



Transtorno do movimento estereotipado associado ao atraso da linguagem – dados de estudos de caso que contribuem para o diagnóstico diferencial

Stereotyped movement disorder associated with language delay - data from case report that contribute to differential diagnosis

Trastorno del movimiento estereotipado asociado con el retraso del lenguaje: datos de estudios de casos que contribuyen al diagnóstico diferencial

Maria Claudia Arvigo* 
José Salomão Schwartzman* 

Resumo

Introdução: Movimentos repetitivos associados a alterações de linguagem representam dois importantes sinais de alerta para os TEA (Transtornos do Espectro do Autismo). Ainda que, segundo pesquisas atuais, o atraso na aquisição da linguagem não faça parte do conjunto de características comumente observadas em crianças na primeira infância com Transtorno do Movimento Estereotipado (TME), a sua coocorrência pode ser mais comum do que se imagina, o que pode levar a diagnósticos falso positivo para os TEA. **Objetivo:** Caracterizar o processo desviante de aquisição da linguagem associado ao TME, buscando diferenciar das características específicas aos TEA. **Método:** A presente pesquisa apresenta o relato de caso de duas crianças, na faixa etária dos 30 aos 36 meses, com importante atraso na aquisição da fala associado à presença de movimentos estereotipados, com perfis considerados de risco para o autismo. **Resultados:** Na primeira avaliação as duas crianças apresentavam escore médio referente

* Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Contribuição dos autores:

MCA: concepção do estudo, metodologia, coleta de dados e elaboração do texto.

JSS: revisão crítica e orientação.

E-mail para correspondência: Maria Claudia Arvigo - mariacarvigo@gmail.com

Recebido: 26/09/2020

Aprovado: 16/04/2021



ao número de sinais de alerta para os TEA. Após intervenção de 6 meses, para diagnóstico diferencial, houve queda no número de sinais de risco, como remissão de alguns comportamentos característicos dos TEA, melhora na intensidade dos movimentos repetitivos e aumento do repertório de fala. **Conclusão:** Ainda que a presença de movimentos repetitivos ou estereotipados seja um dos sinais clássicos dos TEA, mesmo que coocorra com outras alterações igualmente sugestivas a este diagnóstico, como o atraso na fala, para que o diagnóstico seja conclusivo, é necessária a observação da presença de outros sintomas que se manifestam de forma persistente ao longo do desenvolvimento.

Palavras-chave: Transtorno de Movimento Estereotipado; Transtornos do Desenvolvimento da Linguagem; Transtorno do Espectro Autista; Comorbidade; Sinais de Risco.

Abstract

Introduction: The repetitive movements associated with language disorders represent two important warning signs for ASD (Autism Spectrum Disorders). Even if, according to current research, the delay in language acquisition may not be part of the set of characteristics commonly observed in toddlers with Stereotyped Movement Disorder (SMD), this co-occurrence of language impairment and Stereotyped Movement Disorder may be more common than can be imagined, which leads to mistaken ASD diagnoses. **Objective:** To characterize the deviant language acquisition process associated with SMD, seeking to differentiate the specific characteristics of ASD. **Method:** This research presents a case report of two toddlers, aged 30 to 36 months, with an important delay in the acquisition and development of speech associated with the presence of stereotyped movements, with profiles considered at risk for autism. **Results:** The first assessment showed important results indicating ASD for both children. After a 6-month intervention, there was a decrease in the number of risk signs, such as remission of some behavior characteristic of ASD, improvement in the intensity of repetitive movements and increase of the speech repertoire. **Conclusion:** Although the presence of repetitive or stereotyped movements is one of the classic signs of ASD, even if it co-occurs with other disorders equally suggestive to this diagnosis, such as delayed speech, for a conclusive diagnosis it is necessary the observation of other symptoms that manifest themselves persistently throughout development.

Keywords: Stereotypic Movement Disorder; Language Development Disorders; Autism Spectrum Disorder; Comorbidity; Early Signs.

Resumen

Introducción: Los movimientos repetitivos asociados con los cambios de lenguaje representa importantes señales de advertencia para los TEA (Trastornos del Espectro Autista). Aunque, según la investigación actual, el retraso en la adquisición del lenguaje no es parte del conjunto de características comúnmente observadas en niños en la primera infancia con trastorno de movimientos estereotipados, su coocurrencia puede ser más común de lo imaginado, lo que conduce a diagnósticos falsos positivos de TEA. **Objetivo:** Caracterizar el proceso de adquisición del lenguaje desviado asociado al Trastorno de Movimientos Estereotipados (TME), buscando diferenciar las características específicas de los TEA. **Método:** Esta investigación presenta el caso clínico de dos niños, de 30 a 36 meses, con un importante retraso en la adquisición y desarrollo del habla asociado a la presencia de movimientos estereotipados, con perfiles considerados en riesgo de autismo. **Resultados:** En la primera evaluación, los dos niños obtuvieron una puntuación media con respecto al número de señales de advertencia de TEA. Después de una intervención de 6 meses, diagnóstico diferencial, hubo una disminución en el número de signos de riesgo, como la remisión de algunos comportamientos característicos de los TEA, una mejora en la intensidad de los movimientos repetitivos y un aumento en el repertorio del habla. **Conclusión:** Si bien la presencia de movimientos repetitivos o estereotipados es uno de los signos clásicos de los TEA, aunque concurra con otros cambios igualmente sugestivos para este diagnóstico, como el retraso en el habla, para que el diagnóstico sea concluyente es necesaria la observación de la observación de otros síntomas que se manifiestan de forma persistente a lo largo del desarrollo.

Palabras clave: Trastorno de Movimiento Estereotipado; Trastornos del Desarrollo del Lenguaje; Trastorno del Espectro Autista; Comorbilidad; Signos Tempranos.

Introdução

Os transtornos que acometem o desenvolvimento infantil são caracterizados por déficits no desenvolvimento com início nos primeiros anos de vida da criança. Tais transtornos acarretam prejuízos pessoais, sociais e acadêmicos, podendo comprometer aspectos cognitivos como aquisição da linguagem, aprendizagem, habilidades sociais e funções executivas¹.

Segundo a última versão do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)¹, O TME (Transtorno do Movimento Estereotipado) tem como característica essencial a presença de comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo e sem motivo ou propósito aparente. Em geral, os movimentos mais comumente observados são movimentos de mãos e braços, balanceio de cabeça e movimentos ritmados de corpo, todos sem uma função adaptativa óbvia.

Após o recente surgimento da nomenclatura, alguns critérios práticos foram estabelecidos a fim de diferenciar as estereotipias de outras possíveis condições, porém confusões e diagnósticos equivocados e, por vezes, precipitados, ainda ocorrem com certa frequência.

A literatura²⁻⁵ tem se ocupado em debater e tentar esclarecer alguns aspectos das estereotipias que abrangem tanto a definição clínica atual, quanto a sua etiologia, além das bases e fundamentos para o processo de intervenção, no entanto, estas são perguntas ainda sem respostas com ampla aceitação.

A principal dificuldade em lidar com as estereotipias na infância está relacionada à sua presença em diferentes condições que podem estar associadas, tais como os TEA (Transtornos do Espectro do Autismo), as diferentes condições genéticas, como a Síndrome de Lesch-Nyhan e a Síndrome de Rett, as alterações no processamento sensorial, o Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade e a Deficiência Intelectual de grau moderado a severo.

Segundo pesquisas^{2,6-8}, os casos mais frequentes de movimentos estereotipados e repetitivos são os secundários, com cerca de 90% dos casos ocorrendo com algum tipo de comorbidade. A mais conhecida é a ocorrência de movimentos estereotipados nos TEA. Não é raro observar crianças com autismo apresentando estereotipias como movimentos ritmados de cabeça ou movimentos de mãos e braços (*flapping*).

O movimento estereotipado tende a trazer algum tipo de sensação prazerosa, o que leva muitas crianças a demonstrarem frustração quando o movimento é interrompido. A sensação de prazer representa um traço distintivo entre TME e o Transtorno de Tique, por exemplo, porém, este traço não é suficiente para distinguir TME de TEA. A possibilidade de redirecionar a atenção da criança, ou mesmo de interromper os movimentos é a peça-chave para o diagnóstico diferencial^{6,9,10}.

Por outro lado, as estereotipias podem representar apenas uma condição fisiológica e transitória. Pesquisas^{5,11,12} indicam que por volta de 60% das crianças com desenvolvimento neurológico típico, na faixa etária dos 2 aos 5 anos, apresentam alguma forma de movimento repetitivo e estereotipado.

No caso do TME, os movimentos estereotipados ocorrem de forma primária, ou seja, isoladamente, sem a coexistência de outra condição que justifique a sua presença. As estereotipias emergem por volta dos 3 anos e persistem até a fase adulta, sendo que há relatos de crianças que apresentaram os movimentos estereotipados antes da faixa etária dos 24 meses¹².

Embora as crianças com movimentos estereotipados primários, ou TME, apresentem desenvolvimento neuro cognitivo típico, os problemas motores podem interferir no desenvolvimento de atividades de vida diárias ou aspectos que envolvam a interação social. Em particular, alguns estudos apontam para a relação entre o movimento estereotipado e o Transtorno da Coordenação Motora^{5,13,14}, bem como, segundo relato de pais e cuidadores, as crianças podem apresentar dificuldades de concentração e em manter a atenção focada¹³. No entanto, não há relatos sobre atraso na aquisição da linguagem expressiva ou, mesmo, alterações motoras da fala como a dispraxia ou Apraxia de Fala Infantil.

A presente pesquisa traz o relato de caso de duas crianças, na faixa etária próxima dos 30 aos 36 meses, com atraso severo na aquisição da fala, apresentando comportamento motor repetitivo e impulsivo, agravado em situações de agitação e excitação, que, após passarem por processo de intervenção voltado para o diagnóstico diferencial, foram diagnosticadas com TME. Os dados foram comparados com os de outras duas crianças, de mesma faixa etária, com perfil semelhante, mas que receberam diagnóstico de TEA. Embora a pesquisa

tenha como foco principal o relato do caso das duas crianças com TME, apresentaremos um total de quatro casos; duas crianças com TME contrapondo com duas crianças com TEA, funcionando como grupo controle, na intenção de tornar a análise dos dados mais robusta e detalhada.

Segundo pesquisas acerca dos sinais preditivos para os TEA¹⁵, os movimentos repetitivos, bem como atraso na aquisição da linguagem expressiva representam características que demandam atenção frente a um possível diagnóstico de autismo. No entanto, o que se observou, após inclusão em intervenção precoce de 6 meses, ambas as crianças com TME tiveram a remissão dos demais possíveis sinais de risco para os TEA, incluindo evolução no processo de aquisição da linguagem, permanecendo apenas os movimentos repetitivos e estereotipados, ainda que em menor frequência.

Método

Casística

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo desenvolvido em duas abordagens, qualitativa, definida por 4 estudos de casos (2 casos TME e 2 casos controle/TEA), com base na análise descritiva dos dados.

Os casos descritos são de quatro crianças, do sexo masculino, na faixa etária dos 30 aos 36 meses, com queixa inicial de atraso na aquisição da linguagem emissiva ou expressiva, e preocupação, por parte dos pais e cuidadores, em relação a um possível diagnóstico de TEA, sendo que no momento da reavaliação, ocorrida 6 meses após a avaliação inicial de levantamento dos sinais de risco, duas crianças receberam o diagnóstico de TME e duas receberam o diagnóstico de TEA, como mostra a Tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Identificação dos sujeitos da pesquisa com base na faixa etária e diagnóstico

Caso	Faixa Etária		Diagnóstico
	Avaliação	Reavaliação	
Caso 1	36 meses	42 meses	TME
Caso 2	34 meses	40 meses	TME
TEA 1	36 meses	42 meses	TEA
TEA 2	32 meses	38 meses	TEA

Legenda: TME – Transtorno do Movimento Estereotipado; TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

Procedimento

Todas as crianças passaram pelo mesmo protocolo de avaliação inicial e reavaliação, esta última ocorrida após 6 meses de intervenção precoce. O protocolo de avaliação/reavaliação consistia em três sessões de observação clínica comportamental semiestruturada, com base no PROTEA-R-NV (Sistema de Avaliação da Suspeita de TEA, versão revisada)¹⁶ e por avaliação formal do nível de aquisição e desenvolvimento da linguagem emissiva e receptiva, por meio do instrumento clínico de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem ou ADL¹⁷. Todo o protocolo de avaliação, bem como, de reavaliação foi aplicado por um único avaliador.

Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por onde a pesquisa

recebeu aprovação para o seu desenvolvimento (CAAE 09955919.0.0000.0084).

Após a avaliação inicial, as crianças foram inseridas em processo de intervenção multidisciplinar abrangendo as áreas da fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, estruturada a partir de um programa de ensino individualizado com base na Análise do Comportamento Aplicada⁽¹⁾, voltada para a minimização das dificuldades apresentadas por cada criança e aquisição de novas habilidades e aprimoramento de habilidades pré-existentes.

Transcorridos 6 meses de intervenção, todas as crianças passaram por reavaliação com base no

1 Análise do Comportamento Aplicada, ou ABA, é uma ciência amplamente estudada e desenvolvida a partir da teoria behaviorista de Skinner. A intervenção baseada em ABA é recomendada mundialmente para pessoas com TEA, bem como, para crianças com diferentes transtornos que afetam o desenvolvimento infantil¹⁸.

mesmo protocolo da avaliação, seguida de avaliação com médico neuropediatra para fechamento do diagnóstico.

Crítérios de análise dos dados

Os dados descritivos das crianças Caso 1 e Caso 2, ambas com diagnóstico de TME, foram analisados e comparados com os resultados das duas crianças TEA (TEA1 e TEA2), também do sexo masculino, de mesma faixa etária e com queixa inicial semelhante. Estas duas crianças passaram pelo mesmo processo de avaliação, intervenção estruturada e multidisciplinar, seguida de reavaliação após 6 meses, contudo recebendo, ao término do processo, o diagnóstico de TEA.

Resultados

A partir da aplicação do protocolo de avaliação obtivemos os dados acerca das manifestações que colocavam as crianças em risco para os TEA, com base no protocolo de rastreamento dos sinais de risco PROTEA-R-NV.

O nível de aquisição da linguagem, que poderia indicar a presença de um transtorno de linguagem, seja secundário, para os casos de TEA, ou primário para os casos de TME, foi analisado a partir da aplicação do instrumento de avaliação ADL.

Os dados foram coletados e descritos qualitativamente, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Manifestações ou sinais de risco para TEA associados às habilidades de linguagem

	Faixa etária	Manifestações – PROTEA-N-RV	Habilidades de linguagem – ADL	
			Linguagem Emissiva	Linguagem Receptiva
Caso1	36 meses	Déficit na resposta de atenção compartilhada; déficit no engajamento social, baixa busca por assistência, déficit no brincar funcional, apenas indícios de brincadeira simbólica e sequência simbólica restrita, presença de movimentos estereotipados de mãos e de corpo de média magnitude, déficit no comportamento de imitação.	Mantém atenção por 2 minutos em estímulos auditivos e visuais; compreende ordens simples com apoio de pistas visuais, identifica objetos familiares; identifica figuras familiares; compreende ordens simples sem apoio de pistas gestuais; identifica figuras do cotidiano; reconhece ações dentro do contexto.	Vocalizações silábicas; utiliza comunicação não verbal.
Caso2	34 meses	Déficit na iniciativa de atenção compartilhada e na resposta de atenção compartilhada; baixa busca por assistência; presença de movimentos estereotipados de mãos e de corpo de média magnitude; déficit do comportamento de imitação.	Mantém atenção por 2 minutos em estímulos auditivos e visuais; compreende ordens simples com apoio de pistas gestuais; identifica objetos familiares; identifica figuras do cotidiano; compreende ordens simples sem pista visual.	Vocalizações silábicas; produz 1 palavra; imita 1 palavra; utiliza comunicação não verbal.
TEA1	36 meses	Déficit na iniciativa de atenção compartilhada e na resposta de atenção compartilhada; déficit no engajamento social; sorriso difuso; baixa busca por assistência; déficit no brincar funcional; apenas indícios de brincadeira simbólica e sequência simbólica restrita; presença de movimentos estereotipados de mãos de média magnitude; déficit no comportamento de imitação.	Mantém atenção por 2 minutos em estímulos auditivos e visuais; compreende ordens simples com apoio de pistas gestuais; identifica objetos familiares; compreende ordens simples sem apoio de pistas gestuais; identifica figuras do cotidiano; reconhece ações dentro do contexto; noção de quantidade.	Vocalizações silábicas; produz 1 palavra; imita 1 palavra; utiliza comunicação não verbal; produz sequência de 2 palavras.
TEA2	32 meses	Déficit na iniciativa de atenção compartilhada e na resposta de atenção compartilhada; déficit no engajamento social; sorriso difuso; baixa busca por assistência; exploração atípica dos objetos; segura os brinquedos firmemente, mas não coordena com o olhar; déficit no brincar funcional; apenas indícios de brincadeira simbólica e sequência simbólica restrita; presença de movimentos estereotipados de mãos de média magnitude; ausência do comportamento de imitação.	Compreende ordens simples com apoio de pistas gestuais; identifica objetos familiares.	Vocalizações silábicas.

O Sistema PROTEA-R-NV é um instrumento de rastreamento da presença de comportamentos inerentes à sintomatologia dos TEA, que divididos em três eixos, indicam o grau de risco para tal diagnóstico apresentado pela criança.

Manifestações como dificuldade na iniciativa de atenção compartilhada, déficit na resposta de atenção compartilhada, déficit na imitação, brincadeira simbólica restrita e presença de movimentos repetitivos de corpo são consideradas itens críticos por sua relevância teórico-empírica ou psicométrica na avaliação do grau/risco para o diagnóstico de TEA.

Estes itens críticos são analisados quanto à qualidade do comportamento e sua frequência a

três hipóteses diagnósticas: 1) ausência de risco para TEA; 2) presença de risco relativo para TEA; e 3) presença de risco para TEA.

As duas crianças com TME (Caso1 e Caso2), na primeira avaliação, apresentaram escore referente aos itens críticos indicativos de risco relativo para TEA, enquanto as crianças TEA1 e TEA2 atingiram escores indicativos de risco para TEA. A diferença nos escores finais indica que, apesar de à primeira vista, as quatro crianças apresentarem comportamentos deficitários aparentemente semelhantes, há diferenças importantes quanto à qualidade e à frequência de tais comportamentos, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2. Respostas aos Itens Críticos – PROTEA-R-NV

Item	Caso 1	Caso 2	TEA1	TEA2
Iniciativa de atenção compartilhada (IAC)	A	B	B	C
Resposta de atenção compartilhada (RAC)	B	B	C	C
Imitação (IM)	C	B	C	D
Brincadeira simbólica (BS)	B	A	C	C
Movimento repetitivo de corpo (MRC)	C	C	C	C

Legenda: A – típico; B – desvio leve; C – pobre; D – ausente

Nota: A leitura para a presença do comportamento repetitivo de corpo deve ser realizada com base na seguinte nomenclatura: A – ausente; B – baixa magnitude; C – média magnitude; D – alta magnitude

A criança do Caso1 apresentava comportamento típico em relação à iniciativa de atenção compartilhada, ou seja, dirigia o foco de atenção do adulto, seja mostrando ou entregando um brinquedo para o avaliador, sempre coordenando os gestos ao contato visual. Já no Caso2 e na criança TEA1, o que se observou foi uma dificuldade em coordenar os gestos, como apontar, à manutenção do contato visual. A criança TEA2 apresentava baixo contato visual associado a gestos pouco convencionais, como apontar para o chão, quando o brinquedo estava nas mãos do avaliador.

Ambas as crianças com TME seguiam o mesmo foco de atenção do adulto, olhando para onde o avaliador aponta, ou respondendo, ainda que com gestos, às interações com o adulto, porém o contato visual ocorria somente em situações restritas e após insistência do avaliador. As crianças TEA (TEA1 e TEA2), observadas no estudo, apesar de seguirem o mesmo foco de atenção do adulto, observando-o manipular um objeto, não conseguiam coordenar o contato visual de forma efetiva e o seu

interesse estava voltado para o item e não para o seu interlocutor.

A imitação, seja gestual ou de ações, da criança do Caso2 ocorria intencionalmente, porém de forma mecânica, em contextos específicos, como a partir de músicas de conhecimento prévio. Contudo, as crianças do Caso1 e TEA1 não imitavam de forma intencional, ou seja, buscando manter a interação com o adulto; quando o faziam, demonstravam maior interesse nas propriedades sensoriais da ação, tendendo à repetição excessiva, sem trocar turnos. Apenas a criança TEA2 não apresentava comportamento de imitação.

Dentre as quatro crianças, somente o Caso 2 apresentava habilidades de faz-de-conta, como fingir que um brinquedo é outro objeto, de forma espontânea e com diferentes brinquedos. A criança do Caso1 tinha comportamento próximo ao Caso2, porém com poucos brinquedos e de forma pouco espontânea. As duas crianças TEA, por outro lado, demonstravam indícios de brincadeira simbólica e, muitas vezes, ocorrendo com auxílio do avaliador.

As quatro crianças apresentavam movimentos repetitivos de corpo, como saltar, bater os pés ou balançar o corpo, além dos movimentos das mãos, de média magnitude. Isto quer dizer, que apesar dos movimentos serem de alta intensidade, ou seja, a criança ignorava ou resistia às tentativas de interrupção, nem sempre estes ajustes deflagravam comportamentos inadequados intensos, como chorar ou comportamento auto ou heterolesivo. Além disso, a intensidade dos movimentos estava associada a situações específicas, tais como troca

de atividades ou, mesmo, associada a um brinquedo ou atividade altamente reforçadores.

É importante notar que somente as crianças TME, Caso1 e Caso2, apresentavam algum comportamento, dentre os itens críticos, com funcionamento esperado para o desenvolvimento típico.

Além dos movimentos repetitivos e estereotipados, o atraso na aquisição da linguagem também é um ponto de congruência entre as duas duplas, como vimos no quadro 1, e conforme apresentado no quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Nível de aquisição nos dois domínios da linguagem – ADL – Avaliação

	Faixa etária	Receptiva		Expressiva	
		Item atingido	Marco atingido	Item atingido	Marco atingido
Caso1	36 meses	Compreende ações dentro de um contexto	18 a 23 meses	Comunicação gestual; Vocalizações – combinações de sons funcionais	12 a 17 meses
Caso2	34 meses	Compreende ordens simples sem pistas visuais.	18 a 23 meses	Vocabulário de pelo menos 1 palavra; Imita uma palavra	12 a 17 meses
TEA1	36 meses	Compreende conceitos de quantidade; Compreende alguns pronomes	24 a 29 meses	Produz sequência de duas palavras soltas	18 a 23 meses
TEA2	32 meses	Compreende ordens simples com apoio de pistas visuais; Identifica objetos familiares	12 a 17 meses	Vocalizações silábicas	12 a 17 meses

Durante a primeira avaliação, as quatro crianças apresentavam importante atraso no processo de aquisição da linguagem. Embora a linguagem receptiva tendesse a um funcionamento superior à linguagem expressiva, nenhuma das crianças apresentava aquisições esperadas para sua faixa em ambos os domínios linguísticos, indicando possível distúrbio severo de linguagem.

Vale considerar que, no momento da avaliação, as crianças apresentavam considerável dificuldade na habilidade de seguir instruções, o que interfere na qualidade das respostas de testes formais.

Após 6 meses de intervenção, as crianças passaram por processo de reavaliação, utilizando-se o mesmo protocolo inicial. A Tabela 3, a seguir, apresenta os dados de reavaliação comparados ao da avaliação inicial, com base nas respostas aos itens críticos para diagnóstico de TEA do PRO-TEA-R-NV.

Como podemos observar na Tabela 3, acima, tanto a criança do Caso1, quanto do Caso2, passou a apresentar comportamentos semelhantes ou próximos ao que se espera para o desenvolvimento típico, principalmente nas habilidades de atenção compartilhada, seja a resposta de atenção ou a iniciativa de atenção compartilhada. Apenas os movimentos repetitivos de corpo se mantiveram com média e baixa magnitude para o Caso1 e para o Caso2, respectivamente.

Apesar da melhora em boa parte dos comportamentos tidos como risco para os TEA, as crianças TEA1 e TEA2 não apresentaram remissão dos principais itens críticos. As crianças mantiveram dificuldade em seguir o mesmo foco atencional do adulto, em coordenar o contato visual ao gesto comunicativo, bem como, déficit na imitação espontânea.

Tabela 3. Comparação das Respostas aos Itens Críticos – Avaliação x Reavaliação – PROTEA-R-NV

Item	Caso 1		Caso 2		TEA1		TEA2	
	Av.	Reav.	Av.	Reav.	Av.	Reav.	Av.	Reav.
Iniciativa de atenção compartilhada	A	A	B	A	B	B	C	B
Resposta de atenção compartilhada	B	A	B	A	C	B	C	B
Imitação	C	B	B	A	C	B	D	B
Brincadeira simbólica	B	A	A	A	C	A	C	C
Movimento repetitivo de corpo	C	C	C	B	C	B	C	A

Legenda: A – típico; B – desvio leve; C – pobre; D – ausente

Nota: A leitura para a presença do comportamento repetitivo de corpo deve ser realizada com base na seguinte nomenclatura: A – ausente; B – baixa magnitude; C – média magnitude; D – alta magnitude

A criança TEA1 apresentou considerável melhora no desenvolvimento simbólico, passando a apresentar habilidades de faz-de-conta e brincar funcional. De forma semelhante, a criança TEA2 mostrou-se capaz de controlar os movimentos repetitivos de corpo, tornando-os funcionais ou mesmo extinguindo tal comportamento.

Também é possível notar avanços na aquisição da linguagem em ambas as duplas após o período de 6 meses de estimulação da linguagem e demais habilidades cognitivas e comportamentais. O Quadro 3 traz a descrição do nível de aquisição da linguagem das quatro crianças, no momento da reavaliação.

Quadro 3. Nível de aquisição nos dois domínios da linguagem – ADL – Reavaliação

	Faixa etária	Receptiva		Expressiva	
		Item atingido	Marco atingido	Item atingido	Marco atingido
Caso1	42 meses	Compreende categorias de itens; Compara objetos.	42 a 47 meses	Aumento do repertório de vocabulário; Responde a perguntas QU_	30 a 35 meses
Caso2	40 meses	Compreende perguntas negativas; Compreende categorias de itens.	36 a 41 meses	Aumento do repertório de vocabulário; Responde perguntas sobre si.	30 a 35 meses
TEA1	42 meses	Compreende a relação parte/todo; Reconhecimento de ações por meio de pistas visuais.	30 a 35 meses	Nomeia ação em figuras; Responde a perguntas QU_	30 a 35 meses
TEA2	38 meses	Compreende conceitos espaciais; Reconhecimento de ações por meio de pistas visuais.	24 a 29 meses	Produz sequência de palavras soltas.	18 a 23 meses

É possível notar que as quatro crianças apresentaram significativos avanços em ambos os domínios linguísticos. As crianças dos Casos 1 e 2 atingiram os marcos do desenvolvimento de sua faixa etária para a linguagem receptiva e, mesmo as crianças TEA1 e TEA2 se aproximaram dos marcos esperados para o desenvolvimento típico.

A linguagem expressiva, no entanto, permaneceu abaixo do esperado para as faixas etárias para todas as crianças, ainda que se observe importan-

tes aquisições. O Caso 1 e o Caso 2 passaram a apresentar características de um distúrbio leve de linguagem. Em contrapartida, as crianças TEA1 e TEA2 mantiveram perfil indicativo de distúrbio severo de linguagem.

Discussão

O diagnóstico dos TEA exige a presença de déficits e comportamentos específicos abrangendo

as áreas da comunicação e da interação sociais, associados a padrões de comportamentos repetitivos e restritos¹. Os primeiros sinais ou manifestações desta condição podem ser observados desde muito cedo, por volta dos 9 meses do bebê¹⁵.

É crescente o interesse na caracterização dos sinais preditivos para os TEA, sendo que os principais sinais se referem a habilidades como atenção compartilhada, contato visual e aquisição da linguagem¹⁵⁻¹⁶. Ainda assim, os movimentos repetitivos de mãos e de corpo representam um dos principais sinais para o diagnóstico, bem como, um dos mais comumente reconhecido como risco para os TEA.

Inicialmente, as quatro crianças observadas em nosso estudo apresentavam características do desenvolvimento e comportamentos que se assemelhavam entre si e as colocavam em um grupo de risco para os TEA, visto que apresentavam déficit nas habilidades de atenção compartilhada, interação social restrita, dificuldade na imitação e brincar simbólico pouco desenvolvido, além do atraso na aquisição da linguagem associado à presença de movimentos repetitivos de mãos e corpo de alta magnitude.

Embora as crianças do Caso1 e Caso2 apresentem sinais mais leves quando comparadas às crianças TEA1 e TEA2, com base na frequência e na qualidade com que estes sinais ocorriam, as manifestações mantinham aberta a possibilidade de diagnóstico de TEA. Dada à conhecida heterogeneidade com que as características de autismo se manifestam de indivíduo para indivíduo, ambos os casos exigiam um diagnóstico de TEA transitório. Um diagnóstico transitório, ou provisório, demanda observação e reavaliação após intervenção intensiva, de curto e médio prazo, em uma janela de desenvolvimento de, ao menos, 3 ou 6 meses, e que considere as potencialidades e necessidades de cada criança¹⁹⁻²¹.

Após 6 meses de intervenção, o perfil de manifestação ficou mais evidente entre as crianças dos dois grupos (TEA e TME). As crianças dos Caso1 e Caso2 apresentaram remissão dos sinais de risco para os TEA no que tange às habilidades de atenção compartilhada e brincar simbólico. Restando para o Caso 1 apenas leve inadequação na habilidade de imitação.

A habilidade de imitação, ou segundo Tomasello²², imitação com inversão de papéis está inter-relacionada com as habilidades de compreensão da intenção do seu interlocutor e atenção

compartilhada. Sendo assim, não é de se espantar que as crianças que fecharam diagnóstico para TEA tenham permanecido com dificuldades nas habilidades de atenção compartilhada e na imitação, visto que o quadro de autismo prevê déficits na interação social.

Contudo, essa justificativa não contempla o déficit na habilidade de imitação mantido pela criança do Caso1, visto que houve avanços nas habilidades de atenção compartilhada, bem como, adequação na interação social.

As habilidades de atenção compartilhada e de imitação, associadas ao desenvolvimento do brincar simbólico são cruciais para a aquisição e o desenvolvimento da comunicação e da fala e para o desenvolvimento global da criança. Isto porque, tais habilidades relacionam-se com a capacidade de elaboração e construção da linguagem e do pensamento^{16,23}.

Dessa forma, é de se esperar que crianças com atraso na aquisição da linguagem apresentem déficits no brincar simbólico e dificuldade na imitação, levando-nos a supor que alterações nestas duas habilidades, ou em uma delas, possam compor marcadores clínicos para o diagnóstico diferencial entre transtornos de linguagem primários e os TEA²⁴.

Grosso modo, supomos que a alteração na habilidade de imitação apresentada pela criança Caso1 esteja relacionada às alterações de linguagem, ainda persistentes no quadro, do que a um déficit nas habilidades de atenção compartilhada e na interação social.

Ao compararmos as aquisições e déficits das crianças dos Casos 1 e 2 ao desenvolvimento das crianças TEA1 e TEA2, notamos que a remissão de déficits importantes que atuavam como barreiras para a aquisição da linguagem e colocavam as duas crianças com TME no grupo de risco para os TEA.

Em linhas gerais, tanto a criança Caso1, quanto a criança Caso2, adquiriram habilidades de atenção compartilhada e brincar simbólico, aprimoraram a imitação, o que possibilitou a aquisição de habilidades linguísticas, ampliando o repertório de vocabulário e linguagem funcional. Apenas os movimentos repetitivos e estereotipados se mostraram remanescentes.

O mesmo não pôde ser observado entre as crianças TEA. Ainda que seja possível observar avanços significativos, alguns déficits se mostraram persistentes, impondo mais tempo de intervenção intensiva e direcionada.

Conclusão

O atraso na aquisição da fala e da linguagem representa um dos sinais de risco para diferentes transtornos que acometem o desenvolvimento infantil. A ocorrência em associação a outros sinais característicos de importantes patologias como os movimentos estereotipados que tendem a aparecer com grande incidência nos quadros de TEA, levam a suspeitas de possíveis diagnósticos e a muita preocupação por parte dos pais.

No entanto, ainda que seja pouco divulgado, não é raro observar crianças com movimentos estereotipados primários, ou seja, Transtorno do Movimento Estereotipado, coocorrendo com alterações de linguagem, como atraso na aquisição ou Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem.

Uma avaliação criteriosa associada à intervenção precoce, intensiva e direcionada para estimular habilidades que se encontram defasadas, tais como alterações os comportamentos de atenção compartilhada, engajamento social deficitário, a presença de movimentos estereotipados de diferentes magnitudes, além do atraso na aquisição da linguagem, itens críticos e cruciais para o diagnóstico diferencial.

Muitos dos sinais sugestivos ou tidos como risco para os TEA podem ser observados em outros transtornos do desenvolvimento infantil, assim como, podem ocorrer do desenvolvimento típico. Intensidade, frequência e duração são aspectos importantes para que o diagnóstico final seja conclusivo, o que confere às etapas sequenciais de levantamento dos sinais de risco, intervenção e reavaliação grande importância para um diagnóstico final de veras conclusivo.

Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Singer, HS. Motor stereotypies. *Semin. Pediatric. Neurol.* 2009; 16: 77-81.
3. Edwards, MJ, Lang, AE, Bhatia, KP. Stereotypies: a critical appraisal and suggestion of clinically useful definition. *Movement Disorders.* 2012; 27(2):179-185.
4. Robinson, S, Woods, M, Cardona, F et al. Intense imagery movements: a common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies. *Devel Med & Child Neurol.* 2014; 56(12):1212-1218.
5. Valente, F, Pesola, C, Baglioni, V, et al. Developmental motor profile in preschool children with primary Stereotypic Movement Disorder. *Biomed Res Int.* 2019; 2019:1427294. Doi:10.1155/2019/1427294
6. Zinner, SH, Mink, JW. Movement disorders I: tics and stereotypies. *Pediatric Rev.* 2010; 31: 223-233.
7. Edwards, MJ, Lng, AE, Bhatia, KP. Stereotypies: a critical appraisal and suggestion of a clinically useful definition. *Mov Disord.* 2012; 27: 179-185.
8. Mackenzie, K. Stereotypic movement disorders. *Semin. Pediatric. Neurol.* 2018; 25: 19-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.spen.2017.12.004>
9. Ghosh, D, Rajan, PV, Erenberg, G. A comparative study of primary and secondary stereotypies. *J Child Neurol.* 2013; 28: 1562-1568.
10. Péter, Z, Oliphant, MF, Fernandez, TV. Motor stereotypies: a pathophysiological review. *Front Neurosci.* 2017; 11: 171.
11. Evans, W, Gray, FL, Leckman, JF. The rituals, fears, and phobias of young children: insights from development, psychopathology, and neurobiology. *Child Psych & Human Devel.* 1999; 29(4): 261-276.
12. MacDonald, R, Green, G, Mansfield, R, Geckeler, A, Gardenier, N, Anderson, J, Holcomb, W, Sanchez, J. Stereotypy in young children with autism and typically developing children. *Res Devel Disab.* 2007; 28: 266-277.
13. Lemiere, J. Do children with primary complex motor stereotypies only have movement problems? *Devel Med & Child Neurol.* 2014; 56(10): 923-924.
14. Mahone, M, Ryan, M et al. Neuropsychological function in children with primary complex motor stereotypies. *Devel Med & Child Neurol.* 2014; 56(10):1001-1008.
15. Sacrey, LAR, Zwaigenbaum, L, Bryson, S, Brian, J, Smith, IM, Roberts, W, Szatmari, P, Vaillancourt, T, Roncadin, C, Garon, N. Parent and Clinician Agreement regarding Early Behavioral Signs in 12- and 18-Month-Old Infants at-Risk of Autism Spectrum Disorder. *Aut Res.* 2018; 11(3): 539-547. doi: 10.1002/aur.1920.Epub2018Jan22
16. Bosa, CA, Salles, JF. PROTEA-R: Sistema de avaliação da suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo. 1ª Edição. São Paulo: Vetor; 2018.
17. Menezes, MLN. ADL: avaliação do desenvolvimento da linguagem; 2004.
18. Duarte, CP, Silva, LC. Análise do comportamento aplicada. In: Duarte, CP, Velloso, RL, organizadoras. A importância do atendimento multidisciplinar nos Transtornos do Espectro do Autismo. São Paulo: Editora Memnon; 2019.
19. Zaqueu, LCC, Teixeira, MCTV, Alckmin-Carvalho, F, Paulo, CS. Associação entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento. *Psic Teor Pesq.* 2015; 31(3): 293-302. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015-377220150322432933302>
20. Saulnier, C, Quirnbach, L, Klin, A. Avaliação clínica de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. In: Schwartzman, JS, Araujo, CA, organizadores. Transtorno do Espectro do Autismo. São Paulo: Editora Memnon; 2011.
21. Arvigo, MC, Schwartzman, JS. Parece, mas não é TEA: desafios no diagnóstico diferencial. In: Serra, TO, coordenadora. Autismo: um olhar a 360°. São Paulo: Editora Literare Books; 2020.



22. Tomasello, M. *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2003.
23. Rogers, SJ, Young, GS, Cook, I, Giolzetti, A, Ozonoff, S. Deferred and immediate imitation in regressive and early onset autism. *Jorn Child Psychol Psych*. 2008; 49(4): 449-457.
24. Arvigo, MC, Schwartzman, JC. Caracterização dos comportamentos sociocomunicativos em crianças com sinais de risco para os TEA: reconhecimento dos sinais de alerta e o diagnóstico diferencial. No prelo.

