

AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO E COMORBIDADES: CASO DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO

INTERDISCIPLINARY ASSESSMENT OF AUTISM SPECTRUM DISORDER AND COMORBIDITIES: CASE OF A LATE DIAGNOSIS

Douglas de Araújo Vilhena
Rita de Cássia Duarte Leite
Isadora Adjuto Teixeira
Ângela Maria Vieira Pinheiro
Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

O diagnóstico interdisciplinar é essencial na correta identificação de muitas condições do desenvolvimento, cujos sintomas podem passar despercebidos devido a disfunções em outras áreas do desenvolvimento, que podem mascarar os sinais diagnósticos que caracterizam uma determinada condição. No caso do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o presente trabalho, em um estudo de caso (HB, 12 anos), mostra como a combinação de avaliação psicológica e fonoaudiológica, conduzida por profissionais competentes, propiciou que HB fosse diagnosticado com TEA. Devido à pluralidade de sintomas, como o atraso não progressivo do desenvolvimento neuropsicomotor, hipotonia congênita global e dificuldade relevante na linguagem expressiva, a hipótese diagnóstica do TEA nunca havia sido levantada, apesar de HB ter estado em acompanhamento por diversos profissionais desde tenra idade. Dessa forma, é de extrema importância sinalizar aos profissionais de saúde sobre a diversidade sintomatológica do autismo e sobre a necessidade do diálogo entre diferentes olhares clínicos, para melhor identificação do TEA em todas as suas formas de expressão. Por fim, foi apontado recomendações clínicas e escolares para lidar com essa condição.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autismo; pesquisa interdisciplinar; diagnóstico tardio; transtornos da linguagem; transtornos do desenvolvimento da linguagem.

ABSTRACT

Interdisciplinary diagnosis is essential for the correct identification of many development disorders, whose symptoms can go unnoticed due to dysfunctions in other areas of development, which can mask the diagnostic signs that characterize a given condition. In the case of Autism Spectrum Disorder (ASD), the present work, in a case study (HB, 12 years old), shows how the combination of psychological and Speech-language pathologist evaluation, conducted by competent professionals, diagnosed HB with ASD. Due to the plurality of symptoms, such as non-progressive developmental delay, global congenital hypotonia and a relevant difficulty in expressive language, the diagnosis of ASD had never been raised, although HB was accompanied by various professionals from an early age. Thus, it is extremely important to demonstrate to health professionals the diverse symptomatology of ASD and the need for dialogue between different clinical looks for better identification of ASD in all its forms of expression. Finally, it was discussed clinical and school recommendations for dealing with this condition.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; interdisciplinary research; delayed diagnosis; language disorders; language development disorders.

1 – INTRODUÇÃO

Desde a primeira descrição do autismo realizada por Kanner em 1943 até os dias atuais, a definição do transtorno passou por várias reformulações com o objetivo principal de caracterizar as sintomatologias do distúrbio dentro de um espectro e de aperfeiçoar o processo diagnóstico. Em conjunto, essas

reformulações levaram a uma maior precisão conceitual da condição.

Inicialmente, o autismo era descrito como um quadro uniforme de características restritas ao auto isolamento e à perseveração da rotina (EISENBERG; KANNER, 1956). No entanto, seguindo a tendência corrente de se considerar o conceito de dimensionalidade na descrição das

disfunções do desenvolvimento, os sintomas das pessoas com autismo passaram a ser identificados dentro de um contínuo que varia de sintomas leves a muito graves, mas todos de uma mesma natureza (Ex., WING, 1988; WING, 2004). Por isso, atualmente o termo empregado é “Transtorno do Espectro do Autismo” (TEA), pois explica a ampla variação dos sintomas e comportamentos de pessoa para pessoa.

No que se refere ao diagnóstico do TEA, um dos principais instrumentos utilizados é o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-5 – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), 2014). A avaliação clínica do TEA, segundo esse manual, é feita considerando as seguintes características essenciais: prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social persistente (critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B). Esses sintomas devem estar presentes desde o início da infância e limitar ou prejudicar o funcionamento diário (critérios C e D).

Diante desses critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5, vê-se a necessidade de uma equipe interdisciplinar para que a avaliação clínica seja conduzida levando-se em conta a diversidade das características que englobam o TEA, pois a caracterização do transtorno como um espectro é muito recente. O que se percebe hoje é um quadro de diagnósticos tardios devido ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as diferentes manifestações do TEA, o que dificulta a realização do diagnóstico diferencial (distinção do TEA de outros distúrbios do desenvolvimento). Tal realidade é preocupante já que o bom prognóstico nos casos de TEA tende estar relacionado à intervenção multidisciplinar e tratamento precoce. É urgente a necessidade de pôr fim à compreensão de que o TEA tenha apenas uma forma de apresentação. “Não se trata de tudo ou nada, mas de uma variação infinita que vai desde traços leves, que não permitem

fechar diagnóstico até o quadro clínico complexo com todos os sintomas” (SILVA, 2012).

Nesse contexto, o presente trabalho com foco interdisciplinar tem como objetivo ilustrar um caso de diagnóstico diferencial de Transtorno do Espectro do Autismo em um paciente com fala ininteligível, resultante de uma dificuldade de linguagem expressiva considerável, apontando recomendações clínicas e escolares para lidar com essa condição.

2 - MÉTODO

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, onde o estudo foi realizado (CAAE: 17754514.6.0000.5149), de acordo com todos os critérios da Resolução 196/96. Os responsáveis legais dos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HB possui 12 anos e 8 meses e cursa o 6º ano do Ensino Fundamental. Foi colaborativo durante todas as avaliações diretas, porém demonstrou dificuldade e falta de interesse em manter diálogos. O trabalho foi conduzido de forma interdisciplinar entre a Psicologia e a Fonoaudiologia, constituindo-se do uso da técnica da entrevista individual, anamnese familiar, dados escolares, relatórios de saúde pluridisciplinares, e da aplicação dos seguintes instrumentos:

- Avaliação cognitiva: 1. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças terceira edição (WISC-III – WECHSLER, 2002); 2. Iowa Gambling Task (MALLOY-DINIZ et al., 2008).
- Avaliação da linguagem: 3. Provas de Avaliação dos Processos de Leitura 2ª edição (PROLEC – CUETOS et al., 2012); 4. Teste de Linguagem Infantil ABFW: Fonologia e Vocabulário (ANDRADE et al., 2004); 5. Protocolo de Avaliação de Habilidades Pragmáticas (HAGE et al., 2007) e Morfossintáticas (HAGE, 2000); 6. Teste de Figuras Para Discriminação Fonêmica (TFDF) (SANTOS-CARVALHO et al., 2008); 7. Prova

Diadococinesia Oral (WERTZNER et al., 2008); 8. Prova de Praxias Articulatorias e Buco-Faciais (HAGE, 2000); 9. Inconsistência de Fala e Estimulabilidade (CASTRO; WERTZNER, 2012; WERTZNER et al., 2012).

- Avaliação do comportamento: 10. Teste projetivo House-Tree-Person (HTP) (BUCK et al., 2003); e 11. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-5 – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), 2014).

3 – RESULTADOS

História Clínica

HB chegou com laudo neurológico que proveu o diagnóstico CID-F83 (transtornos específicos mistos do desenvolvimento), devido ao quadro de atraso (não progressivo) do desenvolvimento neuropsicomotor e hipotonia congênita global, secundários a provável fator genético ainda não identificado. O paciente passou por diversas intervenções terapêuticas, realizou exames variados e foi atendido por uma equipe plural de saúde ao longo de toda a sua vida, porém sem nenhum diagnóstico conclusivo. Quanto à sua história pré-natal, o quinto mês de sua gestação foi de grande estresse devido a fatores sociais externos, tendo também apresentado Diabetes Gestacional, que foi tratada devidamente. Nasceu de cesariana e a termo, com 38 semanas, com APGAR 9 (normal) e 42 cm (baixa estatura). Foi internado no seu quinto dia de vida devido à presença de icterícia fisiológica, porém sem maiores complicações.

Sobre o seu desenvolvimento, HB apresentou atraso neuropsicomotor desde o 1º mês de vida, caracterizado por dificuldade de aquisição de habilidades motoras, principalmente anti-gravitacionais, causadas pelo tônus de base muito baixo, além de dificuldade em aquisição percepto-cognitivas secundárias à falta de experiência motora. Possuía fontanela anterior proeminente, gerando uma face sindrômica nos primeiros anos de vida. Aos oito meses obteve

resultado negativo em todos os exames de triagem metabólica da origem dos distúrbios.

Com 1 ano e 6 meses iniciou tratamento fisioterápico. Após 9 meses de terapia, obteve diagnóstico clínico de hipotonia congênita global em propedêutica da etiologia, que, por sua vez, se expressou por comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor, que se mostrou aquém do esperado para sua idade cronológica. Aos 3 anos e 1 mês iniciou o tratamento Equoterapêutico (terapia com a utilização de cavalo), acompanhado por fisioterapeuta. Durante as sessões, HB se apresentava tranquilo e integrado à equipe e com os outros praticantes, apesar de demonstrar-se disperso e com baixo contato visual. Aos 4 anos e 4 meses esse tratamento passou a ser realizado por uma fonoaudióloga, pois apresentava hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios, respiração oral, comunicação por meio de gestos, fala pouco articulada, sendo compreendida pelo interlocutor por meio de curva melódica. Após 1 ano e 3 meses de equoterapia combinada com suporte fonoaudiológico, HB mostrou evolução na produção da fala, porém de maneira assistemática e assimétrica: enquanto a sua capacidade de compreensão era adequada, a sua linguagem expressiva apresentava atrasos. Recebeu alta aos 6 anos e 9 meses, apesar de não ser capaz de falar de forma inteligível. No entanto, demonstrou melhoras em sua postura, marcha lenta adequada para seu equilíbrio, ampliou a socialização, interação terapeuta-praticante e linguagem expressiva.

Quanto ao ambiente escolar, iniciou o Jardim de Infância aos 3 anos de idade, porém só entrou no 1º ano do Ensino Fundamental aos 7 anos, devido ao já constatado atraso linguístico. Do 3º ao 5º ano escolar, HB foi acompanhado por professora de apoio e por uma psicopedagoga com o intuito de recuperar a defasagem na oralidade e na escrita.

3.1. Escala de inteligência Wechsler para crianças (WISC-III): HB se enquadra no percentil 0.5 na Escala Verbal, o que demonstra severa defasagem linguística, com fraca

capacidade de lidar com símbolos abstratos e de verbalizar corretamente o que é demandado, tendo baixa capacidade de absorver a educação formal e as estimulações do ambiente. Consequentemente, o avaliando apresentou baixo desempenho na escala Compreensão Verbal (Tabela 1), o que reflete comprometimento no conhecimento verbal adquirido e na capacidade de compreensão.

O índice Resistência à Distração também está muito abaixo do esperado, o que demonstra dificuldade na memória auditiva e no processamento sequencial. Esse fator apresenta correlação com habilidade matemática, atenção e memória imediata. Esse fraco resultado pode ser influenciado pela ansiedade, ineficiência de estratégias de planejamento e pobreza de auto monitoramento apresentadas pelo paciente.

De forma distinta, HB obteve bom desempenho em todos os subtestes de Execução. Esses dados demonstram bom potencial cognitivo, com boa concentração, organização, memória visual e sequenciamento. Adicionalmente, demonstra qualidade do contato não-verbal com o ambiente, boa integração de estímulos perceptuais e respostas motoras pertinentes, capacidade de avaliar informações visoespaciais e capacidade de trabalhar em situações concretas.

HB também demonstra bom resultado no índice Organização Perceptual, que é uma medida de raciocínio não-verbal que considera a atenção para detalhes e a integração visomotora. O índice Velocidade do Processamento evidenciou que estão preservadas a velocidade psicomotora e velocidade mental para resolver problemas não verbais, que é uma capacidade importante para planejar, organizar e desenvolver estratégias.

Tabela 1: Resultados do desempenho nas escalas do WISC-III

Escalas	Score Ponderado	QI	Interpretação	Percentil
Verbal	19	61	Deficiente	0,5
Execução	48	98	Média	45
Total	67	76	Limítrofe	5
Compreensão Verbal	13	59	Deficiente	0,3
Organização Perceptual	40	99	Média	47
Resistência à Distração	9	67	Deficiente	1
Velocidade do Processamento	17	90	Média	25

3.2. Iowa Gambling Task (IGT): HB apresenta prejuízo no processo de tomada de decisões, não apresentando curva de aprendizado ao longo do teste e não diferenciando as escolhas vantajosas das desvantajosas, condizente com o tipo de comportamento do TEA (MUSSEY et al., 2015).

3.3. Provas de Avaliação dos Processos de Leitura (Prolec): HB é caracterizado como analfabeto, sendo apenas capaz de identificar os traços distintivos das letras e seus respectivos sons. Tanto o processo fonológico, quanto o lexical de leitura estão comprometidos, sendo seus resultados abaixo do esperado inclusive para alunos do 2º ano do Ensino Fundamental.

3.4. Teste de Linguagem Infantil ABFW: HB repetiu todos os 39 vocábulos emitidos pelo avaliador (Prova de imitação) e nomeou todas as 34 figuras (Prova de nomeação), sendo possível analisar sua capacidade fonética e fonológica. HB apresenta falha no sistema fonológico, com inventário fonético incompleto e ocorrência de omissão e substituição de fonemas (Tabela 2). Mostra também simplificação das consoantes líquidas “l” e “r” (galinha-gainha, milho-miu, xícara-xícaa), de consoante final (garfo-gafu, pasta-pata) e de encontro consonantal (prato-patu, blusa-busa). Ademais, demonstra processos idiossincráticos, que são incomuns no desenvolvimento fonológico típico, com trocas como “palhaço – panaçu”.

Tabela 2: Frequência de ocorrência de fonemas nas provas de imitação e nomeação.

IMITAÇÃO		NOMEAÇÃO	
Fonemas	Produção (%)	Fonemas	Produção (%)
[p,b,d,k,g,f,v,s,ch,j,m,n,nh,rr,]	100	[p,b,t,d,k,g,f,v,s,m,n,nh,rr,]	100
[t]	87,5	[z]	66,6
[z,l]	50	[j]	50
[lh,r]	0	[ch]	33,3
Encontro consonantais [r e l]	0	[l]	25
{S} em final de sílaba	66,6	[lh,r]	0
{R}v em final de sílaba	0	Encontro consonantais [r e l]	0
		{S} em final de sílaba	50
		{R} em final de sílaba	0

Já em relação à avaliação do vocabulário expressivo, era esperado que HB fizesse a designação adequada de todos os vocábulos, porém em sete campos conceituais (ver Tabela 3) nomeou itens com palavras diferentes das esperadas, utilizando processos de substituição

como co-hipônimo (ex.: casaco por blusa), hiperônimo (ex.: sala de aula por escola) e hipônimo (ex.: verdura por couve). Portanto, verifica-se que HB apresenta dificuldade com o vocabulário usual, em decorrência de defasagem no sistema semântico da linguagem.

Tabela 3: Nomeação dos campos conceituais

CAMPO CONCEITUAL	DESIGNAÇÃO ADEQUADA	NÃO DESIGNAÇÃO	NOMEOU OUTRO NOME	COM
Animais	100%	0%	0%	
Formas e Cores	100%	0%	0%	
Meios de Transporte	90%	0%	10%	
Profissões	90%	0%	10%	
Locais	90%	0%	10%	
Alimentos	80%	0%	20%	
Vestuário	80%	0%	20%	
Móveis e Utensílios	80%	20%	0%	
Brinquedos e Instrumentos	70%	20%	10%	

3.5. Protocolo de avaliação de habilidades pragmáticas (teste das capacidades conversacionais e funções comunicativas): HB não constrói turnos de conversação, apesar de responder de forma coerente ao interlocutor. As funções comunicativas mais frequentes na sua interação são as instrumentais (para solicitar objetos e ações), nomeação (nomeia objetos, ações, sentimentos), protesto (se irrita com ações indesejadas) e interativa (uso de expressões sociais para iniciar ou encerrar a interação). Sob

demanda, pode mostrar função informativa (em resposta a perguntas a respeito de algum assunto) e narrativa (de fatos ou histórias) com o auxílio do interlocutor (protonarrativa). Dessa forma, verifica-se que o desempenho pragmático do paciente está muito aquém do esperado para a idade do avaliando, evidenciando prejuízo relevante na comunicação social, característica do TEA.

3.6. Protocolo de avaliação de habilidades morfosintáticas (teste da capacidade de

construção das regras da língua): HB constrói orações afirmativas e negativas, mas do tipo telegráfico e simples. Não demonstrou domínio de flexão verbal e nem nominal. Destaca-se que a avaliação da morfossintaxe ficou bastante limitada, já que HB utiliza-se de pouca interação verbal na comunicação, mostrando-se aquém do esperado quanto às habilidades morfossintáticas.

3.7. Teste de figuras para discriminação fonêmica (TFDF): HB realizou a atividade com bom desempenho, exibindo boa capacidade para a percepção e a discriminação dos fonemas e para associar os aspectos auditivos ao gesto motor articulatorio.

3.8. Prova de diadococinesia oral (testa a capacidade de realizar movimentos rápidos alternadamente): HB obteve acertos abaixo do esperado para a sua idade, verificando-se imaturidade e dificuldade de integração neuromotora quanto ao processamento motor da fala.

3.9. Prova de praxias articulatorias e buco-faciais: HB revelou dificuldades moderadas práxicas articulatorias e buco-faciais.

3.10. Inconsistência de fala e estimulabilidade: HB apresentou inconsistência de fala, sendo sua produção instável e com vocalizações de palavras de forma variada. Esse padrão revela a sua dificuldade em desenvolver modelos e planos para as seqüências de fonemas que constituem as palavras, apesar do sistema de representação dos contrastes da língua apresentar-se intacto, sugerindo um déficit na programação fonológica com reflexos na programação fonética. Além disso, o avaliando não se mostrou estimulável para os fonemas ausentes em seu inventário, o que demonstra dificuldade específica em produzir os movimentos articulatorios necessários para esses sons.

3.11. House-Tree-Person (HTP): Durante toda a execução do teste, HB apresentou comportamento colaborativo, se adaptando aos temas gráficos (casa, árvore, figura humana). Observou-se que o grafismo está inadequado a sua idade cronológica, com características

regressivas, imaturidade gráfica e intelectual quando comparado com crianças com a mesma idade. HB demonstra principalmente timidez, incomodo e instabilidade emocional nas relações com os outros. Adicionalmente, reflete relutância em estabelecer contato com o ambiente, com retraimento no intercâmbio pessoal e autodefesa contra o mundo, possuindo desejo de proteção e dependência.

3.12. Critérios diagnósticos DSM-5: Transtorno do Espectro do Autismo. O paciente pontuou positivamente em todos os critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro do Autismo. HB apresentou déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais (Critério 1); padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Critério 2); com os sintomas presentes no início da infância (Critério 3). A seguir será detalhada a sintomatologia.

a. Déficit expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social: mímica facial e comunicação não verbal muito prejudicadas, com intensa esquiva por contato ocular e por brincadeiras que envolvam trocas de olhares e interação. Apresenta déficit importante na linguagem expressiva, com desinteresse por se comunicar, fazendo caretas quando perguntado sobre temas que não são de seu interesse.

b. Falta de reciprocidade social: revela dificuldade em se colocar no lugar do próximo, não sendo afetado pelo pensamento e sentimento do outro. Não raciocina a respeito de como alguém irá interpretar o seu comportamento, sendo muito sincero e ingênuo. Não apresenta reciprocidade na conversa, não devolvendo a pergunta para a troca na interação. Não abre mão do que quer pelo outro, tendo dificuldade de dividir os seus pertences.

c. Incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento: ausência de amigos e repertório de esquiva de interação social. Em geral, demonstra mais interesse por objetos do que por pessoas. Com os integrantes da família

se comporta diferente, divide coisas com a irmã, é cuidadoso e carinhoso (gosta de contato físico).

d. Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns: HB assiste TV pulando, gritando e cantando de forma repetitiva. Pode assistir várias vezes o mesmo DVD e demonstra excitação na mesma intensidade há anos. Busca muito contato físico em casa e tem dificuldade em interromper o comportamento quando o outro pede para parar, sendo muito rígido e insistente. Cai e se machuca com frequência, cutucando muito as feridas, mas não sente dor. Além disso, não sente frio e só fica descalço.

e. Excessiva adesão a rotinas e padrões ritualizados de comportamento: HB segue as regras pré-estabelecidas sem protestar, mas se desorganiza quando é exigido que flexibilize ou quando há mudanças de regras. Há muitos anos mantém a mesma rotina em casa (acorda, toma café, liga a TV e colore), não precisando mandá-lo fazer. Impõe as regras de sua rotina também para os outros e se irrita muito quando é exigido sair dessa sua ordem. Sempre foi muito organizado, mesmo quando muito novo, enfileirando os objetos e apresentando ritualizações que persistem por muitos anos. Quando pequeno esquivava das crianças, pois na brincadeira HB ficava nervoso se elas quebrassem a ordem e regra que ele estabeleceu. Já apresentou acessos de raiva quando sua organização foi desarranjada.

f. Interesses restritos, fixos e intensos: possui interesses restritos e repetitivos mantidos por longos períodos e anos. Repete o mesmo jogo desde pequeno e fica excitado todas às vezes que joga. Tudo que se interessa faz referência a carro, trem, Japão ou trem bala.

4 – DISCUSSÃO

O atual estudo busca não apenas auxiliar no diagnóstico e prognóstico de HB, mas também busca incentivar à comunidade científica e clínica a conduzir avaliações interdisciplinares,

esclarecendo possíveis casos clínicos do Transtorno do Espectro do Autismo que podem passar despercebidos devido a outras disfunções mais proeminentes.

Quanto à avaliação cognitiva, HB apresentou prejuízo no processo de tomada de decisões e inteligência total limítrofe, com discrepância entre a escala Verbal (dois desvios padrões abaixo da média) e a de Execução (média). O bom resultado nesta última escala, auxilia a exclusão do diagnóstico de deficiência intelectual, uma vez que HB apresenta alguns comportamentos adaptativos adequados a sua idade (ex., cuidados pessoais, vida doméstica), com outros prejuízos adaptativos melhores explicados pelo TEA (ex., comunicação, habilidades sociais/interpessoais).

HB apresenta fala extremamente ininteligível e precisa contar com o auxílio de recursos não-verbais (principalmente gestos e expressão facial) para ser entendido, expressando-se usualmente apenas sobre às situações concretas e imediatas. Além disso, sua grande limitação em outras áreas da linguagem oral, tais como morfossintaxe, semântica e pragmática dificulta a representação de situações cotidianas mais abstratas.

Diante dos dados descritos, levanta-se a hipótese diagnóstica de Transtorno Expressivo de Linguagem, também referida como Dispraxia Verbal Desenvolvimental, que é uma inadequação da programação motora e do sequenciamento pré-articulatório da fala propriamente dita (HAGE, 1999; SOUZA et al., 2009). Essa condição afeta o desenvolvimento dos subsistemas da linguagem, alterando-o ou atrasando-o consideravelmente (HAGE et al., 2006). Portanto, pode trazer consequências severas para o desenvolvimento da linguagem em casos onde esse transtorno está presente desde a tenra idade, como é o caso do HB.

As crianças que apresentam a Dispraxia Verbal Desenvolvimental são descritas com tendo uma compreensão normal ou bem perto do normal, mas com alterações graves na organização

articulatória dos sons para a fala. Essa organização articulatória não melhora mesmo quando são solicitadas a imitar a fala do terapeuta com tarefas de imitação. Os enunciados são simples, com ausência de aspectos gramaticais, apresentam importantes alterações articulatórias que prejudicam a inteligibilidade de fala (HAGE, 1999; HAGE; GUERREIRO, 2010). Todos esses sinais são observados na avaliação de HB.

Em relação a sua personalidade, por meio da síntese de todos os desenhos do HTP, podemos considerar como características mais marcantes de HB a inibição e relutância no contato social, com generalizada angústia na exposição de si, fraca adaptação social e com o ambiente, e ausência de espontaneidade. Adicionalmente, demonstra timidez com retraimento no intercâmbio pessoal, forte inferioridade, insegurança, vulnerabilidade, ingenuidade e imaturidade.

A pontuação em todos os critérios diagnósticos do DSM-5 para TEA elucida melhor o quadro de atraso global do desenvolvimento que HB apresentou desde o nascimento. É importante considerar que nesse caso existem fatores de naturezas distintas que não devem ser compreendidos isoladamente, pois devido à complexidade do caso, é crucial que o processo de avaliação possa dar uma resposta de como esses fatores estão interligados.

Para essa compreensão foi necessário traçar os perfis de desenvolvimento sensorial, cognitivo, social e comportamental. Cruzando os dados obtidos dessas fontes, chegou-se ao conhecimento de suas forças e fraquezas, que é fundamental para o desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção que sejam adequadas às necessidades específicas de HB.

Crianças com apenas distúrbios de linguagem tendem a compensar os prejuízos da fala usando outros meios comunicativos e sociais para se expressar. É possível observar nesses casos déficits sociais, mas geralmente são atrasos equiparáveis ao seu nível de desenvolvimento,

mas não justificam a falta de interesse e o pobre repertório social. Outro fator que diferencia o transtorno expressivo de linguagem do TEA é que crianças com apenas distúrbios da fala não apresentam interesses restritos, perseverativos, repetitivos e nem comportamentos estereotipados, que são fatores presentes em HB.

O presente incentivo a avaliações por uma equipe interdisciplinar, que integre distintos profissionais da área de saúde, objetiva a condução de diagnósticos e prognósticos mais seguros e completos. A colaboração entre a Fonoaudiologia e a Psicologia foi essencial para criar um diálogo entre as habilidades linguísticas de HB com suas características cognitivas e de personalidade.

Recomendações clínica e escolar

Para o quadro clínico apresentando por HB, recomenda-se o acompanhamento psicológico cognitivo-comportamental e/ou a Análise Aplicada do Comportamento para treino de habilidades sociais, ampliação de repertórios adequados e de interesses, e redução de repertórios inadequados (GOULART; ASSIS, 2002; DANIAL; WOOD, 2013). É fundamental o treinamento de pais para que ocorra a reorganização do ambiente e estimulação adequada, melhorando a qualidade de vida tanto de HB quanto de sua família (SINGER et al., 2007; ANDRADE; TEODORO, 2012).

Recomenda-se também adequada estimulação de sua linguagem por meio de atendimento fonoaudiológico com ênfase na ampliação da capacidade e recursos de comunicação e não somente focado nos órgãos fonoarticulatórios. Nesse sentido, seria útil a introdução de metodologias comunicativas que utilizem recursos visuais como o picture exchange communication system (PECS – BONDY; FROST, 2001), pois a chance de resposta positiva de HB pode aumentar devido a suas boas capacidades de concentração, organização, memória visual, sequenciamento, avaliação de informações viso espaciais, e de trabalho em situações concretas.

Devido à especificidade do quadro de HB, recomenda-se também acompanhamento escolar diferenciado, por um profissional especializado, que introduza os conteúdos a serem aprendidos de acordo com os pontos fortes de HB e evitando situações constrangedoras, como ler em voz alta e ser avaliado na frente dos colegas. Especificamente, o ditado deve ser feito individualmente, não exigindo tempo para a tarefa. As provas e avaliações devem dispor de tempo adequado à habilidade de HB e, se possível, em sala separada. As avaliações devem ser feitas em forma de múltipla-escolha, evitando questões abertas, pois HB possui dificuldade motora e de produção da escrita. Devido à sua limitada capacidade de abstração, os conteúdos de difícil compreensão devem ser associados a situações concretas como imagens, e/ou organizados visualmente de forma que facilite a compreensão pela via visual.

Deve-se estimular a interação social, porém planejada e positiva, tomando o cuidado para não expor o paciente a situações aversivas, como forçar o contato ou interação. Recomenda-se oferecer o modelo de comportamento, antecipando regras, por causa da dificuldade de HB de raciocinar a partir das pistas sociais a respeito do comportamento adequado para aquele contexto. Essas recomendações escolares são de grande valia para guiar outros casos clínicos similares, minimizando as perdas desenvolvimentais e valorizando o potencial do indivíduo.

5 - COMENTÁRIOS FINAIS

Diante dos dados levantados, HB pode ser diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo, com provável comorbidade com Transtorno Expressivo de Linguagem (Dispraxia Verbal Desenvolvimental), atraso não progressivo do desenvolvimento neuropsicomotor, hipotonia congênita global. Com a presente avaliação, pôde-se vislumbrar uma nova hipótese diagnóstica, o TEA, que traz conteúdos fundamentais a respeito do

funcionamento do indivíduo que, se forem ignorados ou negligenciados, culminarão na atenção e cuidados inadequados ou insuficientes.

O bom prognóstico em relação ao TEA depende da adequada orientação da família e da escola, assim como de tratamento interdisciplinar que considere os sintomas, as forças e as fraquezas do paciente. Por fim, chamamos a atenção dos profissionais da saúde (ex., médicos, geneticistas, neurologistas, pediatras e psiquiatras) para a necessidade de conduzir suas avaliações de forma interdisciplinar para assim realizar o diagnóstico efetivo nos casos de TEA, e também de outras condições.

6 – REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. A.; TEODORO, M. L. M. Família e autismo: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, v. 5, n. 2, p. 133-142, 2012.
- ANDRADE, C. R. F. et al. ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. *Pró-Fono*, 2004.
- ASSOCIATION, A. P. (APA). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014. 992p.
- BONDY, A.; FROST, L. The Picture Exchange Communication System. *Behav Modif*, v. 25, n. 5, p. 725-44, Oct 2001.
- BUCK, J. N.; TARDIVO, R. C.; ALVES, I. C. B. *HTP: manual e guia de interpretação*. 2003.
- CASTRO, M. M.; WERTZNER, H. F. Stimulability: auxiliary measure in the identification of difficulty in speech sounds production. *J Soc Bras Fonoaudiol*, v. 24, n. 1, p. 49-56, 2012.
- CUETOS, F.; RODRIGUES, B.; RUANO, E. *PROLEC: Provas de Avaliação dos Processos*

- de Leitura - Manual. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- DANIAL, J. T.; WOOD, J. J. Cognitive behavioral therapy for children with autism: review and considerations for future research. *J Dev Behav Pediatr*, v. 34, n. 9, p. 702-15, Nov-Dec 2013.
- EISENBERG, L.; KANNER, L. Childhood schizophrenia; symposium, 1955. VI. Early infantile autism, 1943-55. *Am J Orthopsychiatry*, v. 26, n. 3, p. 556-66, Jul 1956.
- GOULART, P.; ASSIS, G. J. A. D. Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 4, p. 151-165, 2002.
- HAGE, S. R. V. Alterações de linguagem em crianças com dispraxia verbal. *Mimesis*, v. 20, n. 1, p. 77-87, 1999.
- HAGE, S. R. V. Folha de Análise do Protocolo de Avaliação de Habilidades Morfosintáticas. Material da Disciplina: Clínica de Diagnóstico Fonoaudiológico. Universidade de São Paulo – FOB/USP 2000.
- HAGE, S. R. V. et al. Specific language impairment: linguistic and neurobiological aspects. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 64, p. 173-180, 2006.
- HAGE, S. R. V.; GUERREIRO, M. M. Distúrbio Específico de Linguagem: Aspectos Linguísticos e Neurobiológicos. In: FERNANDES, F. D. M., MENDES, B.C.A., NAVAS, A.L.P. (Ed.). *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. São Paulo: Roca, 2010. p.323-29.
- HAGE, S. R. V. et al. [Analysis of the pragmatic abilities profile in normal preschool children]. *Pro Fono*, v. 19, n. 1, p. 49-58, Jan-Apr 2007.
- MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Brazilian Portuguese version of the Iowa Gambling Task: transcultural adaptation and discriminant validity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, p. 144-148, 2008.
- MUSSEY, J. L. et al. Decision-making skills in ASD: performance on the Iowa Gambling Task. *Autism Res*, v. 8, n. 1, p. 105-14, Feb 2015.
- SANTOS-CARVALHO, B. D.; MOTA, H. B.; KESKE-SOARES, M. Teste de figuras para discriminação fonêmica: uma proposta. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 13, n. 3, p. 207-217, 2008.
- SILVA, A. B. B. *Mundo Singular: entenda o autismo*. São Paulo: Editora Objetiva, 2012.
- SINGER, G. H. S.; ETHRIDGE, B. L.; ALDANA, S. I. Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, v. 13, n. 4, p. 357-369, 2007.
- SOUZA, T. N. U.; PAYÃO, M. D. C.; COSTA, R. C. C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 21, p. 75-80, 2009.
- WECHSLER, D. *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual*. 3. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- WERTZNER, H. F.; ALVES, R. R.; RAMOS, A. C. D. O. Análise do desenvolvimento das habilidades diadococinéticas orais em crianças normais e com transtorno fonológico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 13, p. 136-142, 2008.
- WERTZNER, H. F. et al. Phonological measures in children with phonological disorders. *Revista da Sociedade Brasileira de*



Fonoaudiologia, v. 17, n. 2, p. 189-195, 2012.
ISSN 1982-0232.

WING, L. Aspects of Autism: Biological Research. London: Gaskell Eds. & Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society, 1988.

WING, L. The spectrum of autistic disorders. Hosp Med, v. 65, n. 9, p. 542-5, Sep 2004.

Recebido em: 02.06.2015

Aceito em: 20.08.2015