



DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DE UMA CRIANÇA COM AUTISMO SUPORTE 1, TDAH COMBINADO E TRANSTORNO OPOSITIVO-DESAFIADOR (TOD)

JAMILE MARIANO MACEDO; ROGER LAFONTAINE MESQUITA TABORDA;
FABÍOLA LEONARDO BARROS; MARISE CEZÁRIO GOMES

RESUMO

O diagnóstico e o manejo de crianças com múltiplos transtornos do neurodesenvolvimento representam um dos maiores desafios contemporâneos na interseção entre saúde e educação. Este relato de caso descreve a complexa trajetória de um menino de 7 anos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) suporte 1, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) combinado em grau elevado e Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD). Desde a primeira infância, o paciente apresentou sinais atípicos de desenvolvimento, como apraxia da fala, rigidez comportamental e isolamento social. Com a progressão da vida escolar, surgiram comportamentos de desatenção, impulsividade e oposição, tornando o ambiente educacional um espaço de constantes conflitos. O diagnóstico preciso foi dificultado pela sobreposição de sintomas entre os transtornos e pela ausência de manifestações clássicas, como estereotípias motoras. Após consultas com diversos especialistas, confirmou-se a presença de comorbidades, e iniciou-se um plano terapêutico multidisciplinar. As intervenções envolveram terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia comportamental e psicopedagogia, com foco em habilidades de comunicação, regulação emocional e adaptação escolar. No campo farmacológico, o uso de metilfenidato resultou em avanços no controle da atenção e da impulsividade, embora os comportamentos opostos persistissem, sugerindo a necessidade de ajustes nas abordagens utilizadas. O caso evidencia a importância de uma avaliação clínica criteriosa, que vá além dos sintomas isolados, e de estratégias terapêuticas integradas e personalizadas. Destaca-se, ainda, o papel fundamental da equipe interdisciplinar no planejamento e execução das intervenções, bem como a participação ativa da família no processo. Conclui-se que o sucesso no acompanhamento de crianças com múltiplas comorbidades depende de um olhar sensível, atualizado e colaborativo entre profissionais, escola e núcleo familiar, a fim de garantir um desenvolvimento mais pleno e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Neurodesenvolvimento; Intervenção interdisciplinar; comorbidade infantil.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) são condições neurodesenvolvimentais que, quando coexistem, criam desafios significativos para o diagnóstico e o manejo clínico e educacional (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2023; Pfiffner; Haack, 2014). A complexidade desses quadros aumenta quando os sintomas não se apresentam de forma clássica, dificultando a identificação precoce e a implementação de intervenções eficazes (Barkley, 2015).

Este relato de caso descreve a trajetória de um menino de 7 anos, com diagnóstico de TEA suporte 1, TDAH combinado em grau elevado e TOD, ressaltando os desafios enfrentados no processo diagnóstico, as estratégias terapêuticas adotadas e os resultados obtidos. O paciente

apresenta um perfil heterogêneo, incluindo apraxia da fala, rigidez comportamental, irritabilidade, isolamento social e comportamentos desafiadores. Embora já receba atendimento multidisciplinar — terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia comportamental e psicopedagogia — a persistência do comportamento opositivo-desafiador indica a necessidade de revisitar tanto as estratégias de manejo quanto as possibilidades de abordagens farmacológicas e não farmacológicas (Baweja; Mattison; Waxmonsky, 2015; Dentz *Et al.*, 2023).

2 RELATO DE CASO

O paciente é um menino de 7 anos, em idade escolar, com histórico de apraxia da fala identificada aos três anos de idade. Desde os primeiros anos de vida, apresentava sinais atípicos, como sentar em “W”, terror noturno e preferência por interações sociais com crianças mais velhas e adultos. Aos 4 anos, foi encaminhado para avaliação neuropsicológica devido a dificuldades de comunicação e comportamentos rígidos, recebendo inicialmente o diagnóstico de apraxia da fala.

Com o início da vida escolar, as dificuldades se intensificaram: o paciente apresentava déficits relevantes em manter a atenção, seguir instruções e completar tarefas, além de hiperatividade e impulsividade. Após avaliação clínica aprofundada — que incluiu entrevistas com a família, escalas de avaliação comportamental e observação do comportamento — foi confirmado o diagnóstico de TDAH combinado em grau elevado.

Entretanto, o quadro clínico não se restringia ao TDAH. O menino apresentava rigidez comportamental, crises frequentes de irritabilidade e dificuldades para cumprir acordos previamente estabelecidos. Tais características, somadas ao isolamento social em situações de frustração, levaram à suspeita de TOD (Schoorl *et al.*, 2016). Ao mesmo tempo, constatou-se a presença de TEA suporte 1, apesar da ausência de estereotípias motoras ou de déficits graves de interação social (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2023).

Já consultaram o caso quatro neuropediatras e um psiquiatra infantil. Inicialmente, prescreveram Risperidona e Aripiprazol, sem efeitos significativos no comportamento desafiador. Posteriormente, houve melhora em atenção e impulsividade após introdução de metilfenidato (Baweja; Mattison; Waxmonsky, 2015). Contudo, os comportamentos opositivos permaneceram inalterados.

Atualmente, a criança é acompanhada por equipe multidisciplinar, composta por terapia ocupacional (1x/semana), fonoaudiologia (2x/semana), psicologia comportamental (1x/semana) e psicopedagogia (1x/semana). As intervenções visam aprimorar habilidades de comunicação, regulação emocional e adaptação às demandas escolares (Pfiffner; Haack, 2014).

3 DISCUSSÃO

Características de Cada Transtorno

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) suporte 1 caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e na interação social, além de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). No caso em questão, observa-se rigidez comportamental, busca seletiva de interações e apraxia da fala. A ausência de estereotípias e a relativa facilidade em iniciar contato social com adultos dificultaram o diagnóstico (Coelho *et al.*, 2010). Já o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) combinado apresenta sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Barkley, 2015; Cortese *et al.*, 2023). Estudos estimam que 5 a 7% das crianças em idade escolar manifestem TDAH, o que gera prejuízos acadêmicos e comportamentais (Baweja; Mattison; Waxmonsky, 2015; Daley; Birchwood, 2010). No caso relatado, o uso de metilfenidato gerou melhora significativa de concentração e impulsividade, ratificando o

diagnóstico (Tsujii *et al.*, 2021).

Já o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) envolve um padrão persistente de comportamento opositor, desafiador e hostil em relação a figuras de autoridade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Existe uma correlação importante entre TOD e TDAH, sobretudo na apresentação combinada, o que exige atenção especial às comorbidades e ao manejo específico (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2023; Schoorl *et al.*, 2016). Os episódios de irritabilidade e a recusa sistemática em cumprir combinados são exemplos típicos observados no paciente em questão.

Dificuldades no Diagnóstico e Sobreposição de Sintomas

A sobreposição de sintomas entre TEA, TDAH e TOD complica o diagnóstico, pois características como rigidez comportamental, impulsividade e desafios na interação social podem ser atribuídas a mais de um transtorno. Pesquisas indicam que crianças com TEA frequentemente apresentam sintomas de TDAH, e que a comorbidade com TOD pode intensificar dificuldades de adaptação e aprendizagem (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2023; Furzer; Dhuey; Laporte, 2022). No presente caso, a ausência de estereotípias e a existência de interações atípicas, porém viáveis, retardaram a hipótese de TEA. A confirmação de TDAH combinada à rigidez comportamental elevou a probabilidade de outra comorbidade — neste caso, o TOD — que explica boa parte do comportamento opositor e das crises de irritabilidade (Schoorl *et al.*, 2016).

Necessidades Terapêuticas e Intervenções

No tocante às intervenções farmacológicas, a melhora substancial em atenção e hiperatividade com metilfenidato reforça a eficácia desse psicoestimulante no TDAH (Baweja; Mattison; Waxmonsky, 2015; Emond; Joyal; Poissant, 2009). Porém, a pouca efetividade de antipsicóticos atípicos (risperidona e aripiprazol) no controle do comportamento opositor sugere avaliar outras opções (por exemplo, guanfacina ou clonidina), bem como adequar doses e estratégias de acompanhamento (Tsujii *et al.*, 2021; Coelho *et al.*, 2010).

Quanto às intervenções não farmacológicas, programas de treinamento de pais, terapia cognitivo-comportamental (TCC), neurofeedback, intervenções escolares e manejo comportamental são frequentemente apontados como eficazes para TDAH e TOD (Pfiffner; Haack, 2014; Dentz *et al.*, 2023). No presente caso, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia contribuem para o desenvolvimento de habilidades motoras, sensoriais e de comunicação, enquanto a psicologia comportamental e a psicopedagogia auxiliam na regulação emocional e na adaptação do processo de aprendizagem (Miranda; Presentación; Soriano, 2019).

Abordagem Multidisciplinar

A colaboração entre neuropediatras, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e psicopedagogos permite a elaboração de estratégias integradas e personalizadas, considerando a heterogeneidade das manifestações clínicas (Dentz *et al.*, 2023; Cortese *et al.*, 2023). Tal integração é fundamental para otimizar o prognóstico e a qualidade de vida de crianças com múltiplas comorbidades (Hood; Baumann, 2022).

4 CONCLUSÃO

O caso apresentado ilustra a complexidade do diagnóstico e manejo em crianças com TEA suporte 1, TDAH combinado e TOD, evidenciando a sobreposição de sintomas que dificultam a avaliação e as intervenções. A persistência do comportamento desafiador, mesmo diante de melhora na atenção e na hiperatividade, sugere a necessidade de estratégias adicionais e integradas para lidar com TOD, além do controle dos sintomas centrais de TDAH e TEA.

A experiência reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e

individualizada, na qual intervenções farmacológicas, comportamentais e pedagógicas sejam ajustadas às demandas específicas de cada criança. Nesse sentido, o trabalho conjunto entre diferentes profissionais e familiares constitui elemento-chave para promover avanços tanto na esfera clínica quanto na escolar, garantindo um melhor desenvolvimento global e maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

BAWEJA, R.; MATTISON, R. E.; WAXMONSKY, J. G. Impact of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on School Performance: What are the Effects of Medication? **Paediatric Drugs**, v. 17, n. 5, p. 459-477, 2015. DOI: 10.1007/s40272-015-0144-2.

BARKLEY, R. A. **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. 4. ed. New York: Guilford Press, 2015.

COELHO, L. et al. [Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: neurobiological aspects, diagnosis and therapeutic approach]. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 2, p. 55-59, 2010.

CORTESE, S. et al. Psychopharmacology in children and adolescents: unmet needs and opportunities. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, 2023. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00345-0.

DALEY, D.; BIRCHWOOD, J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? **Child: Care, Health and Development**, v. 36, n. 4, p. 455-464, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x.

DENTZ, A. et al. Non-pharmacological treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. **L'Encéphale**, 2023. DOI: 10.1016/j.encep.2023.04.010.

EMOND, V.; JOYAL, C.; POISSANT, H. [Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)]. **L'Encéphale**, v. 35, n. 2, p. 107-114, 2009. DOI: 10.1016/j.encep.2008.01.005.

FURZER, J.; DHUEY, E.; LAPORTE, A. ADHD misdiagnosis: Causes and mitigators. **Health Economics**, v. 31, n. 12, p. 1874-1892, 2022. DOI: 10.1002/hec.4555.

HOOD, M.; BAUMANN, O. Could Nature Contribute to the Management of ADHD in Children? A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 6, p. 736, 2022. DOI: 10.3390/ijerph21060736.

MAYES, S. D.; PARDEJ, S. K.; WASCHBUSCH, D. A. Oppositional Defiant Disorder in Autism and ADHD. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2023. DOI: 10.1007/s10803-024-06437-9.

PIFFNER, L. J.; HAACK, L. M. Gestão do comportamento para crianças em idade escolar com TDAH. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 23, n. 4, p. 731-746, 2014. DOI: 10.1016/j.chc.2014.05.014.

SCHOORL, J. et al. Emotion Regulation Difficulties in Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and the Relation with Comorbid Autism Traits and Attention Deficit Traits. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, e0159323, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0159323.

TSUJII, N. et al. Efficacy and Safety of Medication for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Common Comorbidities: A Systematic Review. **Neurology and Therapy**, v. 10, p. 69-94, 2021. DOI: 10.1007/s40120-021-00249-0.