

Revista Brasileira de Ciências Humanas

ISSN 3085-8178

vol. 2, n. 3, 2026

... ARTIGO 10

Data de Aceite: 13/03/2026

A DUALIDADE NEURODIVERGENTE: ENTRE O TEA E O TDAH

Francisco de Assis Pereira Filho

Bacharel em psicologia Clínica, Pós-Graduado em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), e Especialização em Neurociência e Aprendizagem – Faculdade Batista de MG.

Fortaleza, Ceará, Brasil.



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo: O entendimento das condições do neurodesenvolvimento passou por uma transformação radical nas últimas décadas. O que antes era compreendido através de categorias rígidas e isoladas, hoje é analisado sob a ótica da complexidade e da sobreposição descrevendo as dificuldades de compreensão devido ao alto número de problemas identificados e interconectados entre os dois transtornos, causando certa confusão no diagnóstico o que resulta muitas vezes em diagnósticos imprecisos ou incorretos. Dentro deste cenário, a relação entre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) emerge não como uma coincidência rara, mas como uma manifestação frequente da diversidade neurológica humana podendo estar presente ambas em um mesmo indivíduo ou isoladamente. Historicamente, os manuais diagnósticos (como o DSM-IV) tratavam essas duas condições como mutuamente exclusivas, impedindo que um indivíduo recebesse ambos os diagnósticos simultaneamente. Entretanto, com o avanço nos estudos na neuropsicologia clínica sendo esta, uma especialidade da psicologia para estudar a relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento, cognição e emoção, além de, aplicação de testes padronizados para mapear funções cerebrais (memória, atenção, linguagem, funções executivas dentre outras) identificando quais estão preservadas ou comprometidas, bem como, da neurociência demonstrou que a “dualidade neurodivergente” é, na verdade, uma realidade para a maioria: estima-se que entre 50% a 90% das pessoas no espectro autista também apresentem sintomas significativos de TDAH. Esta coexistência desafia os modelos tradicionais de avaliação, muito embora pessoas autistas tenham maior evidên-

cia na inflexibilidade social e motora, e o TDAH se destaque pelos prejuízos na concentração e controle de impulsos, a fronteira entre ambos é frequentemente tênue.

Palavras-chave: desafios e pesectivas no diagnóstico de tea e tdah.

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), são considerados condições do neurodesenvolvimento que, embora distintas em suas definições clássicas, frequentemente podem coexistir no mesmo indivíduo, de forma geral, o processo avaliativo deve compreender os atrasos nos diferentes níveis de funcionamento, como domínios de comunicação, motricidade, cognição, sociabilidade, desatenção, hiperatividade, impulsividade e a história familiar e social. Por muito tempo, os manuais de diagnósticos tratavam essas condições como excludentes. Entretanto, avanços na neurociência, na psicologia e na neuropsicologia clínica demonstram que a sobreposição (comorbidade) é quase a mesma regra entre ambos transtornos, não sendo exceção. Assim como tratam-se de uma definição de disfunções do SNC e SNP envolvendo todas as estruturas cerebrais, sendo que, no caso do autismo é verificado uma maior evidências no desenvolvimento do controle motor e na inflexibilidade social e verbal, enquanto no TDAH sua especificação de danos esteja mais casual na parte cognitiva da concentração, hiperatividade e impulsividade, podendo ou não vim atrelados a outros transtornos do neurodesenvolvimento. Alguns sintomas que observamos que estão presentes em indivíduos com autismo, podem surgir no TDAH, e assim

sucessivamente, o que torna o diagnóstico mais difícil. Estima-se que cerca de 90% a 50% das pessoas com TEA também apresentam sintomas significativos de TDAH. Compreender essa interseção é crucial para garantir intervenções terapêuticas ou medicamentosas eficazes e uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O processo de desenvolvimento infantil inicia-se na vida intrauterina sob a influência de diferentes fatores biológicos e ambientais. Após o nascimento da criança é essencial o monitoramento de diferentes indicadores do desenvolvimento nos aspectos de psicomotricidade, funções sensoriais, linguagem, comunicação, cognição e funcionamento sócio adaptativo. Esse monitoramento é essencial, pois decorrente dele poderão ser conduzidas estimulações precoces para a promoção de um desenvolvimento típico, detecção de fatores de risco para problemas de desenvolvimento, assim como identificação de transtornos do neurodesenvolvimento para iniciar as respectivas intervenções precoces. Assim, considera-se que a identificação precoce de alterações em algum desses aspectos constitui um tipo de intervenção preventiva em relação a outros problemas físicos e mentais (Lauritsen, 2013). Especificamente no caso de crianças com sinais sugestivos de TEA, equipes de saúde devem estar preparados para verificar criteriosamente a linha de base da criança incluindo os perfis de desenvolvimento, cognição, comunicação, sensorialidade, motricidade e comportamento.

Comorbidade TEA e TDAH

Enquanto indivíduos com TEA já diagnosticados apresentam em seus comportamentos características principalmente por dificuldades na comunicação social e padrões repetitivos e estereotípias como abanar as mãos, movimentos bruscos ou pendulares com o corpo, interesse restrito ou hiperfoco seguida de inflexibilidade mental, dentre outros fatores específicos do autismo, podendo estar em comorbidade com o TDAH, podendo aparecer certos comportamentos como falar demais ou interromper as pessoas quando estas querem falar, movimentos rápidos e atrapalhado ou que age de forma precipitada ou desajeitada, sendo considerado do tipo desorganizado e avoado, sem interesse eventual por algo específico podendo iniciar várias atividades e nunca terminar alguma delas, podem ambos os transtornos ainda apresentarem outras comorbidades ligadas especialmente a personalidade, tais como: Ansiedade, Depressão, Bipolaridade, Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), Transtorno do Estresse Intermitente (TEI), Transtorno de Personalidade Histriônico (TPH), dentre outros. Abaixo citaremos alguns dos principais problemas encontrado em ambos transtornos:

Disfunção Executiva:

Ambos os transtornos afetam o planejamento e a memória de trabalho, tornando tarefas cotidianas desafiadoras e exaustivas, afetando o planejamento, organização, iniciação de tarefas, regulação de emoções e memória de trabalho.

Sensibilidade Social

A busca por estímulos do TDAH pode colidir com a necessidade de rotina e ao con-

trário no TEA a previsibilidade para esses estímulos se tornam ainda mais indicativos de uma rejeição do que uma busca por elas.

Interação Social

As dificuldades em indivíduos autistas em conseguir realizar amigos, conversar e ter empatia, é um dos maiores problemas que eles enfrentam, enquanto no TDAH não é que ele apresente dificuldades de fazer amigos, mas o seu jeito de conversar, sempre se adiantando ou falando mais do que o necessário, atrapalhando as pessoas quando querem expressar suas ideias ou opiniões, não aceitando que elas possam opinar ou dá suas conclusões, o que o coloca em conflito direto com os pensamentos, além de sua impulsividade não sabendo esperar sua vez para falar gerando uma barreira, o que ocasiona o abandono de seus amigos e colegas.

Hiperfoco e Sensibilidade:

Evidentemente são dois problemas cognitivos que esbaram consideravelmente em pessoas que apresentam (TEA) sendo visível quando há inflexibilidade para mudar as atividades acadêmica ou gosto por algo, como querer aprender só uma disciplina (matemática), não se interessar por outras disciplinas, o que o torna muito inteligente para realizar cálculos rápidos e eficazes dentro dessa áreas, pode apresentar para pintura, física, marcenaria, desenhos etc, lembrando sempre o que torna ainda mais interessante, um exemplo é que pode gostar muito de pintar, porém fica estressado se for solicitado para realizar um desenho, e vice-versa. No caso de indivíduos com TDAH eles não apresentam interesse por algo específico, podem até se dá bem em várias disciplinas, mais nada que faça gostar de forma rígida

por apenas uma disciplina, eles podem até apresentar mais facilidade, porém executam outras atividades que lhe interessam, sempre iniciando bem e logo em seguida chegando a desistir quando identificam que vai ter que ficar muito tempo dedicado em uma só tarefa, o que torna exaustivo para ele e isso é cansativo ou monótono.

DESAFIO NO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico diferencial é complexo, muitas vezes, a agitação motora do TDAH é confundida com as estereotipias do autismo, ou o hiperfoco do autismo é confundido com a falta de atenção do TDAH, é necessária uma avaliação neurodisciplinar que inclua:

-Neuropsicólogos e Neuropsipedagogos

- Psiquiatras ou Neuropediatras

-Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais

- Psicólogos e Psicopedagogos

Além desses conjuntos de especialistas e profissionais é necessário que o profissional sempre solicite o relatório escolar e realize a anamnese com os pais ou cuidadores, de forma bem estruturada para identificar os comportamentos em seus mais variados ambientes de vida.

Abordagem Terapêutica:

O tratamento para quem possui ambos os diagnósticos devem ser personalizados, o que funciona para um TDAH isolado pode não ser ideal para um autista, e assim vice versa.

Intervenção medicamentosa:

O uso de fármacos pode ajudar durante o tratamento, esses psicoestimulante sob rigoroso acompanhamento médico são essenciais e assim podendo evitar que outros transtornos possam causar danos ainda maiores como ansiedade, estresse e depressão, impulsividade, irritabilidade, agressividade etc.

Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

Auxilia na regulação emocional e no desenvolvimento de estratégias de organização, bem como, ajuda a priorizar o que é mais importante para o paciente, descartando as coisas menos interessantes que estão barrando o desenvolvimento cognitivo e minimizando danos futuros em sua vida, além de identificar outros sintomas que possam estar causando ou afetando o bem estar social e pessoal.

Adaptação Escolar e Profissional:

Criação de Ambientes com menos poluição visual e sonora, instrução claras e diretas, que possam potencializar uma melhor adaptação as características tanto do TEA quanto do TDAH.

A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO

- O “Efeito Mascaramento” ou “Masking” em inglês, descreve a capacidade que algumas pessoas não só com autismo como vem sendo descrito em outros trabalhos acadêmicos, mas também no TDAH, com a intenção do indivíduo de esconder seus sintomas e comportamentos com o objetivo de camuflar e assim adaptar-se às

normas sociais para evitar rótulos ou julgamentos de discriminação, o que pode ter consequências seria e gerar outros transtornos como ansiedade, estresse, depressão, bipolaridade, pânico dentre outros.

O diagnóstico simultâneo de sintomas (sintomas espelhos), onde muitos comportamentos podem ser interpretados de duas formas, conforme citaremos abaixo:

4.1 – A falta de contato visual: No TEA pode ser por desconforto sensorial ou dificuldade de processar pistas sociais, já no TDAH, pode ser simplesmente porque a pessoa se distrai com um estímulo visual no ambiente, ou devido a pessoa apresentar aspectos desconforto e insegurança.

4.2 – No TEA a sociabilidade e o desconforto físico podem ser complicados ou desinteressantes, pode até ser interessante mais de pouca duração, deixando ser tocado para conseguir a amizade, porém quando chega em casa os pensamentos tóxicos do seu comportamento invadem sua mente, chegando até a passar mal. Já no TDAH ele consegue realizar todos sem problemas tão bem que quando se afasta das pessoas fica desprezando ou sacaneando do seu comportamento para com elas.

4.3- Sobreposição de Sintomas - TEA e TDAH: Ambos os transtornos podem apresentar sintomas semelhantes, como dificuldades de atenção e problemas de interação social. Isso pode dificultar a diferenciação entre os dois.

SINTOMAS ANTAGÔNICOS

O TEA e o TDAH muitas vezes funcionam como forças dentro da mesma pessoa, o que cria um perfil clínico confuso e de difícil diagnóstico.

O lado TEA busca rotina

Uma ordem rígida e previsibilidade, tudo deve estar em seu devido lugar, todos devem passar sempre pelo mesmo local que entrou, a pessoa deve sempre ser realizada de forma que ela consiga entender o conteúdo de uma história ou piada, porque elas costumam depender de linguagem não literal, ironia, duplo sentido, leitura de contexto e pistas sociais implícitas. No TEA, o processamento tende a ser mais literal e direto, o que dificulta perceber a quebra de expectativa que gera o humor. Além disso, compreender piadas exige teoria da mente (entender a intenção do outro) e sensibilidade ao tom de voz, expressão facial e contexto social, habilidades que podem funcionar de forma diferente em pessoas atípicas, significativamente a falta de maleabilidade da expressão do humor

O lado TEA busca novidade

Estimulação e tédio fácil, fazendo com que não se encaixe nos estereotípicos de nenhum dos dois tipos de transtorno. Ele pode parecer “organizado demais” para ser TDAH, mas “caótico demais” para o perfil clássico do autismo.

Hiperfoco x Desatenção

O TDAH é marcado pela incapacidade de sustentar a atenção em tarefas monótonas. No entanto, o autista possui interesses restritos e profundos (Hiperfoco). Quando os dois coexistem, a pessoa pode passar horas a fio focada em um mesmo assunto ou tema de seu interesse no caso de pessoas autistas, já para o TDAH não consegue focar por muito tempo nas atividades, devido o esforço mental ser exaustivo e a desatenção aparecer logo em seguida, o que

faz eles desistirem fácil de suas atividades, ou iniciar alguma atividade e manter por muito tempo até finalizar por completo, sendo que, começa a se dedicar por um curto período de tempo, mas logo desiste, pode ser em academia, faculdades, estudos, trabalhos dentre outros.

Caracterização dos Transtornos

O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é definido por um padrão persistente de desatenção e / ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento, se manifestando em três apresentações principais:

A – Predominantemente desatento:

Apresentação em conseguir manter o foco em atividades do dia a dia, seja na escola, no trabalho em conversas com amigos, podendo ocasionar problemas diversos para se concentrar e executar suas atividades normalmente, seguir instrução detalhadas e organizar tarefas. São frequentemente descritos como esquecidos, voadores, desatentos, distraídos, dentre outros estigmas, sendo observado perdas de objetos, responsabilidades com prazos, compromissos etc.

B – Predominantemente Hiperativo-Impulsivo

Caracteriza-se pela inquietude motora (incapacidade de ficar parado, mexe e se contorce na cadeira, movimenta-se constantemente, não gosta de ficar parado, parece que está a mil por hora). A impulsividade leva a decisões precipitadas sem medir as consequências, fazer ou falar algo que não deveria ter dito, não sabe aguardar sua vez de falar, interrompe as pessoas constantemente,

chega até a completar as palavras da outra pessoa.

C - Apresentação Combinada:

Quando o indivíduo apresenta níveis significativos de ambos os critérios de desatenção e hiperatividade/impulsividade sendo está última a forma mais comum de diagnóstico.

No TDAH é essencial que o profissional identifique e determine o subtipo que está classificado segundo o DSM-5 em três tipos:

1. (F90.0) – Apresentação predominantemente desatenta – Nesse subtipo apenas se o indivíduo apresentou problemas relacionados aos processos atencionais, sem indícios suficientes que apontem dificuldades em hiperatividades ou impulsividade.
2. (F90.1) – Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva – se critérios de hiperatividade seguida ou não de impulsividade preenchem os critérios para o diagnóstico.
3. (F90.2) – Apresentação Combinada – Nesse subtipo deve estar apresentáveis dificuldades tanto atencional quanto hiperatividade e impulsividade.

Transtorno do Espectro Autista

O TEA é um transtorno que afeta muito a organização do sistema nervoso, impactando principalmente três áreas principais dessa organização, comunicação, padrões restritivos e repetitivos e interação social.

A – Comunicação:

Pode envolver atraso na fala, uso repetitivo da comunicação verbal e não verbal, repetir algumas palavras (ecolalia), uso do pronome “Ele” em vez de “Mim” ou “Eu”, dificuldades em iniciar ou manter um diálogo, interpretar alguns significados ou conseguir identificar algumas expressões faciais.

B – Padrões restritivos e repetitivos:

Necessidade de rotinas rígidas, interesses intensos por temas específicos (hiperfoco), movimentos repetitivos (como flapping de mãos) hiper ou Hipossensibilidade sensorial (auditivas, visuais, táteis, sensações gustativas, propriocepção).

C – Interação Sensorial:

Dificuldade de iniciar ou manter contato visual, gestos, expressões faciais, manter relacionamentos, inflexibilidade cognitiva e falta de empatia.

No TEA é os níveis de gravidade que indicam a classificação de um indivíduo, sendo os seguintes segundo o DSM-5 classificado com CID (F84.0).

A - **Nível 1** (Exige Apoio muito substancial - Leve): A pessoa consegue se comunicar e realizar atividades diárias com pouca ajuda, mas pode ter dificuldades na interação social e inflexibilidade de comportamento que impactam a organização e planejamento.

B - **Nível 2** (Exige Apoio Substancial - Moderado): Déficits notáveis na comunicação social e inflexibilidade comportamental, com dificuldades marcantes mesmo com suporte. A interação social e comportamentos repetitivos interferem bastante na rotina.

C - **Nível 3** (Exige Apoio extremamente substancial – Severo ou Grave): Déficits graves na comunicação verbal e não verbal, resultando em grande limitação na intera-

ção social, movimentos duradouros e repetitivos, inflexibilidade de comportamento e dificuldades funcionais que exigem suporte intenso e contínuo.

HISTÓRICO DE EXCLUSÃO NO DSM

Um fator crucial para a dificuldade diagnóstica é histórico, até a publicação do DSM-5 em 2013, os médicos eram orientados a não diagnosticar as duas condições juntas, se um paciente tinha autismo, os sintomas de desatenção ou hiperatividade eram considerados “parte do autismo”. Essa barreira cultural e médica ainda influencia muitos profissionais da velha guarda, resultando em diagnósticos tardios ou incompletos para muitos adultos hoje.

O DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria da Editora Artmed em conjunto com a associação Brasileira de Psiquiatria, trouxe mudanças significativas na forma como entendemos o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), foi permitir o diagnóstico comórbidos (conjunto) entre os dois, o que era proibido nas versões anteriores. A grande mudança foi que agora você pode diagnosticar um caso em que o paciente apresente sintomas tanto para o autismo quanto para o TDAH essas duas condições juntas, o que antes de 2013 isso era totalmente incontestável ou errônea tal diagnóstico.

O que muda com essa nova mudança

As medicações para TDAH podem ajudar na concentração do autista e vice versa, além das estratégias comportamentais precisam ser adaptadas para lidar com a impulsividade e a rigidez cognitiva ao mesmo tempo, as equipes multidisciplinares serão em maior quantidade, assim o desenvolvimento do paciente será bem maior e mais rápido para que possa se adaptar ao ambiente social, familiar e pessoal.

Quais foram os benefícios com a nova mudança

Maior benefício foi o fim da exclusão mútua permitindo diagnosticar TEA e TDAH juntos, o paciente recebe um “mapa” completo do seu estado funcional cerebral, se antes uma criança autista era muito inquieta, o médico ignorava o TDAH, achando que a agitação era “coisa do autismo”, hoje o tratamos tanto a desatenção e a hiperatividade como condição à parte, o que abre portas para tratamentos específicos (como medicamentos para foco) que antes eram negados.

Tratamento Personalizado (níveis de suporte)

A introdução dos **Níveis 1, 2 e 3** no autismo ajudou a acabar com o rótulo de “leve” ou “grave”, que era muito vago, bem como, melhor identificação em adultos e mulheres reconhecendo que o autismo pode se manifestar de forma diferentes em meninas.

SINTOMAS E COMPORTAMENTOS

Sintomas e comportamentos que podem ser apresentados em indivíduo com transtorno do neurodesenvolvimento podem ser diversos, entretanto se faz necessário um anamnese bem estruturado sempre buscando identificar as manifestações clínicas muito precoces no caso de suspeita de autismo, tornando evidentes na grande maioria dos casos antes dos dois anos de idade. Entretanto, quando verificamos o atraso em competências acadêmicas, leitura, escrita, desinteresse pelos estudos ou dificuldades atencionais, em crianças acima dos 3 anos de idade, podemos estar diante do TDAH.

7.1 – A identificação de autismo ou TDAH é de fundamental importância, a utilização de escalas, testes e inventários avaliativos, além é claro de uma anamnese bem estruturada com os familiares ou responsáveis pelo paciente, sempre levando em conta outros documentos como encaminhamento, relatório escolar ou outros documentos que podem corroborar para um diagnóstico mais preciso e transparente com maior confiabilidade.

7.2- Abaixo estão alguns dos sintomas e comportamentos que podem aparecer em pessoas com TDAH.

1. Distraem-se facilmente
2. Tem baixa capacidade de concentração
3. Tem dificuldade de permanecer concentrado em uma atividade
4. Pulam de uma tarefa para outra Podem não ouvir corretamente
5. Apresenta falta de organização

6. Tem dificuldade em seguir instrução
7. Perdem coisas, chegam atrasados, esquece de entregar a lição de casa.
8. Evitam tarefas que necessitam de esforço mental
9. Mantém as mãos inquietas e as pernas agitadas quando estão sentados
10. São incapazes de relaxar e ficar calmos
11. São impacientes e não gostam de esperar
12. Ficam irritados quando não são atendidos da forma que querem
13. É ansioso e agitado, sempre querendo logo o que desejam não sabendo esperar.
14. Podem ficar com raiva e agressivos
15. Dificuldade em organização
16. Lembrar de detalhes ou instrução
17. Não aceitam o (não) como respostas
18. Podem fazer palhaçadas ou ser exibidos
19. Apresenta dificuldade de aprendizagem
20. Tem interesse por uma ou duas disciplinas
21. Tem dificuldade de escrever e falar
22. Não para de falar a mesma coisa
23. Oscilações de humor
24. Postura desajeitada
25. Distrai-se com objetos próximos a ele(a)

26. Não acompanha instruções e não completa tarefas.
27. Esquece das atividades diárias
28. Tem dificuldade de brincar tranquilamente
29. Frequentemente movimenta-se e age sem parar
30. Costuma falar demais
31. Frequentemente responde às perguntas, antes mesmo que elas sejam completadas.
32. Gosta de ficar só em um canto da casa
33. Fala muito em um determinado assunto
34. Apego a objetos ou há só um tipo de brinquedo
35. Dificuldade de controlar seus impulsos e desconta sua raiva nas pessoas
36. Fica muitas vezes pensando como resolver determinado trabalho que ainda nem iniciou
37. Sempre tenta seguir as regras, mas apresenta dificuldade para compreender
38. E daquelas que não discute mesmo sabendo que estar com a razão
39. Não age pela razão mais sim pela emoção

Abaixo estão alguns dos sintomas e comportamentos que podem aparecer em pessoas com TEA

1. Dificuldade na Interação Social, como não sorri, ausência de aproximações espontâneas, Não busca compa-

nhia, busca constantemente seu cantinho (esconderijo), evita pessoas;

2. É impossível manter um intercâmbio social, sempre tentando o Isolamento intenso.

3. Manipulação do Ambiente

4. Mudança repentina de humor;

5. Mantém-se indiferente, sem expressão;

6. Podem apresentar risos compulsivos, ou birra e raiva passageira;

7. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar).

8. Utilização das Pessoas a seu redor como buscar um adulto, levando-o até aquilo que ele deseja, (p.ex.: amarrar sapatos, pegar objetos);

9. Resistência a Mudanças, insiste em manter a rotina;

10. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e de alimentação;

11. Apresenta resistência às mudanças, persistindo a mesma resposta ou atividade.

12. Busca de uma ordem rígidas, ordenação dos objetos de decoração fazer com critérios próprios e pré-estabelecidos;

13. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar);

14. Prende-se a um único tipo de atividade em brincadeiras
15. correção pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado).

16. Falta de Contato Visual, desvia os olhares diretamente, não olhando nos olhos;

17. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente;

18. Fixe os objetos com uma olhada periférico, não central;

19. Mímica expressiva

20. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada;

21. Não mostra uma antecipação aos fatos e acontecimentos;

22. Não há expressões faciais através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente;

23. Imobilidade facial.

24. Distúrbios de sono, sono irregular (em intervalos), troca de dia pela noite, pode dormir poucas horas.

25. Alteração na Alimentação, seletividade alimentar rigidez (ex.: como o mesmo tipo de alimento sempre), come outras coisas além de alimentos (papel, insetos);

26. Quando pequeno não mastigava;

27. Apresenta uma atividade ruminante;

28. Vômitos;

29. Venha grosseiramente, esparrama a comida ou atira;

30. Rituais (esfarela de alimentos antes da ingestão);

31. Ausência do paladar (Falta de sensibilidade gustativa).

32. Dificuldade no controle dos esfíncteres

33. Medo de sentar-se no vaso sanitário;

34. Utilize os esfíncteres para manipular o adulto;

35. Utilize os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer;

36. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente.

37. Exploração dos Objetos, morde e continua engole objetos não alimentares, chupa e coloca as coisas na boca, cheira tudo, apalpar tudo.

38. Examina superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa.

39. Uso inadequado dos objetos não utilizando os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra

40. Ignora os objetos ou mostrar um interesse momentâneo;

41. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão;

42. Conduta atípica com os objetos (seguramente indiferente nas mãos ou gira);

43. Carrega insistentemente objetos específicos;

44. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo;

45. Coleção de objetos estranhos;

46. Utilize os objetos de forma particular e envolvente.

47. Falta de atenção

48. Quando realiza uma atividade, fixar a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la;

49. Pode ser chamado pelo nome, mas não responde, como se fosse surdo;

50. Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende);

51. Resposta retardada, muitas vezes dá a sensação de ausência.

52. Ausência ou desinteresse pela aprendizagem

53. Não quero aprender, e se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste;

54. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer;

55. Insista constantemente em mudar de atividade.

56. Falta de iniciativa, é incapaz de ter iniciativa própria, passividade, falta de interesse, lentidão, ou prefere que outro faça o trabalho para ele.

57. Alteração de linguagem e comunicação

58. Mutismo, estereotípias vocais, entonação incorreta, ecolalia Imediata e/ou retardado;

59. Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo;

60. Não se comunica por gestos;

61. Habilidades e conhecimento

62. Aprende fácil mais não apresenta interesse em levar adiante.

63. As vezes surpreende por suas habilidades inesperado em determinados assuntos ou conhecimento.

64. Reações inapropriadas ante a frustrações

65. Reações de desagrado caso seja esquecido alguma coisa, fica irritado e perde a paciência quando é interrompido em atividades que ele tem hiperfoco.

66. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem;

67. Reações de birra que podem gerar agressividade.

68. Não assume responsabilidades

69. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja;

70. Pode parar de fazer alguma coisa quando é interrompido, se em nenhuma hipótese continua novamente.

71. Hiperatividade/Hipoatividade

72. Está constantemente em movimento;

73. Barulhento, se movimenta bastante em um ambiente, não consegue ficar parado por muito tempo.

74. Vai de um lugar a outro, sem parar, fica pulando (saltando) no mesmo lugar;

75. Movimentos estereotipados e repetitivos

76. Balanceia-se, olha e brinca com as mãos e os dedos, tapa os olhos e as orelhas, dá pontapés;

77. Faz caretas e movimentos estranhos com o rosto;

78. Rodar objetos ou sobre si mesmo;

79. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrastando os pés, anda fazendo movimentos estranhos;

80. Ignora o perigo, não se dá conta do perigo, sobe em todos os lugares, parece insensível a dor.

Os sintomas acima são apenas de conhecimento, devendo ser avaliado por profissionais da saúde capacitados para o diagnóstico.

CONCLUSÃO

A análise desse estudo revela que a interseção entre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) exige um olhar clínico refinado e profundamente individualizado. O diagnóstico diferencial não é apenas uma etapa burocrática, mas um processo investigativo essencial para evitar que sintomas semelhantes (como a falta de contato visual, sociabilidade, comunicação verbal e não verbal ou a agitação motora) sejam interpretados de forma equivocadas. Os pontos centrais para o sucesso do prognóstico podem ser incluídos a Multidisciplinaridade com uma “rede” de especialistas (médicos, psicólogos, neuropsicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas) é o que garante que o indivíduo seja visto em sua totalidade, e não apenas por um único sintoma isolado. O Contexto do Paciente com uma entrevista bem estruturada sendo de fundamental para identificar o “Efeito Mascaramento” (*Masking*), revelando o custo emocional que o esforço de adaptação social impõe ao indivíduo, e por último a personalização terapêutica reforçando que não existe uma “receita única”.

O tratamento eficaz combina a intervenção medicamentosa para controle de impulsividade e regulação de neurotransmissores com a Terapia Cognitivo-Compor-

tamental (TCC) e adaptações ambientais, visando reduzir o estresse sensorial e cognitivo. Em suma, compreender a sobreposição de TEA e TDAH é aceitar que as fronteiras entre esses transtornos são fluidas. O objetivo final do diagnóstico não é apenas rotular, mas sim desconstruir barreiras, prevenir comorbidades como a depressão e o pânico, e proporcionar uma qualidade de vida onde o indivíduo possa se desenvolver sem a necessidade exaustiva de esconder sua própria natureza.

Resumimos que fique bem claro sobre o diagnóstico de TEA + TDAH exige que o profissional não procure apenas “checklists” de problemas entre esses dois transtornos, mas sim a flutuação entre esses estados mentais e comportamentais, tentando equilibrar a necessidade de um melhor controle em todos os aspectos para que possa manter a autorregulação entre o TEA e o TDAH.

REFERÊNCIAS

APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR)

Artigos científicos recentes da scielo pubmed sobre “neurodesenvolvimento e comorbidade”. Artmed.com.br/artigos/tdah-e-autismo-diferencas-semelhancas-e-desafios-no-diagnostico

AUGUSTO, J. A., Santos, M. C. C., Fornasari, R. C. C. V., Lobo, B. O. M., & Neufeld, C. B. (Abr., 2025).

BARKLEY, Russell A. TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade BENCHE-NAME, A., et al. The co-occurrence of autism spectrum disorder and ADHD.

BALLABRIGA, et al, 1994; adapt. Assumpção *et al.*, 1999. - Escala de avaliação de Traços Autísticos (ATA)

OLIVEIRA, Guiomar: guiomar@chuc.min-saude.pt

HOBSON RP. What is autism? *Psychiat Clin N Amer* 1991;14:1-18.

HANS A translated and annotated by FU. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: Frith U, editor. *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University press. 1991;37-92.

PARMAS J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry*. 2002;1:131-6.

SILVIO, Cesar Zeppone, LEILA Costa Volpon, and LUIZ Antonio Del Ciampo, published in the *Revista Paulista de Pediatria* (Brazilian Journal of Pediatrics).

Volkmar FR, Bergman J, Cohen DJ, Cicchetti DN. DSM-III and DSM III-R diagnosis of autism. *Am J Psychiatry* 1988;145:1404-1408.

ZEPPONE, Volpon, & DEL, Ciampo, Centers for Disease Control and Prevention, 2014