficits cognitivos e em alguns casos riqueza em atividades imaginativas, entretanto é diferente da esquizofrenia em sua manifestação que inicia nos primeiros anos de vida e por toda ela, já a esquizofrenia ocorre em surtos e em determinados espaços de tempo. Além disso, mesmo o TEA apresentando sintomas que podem ser confundidos com episódios psicóticos, comuns no quadro de esquizofrenia, as crianças e adultos com TEA possuem déficit na interação social e na comunicação. Dessa forma, esses transtornos se diferenciam, mas há casos em que pode ser feito diagnóstico de esquizofrenia em pessoas com o TEA se estes atenderem todos os critérios diagnósticos e com alucinações ou delírios por pelo menos um mês (VARGAS; SCHMIDT, 2011).

### **Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**

O TOC ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo é considerado um transtorno mental no qual se caracteriza por presença de obsessões ou presença de compulsões pela pessoa, sendo possível também a presença de ambos os sintomas associados.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode se dividir de duas formas, o TOC subclínico, que é aquele em que as obsessões e compulsões ocorrem com frequência, mas não atrapalham a vida da pessoa e, o TOC propriamente dito, no qual as obsessões persistem até o exercício da compulsão que alivia a ansiedade da pessoa.

Essas obsessões, se demonstram através de pensamentos compulsivos e impulsos rotineiros e indesejados que provocam um certo incômodo e ansiedade na pessoa. Já as compulsões, são caracterizadas como ações ou atos mentais, nos quais a pessoa se sente obrigada a realiza-los para se livrar desses incômodos ou até mesmo da ansiedade, causada através das obsessões.

Dentre os sinais e sintomas, incluindo as obsessões e compulsões mais comuns do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, estão:



- A preocupação com objetos que não estão alinhados ou conforme aquela pessoa deseje, levando essa pessoa a arruma-lo até que o mesmo se encontre da forma em que ela quer.
- A preocupação com contaminação, que faz com que a pessoa obtenha uma mania de limpeza extrema, como por exemplo, lavar as mãos de forma excessiva ao longo do dia ou limpar praticamente tudo que vê em sua frente.
- Sentimentos de dúvida, que fazem com que as pessoas tenham o ato de revisar constantemente portas, janelas, gás antes de sair de casa ou de dormir eliminando suas dúvidas.
  - Pode estar presente em algumas pessoas, pensamentos de conteúdos inaceitáveis, como pensamentos sexuais e de violência.
- Compulsão de guardar objetos inúteis e dificuldade de desfazer-se dos mesmos.
- Ações de ordenar, ou seja, arrumar objetos como por exemplo, talheres na mesa de jantar, em um padrão específico.
- Repete uma determinada ação, inúmeras vezes.

O diagnóstico do TOC é realizado a partir de critérios clínicos, nos quais são baseados nas compulsões e obsessões que o paciente apresenta. Para que seja considerado o Transtorno, essas pessoas:

- Gastam pelo menos 1 hora do dia com esses pensamentos e comportamentos obsessivos.
- Não conseguem controlar seus pensamentos e comportamentos, mesmo quando esses atos são reconhecidos como excessivos.
- Possuem problemas significativos em sua vida, causando sofrimento ou comprometimento funcional importante, devido a esses comportamentos obsessivos.

Além disso, existem alguns critérios para o diagnóstico do TOC que são observados na tabela abaixo:



Quadro 4 – Critérios para o diagnóstico do TOC

Presença de obsessões ou compulsões

Reconhecimento de que os sintomas são excessivos ou sem sentido\*

Sintomas causam importante sofrimento, consomem tempo (mais de 1 hora/dia) ou interferem no funcionamento

Sintomas não podem ser explicados apenas pela presença de um outro diagnóstico no eixo I (exemplo: transtorno alimentar)

\* Especificar como *poor insight*; não considerar em crianças.

Fonte: Artmed Editora, 2014

Muitas pessoas atualmente, confundem o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), devido a alguns pontos em comum, mas que se diferenciam dentro de alguns parâmetros. No TEA, a pessoa apresenta padrões restritos e repetitivos de comportamento e de interesses, rotinas específicas não funcionais, movimentos motores repetitivos, que são realizados sem finalidade. Já no TOC, esses comportamentos compulsivos e repetitivos são mais complexos e realizados como resposta dessas obsessões, para diminuir o incômodo ou ansiedade dos mesmos. O TEA também, é marcado por comprometimento da interação social, onde no TOC, não há a presença desse sintoma.

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial de TEA

	<b>Sintomas em comum com o TEA</b>	<b>Diagnóstico diferencial</b>
<b>Síndrome de Rett</b>	Começam a aparecer nos primeiros anos de vida e apresenta atraso no desenvolvimento cognitivo e comunicativo.	Diferentemente do TEA o desenvolvimento neurológico nessa doença é normal na primeira infância e posteriormente há a desaceleração do perímetro cefálico, há movimentos estereotipados das mãos na síndrome de Rett e no TEA não.
<b>Mutismo seletivo</b>	Dificuldade de comunicação e expressão social em diferentes ambientes.	A disfunção comunicativa no mutismo seletivo é percebida apenas em ambientes selecionados, visto que em ambientes familiares essa quase inexistente, diferentemente do TEA.





<b>Transtornos de linguagem</b>	Dificuldade na aquisição e desenvolvimento nas diversas modalidades da linguagem e fala.	O transtorno de linguagem diferente do TEA não tem relação com lesões cerebrais ou síndromes, além disso não há alterações nas outras áreas dos marcos de desenvolvimento infantil, apenas na linguagem.
<b>Transtorno de comunicação social (pragmática)</b>	Disfunção na comunicação social com prejuízo nas relações interpessoais.	O Transtorno de comunicação social não está ligado a síndromes e há dificuldades na no domínio da fala, podendo estar ligado a um medo ou fobia social, diferentemente do TEA.
<b>Deficiência intelectual sem TEA</b>	Disfunções comunicativas, de linguagem, de raciocínio, de aprendizagem e de habilidades sociais.	No TEA as habilidades de linguagem e comunicação social são as áreas afetadas enquanto que na deficiência intelectual as diversas disfunções podem estar ligadas a outras condições médicas.
<b>Transtorno de movimento estereotipado</b>	Comportamento motor repetitivo que envolve diversos ambientes.	No transtorno de movimento estereotipado comportamento motor repetitivo possui ligação com outras condições médicas e dividida em graus de acometimento, diferentemente do TEA não há comprometimento em outras áreas de desenvolvimento infantil.
<b>TDAH</b>	Desatenção, disfunção social e comportamento hiperativo.	No TDAH a disfunção e rejeição social não está relacionada com dificuldade na comunicação, além disso nesse transtorno diferentemente do TEA as crianças sabem lidar melhor com mudanças repentinas de rotina.
<b>Esquizofrenia</b>	Disfunção cognitiva e emocional.	A manifestação dos sintomas do TEA inicia nos primeiros anos de vida, as crianças com esse transtorno possuem déficit nas áreas de comunicação e interação social, diferentemente dos quadros da esquizofrenia que podem ser marcados desde episódios delirantes até de pobreza motora.
<b>TOC</b>	Padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e rotinas específicas.	Diferente do TEA, no TOC os padrões de repetição são relacionados com compulsões e obsessões que tem objetivo de aliviar a ansiedade ou incomodo por algo.



## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. São Paulo: Artmed Editora, 2014.
- BLANCO, N. M. *et al.* Síndrome de Rett: criterios diagnósticos. **Revista de Posgrado de la vía cátedra de medicina**, v. 153, n. 1, p. 22-28, 2006.
- CORDIOLI, A. V. **TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Artmed Editora, 2014.
- DE MELLO, C. D.; **Transtorno do mutismo seletivo**: algumas considerações sobre a recusa da fala. **Kur'yt'yba**, v. 8, n. 1, p. 28, 2016.
- FERREIRA, M. C.; CARDOSO, S. A.; SIQUEIRA, S. C. Desenvolvimento integral de alunos transtorno do espectro autista (TEA) e deficiência intelectual (DI). **Revista de comunicação científica**, v. 5, n. 1, p. 46-56, 2019.
- LOPES, L. W.; LIMA, I. L. B. Prosódia e transtornos da linguagem: levantamento das publicações em periódicos indexados entre 1979 e 2009. **Revista Cefac**, v. 16, n. 2, p. 651-659, 2014.
- MENICALLI, Daniela. O transtorno mutismo seletivo e ludoterapia. **Revista Argumento**, v. 4, n. 8, p. 49-57, 2002.
- MERCADANTE, M. T.; VAN DER GAAG, R. J. & SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. 12-20, 2006.
- PEIXOTO, A. C. de A. **Mutismo Seletivo**: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em tratamento clínico cognitivo-comportamental) – Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- PROAL, E. *et al.* Neurobiología del autismo y TDAH mediante técnicas de neuroimagen: divergencias y convergencias. **Revista de neurología**, v. 57, n. 0 1, p. 163, 2013.
- ROSARIO-CAMPOS, M. C. do; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 16-19, 2000.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. São Paulo: **Artmed Editora**, 2016.
- SCHWARTZMAN, J. S.; Síndrome de Rett. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 110-113, 2003.



VARGAS, R. M.; SCHMIDT, C. **Autismo e esquizofrenia**: compreendendo diferentes condições, 2011.



## ÍNDICE REMISSIVO

<b>A</b>	<b>N</b>
ABA, 36, 37, 38	Neuropsiquiatria, 2
autismo, 5, 6, 7, 10, 11, 21, 29, 31, 32, 36, 38, 39, 41, 43, 45, 48, 55, 61	<b>P</b>
AUTISMO, 5, 4, 35, 45	Psicologia, 2, 33, 45, 61
<b>C</b>	<b>S</b>
Cognitivo, 14, 31	Síndrome de Rett, 16, 17, 18, 47, 48, 60, 61
<b>D</b>	SINDROMES DO ASPECTO, 43
Deficiência Intelectual, 32, 33, 53	<b>T</b>
Deficiência intelectual sem TEA, 60	TDAH, 55, 56, 60, 61
DESENVOLVIMENTO INFANTIL, 5, 21	TEA, 2, 5, 4, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 47, 51, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61
Desenvolvimento Motor, 30	TOC, 55, 58, 59, 60, 61
DIAGNÓSTICO, 5, 10	Transtorno, 4, 10, 11, 16, 21, 30, 33, 35, 41, 48, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 60, 61
DIAGNÓSTICOS, 5, 47	Transtorno de comunicação social (pragmática), 60
<b>E</b>	Transtorno de movimento estereotipado, 60
Espectro Autista, 4, 11, 21, 30, 35, 50, 59	Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), 58
Esquizofrenia, 50, 56, 60	transtornos, 10, 16, 21, 41, 43, 50, 51, 52, 54, 58, 61
<b>I</b>	Transtornos de linguagem, 60
INCLUSÃO, 5, 43	tratamento, 12, 14, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 61
<b>M</b>	TRATAMENTO, 5, 35
Mutismo seletivo, 60	



