

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF
Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica - SPPM

LEONARDO SIQUEIRA DE ARAÚJO PINTO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E
OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM ADULTOS

Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica - SPPM
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO - RJ

2024

LEONARDO SIQUEIRA DE ARAÚJO PIINTO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E
OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM ADULTOS

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Médica do Hospital
Universitário Clementino Fraga Filho da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
como parte das exigências para a
obtenção do título de especialista em
Psiquiatria, sob orientação do Prof. Dr.
Nelson Caldas.

RIO DE JANEIRO

2024

LEONARDO SIQUEIRA DE ARAÚJO PINTO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E
OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM ADULTOS

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Médica do Hospital
Universitário Clementino Fraga Filho da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
como parte das exigências para a
obtenção do título de especialista em
Psiquiatria, sob orientação do Prof. Dr.
Nelson Caldas.

Aprovada em

Rio, 27 de novembro de 2024.

Prof. Dr. Nelson Caldas
Orientador

Prof. Dr. Rafael de Assis da Silva

Profa. Dra. Natália Merola Fontoura

Prof. Dr. Lucas Hosken

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação e interação social e por comportamentos e interesses restritos e repetitivos presentes precocemente desde infância. Apenas em 1980 o autismo foi reconhecido como entidade independente entre os distúrbios do neurodesenvolvimento, deixando de ser uma manifestação psicótica como até então era conhecido. Assim, após essa mudança, surgiram muitos indivíduos dentro do espectro autista já em idade adulta, acima de 20 anos de idade, sem diagnóstico e tratamento apropriados. Apesar dos serviços de saúde e educação para crianças com TEA já estarem bem estabelecidos, os serviços voltados para adultos com TEA ainda estão sendo estruturados. Nesse sentido, ainda há escassez de estudos voltados para TEA em adultos que abordem a identificação de comorbidades, tratamentos clínicos rigorosos (farmacológicos e psicossociais), novas farmacoterapias e as dinâmicas de transição e envelhecimento dentro do espectro autista. Assim, o presente estudo revisará as evidências disponíveis acerca do diagnóstico e manejo de adultos com TEA, considerando o que é necessário para sua correta identificação e avaliação. Ressalta que independentemente do diagnóstico comórbido, é de fundamental importância que o profissional de saúde tenha amplo conhecimento dos sintomas centrais do autismo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico Clínico; Diagnóstico Diferencial; Teoria da Mente e Autismo.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by difficulties in communication and social interaction, as well as restricted and repetitive behaviors and interests, typically present from early childhood. It was not until 1980 that autism was recognized as an independent entity within neurodevelopmental disorders, shifting away from being classified as a psychotic manifestation, as it was previously known. Following this change, many individuals within the autistic spectrum were identified in adulthood, often above 20 years of age, without appropriate diagnosis or treatment. While healthcare and educational services for children with ASD are well-established, services tailored for adults with ASD are still under development. In this regard, there is a notable scarcity of studies focusing on ASD in adults, particularly those addressing the identification of comorbidities, rigorous clinical treatments (both pharmacological and psychosocial), new pharmacotherapies, and the dynamics of transition and aging within the autistic spectrum. Therefore, the present study aims to review the available evidence on the diagnosis and management of adults with ASD, considering the necessary components for accurate identification and assessment. It is important to emphasize that, regardless of any comorbid diagnoses, healthcare professionals must possess a comprehensive understanding of the core symptoms of autism.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Clinical Diagnosis; Differential Diagnosis; Theory of Mind and Autism.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	11
• <i>Descrever o conceito de autismo e sua evolução.....</i>	<i>11</i>
• <i>Caracterizar a especificidade do adulto com TEA pela DSM-5-TR.....</i>	<i>11</i>
• <i>Apresentar as principais características sintomatológicas que diferenciam o TEA de outros transtornos psiquiátricos.....</i>	<i>11</i>
3. MATERIAL E MÉTODOS	12
4. AUTISMO	13
4.1) Evolução do conceito e dos critérios	13
4.2) Critérios diagnósticos atuais.....	15
4.3) Fundamentos para o diagnóstico.....	18
4.4) Epidemiologia	20
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ADULTOS COM TEA	24
6. DISCUSSÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
BIBLIOGRAFIA.....	36

1. INTRODUÇÃO

O termo "autismo" foi introduzido por Bleuler (1911) na tentativa de definir uma das quatro características primárias do conceito sindrômico de esquizofrenia: o "desapego da realidade com a predominância relativa e absoluta da vida interior".

Na década de 1940, Kanner (1943) retomou o uso do termo bleuleriano, tornando-o autônomo e mais próximo de sua conceituação atual. Ele descreveu o "autismo infantil precoce" como caracterizado por um "distúrbio inato do contato afetivo". Quase contemporaneamente, Asperger (1944), pediatra em Viena, descreveu um grupo de 4 meninos socialmente desajeitados com o título de "psicopatia autista". Esses pacientes apresentaram dificuldades em compreender as emoções e sentimentos dos outros e apresentaram múltiplos problemas comportamentais. Além disso, eles estavam focados em áreas estreitas de interesses, embora fossem de inteligência normal.

Tanto Asperger (1944) quanto Kanner (1943) usaram o termo "autismo" para se referir a seus casos, mas a contribuição de Kanner tornou-se amplamente conhecida na comunidade científica. O trabalho de Asperger permaneceu em grande parte despercebido, em parte porque foi publicado em alemão. Desde o início, no entanto, o termo autismo foi aplicado a um amplo espectro de condições em termos de comprometimento e funcionamento cognitivo.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão (1990); e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) (1994), o autismo e os transtornos comportamentais semelhantes ao autismo foram incluídos na categoria mais ampla de "transtornos invasivos do desenvolvimento" (TID). O adjetivo "invasivo" enfatiza o desarranjo de diferentes áreas, enquanto "desenvolvimento" refere-se não apenas às fases iniciais da vida, mas também ao "desdobramento normativo de múltiplas competências de desenvolvimento, incluindo relações sociais e comunicação". Embora as principais características diagnósticas sejam semelhantes às do DSM-IV, outros aspectos do diagnóstico envolvem grandes mudanças no DSM-5 (2015). Desta forma, a categoria que englobava o autismo foi substituído por Transtorno do

Espectro Autista (TEA) que abrange um número de síndromes como a síndrome de Asperger e transtornos invasivos do desenvolvimento não especificados. Além disso, enquanto a DSM-IV incluiu 3 sintomas do autismo: déficit na relação e na comunicação social, bem como interesses fixos e repetitivos, na DSM-5 (2015) somente duas áreas foram categorizadas “déficit na comunicação social e interesses fixos e repetitivos”.

A grande heterogeneidade do TEA e sua escassa especificidade diagnóstica se refletem na variabilidade das taxas de prevalência na literatura. Investigações recentes relatam uma prevalência de 1/36 crianças de 8 anos de idade nos Estados Unidos, conforme Centers for Disease Control and Prevention – CDC, (2023), e 2,2% dos adultos (Hirota, T; King, B. H; (2023), enquanto o autismo é uma das causas mais comuns de deficiência infantil. A prevalência do TEA tende a permanecer estável ao longo da vida de um indivíduo, de modo que aqueles diagnosticados com TEA durante a infância provavelmente manterão o transtorno ao atingir a idade adulta (Lord. C, et al., 2018).

Na clínica, tanto em adultos quanto em crianças, o autismo pode ser distinguido como subtipos "sociais" (dificuldades de interação social e comunicação) e "não sociais" (comportamentos e interesses restritos e repetitivos). O autismo "não social" é caracterizado por uma preferência pela mesmice, movimentos corporais repetitivos e uma limitação estrita de interesses. Movimentos estereotipados (marcha estereotipada, movimentos oscilantes, manipulação de objetos, maneirismos) e problemas de linguagem (gagueira), especialmente em indivíduos com QI normal, tendem a reduzir em gravidade e difusão durante o crescimento. Por outro lado, as características obsessivo-compulsivas (rituais complexos, repetitividade e compulsões) muitas vezes se tornam o aspecto predominante do quadro clínico. Comportamentos impulsivos, automutilação e peculiaridade de interesses permanecem estáveis ao longo do tempo (Lai, M. C. & Baron-Cohen, S. 2015).

Uma das maiores dificuldades na identificação de adultos com TEA é o fato de que indivíduos com linguagem fluente e níveis adequados de inteligência têm, muitas vezes, a probabilidade diagnóstica de TEA esquecida pelos examinadores. Além disso, serviços de atendimento a adultos com TEA tendem a utilizar com menor frequência ferramentas diagnósticas validadas quando comparados a serviços de atendimento a crianças (Howlin, P. et al., 2004). As

limitações na interação social de adultos com TEA devem estar presentes desde a infância, podendo se tornar aparentes apenas após as dinâmicas complexas da adolescência e da vida adulta ultrapassarem suas habilidades adaptativas (Lord. C, et al., 2018). No entanto, a aquisição de novas habilidades adaptativas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, podem também dificultar ainda mais o diagnóstico de TEA na idade adulta (Lord. C, et al., 2018 & Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B., 2023). Nesse sentido, essa aquisição de habilidades adaptativas ocorre devido a necessidade do indivíduo de encontrar estratégias psicossociais através de mecanismos de cópia e camuflagem: fenômeno que consiste na realização de pequenas cópias de comportamentos de neurotípicos (indivíduos que não apresentam o transtorno) (Tierney, S; Burns, J. ,2019). Tal comportamento se por um lado permite o mascaramento de sintomas autistas durante interações sociais, por outro se dá às custas de grande sofrimento psíquico e é fator de risco para outras comorbidades psiquiátricas (Lord. C, et al., 2018).

Nesse sentido, pode-se inferir que adultos com TEA podem possuir habilidades sociais, mas essas têm caráter limitado, restrito e ensaiado, e se apresentar de forma diversa a depender das relações interpessoais avaliadas e do contexto sociocultural que o paciente está inserido (Sattler, M. L; Kuo, B. C. H., 2020).

Adultos dentro do espectro autista, antes de terem o diagnóstico estabelecido, frequentemente procuram serviços psiquiátricos devido a sintomas depressivos e ansiosos. Desta forma o rastreio de características autistas nesses pacientes auxilia a identificação daqueles que potencialmente pertencem ao espectro autista, possibilitando o tratamento e a avaliação por equipes multidisciplinares (Vohra, R; Vohra, S. 2017).

O presente estudo pretende, a partir da revisão da literatura, discutir a complexidade do diagnóstico diferencial em indivíduos adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para tal, são utilizados os fundamentos estabelecidos pelo DSM-5-TR (2022) e pela literatura científica suplementar atual para o diagnóstico do autismo na população adulta.

2. OBJETIVOS

- Descrever o conceito de autismo e sua evolução.
- Caracterizar a especificidade do adulto com TEA pela DSM-5-TR.
- Apresentar as principais características sintomatológicas que diferenciam o TEA de outros transtornos psiquiátricos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa e não sistemática da literatura com o objetivo de analisar e sintetizar as informações presentes na literatura a respeito do diagnóstico de TEA realizado em pacientes adultos. Foram incluídas apenas pesquisas quantitativas publicadas em língua portuguesa e inglesa, com pré-seleção guiada por títulos e seus resumos, seguida por leitura na íntegra dos artigos e livros mais relevantes para a revisão.

4. AUTISMO

4.1) Evolução do conceito e dos critérios

O termo “autismo” foi cunhado e utilizado pela primeira vez, em 1911, pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler e detalhado em 1913 em seu artigo intitulado “Pensamento Autístico” o qual foi publicado na revista “The American Journal of Insanity” (Piccolo, G. M., 2024). Na época, a expressão “autismo” foi inicialmente vinculada a um sintoma do comportamento esquizofrênico e ao retraimento social do indivíduo (Bleuler P. E. ,2013), percorrendo uma trajetória analítica por décadas (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B. 2023 & Piccolo, G. M, 2024).

Em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner, publicou um trabalho intitulado “Distúrbios autísticos do contato afetivo”, no qual descreveu de forma fenomenológica o quadro clínico de onze crianças que apresentavam deficiência intelectual, dificuldades significativas no estabelecimento de relações interpessoais, problemas afetivos, isolamento extremo, fixação em comportamentos repetitivos, estereotípias e ecolalia. Ao expor essas características, Kanner foi pioneiro na caracterização do transtorno, utilizando o termo “autismo” — originalmente cunhado por Eugen Bleuler — para designar o que, a partir de então, passou a ser reconhecido como “Autismo Infantil” (Piccolo, G. M., 2024).

Contemporâneo de Leo Kanner, mas sem ter conhecimento das publicações deste, o pediatra austríaco Hans Asperger publicou, em 1944, um estudo (Piccolo, G. M., 2024) no qual descrevia o caso de quatro crianças que apresentavam características semelhantes às aquelas relatadas por Kanner. No entanto, diferentemente do estudo de Kanner, Asperger destacou que essas crianças possuíam níveis normais de inteligência e não apresentavam prejuízos significativos na percepção da linguagem ou na fala. Ademais, o autocuidado delas era adequado, e os sinais do quadro clínico eram dificilmente detectados em idades precoces. Asperger denominou essa condição como “psicopatia autística”. No entanto, seu trabalho apenas obteve reconhecimento significativo em 1981, a partir dos estudos de Lorna Wing (Piccolo, G. M., 2024), psiquiatra inglesa, que destacou as descrições feitas

por Asperger em 1944. Além disso, a contribuição de Uta Frith em 1991, que traduziu o artigo original do alemão para o inglês, foi fundamental para ampliar a divulgação e a compreensão acerca da pesquisa de Asperger (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

Durante várias décadas, o autismo foi abordado como uma condição pertencente ao campo das psicoses. Tanto a psiquiatria norte-americana quanto a francesa classificavam indivíduos com o transtorno dentro do grupo das psicoses infantis. Foi a partir dos trabalhos de Lorna Wing (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B., 2023), em conjunto com as ideias de Michael Rutter (Piccolo, G. M., 2024), que se estruturou academicamente a concepção do "continuum" ou espectro autista, utilizado para descrever as manifestações observadas por Asperger.

As duas primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-I (1952) e DSM-II (1968), ainda não trouxeram o autismo dentro de uma categoria especial, colocando-o dentro do grupo das psicoses infantis, sem nenhuma especificação. Dessa forma, é somente no DSM-III-R (1980) a inauguração do autismo como categoria nosológica específica, estabelecendo-se critérios para a sua definição e diagnóstico. Coube ao DSM-5 (2015) a definição generalizante de Transtorno do Espectro Autista (TEA), o classificando como um transtorno do neurodesenvolvimento e definindo as suas bases nos déficits na comunicação e interação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B. 2023).

Dessa forma, o autismo atualmente é compreendido como uma síndrome comportamental cuja etiologia envolve uma interação multifatorial complexa, entre fatores genéticos e ambientais, na qual as manifestações decorrem de um desenvolvimento neurológico anormal desde os primeiros anos de vida. Apresenta desfechos altamente variáveis, os quais são determinados pela gravidade da condição, o que justifica sua inclusão no grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento e sua caracterização como uma condição espectral e única: o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

4.2) Critérios diagnósticos atuais

4.2.1) DSM-5-TR

O DSM-5-TR classifica o TEA como um único transtorno, apresentando-o como um espectro que é subdividido em níveis de gravidade, como base na necessidade de suporte: níveis 1, 2 e 3. O termo “espectro” é utilizado para enfatizar que o autismo se manifesta de diferentes maneiras, variando conforme a gravidade do transtorno, possivelmente o sexo, o nível de desenvolvimento e a idade de cada indivíduo. O manual também inclui critérios específicos e mais detalhados, abordando déficits na comunicação social e na interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades. Além disso, considera como possível a presença de comorbidades e outros transtornos associados aos sintomas centrais do autismo, mas sem integrá-los ao diagnóstico de TEA em si.

O TEA apresenta dois domínios psicopatológicos centrais, “pilares diagnósticos”, os quais devem ser observados na avaliação atual ou em algum momento da história do paciente. Um deles envolve prejuízos na comunicação social e na interação social em diferentes contextos (descritos no critério A) enquanto o outro padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividades (descritos no critério B).

Os déficits na comunicação social e na interação social (critério A) devem ser persistentes, além de terem os três (3) subitens bem caracterizados para que o critério A seja considerado presente, sendo eles: (1) déficits na reciprocidade socio-emocional, (2) déficits em comportamentos comunicativos não verbais e (3) déficits no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos.

Já o critério B, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades, apresentam quatro (4) subitens, porém, diferentemente do critério A, bastam pelo menos dois (2) deles para que esse segundo aspecto central do autismo seja considerado presente: (1) movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso de objetos ou fala, (2) insistência na mesmice, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, (3) interesses altamente restritos e fixos

que são anormais em intensidade ou foco e (4) hiper ou hipor-reatividades a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente.

Os sintomas do TEA devem ser observados desde o início do desenvolvimento do indivíduo; no entanto, eles podem não ser evidentes e passar despercebidos pelos olhares dos pais, cuidadores ou até mesmo de profissionais de saúde. Essa dificuldade de identificação pode ser explicada pela sutileza dos sintomas em alguns casos, pelas demandas sociais não superarem as limitações de habilidades do indivíduo e pelo “mascaramento” dos sintomas por meio de habilidades adquiridas e estratégias aprendidas ao longo da vida adulta. Tais déficits são suficientemente importantes ao ponto de causar prejuízos ao funcionamento diário do indivíduo em diversos contextos, seja em relação a questões ocupacionais, interpessoais, sociais ou acadêmicas.

O manual reconhece explicitamente que o autismo apresenta altas taxas de comorbidades. Cerca de 70% dos casos envolvem pelo menos um transtorno associado, e 40% podem ter dois ou mais. Transtornos de ansiedade, como a fobia social, e transtornos depressivos são bastante comuns, assim como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o transtorno do desenvolvimento intelectual e o transtorno alimentar restritivo evitativo. Além disso, condições neurológicas, como a epilepsia, também podem ser diagnosticadas com certa frequência, assim como sintomas gastrointestinais (constipação) e doenças genéticas (Síndrome do X frágil, Síndrome de Down Esclerose tuberosa).

Além dos sintomas e comportamentos relacionados aos domínios centrais do TEA, o manual também descreve dois aspectos importantes que contribuem para os déficits sociais marcantes nos indivíduos autistas: as dificuldades com a teoria da mente e com a coerência central.

A Teoria da Mente refere-se à habilidade de compreender que os outros possuem pensamentos, crenças, desejos e intenções distintos dos nossos, permitindo a interpretação dos comportamentos a partir da perspectiva do outro. Em indivíduos com TEA, essa capacidade pode ser prejudicada, resultando em dificuldades em tarefas relacionadas a essa

habilidade. A assimetria entre o conhecimento próprio e o conhecimento do outro é um fator frequentemente observado no TEA, o que compromete a compreensão das intenções e emoções de terceiros, fundamentais para a competência social. Embora a Teoria da Mente não seja uma explicação exclusiva para as características do TEA, ela exerce uma influência substancial nas habilidades sociais, uma vez que os indivíduos com esse transtorno podem ser capazes de gerar pensamentos e intenções em contextos controlados, mas apresentam dificuldades em aplicar essas habilidades em situações sociais do dia a dia. As deficiências nessa capacidade cognitiva geram déficits sociais, comportamentais e comunicativos os quais se correlacionam com um desenvolvimento tardio ou insuficiente dessa habilidade (Andreou M; Skrimpa V, 2020). Deve-se destacar que tais prejuízos podem variar amplamente entre os indivíduos com TEA, com algum deles não apresentando déficits marcantes. A espontaneidade em relação a estímulos socioemocionais, como pistas psicológicas recíprocas, é frequentemente ausente, mesmo em casos de autismo com inteligência normal e linguagem fluente, embora esses indivíduos possam ser capazes de interpretar estados mentais com base nas expressões faciais completas. Em adultos com TEA, observa-se uma constante dificuldade em atribuir estados mentais de maneira espontânea.

Na coerência central, pessoas com espectro autista tendem a focar em detalhes específicos em detrimento do contexto global ou da visão geral de uma circunstância. Isso pode resultar em dificuldades para integrar informações e entender a intenção ou a narrativa subjacente de uma situação.

4.2.2) CID-11

A CID-11 (2018), consolida o diagnóstico de TEA como uma única categoria, sem as subdivisões anteriores utilizadas pela CID-10 (Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Asperger, outros transtornos do desenvolvimento global e Transtorno do desenvolvimento global não especificado), reconhecendo a variação na gravidade (sem utilizar os níveis de suporte propostos pelo DSM-5-TR) e as diferentes características do autismo. Quantos aos critérios, adota abordagem mais ampla, sem muito

detalhamento, com foco nas dificuldades funcionais e nos padrões de comportamento. Reconhece as características associadas e as comorbidades como parte do quadro clínico.

Da mesma forma que o DSM-5-TR, a CID-11 também caracteriza o autismo como um espectro, reconhecendo-o como um transtorno que pode variar em gravidade conforme o contexto ou o grau de comprometimento de cada indivíduo. Embora não haja detalhamento dos sintomas ou exemplos específicos, o destaque para os dois domínios psicopatológicos que definem o diagnóstico é claro: (1) déficits na capacidade de iniciar e sustentar interações sociais de maneira recíproca e na comunicação social; e, (2) padrões restritos, repetitivos e inflexíveis de comportamento e interesses.

Desta forma, os sintomas do TEA devem ser persistentes e fazer parte das características de funcionamento do indivíduo, causando dificuldades em todos os ambientes. É importante notar que tais limitações podem variar em intensidade e gravidade, dependendo do contexto. As manifestações do transtorno são típicas da primeira infância, período que abrange os primeiros seis anos (ou 72 meses) de vida. No entanto, alguns casos podem passar despercebidos, pois a demanda social pode ainda não ter superado as capacidades limitadas do indivíduo até aquele momento.

No manual os prejuízos no funcionamento intelectual, nas habilidades adaptativas e na capacidade de linguagem para fins instrumentais, como a expressão de necessidades e desejos pessoais, são considerados dificuldades adicionais ao TEA e, não características definidoras do mesmo, como são os prejuízos na comunicação e interação social, por exemplo. Cada uma dessas habilidades deve ser avaliada quanto à sua ausência; se presentes, deve-se determinar o grau de comprometimento.

4.3) Fundamentos para o diagnóstico

O TEA pode ser diagnosticado por diversos profissionais, como pediatras, psiquiatras, neurologistas e psicólogos, preferencialmente com a colaboração de múltiplas especialidades. Diante da atuação de tantos profissionais durante o processo diagnóstico - e até mesmo terapêutico - é fundamental a presença de um “profissional-chave”, capaz de oferecer suporte às famílias em

momentos de transição, como na hora do diagnóstico, nas mudanças familiares e nas etapas da vida, como a entrada e saída da escola ou a inserção no mercado de trabalho (Lord. C, et al., 2018 & Hirota, T; King, B. H, 2023).

O diagnóstico é considerado mais confiável quando fundamentado em diversas fontes de informação. A combinação entre avaliação clínica (com as observações do profissional), a entrevista com pais e cuidadores (como professores, por exemplo) e o autorrelato do paciente (quando possível) aumenta as chances de um diagnóstico mais preciso em comparação com cada uma dessas fontes isoladamente (Lord. C, et al., 2018).

É importante que na avaliação de indivíduos com suspeita de TEA seja feita a coleta de informações acerca do nível de linguagem atual (tanto receptiva quanto expressiva), das habilidades motoras, das habilidades adaptativas, das habilidades sociais, dos comportamentos disfuncionais, além de uma estimativa do funcionamento cognitivo ou QI (Lord. C, et al., 2018). Avaliar todos esses domínios de funcionamento do indivíduo é importante para a construção de uma estratégia terapêutica detalhada e individualizada. Medidas e questionários específicos auxiliam o clínico durante a avaliação de indivíduos com suspeita do TEA. Destacam-se a ADIR-R (Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada) (Hirota, T; King, B. H., 2023 & Lord. C, et al., 2018), a M-CHAT-R (Lista de Verificação Modificada para Autismo e Bebês) (Lord. C, et al., 2018), CARS (Escala de Pontuação para Autismo na Infância) (Lord. C, et al., 2018), a SRS (Escala de Responsividade Social) (Lord. C, et al., 2018) e a ADOS-2 (Escala de Observação para o Diagnóstico do autismo, 2ª edição) (Hirota, T; King, B. H, 2023 & Lord. C, et al., 2018). Além dessas, também é indicada para fins de rastreio, a Autism Spectrum Quotient – Adult (AQ-10) cuja pontuação maior ou igual a 6 considera encaminhamento para uma avaliação especializada (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B., 2023).

No entanto, é fundamental enfatizar que o diagnóstico de TEA, pelo DSM-5--TR é eminentemente clínico e não deve se basear exclusivamente nas pontuações obtidas em testes diagnósticos. Até o momento, não existem marcadores biológicos confiáveis disponíveis para seu diagnóstico (Hirota, T; King, B. H., 2023 & Lord. C, et al., 2018).

4.4) Epidemiologia

O TEA ocorre em todos os grupos socioeconômicos, raciais e étnicos e suas estimativas de prevalência podem ser substancialmente influenciadas por diagnósticos imprecisos, tardios ou subdiagnósticos, especialmente em indivíduos de determinadas origens etnoraciais (Lord, C, et al., 2018 & CDC, 2023). Observa-se que a prevalência estimada tem mostrado um aumento progressivo ao longo do tempo, passando de 1,1% em 2008, para 2,3% em 2018 e alcançando 2,8% em 2020 (Hirota, T; King, B. H., 2023). Esse crescimento pode ser atribuído, em grande parte, às mudanças nos critérios diagnósticos, ao aumento da conscientização comunitária sobre o transtorno, bem como ao aprimoramento das ferramentas de triagem e diagnóstico utilizadas pelos profissionais de saúde durante a avaliação (Hirota, T; King, B. H., 2023). De acordo com as estimativas da Rede de Monitoramento de Deficiências no Desenvolvimento e Autismo (ADDM), do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, publicadas em 2023, aproximadamente 1 em cada 36 crianças de 8 anos foi identificada com TEA, conforme figura 1, a seguir:

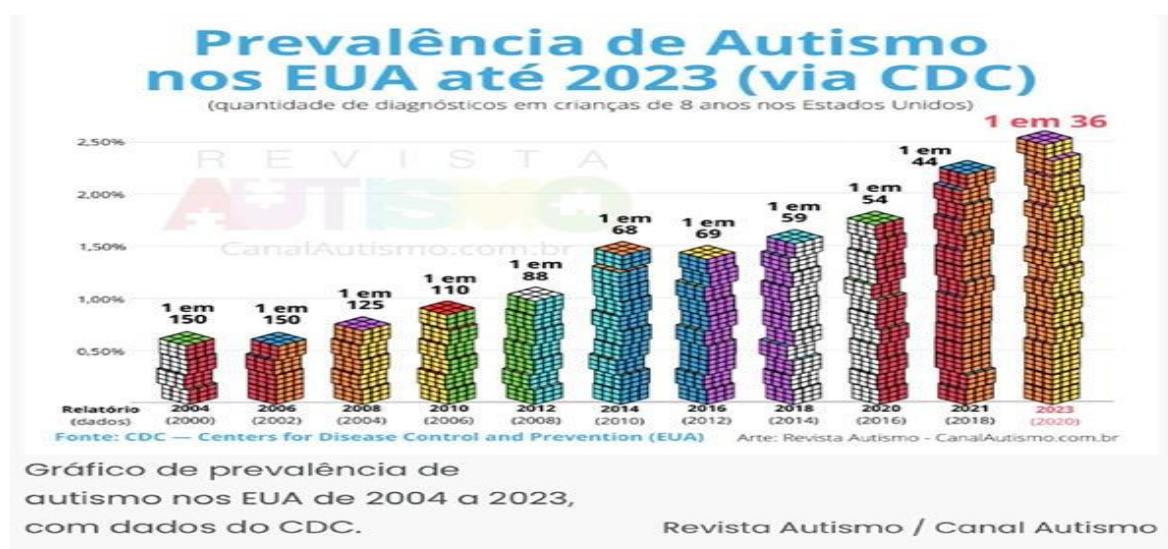


Figura 1 – Prevalência de TEA em crianças de oito anos, desde 2004 a 2023 adaptado da (Revista Autismo/ Canal Autismo).

Mesmo nos primeiros artigos publicados sobre autismo, já era perceptível a maior proporção de casos em homens quando comparado com as mulheres. Atualmente, a proporção é de 3,8:1 (CDC, 2023), com preocupações acerca do não reconhecimento da síndrome autista em mulheres e meninas (DSM-5-TR, 2022 & Lord. C, et al., 2018).

4.5) Tratamento

A apresentação clínica entre os indivíduos com TEA, em suas diferentes faixas etárias, são bastante heterogêneas apesar das semelhanças quanto aos sintomas centrais do autismo, dessa forma o tratamento proposto deve levar em consideração as particularidades de cada caso. Terapias comportamentais com bom nível de evidência buscam estimular comportamentos funcionais, socialmente relevantes, e diminuir ou eliminar ações disfuncionais, buscando intervenções amplas e voltadas para diversos domínios de habilidades, tais como: as cognitivas, as motoras, as adaptativas, as de linguagem, as de comunicação social, as de controle emocional e as da vida diária, por exemplo.

4.5.1) Terapêutica comportamental

Embora o TEA seja considerado um transtorno do neurodesenvolvimento com bases biológicas, os tratamentos que demonstram melhores resultados a curto, médio e longo prazo são aqueles que adotam abordagens comportamentais, educacionais e psicossociais (Lord. C, et al., 2018). Entre as terapias comportamentais, destaca-se a Análise do Comportamento Aplicada (ABA, *Applied Behavior Analysis*), uma ciência voltada para o tratamento de comportamentos sociais relevantes e funcionais, além da redução ou eliminação daqueles considerados disfuncionais. A ABA

possui três braços que a sustenta, o behaviorismo radical (fundamento filosófico), a análise experimental do comportamento (campo que estuda os processos básicos do comportamento, de como os organismos se comportam, principalmente o humano) e a análise do comportamento aplicada (campo de pesquisa que visa usar os conhecimentos experimentais para tentar melhorar a qualidade de vida humana).

O tratamento baseado na (ABA) é mais eficaz quando iniciado precocemente, idealmente antes dos 4 anos de idade ou assim que surgem os primeiros sinais do transtorno. As evidências atuais indicam que crianças que recebem tratamento após essa idade apresentam resultados piores. Além da precocidade, destaca-se a importância de um tratamento de alta intensidade, que deve variar entre 20 e 40 horas semanais, superando em eficácia aqueles com menor carga horária. Adicionalmente, é fundamental que o método seja aplicado por profissionais treinados e qualificados, durante um período prolongado. Inicialmente, ensinam-se os comportamentos pivotais, que são essenciais para o desenvolvimento de habilidades mais complexas. Por exemplo, aprender o alfabeto pode abrir portas para que o indivíduo aprenda a ler, possibilitando o acesso a novas fontes de conhecimento (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

A busca por marcos de desenvolvimento típico é desafiadora, mas crucial para que, na adolescência e na vida adulta, o indivíduo alcance maior independência e funcionalidade. As intervenções de baixa intensidade costumam apresentar prognóstico pior em relação à independência, funcionalidade, capacidade de trabalho e interação social. Muitos autistas acumulam comportamentos disfuncionais ao longo da vida e carecem de habilidades socialmente relevantes (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

Dessa forma, os princípios da ABA são aplicados a essa população, focando em habilidades que não foram adquiridas na infância e em comportamentos disfuncionais que podem dificultar a aquisição de novos conhecimentos ou impedir o adulto de conseguir um emprego e garantir sua própria independência (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

4.5.2) Psicofarmacológico:

Atualmente, o tratamento farmacológico no TEA encontra-se restrito a questões comportamentais e aos diagnósticos comórbidos, não há medicamentos capazes de tratar os sintomas centrais do transtorno (Hirota, T & King, B. H, 2023). Ensaios clínicos randomizados mostraram a eficácia da risperidona e do aripiprazol no manejo da irritabilidade e da hiperatividade em crianças e adolescentes, assim como no controle da agressividade e da automutilação, com o aripiprazol, também podendo ser utilizado para estereotipias (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023). Ambos os medicamentos fazem parte da classe dos antipsicóticos atípicos e, por isso, devem chamar a atenção do clínico para o monitoramento dos efeitos adversos mais comuns associados a esse tipo de medicação, como o ganho de peso e a sedação.

Em casos de TDAH associados ao TEA, existe a possibilidade de melhora dos sintomas com o uso do metilfenidato, da atomoxetina e da guanfacina, porém os benefícios são menores quando comparados aos da população com TDAH sem TEA (Lord. C, et al., 2018). Além disso, os indivíduos com autismo estão mais sujeitos a efeitos adversos quando estão em uso dessas medicações, tais quais: diminuição do apetite, perturbação do sono, náuseas, perda de peso e irritabilidade. Apesar das altas taxas de comorbidades psiquiátricas entre pessoas com TEA, como transtornos do humor e de ansiedade, até mesmo epilepsia, carecemos de ensaios clínicos randomizados controlados que esclareçam se esses transtornos coexistentes apresentam taxas de resposta ou de efeitos adversos próximos aos da população sem TEA (Lord. C, et al., 2018).

Quanto aos adultos, não há nenhuma medicação atualmente liberada para o tratamento dos sintomas centrais do TEA (déficits na comunicação e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesse e de atividade), assim como para transtornos psiquiátricos coexistentes nessa população. Há carência de estudos clínicos na população adulta, assim como de diretrizes com bom nível de evidência capazes de orientar a terapêutica psicofarmacologia nesses indivíduos (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ADULTOS COM TEA

Diante dos adultos com suspeita de TEA é imprescindível que o avaliador possua ampla experiência e conhecimento na diferenciação de cada sintoma associado, uma vez que até mesmo transtornos psicóticos, como o transtorno bipolar, a esquizofrenia e os transtornos delirantes, também possam ocorrer simultaneamente ao autismo, não sendo diagnósticos excludentes (Lord. C, et al., 2018). A figura 2 abaixo ilustra os transtornos psiquiátricos que apresentam sobreposição de sintomas com o TEA e cujos diagnósticos podem ser comórbidos ou excludentes (no caso do transtorno da **comunicação social**, por exemplo):

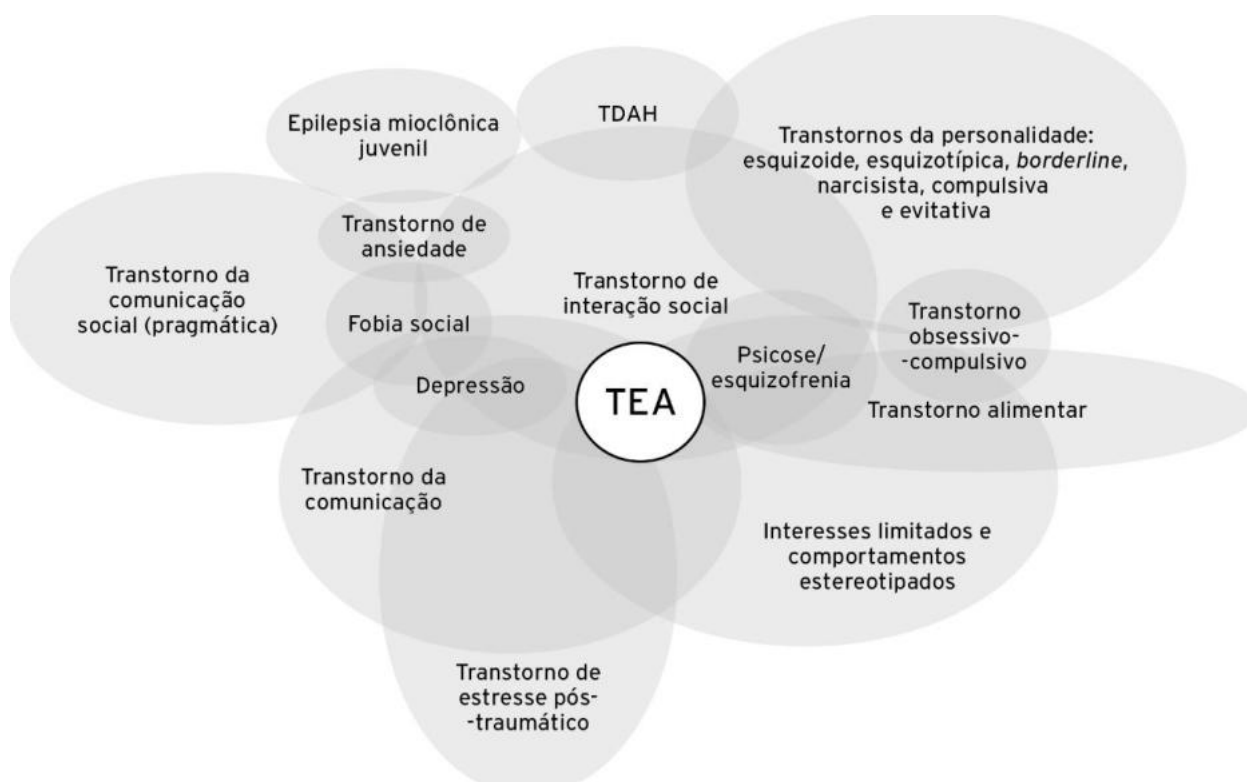


Figura 2 - Sobreposição do TEA com outros diagnósticos pela DSM-5-TR **adaptado** de (José Alberto Del Porto & Francisco B. Assumpção JR, 2023).

Pela ampla gama de transtornos comórbidos relacionados ao autismo, por questões metodológicas, optou-se por abordar, apenas quatro dos transtornos de maior relevância clínica, cujos sintomas frequentemente se sobrepõem ao TEA e cuja coexistência com o mesmo, é particularmente mais prevalente, apresentando, em muitos casos, desafios substanciais para uma discriminação diagnóstica precisa (Lord. C, et al., 2018).

Uma das principais condições associadas ao TEA, após o déficit intelectual, é o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Ambos os transtornos do neurodesenvolvimento apresentam sintomas em comum, como alterações na atenção, hiperatividade e impulsividade, além de prejuízos variados na coordenação motora. No entanto, é importante ressaltar que existem diferenças marcantes em suas definições e manifestações clínicas (DSM-5-TR, 2022).

A interação do indivíduo com o mundo e suas relações interpessoais são impactadas tanto no TEA quanto no TDAH. Contudo, as áreas afetadas e os comportamentos típicos apresentam diferenças importantes. Uma semelhança que merece destaque reside nas dificuldades enfrentadas em habilidades sociais (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

Indivíduos autistas frequentemente enfrentam desafios na comunicação e na interação social. A dificuldade em interpretar "pistas verbais" ou na linguagem não verbal pode comprometer a fluidez de uma conversa, atrapalhando a troca natural de informações (reciprocidade), ou conduzir a abordagens estranhas. Além disso, o interesse fixo em assuntos ou atividades anormais que não são compartilhados por outras pessoas podem resultar em diálogos pouco atraentes para a maioria, como, por exemplo, o desejo por discussões minuciosas acerca de uma espécie específica de animal (Schneider, M. D; Hohwy, J, 2022 & DSM-5-TR, 2022).

Por outro lado, em indivíduos com TDAH, as dificuldades manifestam-se na manutenção da atenção e do foco durante interações sociais. Isso pode resultar em mal-entendidos ou interrupções frequentes durante a fala de outros, prejudicando a fluidez das conversas. Enquanto as pessoas com TEA podem apresentar um foco intenso em interesses específicos, aqueles com TDAH frequentemente se esforçam para manter a atenção em tarefas ou atividades, mesmo que sejam de seu interesse. Essas diferenças ressaltam a complexidade das interações sociais em ambos os transtornos (Lack, C. W; Fernandez, F, 2019 & DSM-5-TR, 2022).

Da mesma forma, os transtornos de ansiedade são extremamente prevalentes na prática psiquiátrica ambulatorial e nos serviços de emergência, afetando indivíduos de diversas faixas etárias em todo o mundo. Desse cenário, os adultos com TEA não estão isentos, sendo a fobia específica, a

fobia social e a agorafobia algumas das manifestações mais comumente observadas nesses casos (DSM-5-TR, 2022).

Entretanto, a sobreposição de sintomas ansiosos com os comportamentos centrais do autismo pode dificultar a distinção diagnóstica para os clínicos. O retraimento social e os comportamentos repetitivos, como andar de um lado para o outro, podem ocorrer em ambos os transtornos. No caso da fobia social, é característico que o indivíduo apresente um medo intenso de ser o "centro das atenções". O receio de críticas e julgamentos negativos por parte de terceiros pode levar o indivíduo a desenvolver estratégias de evasão, podendo resultar em um afastamento total do contato social em casos mais graves (Lai, M.-C., et al, 2019). Esses sintomas, frequentemente persistentes desde a infância, podem contribuir para um comportamento mais recluso, caracterizado por posturas corporais inibidas em público e contato visual limitado. No TEA, a ansiedade social está frequentemente associada a dificuldades na comunicação social e na interpretação de sinais sociais. A falta de compreensão das "pistas verbais", gestos, linguagem corporal ou do contexto social vivenciado pode favorecer a manifestação de transtornos ansiosos diretamente relacionados a tentativas frustradas de interação ou inclusão em determinados ambientes (Lai, M.-C., et al, 2019).

Analogamente aos transtornos previamente discutidos, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição que compartilha sintomas com o TEA, como padrões de comportamento repetitivos, frequentemente considerados inadequados ou estranhos, em ambos os casos, e preocupações excessivas (De la Cruz, L., et al, 2021 & DSM-5-TR, 2022).

O TOC pode causar prejuízos significativos na vida social do indivíduo, levando ao isolamento em alguns casos, especialmente quando os apenas comportamentos compulsivos dominam a rotina diária. Por exemplo, uma pessoa pode evitar ambientes sociais por imaginar que precisa aplicar álcool em gel cinco vezes em cada mão após cada cumprimento, em resposta a obsessões relacionadas à contaminação (DSM-5-TR, 2022 & Linden, M; Wenzel, A, 2017).

É essencial que o clínico avalie cuidadosamente a motivação para a execução de rituais e comportamentos repetitivos, uma vez que, no TOC, a

presença de pensamentos intrusivos e indesejados (obsessões) é central, levando à prática de comportamentos repetitivos (compulsões) na tentativa de aliviar a ansiedade. Os pensamentos intrusivos frequentemente envolvem temáticas como contaminação, organização, simetria, além de questões religiosas e sexuais. Um exemplo disso pode ser a imagem mental intrusiva de figuras religiosas sagradas nuas, acompanhada de movimentos repetidos com as mãos, que buscam aliviar a ansiedade e a culpa. É importante ressaltar que as habilidades empáticas e sociocognitivas, de modo geral, permanecem preservadas nesses indivíduos (Clark, D. A; Purdon, C, 2020).

Já no TEA, é comum a observação de comportamentos motores mais estereotipados, movimentos simples com as mãos ou dedos ou, no caso de comportamentos mais complexos, a insistência em rotinas. Esses indivíduos podem perceber esses comportamentos como prazerosos, apropriados, razoáveis e reforçadores, uma forma de lidar com a sobrecarga sensorial, carecendo do caráter “neutralizante” das compulsões. Podem parecer obsessivos-compulsivos pelos seus rituais de comportamento e sistemas de organização os quais geram inquietude quando não são realizados. No entanto, deve-se ter sempre em mente a presente e persistente dificuldade desses adultos em entender normas sociais, interpretar emoções e em engajar-se em interações sociais típicas (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

É evidente que muitas dessas características, observadas em um adulto sem prejuízos intelectuais ou de linguagem, devem chamar a atenção para o diagnóstico de autismo, porém também diferenciá-lo dos transtornos da personalidade que compartilham características com o TEA, como a esquizoide e a esquizotípica, é uma tarefa que também se impõe ao avaliador. Assim como nos indivíduos com TEA, aqueles com esses transtornos de personalidade também apresentam déficits sociais e dificuldades na interação social, frequentemente buscando auxílio para queixas relacionadas à ansiedade e à depressão (DSM-5-TR, 2022). Indivíduos com personalidade esquizoide podem chamar a atenção por não demonstrarem nenhum interesse ou desejo em ter relacionamentos próximos, buscam atividades solitárias e, muitas vezes, tem pouco ou nenhum interesse em relações sexuais. A expressão emocional restrita em ambientes interpessoais pode

levar a uma conclusão de que são pessoas “frias” ou “indiferentes”, que não se preocupam com as críticas ou os elogios dos outros, características estas que podem contribuir para um cenário de poucas amizades e sem relacionamentos amorosos. No entanto, pessoas com TEA podem ter dificuldades em compreender e expressar emoções, mas muitas vezes desejam interagir socialmente e têm necessidade de conexão, contrastando com a indiferença emocional, a falta de desejo de formar laços ou de se envolver com os outros do esquizoide. Além disso, é comum que ambos os grupos demonstrem interesses intensos ou peculiares. No TEA, isso pode se manifestar em fixações por temas atípicos e específicos, enquanto na personalidade esquizoide, pode haver um foco em atividades solitárias ou hobbies (Tyrer, P., e Johnson, T, 2020 & DSM-5-TR, 2022). De maneira semelhante, indivíduos esquizotípicos também apresentam diversos déficits sociais e interpessoais em diversos contextos, estas limitações podem ser percebidas pela tendência ao isolamento social e pelas dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de relacionamentos íntimos que esses indivíduos demonstram. Entretanto, as distorções cognitivas e perceptivas, além das excentricidades de comportamento, são marcantes no transtorno de personalidade esquizotípica e contribuem para o desconforto agudo experimentados por esses indivíduos durante a socialização. As distorções cognitivas em questão podem incluir superstições, como acreditar que cruzar os dedos pode alterar um desfecho negativo, ou crenças peculiares associadas a habilidades paranormais, como telepatia, premonição e o “sexto sentido”. É comum a presença de ideias de referência, que se manifestam através da crença errônea de que eventos irrelevantes ou aleatórios ao redor estão especialmente relacionados ou foram intencionalmente planejados para o indivíduo, além de experiências perceptivas e ilusões corporais (“presenças no quarto” ou “vozes falando algo”, por exemplo). Dessa forma, indivíduos com características marcantes da personalidade esquizotípica costumam ser percebidos pelos outros como estranhos, uma vez que suas ideias e comportamentos, como o modo de se vestir ou falar, diferem significativamente das expectativas sociais. A vivência dessa condição frequentemente resulta em solidão, dificultando o desenvolvimento de amizades, relacionamentos românticos e vínculos afetivos. O desconforto

acentuado durante as interações sociais impede a formação de relacionamentos positivos e duradouros. A origem psicológica dessa ansiedade social geralmente está ligada à paranoia, caracterizada por uma forte desconfiança em relação às verdadeiras intenções dos outros, que são frequentemente interpretadas como negativas. Assim, o desconforto durante as interações sociais não diminui com o tempo; embora esses indivíduos possam manifestar insatisfação em relação à falta de relacionamentos, suas ações frequentemente indicam um interesse reduzido em socializações em comparação à maioria das pessoas.

Dessa forma, enquanto o transtorno de personalidade esquizoide reflete uma escolha ativa de evitar interações sociais e manter uma vida emocional restrita, o transtorno esquizotípico combina dificuldades sociais com peculiaridades de pensamento e comportamento excêntricos. Por outro lado, o TEA no adulto é caracterizado por desafios nas interações sociais e na comunicação social, muitas vezes com interesses e comportamentos repetitivos que não se alinham exatamente com as definições de transtornos de personalidade.

6. DISCUSSÃO

Nos adultos, o diagnóstico diferencial psiquiátrico se torna uma tarefa complexa, pois muitos indivíduos com TEA podem apresentar comorbidades cujos sintomas podem dificultar a identificação da síndrome comportamental autista durante a avaliação clínica. Da mesma forma, a sobreposição de sintomas entre o TEA e as outras diferentes condições psiquiátricas, também torna ainda mais trabalhoso o processo diagnóstico (Lord. C, et al., 2018 & DSM-5-TR, 2022).

Muitos indivíduos não recebem o diagnóstico de TEA durante a primeira infância, os primeiros seis anos de vida, e frequentemente passam despercebidos pelos cuidadores, pais e profissionais de saúde. Fatores marcantes da história do indivíduo podem reforçar a hipótese inicial de TEA, como a presença de irmãos com o diagnóstico já bem estabelecido ou a existência das características de comportamento autista desde a primeira infância. Nesses casos, os sintomas autistas tendem a **ser mais sutis**, a capacidade intelectual está na média ou acima da média, sem que haja prejuízos significativos na linguagem falada ou escrita (DSM-5-TR, 2022 & Hirota, T; King, B. H, 2023 & Lord. C, et al., 2018). É importante enfatizar que, como o TEA não é uma condição degenerativa, esses indivíduos podem aprender estratégias de enfrentamento ao longo da vida adulta, permitindo-lhes adaptar-se a diferentes contextos e "mascarar" os sintomas centrais do transtorno em algumas situações. Esse perfil de autista geralmente se associa a pacientes que buscam serviços de psiquiatria por outras questões, como ansiedade e depressão, sem que os traços autísticos sejam um assunto discutido de maneira explícita ou trazidos como queixa (Lord. C, et al., 2018 & Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

Portanto, independentemente do transtorno psiquiátrico avaliado em comorbidade com o TEA, é fundamental buscar a caracterização do eixo diagnóstico central do autismo durante a avaliação, pelo reconhecimento dos sintomas que compõem a síndrome comportamental autista observados em cada caso, uma vez que tais apresentações clínicas podem mimetizar sintomas psiquiátricos de outros transtornos, além de exigirem níveis de suporte completamente diferentes (Del Porto, J. A; Assumpção JR, F. B, 2023).

Nesse sentido, torna-se imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento das características básicas associadas ao funcionamento do indivíduo autista visando um diagnóstico mais preciso, como os prejuízos na teoria da mente (ou na tomada de perspectiva), na imitação e na comunicação não verbal e nos aspectos relacionados a coerência central, a adesão inflexível a rotinas, aos interesses restritos e fixos e a maior ou menor sensibilidade aos estímulos sensoriais.

Como vimos anteriormente, a teoria da mente é uma capacidade fundamental para a interação social, pois nos permite prever e interpretar o comportamento dos outros. Uma pessoa com boa teoria da mente pode entender que um amigo está triste porque perdeu um voo de férias, mesmo que ela mesma não esteja chateada com isso, por exemplo. Outra situação seria quando alguém sabe que seu colega de trabalho pode estar estressado e, portanto, evita abordá-lo em um momento difícil, reconhecendo que ele pode não estar disposto a conversar. Assim, deve-se destacar que as variações individuais na capacidade de entender estados mentais dentro do espectro autista indicam que, embora muitos apresentem dificuldades marcantes, outros podem exibir habilidades mais preservadas nesse domínio (Andreou M; Skrimpa V, 2020).

Da mesma forma, a dificuldade de imitação no autismo está relacionada à maneira como algumas pessoas no espectro autista podem ter problemas em replicar ações, comportamentos ou expressões faciais de outras pessoas. Isso pode ser explicado pela teoria dos neurônios-espelho, que sugere que certas células cerebrais ajudam a entender e imitar o que outros fazem (Rizzolatti, G; Craighero, L, 2004). Por exemplo, um indivíduo autista pode não conseguir copiar um gesto simples, como acenar, ou pode não reproduzir expressões faciais que vê em outras pessoas, dificultando a aprendizagem social e a interação. Tal dificuldade pode afetar o aprendizado de habilidades sociais, como jogar em grupo, onde a imitação de comportamentos é frequentemente uma forma de integração e comunicação favorecendo o isolamento, comprometimento na autoestima e sintomas depressivos e ansiosos (Gepner, B; Mestre, D, 2002).

No caso da coerência central, como **já abordado previamente**, sua alteração pode levar a dificuldades sociais e de comunicação, mas também

pode resultar em habilidades excepcionais em tarefas que exijam atenção a detalhes. Por exemplo, um indivíduo autista pode ser muito habilidoso em memorizar e reproduzir detalhes de um filme ou livro, mas pode ter dificuldade em entender a história como um todo ou as emoções das personagens. Outro exemplo é quando uma pessoa autista se concentra em um pequeno aspecto de uma imagem, como um coqueiro em uma praia, sem perceber a relevância dele em si ou a interação que ele pode ter com o ambiente ao redor.

A adesão inflexível a rotinas é **outro** fenômeno comum em adultos portadores do TEA, caracterizado por uma resistência significativa a mudanças ou desvios nas atividades diárias, podendo relacionar-se a uma necessidade de previsibilidade e controle sobre o ambiente. Ocasionalmente tal característica pode ocasionar reações aparentemente desproporcionais ou intempestivas além de crise de ansiedade e agitação psicomotora quando tais rotinas não são cumpridas. Essa rigidez comportamental, em muitos momentos, funciona como um atenuador para ansiedade e proporciona sensação de segurança em um mundo percebido como imprevisível. Alguns exemplos disso incluem a insistência em realizar as atividades em uma sequência específica, como seguir rigorosamente horários de alimentação ou de trabalho, e a dificuldade em lidar com mudanças inesperadas, como a alteração no trajeto diário para o trabalho ou imprevistos em atividades rotineiras.

Semelhante as adesões inflexíveis a rotinas, o interesse altamente restrito e fixo é uma característica também importante do TEA e se manifesta como uma concentração intensa e persistente em temas ou atividades específicas, frequentemente em detrimento de outros interesses ou aspectos da vida cotidiana. Tais interesses são geralmente detalhados e aprofundados, podendo envolver tópicos como tecnologia, categorias de animais, matemática, história, ou hobbies específicos, como colecionismo ou programação. Um exemplo, seria a demonstração de envolvimento intenso com um assunto específico, como quais seriam os principais estádios de futebol de cada país do mundo, e passar horas explorando esse tópico, sem interesse por outras atividades sociais ou recreativas. Essas restrições de interesse, embora possam ser uma fonte de prazer e de especialização, podem interferir em outras áreas da vida, como no relacionamento

interpessoal, na adaptação a novas demandas sociais e profissionais, e na gestão de atividades cotidianas que não estão relacionadas ao interesse específico.

Por fim, as alterações sensoriais observadas em indivíduos com TEA caracterizam-se por respostas atípicas aos estímulos sensoriais, com manifestações de hipersensibilidade ou hipossensibilidade em relação a diferentes modalidades sensoriais, como os estímulos auditivos, visuais, táteis, gustativos e olfativos. Tais alterações resultam em uma percepção alterada do ambiente, podendo levar a uma sobrecarga sensorial, desconforto, ansiedade ou comportamentos de evitação. Por exemplo, esses indivíduos podem experimentar uma intolerância acentuada a sons comuns, como o ruído de um ventilador, ou as luzes fluorescentes, que podem causar dor ou estresse sensorial. Por outro lado, a hipossensibilidade tátil pode se manifestar na ausência de percepção de dor em áreas específicas do corpo, ou ainda na busca ativa por estímulos táteis, como a necessidade de pressionar objetos de forma repetitiva. Essas variações sensoriais costumam influenciar a adaptação e o bem-estar geral desses indivíduos, sendo a presença delas um fator colaborador importante para o diagnóstico.

Como visto, é necessário que o profissional de saúde tenha conhecimento amplo dos sintomas fundamentais do autismo para uma avaliação psiquiátrica que permita diferenciar entre os sintomas próprios do autismo de outros sintomas pertencentes aos diversos transtornos comórbidos possíveis (DSM-5-TR, 2022). Tal prática permite também a otimização terapêutica bem como o melhor encaminhamento do indivíduo portador de TEA ao tratamento específico, além de maior adesão à terapêutica proposta.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável o crescente interesse, tanto entre os profissionais de saúde quanto na mídia e na sociedade em geral, em relação aos avanços no conhecimento acerca do Transtorno do Espectro Autista (TEA). No entanto, as transformações conceituais ao longo do tempo sobre o que caracteriza um indivíduo autista que remontam à década de 1940, com os trabalhos pioneiros de Leo Kanner e Hans Asperger, bem como a subsequente reinterpretção do transtorno como um espectro, abrangendo desde casos leves, com inteligência dentro ou acima da média, até déficits mínimos de linguagem, têm gerado um crescente desafio no processo diagnóstico. Esse contínuo processo de redefinição e ampliação dos critérios diagnósticos, embora fundamental para o avanço do conhecimento, tem contribuído, em muitas ocasiões, para a ocorrência de diagnósticos imprecisos ou equivocados. Tal complexidade torna-se ainda mais proeminente quando se considera a possibilidade de transtornos psiquiátricos comórbidos ao TEA, que frequentemente apresentam sobreposições sintomatológicas com o mesmo. Em certos casos, esses transtornos podem até mesmo ocultar sintomas autistas, devido à manifestação predominante dos transtornos concomitantes. Esse fenômeno é explicitamente reconhecido pelo DSM-5-TR, que destaca a necessidade de um diagnóstico preciso e diferenciador, a fim de assegurar uma identificação adequada e um manejo clínico eficaz desses quadros clínicos multifacetados.

O diagnóstico diferencial entre o TEA e outros transtornos psiquiátricos em adultos exige uma compreensão aprofundada dos critérios do DSM-5-TR, bem como uma avaliação clínica detalhada e criteriosa. A correta identificação dos transtornos comórbidos é essencial, uma vez que pode levar a melhorias significativas nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, é fundamental que o avaliador tenha em mente que o diagnóstico, atualmente, é de natureza clínica, não podendo ser baseado exclusivamente em pontuações de escalas de avaliação ou nos relatos isolados de cuidadores ou do próprio paciente. Uma avaliação bem conduzida requer, muitas vezes, um acompanhamento prolongado, profundo conhecimento sobre o TEA, habilidade para utilizar adequadamente as

escalas de avaliação e competência para coletar informações colaterais detalhadas sobre o desenvolvimento do indivíduo desde a infância.

Por fim, é fundamental compreender que traços autísticos podem ser observados na população geral, sem que isso resulte em prejuízos significativos no funcionamento cotidiano do indivíduo. Essa percepção é valiosa para auxiliar o clínico na resolução de casos ambíguos, nos quais os relatos apresentados são superficiais ou carecem de profundidade diagnóstica, bem como naqueles em que o paciente faz uso de termos característicos de jargões, sem plena compreensão do seu significado, como: “eu tenho hiperfoco”, “sou avesso a mudanças” e “o barulho me incomoda”. Nesse contexto, é imprescindível que os conceitos atuais do TEA sejam amplamente debatidos e divulgados, alcançando a atenção básica e comunidade de modo geral.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 1 ed. Washington D/C, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 2 ed. Washington D/C, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM. 3 ed. Washington D/C, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 4 ed. Washington D/C, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 5 ed. Washington D/C, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision – Dsm-5-Tr. Washington D/C, 2022.

ASPERGER, H. Die “Autistischen Psychopathen” in Kindersalter. Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 99(3):105-115, 1944.

ASSUNÇÃO JR., J. A. D. P. Autismo do adulto. Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Editora de Editores 2023.

ANDREOU, M.; SKRIMPA, V. Theory of Mind Deficits and Neurophysiological Operations in Autism Spectrum Disorders: A Review. Brain Sciences, v. 10, n. 6, p. 393, 20 jun. 2020.

BLEULER, E. Autistic Thinking. American Journal of Insanity, 69(5): 873, 1913.

BLEULER, E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International Universities, 1911.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. USA: CDC; 2023.

GEPNER, B.; MESTRE, D. Impaired sensory-motor integration in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, New York, v. 32, n. 5, p. 515-523, 2002.

HIROTA, T.; KING, B. H. Autism Spectrum Disorder: A Review. Jama, v. 329, n. 2, p. 157–168, 10 jan. 2023.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, New York, v. 2, p. 217-250, 1943.

KANNER L. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism. *American Journal Orthopsychiatry*, 19: 416-426, 1949.

KANNER, L. Early infantile autism revisited. *Psychiatry Digest*, 29: 17-28, 1968.

KANNER, L. Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 21:119-145, 1973.

LORD, C. et al. Autism Spectrum Disorder. *The Lancet*, v. 392, n. 10146, p. 508–520, ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças – CID-11. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/en/>. Acesso em: 01 dez. 2024.

PICOLO, G. M. Do pensamento autístico de Eugen Belulre ao DSM-V: a construção epistemológica do autismo e a explosão de sua manifestação. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8383>. Submetido em: 24-04-03. Postado em: 03-04-2024 (versão 1)

RUTTER, M. Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Child Schizophr.* Jun;8(2):139-61, 1978.

RIZZOLATTI, G.; CRAIGHERO, L. The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, Palo Alto, v. 27, p. 169-192, 2004.